

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

**O conforto da pessoa com cancro bilio-pancreático em fim
de vida, no hospital: intervenção de enfermagem**

Diana Cristina Pereira Gonçalves

—

**Lisboa
2022**



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

Relatório de Estágio

**O conforto da pessoa com cancro bilio-pancreático em fim
de vida, no hospital: intervenção de enfermagem**

Diana Cristina Pereira Gonçalves



Orientador: Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Professora Eunice Sá, pela motivação, dedicação e disponibilidade durante este trabalho, partilhando as suas ideias, conhecimentos e competências.

Expresso a minha gratidão a todos os enfermeiros orientadores deste projeto, que ajudaram a guiar este percurso e contribuíram com as suas valiosas e imprescindíveis experiências para o mesmo.

À Enfermeira Chefe do Serviço C, agradeço pela disponibilidade para a implementação do projeto e aposta na melhoria contínua dos cuidados de enfermagem neste serviço.

O meu agradecimento a toda a equipa do serviço do contexto C e D, em particular à enfermeira orientadora do contexto D, pela participação, interesse e disponibilidade para ouvir e vontade mudar para melhor.

Agradeço ainda a todos os que cuidei porque são a maior motivação para querer desenvolver-me profissionalmente.

À minha família, amigos e a todos aqueles que me acompanharam nesta jornada, pelo incentivo e apoio durante todo este processo de desenvolvimento pessoal e profissional.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPBV – cancro do pâncreas e vias biliares

EIHSCP - Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EONS – *European Oncology Nursing Society*

HBP - hépato-bilio-pancreático

OE – Ordem dos Enfermeiros

RESUMO

O presente trabalho insere-se no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com relatório do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem Oncológica. Este documento tem como principal objetivo documentar e expor o trabalho realizado e o percurso de desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista e mestre.

O cancro do pâncreas e o cancro das vias biliares apresentam das mais baixas taxas de sobrevivência aos 5 anos, estando associados a um prognóstico muito pobre. Os cuidados paliativos constituem-se como uma componente chave na gestão destas doenças, sendo que, no âmbito da doença oncológica, estes cuidados podem ser providenciados em qualquer fase no decorrer do *continuum* da doença oncológica, do momento do diagnóstico, ao final de vida.

No entanto, cuidar de pessoas com cancro do pâncreas e vias biliares em fim de vida, sobretudo em serviços de internamento hospitalar não especializados e multidisciplinares, é um desafio para os profissionais de saúde. Nesse sentido, de modo a contribuir para melhorar a qualidade na prestação de cuidados de enfermagem a esta população, enquanto são desenvolvidas competências de enfermeiro especialista, foi elaborado um projeto. Este projeto foi desenvolvido em três campos de estágio e as atividades implementadas incluíram a elaboração de uma revisão *scoping*, entrevistas, reflexões críticas, estudos de caso, colaboração em cuidados de enfermagem e criação de documentos de apoio à prática de enfermagem. Destaca-se o guia orientador elaborado com a grelha de intervenções de enfermagem direcionada para o conforto da pessoa com cancro bilio-pancreático em fim de vida, no Hospital e utilização da *checklist* de observação de comportamentos de conforto, tendo como referencial teórico a Teoria do Conforto de Kolcaba, bem como formações em serviço para divulgação destes documentos, sendo estes aspetos que contribuíram para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem às pessoas com cancro bilio-pancreático em fim de vida, no Hospital. Salientamos o cumprimento dos princípios éticos inerentes. No entanto existiram atividades que não foram passíveis de ser executadas por ausência de internamentos de doentes com cancro do pâncreas e

vias biliares em fim de vida no período após a formação, e consequente realização de auditorias dos cuidados de enfermagem e dos registos de enfermagem, que poderão contribuir para o aumento do conhecimento na disciplina de Enfermagem.

Palavras-chave: Conforto; Intervenção enfermagem; cancro pâncreas e vias biliares; fim de vida; internamento hospitalar.

ABSTRACT

This paper belongs to the Internship Curricular Unit with a report of the Master's in Nursing with the specialization in the medical-surgical area in the oncological field. This paper's main goal is to document the and exhibit the carried-out work and describe the development of the nursing specialist skills and competences as well as master's degree competences.

Pancreatic and biliary cancer are diseases associated with poor prognosis, having some of the lowest survival rates at five years. Palliative care is a key component in the management of these diseases and in the cancer treatment this type of care can be provided at any point during the continuum of care, from the moment of diagnosis to the end of life.

However, caring of people with pancreatic and biliary cancer at the end of life, especially in a non-specialized multidisciplinary ward, is a challenge to health care professionals. Considering that, to contribute to improve the quality of the provided care to this population, while developing nurse specialist competences, a project was created. This project was developed while doing three internships in distinct locations. The executed activities include a scoping review, interviews, critical reflections, case studies, collaborative nurse care and the creation of a nursing practice guide.

This guide was built using a nursing intervention grid, whose interventions can contribute to improve the comfort of the hospitalized people with pancreatic and biliary cancer at the end of life, and workplace educational sessions to peers about the guide were conducted. A comfort behavior checklist was also used. This checklist is based on Kolcaba's Comfort Theory, which played a major role to support this project. It is believed that these activities have contributed to the improvement of nursing care quality. The compliance with the inherent ethical principles throughout the project should be emphasized. However, some of the proposed activities weren't executed because during the time of the internship no patients with pancreatic and biliary cancer were admitted. These activities include auditing nursing care and nurse records, and they can in the future contribute to the improvement of nursing knowledge.

Keywords: Comfort; nursing intervention; pancreatic and biliary cancer; end-of-life; hospital admission.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1. A pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares.....	15
1.2. Os cuidados paliativos e a sua importância na pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares.....	16
1.3. A teoria do conforto de Katherine Kolcaba e a pessoa em fim de vida	17
2. DESENVOLVIMENTO DE UM PROJETO DE ESTÁGIO	19
3. EXECUÇÃO DE TAREFAS	24
3.1. ESTÁGIO NO CONTEXTO A	24
3.1.1. Descrever a equipa multidisciplinar do serviço e a sua dinâmica funcional e organizacional;.....	25
3.1.2. Identificar as intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida;	27
3.1.3. Prestar cuidados de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida;	31
3.2. ESTÁGIO NO CONTEXTO B	36
3.2.1. Descrever a equipa multidisciplinar do serviço e a sua dinâmica funcional e organizacional;.....	36
3.2.2. Identificar as intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida e a sua família;	38
3.2.3. Prestar cuidados de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida e sua família;.....	43
3.3. ESTÁGIO NO CONTEXTO C/D	46
3.3.1. Apresentar o projeto à equipa de enfermagem e elementos da equipa multidisciplinar;	46
3.3.2. Capacitar a equipa no âmbito das intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida e a sua família;.....	47
3.3.3. Prestar cuidados de enfermagem especializados com intervenções direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida e a sua família;.....	53

4. AVALIAÇÃO	55
4.1. Questões Éticas	55
4.2. Desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista	57
4.3. Contribuição para melhorar a qualidade na prestação de cuidados de Enfermagem	59
5. CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS E APÊNDICES	

ANEXOS

- ANEXO I: *Comfort behavior checklist*
- ANEXO II: Autorização para uso da *Comfort behavior checklist*

APÊNDICES

- APÊNDICE I: Questionário aplicado aos enfermeiros para o diagnóstico de situação
- APÊNDICE II: Respostas ao questionário aplicado aos enfermeiros para o diagnóstico de situação
- APÊNDICE III: Tabelas de planeamento das atividades
- APÊNDICE IV: Tabela de competências propostas a desenvolver em cada local de estágio
- APÊNDICE V: Apresentação em formato *PowerPoint* do projeto à equipa do contexto A
- APÊNDICE VI: Revisão *scoping*
- APÊNDICE VII: Notas de campo contexto A
- APÊNDICE VIII: Entrevistas contexto A
- APÊNDICE IX: Reflexão Crítica acerca de uma situação vivenciada no Contexto A
- APÊNDICE X: Apresentação em formato *PowerPoint* do projeto à equipa do contexto B
- APÊNDICE XI: Notas de campo contexto B
- APÊNDICE XII: Entrevista contexto B
- APÊNDICE XIII: Proposta de tradução da “*Comfort behavior checklist*”

- APÊNDICE XIV: Reflexão Crítica acerca de uma situação vivenciada no Contexto B
- APÊNDICE XV: Apresentação em formato *PowerPoint* do projeto à equipa do contexto C e D
- APÊNDICE XVI: Guia orientador: Grelha de intervenções de enfermagem direcionada para o conforto da pessoa com cancro bilio-pancreático em fim de vida, no Hospital
- APÊNDICE XVII: Apresentação em formato *PowerPoint* da formação de serviço acerca do guia orientador
- APÊNDICE XVIII: Plano de sessão de formação de serviço acerca do guia orientador
- APÊNDICE XIX: Questionário de avaliação da formação de serviço acerca do guia orientador
- APÊNDICE XX: Estudo de caso no contexto C
- APÊNDICE XXI: Checklist de observação de comportamentos de conforto do estudo de caso do contexto C

INTRODUÇÃO

O enfermeiro especialista em oncologia deverá deter competências para o tratamento da doença oncológica avançada, sendo capaz de providenciar cuidados de suporte e cuidados paliativos, incluindo no fim de vida. As pessoas afetadas pela doença oncológica avançada experienciam diversas necessidades físicas, psicossociais, emocionais e espirituais às quais os enfermeiros têm de dar resposta, como descrito pela *European Oncology Nursing Society* (EONS, 2018). Assim, no âmbito do 12º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica com especialização na área da vertente oncológica, surge o objetivo da elaboração de um projeto de estágio que pretenda dar resposta a uma necessidade ou problema identificado no cuidado às pessoas com doença oncológica no âmbito da prática clínica nos contextos de trabalho individuais. No presente momento desenvolvo atividades num serviço de internamento multidisciplinar, que integra pessoas com patologias do âmbito da Medicina Interna, mas também com patologias do foro da Gastroenterologia, nomeadamente pessoas com cancro do pâncreas e das vias biliares (CPVB).

O internamento de pessoas com patologia do foro oncológico em enfermarias multidisciplinares, por sobrecarga dos internamentos especializados, é uma realidade, assim como o facto de que estas pessoas, e as suas famílias, apresentarem necessidades específicas que não se vêm respondidas nestes serviços (Gill e Duffy, 2010). No local onde desenvolvo funções verifica-se precisamente a mesma problemática, com o internamento de pessoas com esta doença oncológica grave e com sintomatologia de difícil controlo, num serviço multidisciplinar, onde as suas necessidades podem nem sempre ser atendidas.

Dependendo de outras comorbilidades e da resposta aos tratamentos, a sobrevivência de pessoas com doença oncológicas do pâncreas metastática encontra-se na ordem dos três a seis meses, enquanto em doentes sem metástases, mas com doença localmente avançada, a mediana de sobrevivência é na ordem dos seis a doze meses (House e Choti, 2005; Lazenby e Saif, 2010). A maioria das pessoas com cancro do pâncreas ou das vias biliares não são candidatos para ressecção cirúrgica curativa, por apresentarem doença localmente avançada ou metástases à distância quando são diagnosticados, sendo que desse

modo os cuidados paliativos constituem-se como componente chave na gestão destas doenças (House e Choti, 2005). A integração o mais precocemente possível dos cuidados paliativos e de cuidados de enfermagem especializados para cuidar das pessoas em fim de vida, e suas famílias, afetadas por estas doenças, de modo a promover o seu conforto, é imperativo para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem Gill e Duffy, 2010).

Assim, decidi elaborar um projeto que, tendo como referencial teórico a Teoria do Conforto de Kolcaba, tente melhorar aqueles que são os cuidados de enfermagem prestados às pessoas com CPVB em fim de vida no serviço onde desenvolvo funções, mas também o desenvolvimento das minhas competências como enfermeira especialista em enfermagem médico cirúrgica na área de especialização em enfermagem oncológica. O projeto intitula-se então “o conforto da pessoa com cancro bilio-pancreático em fim de vida, no hospital: intervenção de enfermagem” e a sua execução e desenvolvimento decorreu no âmbito da unidade curricular de “Estágio com Relatório”. O período de estágio teve uma duração de 18 semanas, dividido em 3 locais de estágio, perfazendo um total de 450 horas, terminando a 25 de fevereiro de 2022 (com a pausa letiva para o Natal entre 20/12/2021 a 2/1/2022).

No âmbito da concretização deste estágio e do desenvolvimento do projeto, foi elaborado o presente relatório para a exposição, reflexão e análise crítica deste processo, assim como os ganhos obtidos com o mesmo e os obstáculos encontrados e como foram ultrapassados. O relatório inicia-se com uma breve apresentação dos principais conceitos estruturantes, assim como do respetivo referencial teórico de enfermagem. Em seguida apresenta-se a metodologia do projeto, desde o seu planeamento, à execução das atividades propostas para cada um dos locais de estágio, terminando numa avaliação deste percurso. Por último encontramos a conclusão e a perspetiva de trabalho futuro.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo vamos apresentar os conceitos teóricos estruturantes desta problemática. Começamos por nomear as dificuldades sentidas pelos clientes com CPVB em fim de vida, a importância dos cuidados paliativos como forma de responder às necessidades destas pessoas, e uma apresentação da teoria do Conforto de Katharine Kolcaba e a sua relação com os cuidados de enfermagem à pessoa em fim de vida, e à sua família.

1.1. A PESSOA COM CANCRO DO PÂNCREAS E VIAS BILIARES

O cancro é uma das principais causas de morte no mundo, sendo esta doença uma das maiores barreiras ao aumento da esperança média de vida em todos os países do mundo. O cancro do pâncreas foi em 2020 o sétimo nas causas de morte por cancro em todo o mundo, em ambos os sexos, tendo sido diagnosticados, no mundo, 495773 novos casos de cancro do pâncreas, 466003 óbitos pelo mesmo, e 115949 novos casos de cancro das vias biliares, e 84695 óbitos. No mesmo ano, em Portugal, o cancro do pâncreas teve uma incidência de 1792 novos casos e foi responsável por 1770 óbitos, e o cancro das vias biliares teve uma incidência de 143 novos casos, e foi responsável por 108 óbitos (Sung et al., 2021).

O cancro do pâncreas e o cancro das vias biliares, apesar de diversos avanços no que diz respeito ao seu tratamento (quer seja este cirúrgico ou outro), continua com um prognóstico muito pobre (House e Choti, 2005; Agarwal e Epstein, 2017). Ambos apresentam mau prognóstico, com uma taxa de sobrevivência reduzida (House e Choti, 2005; Agarwal e Epstein, 2017), sendo que no momento do diagnóstico inicial, apenas 50% dos doentes com cancro do pâncreas não apresentam metástases à distância, e apenas 20% apresentam doença localizada com possibilidade de ressecção cirúrgica, tendo também esta uma taxa de sucesso entre 18% a 25% (House e Choti, 2005; Chabner e Longo, 2015). Do mesmo modo, a taxa de colangiocarcinomas extra-hepáticos ressecáveis também é baixa, variando entre 40% e 60% (House e Choti, 2005).

Os sintomas físicos associados à progressão destas doenças podem ser obstruções biliares ou duodenais, que induzem vômitos e icterícia, dor resultante da compressão ou infiltração tumoral dos nervos retroperitoneais, perda de peso e défices nutricionais (Ansari et al., 2016; Agarwal e Epstein, 2017). Acrescentam-se ainda a estes sintomas físicos o sofrimento psicossocial, a ansiedade e a depressão que se verifica nesta população com maior incidência do que em pessoas com diagnósticos de outras doenças oncológicas (Agarwal e Epstein, 2017).

As taxas de sobrevivência aos 5 anos do cancro do pâncreas, assim como das vias biliares, são das mais baixas, entre 5% e 10% (Chabner e Longo, 2015; Siegel et al., 2021), sendo que existe a necessidade de integrar os cuidados paliativos na gestão destas doenças (House e Choti, 2005).

1.2. OS CUIDADOS PALIATIVOS E A SUA IMPORTÂNCIA NA PESSOA COM CANCRO DO PÂNCREAS E VIAS BILIARES

Tal como referido, a integração dos cuidados paliativos, que devem estar presentes desde o momento do diagnóstico até ao final de vida no doente oncológico (World Health Organization, 2002), é uma componente chave na gestão destas doenças (House e Choti, 2005; Lazenby e Saif, 2010).

Os cuidados paliativos, de acordo com a Lei de Bases dos cuidados paliativos são:

os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais (Lei n.º 52/2012, p.5119)

Os cuidados paliativos não centram assim a sua atenção apenas nas doenças e nas pessoas cuja morte é iminente, mas sim em todas as pessoas com doenças incuráveis ou graves que provocam sofrimento, sendo que não se constituem como alternativas a tratamentos, mas devem estar integrados com eles. Devem ser implementados por profissionais de saúde em todos os níveis de cuidados de saúde, uma vez que a sua formação neste âmbito pode variar

desde formação básica, até formação especializada (World Health Organization, 2018).

Diversos estudos defendem a necessidade da integração de cuidados paliativos nos cuidados oncológicos padronizados, de modo a promover o controlo dos sintomas relacionados com a doença e o alívio do sofrimento provocado pela mesma, bem como melhorar a compreensão da doença e do seu prognóstico (Agarwal e Epstein, 2017). Assim, no âmbito da doença oncológica, os cuidados paliativos podem ser providenciados em qualquer fase no decorrer do *continuum* da doença oncológica, desde o momento do diagnóstico até ao final de vida (World Health Organization, 2002).

1.3. A TEORIA DO CONFORTO DE KATHERINE KOLCABA E A PESSOA EM FIM DE VIDA

Segundo Radbruch e Payne (2009), o conceito de fim de vida pode ser entendido como o período de tempo que se estende entre um, até dois anos, no durante o qual o doente e/ou a sua família, assim como os profissionais de saúde, tomam consciência da natureza limitante da doença. No fim de vida o controlo de sintomas é uma das principais prioridades no que respeito ao bem-estar percebido pelos doentes, e os profissionais de saúde, devem estar atentos e despidos para esta problemática (Neto, 2008; Alves, 2017).

O conforto no fim de vida é um dos resultados desejáveis da intervenção de enfermagem. O conforto é um conceito que se apresenta como um resultado holístico desejável da intervenção de enfermagem, e a base para a própria disciplina, uma vez que o ser humano procura responder, ou que seja respondido, nas suas necessidades de conforto. Estes são os princípios básicos da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, que sugere que, no âmbito da enfermagem, o conforto seja definido como a satisfação de necessidades básicas humanas de alívio que derivam de situações de necessidades de cuidados de saúde. Esta satisfação de necessidades poderá ser ativa, passiva ou em modo de cooperação juntamente com as pessoas (Kolcaba, 1994).

Quando falamos na teoria do conforto, importa referir que os aspetos referentes a este se encontram dispostos em duas dimensões. A primeira remete para os três estados de conforto, nomeadamente o alívio, a tranquilidade e a

transcendência. O alívio (*relief*) remete para a experiência de ter uma determinada necessidade de conforto satisfeita. A tranquilidade (*ease*) refere-se ao estado de calma e contentamento. A transcendência (*transcendence*) define-se como o estado em que alguém sente que pode superar os seus problemas. A segunda dimensão remete para o contexto de conforto, nomeadamente se se refere ao conforto no contexto físico, contexto psicoespiritual, social ou ambiental da pessoa (Kolcaba, 1994).

O conforto emerge então como um resultado holístico na medida em que designa um estado dinâmico e multifatorial das pessoas. Assim, quando se operacionalizam resultados neste âmbito, é necessária uma perspetiva que abranja a multidimensionalidade das ações, pois as intervenções que são direcionadas para melhorar ou responder a uma componente do conforto, indiretamente melhorarão outros aspetos (Kolcaba, 1994).

Assim, quando os enfermeiros adotam a Teoria do Conforto como o modelo para a prática de cuidados, estes estão a recorrer a um padrão simples de cuidados individualizados que são criativos, eficientes e que satisfazem quer os recetores dos seus cuidados, quer os próprios profissionais. Através da documentação nos registos do aumento do conforto, os enfermeiros demonstram as suas contribuições e resultados desejáveis das suas intervenções, como a satisfação dos doentes, diminuição das readmissões ou diminuição dos tempos de permanência nos internamentos (Smith e Parker, 2015).

2. DESENVOLVIMENTO DE UM PROJETO DE ESTÁGIO

O trabalho de projeto define-se como uma metodologia que tem como principal objetivo a análise e resolução de problemas, com recurso a diferentes técnicas de recolha, obtenção e análise da informação, que orientam quanto às ações a adotar, ao sentido e à localização temporal das mesmas. É um processo flexível e dinâmico, passível de reorientação ao longo do decorrer da intervenção, sempre que considerado necessário e implica sempre trabalho de grupo entre os intervenientes. A metodologia de projeto é constituída por cinco principais fases: o diagnóstico de uma situação; a planificação das atividades, estratégias e meios a adotar; a execução de tais atividades planeadas; a avaliação e a divulgação dos resultados (Nunes et. al., 2010).

O diagnóstico de situação corresponde à primeira etapa da metodologia de projeto, sendo que este visa a elaboração de modelo descritivo da situação-problema identificadas. Esta etapa não se restringe apenas à identificação de um problema, mas também inclui a análise do contexto onde o problema está inserido, assim como as suas potencialidades e recursos disponíveis (Capucha, 2008; Nunes et. al., 2010).

Os principais elementos que deram origem à identificação inicial de um problema no âmbito do serviço onde desempenho funções, foram: presença de enfermeiros jovens, com pouco experiência profissional, a integrar um serviço com diferentes especialidades médicas, que entre várias populações, inclui uma população oncológica com necessidades específicas, nomeadamente, a pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares (CPVB); a verbalização por alguns enfermeiros de dificuldade na identificação das necessidades nestas pessoas; a verbalização da dificuldade e incompreensão em implementar um plano terapêutico prescrito por desconhecimento dos seus objetivos terapêuticos; a verbalização pela equipa multidisciplinar acerca de lacunas, e até mesmo ausência, de registos de enfermagem direcionados à identificação de sintomas, ou agravamento dos mesmos, assim como as terapêuticas farmacológicas instituídas e os seus resultados. Assim, perante estes dados, considerou-se pertinente a aplicação de uma sondagem de opinião sob a forma de questionário (Polit e Beck, 2019), que se encontra em apêndice (Apêndice I) acerca da

perceção dos enfermeiros no que diz respeito aos seus conhecimentos, à sua formação prévia, às necessidades formativas sentidas e às principais áreas e temas de interesse, tendo em conta o tema dos cuidados paliativos na pessoa com CPVB. Este questionário inclui perguntas de resposta fechada, assim como questões de resposta aberta. Este foi elaborado e aplicado em formato de papel, no espaço temporal de uma semana, a 25 elementos da equipa (de um total de 36), correspondente à totalidade dos elementos a exercer funções no momento (excluídos os enfermeiros que se encontravam de férias e/ou atestado médico), após a respetiva autorização da chefia de enfermagem do serviço e consentimento verbal dos colegas para preenchimento do mesmo.

Os resultados deste questionário encontram-se em apêndice (Apêndice II), salientando-se os seguintes resultados: 64% dos elementos têm 4 ou menos anos de experiência profissional, e 68% exerce funções num serviço de gastroenterologia há 4 ou menos anos; 20% perceciona a sua preparação teórica no tema como fraca ou muito fraca e 44% como suficiente; 28% classifica a sua preparação teórica acerca dos sintomas e necessidades de cuidados desta população como fraca ou muito fraca e 32% como suficiente; 28% classifica as suas competências no âmbito do controlo dos sintomas nestas pessoas como fraca ou muito fraca e 40% como suficiente. Nas perguntas de resposta aberta, agregando as respostas por temas, as maiores dificuldades identificadas foram, segundo a percentagem de resposta: 20% a gestão de sintomas, referindo como causa a falta de conhecimento e/ou preparação académica e a falha no trabalho em equipa multidisciplinar; 20% o controlo da dor, referindo como causa a presença de prescrições terapêuticas incompletas e a dificuldade na otimização da terapêutica analgésica; 28% a identificação dos sintomas, referindo como obstáculos a presença de desorientação/*delirium* dos doentes e a falta de conhecimento acerca dos mesmos. O sintoma em que percecionam maior dificuldade na avaliação e/ou gestão é a dor (45,94% das respostas), seguindo do prurido (21,62%) e das náuseas (16,21%). 43,75% das respostas enfocam que os cuidados de enfermagem a estas pessoas em situação paliativa se centram na gestão e controlo de sintomas, seguido de 21,87%, que salientam a promoção do conforto como enfoque. Por fim, a principal estratégia que equacionariam para enriquecer os seus conhecimentos de modo a contribuir para desenvolver capacidades para a prestação de cuidados à pessoa com cancro do pâncreas e

vias biliares em situação paliativa seria por meio participação em ações de formação, com 54,05% das respostas.

Importa ainda analisar o contexto do problema, nomeadamente os fatores que se podem constituir como fraquezas, ameaças, forças ou oportunidades para o projeto. Este é o método de Análise SWOT (Capucha, 2008) e permite a confrontação e a reflexão acerca dos fatores que podem ser considerados como positivos, ou como negativos, de acordo com a situação. Assim, identificam-se como forças favoráveis internas (*Strengths*): a motivação pessoal para o projeto; o bom relacionamento com equipa multidisciplinar e comunicação com esta; a recetibilidade da equipa ao projeto; a presença de uma equipa jovem, motivada e dinâmica; e motivação para formação e presença de elementos da equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos na equipa do serviço. Como fraqueza interna (*Weaknesses*) salienta-se a rotatividade de elementos da equipa. Como oportunidades que são exteriores (*Opportunities*) salienta-se a disponibilidade da direção de enfermagem e responsáveis pelo plano interno de formação para a expansão do plano de formação. Por fim, como ameaças externas (*Threats*) salienta-se a atual pandemia que poderá, consoante a sua evolução, condicionar e restringir a intervenção e o contacto com as famílias e a alteração das especialidades de internamento.

A problemática do tratamento de doentes oncológicos em enfermaria não especializadas e multidisciplinares já se encontra descrita na literatura. O cuidado de enfermagem ao doente oncológico e à sua família, em qualquer fase da doença, é descrito como complexo, desafiantes e emocionalmente exigente, envolvendo um conjunto de competências avançadas específicas de comunicação e aconselhamento, envolvido num leque de conhecimento teórico e prático específico (Gill e Duffy, 2010). Em enfermarias não especializadas no tratamento de pessoas com doença oncológicas, as necessidades dos doentes oncológicos e das suas famílias não são geralmente atendidas, uma vez que o cuidado aos doentes oncológicos e às suas famílias implica que os enfermeiros possuam estratégias e competências de comunicação avançadas, assim como conhecimentos teóricos e práticos especializados nesta vertente. A elevada afluência e reduzida capacidade física dos serviços especializados em oncologia implica que estes doentes continuem a ter de ser tratados nestas enfermarias (Gill e Duffy, 2010).

As respostas aos questionários aplicados aos enfermeiros parecem evidenciar a falta de conhecimento percebida pelos profissionais acerca das intervenções de enfermagem em pessoas com CPVB em fim de vida, sobretudo no que diz respeito à gestão e controlo de sintomas, que é um dos principais enfoques de cuidados nesta fase avançada da doença oncológica (Alves, 2017). Atualmente existe um plano de formação interno, coordenado por elementos da chefia de enfermagem do serviço, cujos temas são determinados anualmente por via de questionário à equipa. No entanto, nunca se verificou a presença de formação no tema específico em questão, apesar do interesse expresso e verbalizado pelos elementos.

A etapa seguinte é a definição dos objetivos relacionados com o projeto. Os objetivos indicam os resultados que se pretendem alcançar, podendo ser objetivos gerais e específicos (Nunes et. al., 2010). Assim identificam-se como objetivos gerais ao projeto: desenvolver competências de enfermeiro especialista ao nível do cuidado de enfermagem da pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em fim de vida; e contribuir para melhorar a qualidade na prestação de cuidados de enfermagem com uma abordagem paliativa à pessoa internada com cancro do pâncreas e vias biliares em fim de vida.

Para dar resposta a estes objetivos e para elaborar um plano de atividades, foi necessário a escolha dos locais onde se iriam desenvolver os estágios para a concretização do projeto. O primeiro local de estágio selecionado, denominado para efeitos de confidencialidade Contexto A, foi um internamento hospitalar direcionado para o diagnóstico e tratamento do cancro do pâncreas e vias biliares. Em seguida, o contexto B, trata-se da Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) que dá suporte ao contexto A. Esta sequência de estágios permitirá a continuidade do acompanhamento às pessoas e às suas famílias, integrando nos cuidados de enfermagem a filosofia dos cuidados paliativos e o cuidado centrado na pessoa e família. Por fim, o último estágio decorreu no local onde desempenha funções. Neste local, denominado Contexto C, por existirem elementos da equipa de enfermagem que integram a EIHSCP do mesmo Hospital, existe uma colaboração facilitada entre os serviços, sendo que, tendo em conta o contexto do projeto, fez sentido que o trabalho desenvolvido neste contexto C integrasse também trabalho desenvolvido com, e para, esta EIHSCP, denominando-se assim contexto D.

Assim, selecionando-se os locais para o desenvolvimento do estágio, segue-se para a próxima fase do projeto. Esta é a fase do planeamento, que corresponde a um plano detalhado do projeto, com a calendarização e a descrição das atividades a desenvolver, os recursos necessários, os métodos e o cronograma. Esta fase de planeamento encontra-se sobre a forma de tabela (Apêndice III), enumerando as atividades propostas, divididas consoante os locais de estágio e consoante o objetivo geral e objetivos específicos que se enquadram em cada local. São identificados os resultados que se esperam obter das atividades, assim como os seus respetivos indicadores de resultado.

Para a concretização das atividades ou elaboração de indicadores de resultado encontram-se subjacentes algumas ferramentas ou metodologia. Em primeiro lugar, salienta-se a realização de uma revisão *scoping*, de acordo com a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (Aromataris e Munn, 2020), que centra o seu objetivo no mapeamento de intervenções de enfermagem direcionadas para o cuidado à pessoa com CPVB em fim de vida. Outras metodologias incluem entrevistas semiestruturadas, observação, elaboração de notas de campo, estudo de caso e outros questionários (Polit e Beck, 2019), assim como reflexões críticas (Gibbs, 1988).

Foi ainda ponderado para cada campo de estágio as competências a desenvolver, estruturadas em tabela (Apêndice IV) no âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019), competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (Regulamento nº 429/2018), competências do enfermeiro especialista em oncologia da EONS (EONS, 2018) e competências de Mestre segundo os descritores de Dublin (Artigo 15º Decreto-Lei n.º 74/2006).

3. EXECUÇÃO DE TAREFAS

A etapa da execução das atividades na metodologia de projeto é uma das etapas com importância mais significativa para os participantes do projeto, uma vez que possibilita a concretização das suas necessidades e vontades através da colocação em prática das atividades que foram planeadas previamente. Existe nesta fase uma rutura entre o que é um esboço mental, dá-se uma confrontação com o real, o que potencia o desenvolvimento de competências dos participantes (Nunes et. al., 2010).

Nesta fase a procura e recolha de de informações, dados e documentos que possam contribuir para a resolução de problemas implica uma mobilização de recursos e meios, atendendo às realidades em que os projetos irão decorrer. Esta adaptação à realidade por vezes obriga à necessidade de reajuste e reformulação do plano inicial de modo a não comprometer a realização dos objetivos finais. Estas alterações podem por vezes resultar em consequências indesejáveis, mas que são por vezes inevitáveis perante situações imprevisíveis que podem decorrer (Capucha, 2008).

Neste capítulo serão apresentadas, divididas pelos diferentes contextos de estágio e pelos objetivos específicos de cada um destes, as atividades propostas, a descrição de como decorreram estas atividades e os resultados das mesmas. Diversas atividades foram utilizadas, sendo algumas transversais entre os diferentes contextos, como a observação, as entrevistas semiestruturadas, a elaboração de notas de campo e a aplicação de questionários (Polit e Beck, 2019), assim como reflexões críticas (Gibbs, 1988). Com esta descrição pretende-se expor o desenvolvimento pessoal e de competências específicas que ocorreu em cada um dos contextos de estágio.

3.1. ESTÁGIO NO CONTEXTO A

O início do percurso de estágios iniciou-se no contexto A. Este trata-se de um serviço especializado no tratamento cirúrgico do CPVB. Para além da cirurgia hepato-bilio-pancreática, também outras especialidades cirúrgicas podem ocorrer neste serviço de internamento. Como o diagnóstico é frequentemente tardio, encontramos um número elevado de pessoas com CPVB em fim de vida

internadas. Assim considerou-se que a equipa deste serviço poderia contribuir com para o enriquecimento deste projeto pela experiência no atendimento destes doentes. Passamos a descrever os objetivos e as tarefas executadas neste contexto.

3.1.1. Descrever a equipa multidisciplinar do serviço e a sua dinâmica funcional e organizacional;

O Hospital onde se encontra o contexto A, local de desenvolvimento do primeiro estágio, trata-se de uma unidade polivalente, do setor público, com níveis de diferenciação e qualidade de referência a nível nacional, salientando-se o diagnóstico e terapêutica das patologias hêpato-bilio-pancreáticas (HBP). A inauguração do serviço deu-se em 2003, sendo este originalmente destinado à cirurgia geral, sendo que ao longo dos anos foi-se especializando na valência HBP. A partir de 2006, já haveria uma consideração da sua especialização na cirurgia HBP, admitindo internamento de pessoas fora da sua área geográfica de referência, tendo sido reconhecido, em 2016, como centro de referência de oncologia de adultos com cancro HBP.

O serviço é constituído por um total de 28 camas divididas em 6 quartos de 4 camas, e 4 quartos individuais. Cada enfermaria tem as suas próprias instalações sanitárias, com uma sala para chuveiro e outra para sanitário. A distribuição das pessoas internadas pelas enfermarias de 4 camas é aleatória, consoante a disponibilidade do serviço, havendo apenas a discriminação do sexo da pessoa. A distribuição pelos quartos individuais prioriza casos de necessidade de isolamento dos doentes (por infeção ou imunossupressão), priorizando em seguida casos em que a situação clínica dos doentes seja mais sensível, como o caso de doentes em fim de vida, mais concretamente, nos últimos dias e horas de vida.

No que diz respeito a especialidades cirúrgicas este encontra-se atribuído sobretudo ao internamento da cirurgia HBP, mas também integra pessoas da cirurgia geral, cirurgia esófago-gástrica, cirurgia colorretal e cirurgia endócrina. Ocasionalmente, sobretudo por gestão de vagas e necessidades de internamentos de outros serviços e especialidades médicas, utentes da Unidade de Transplante Hepático poderão ser também admitidos.

A proveniência das pessoas internadas poderá ser do serviço de urgência do centro hospitalar ou através de internamentos eletivos. Para além de doentes cirúrgicos, sujeitos a cuidados pré e/ou pós-operatórios, também, por vezes, se encontram doentes cuja intenção do internamento é o controlo de sintomas e otimização do estado geral, quer seja através de procedimentos invasivos, ou através de tratamento conservador, prestação de cuidados de suporte e cuidados paliativos. A colaboração entre valências médicas decorre sempre que a equipa médica assistente requisitar a colaboração com outra valência médica existente no hospital, ou no centro hospitalar, tal como medicina interna, psiquiatria, medicina paliativa, entre outras.

A equipa de enfermagem é constituída por 24 elementos, sendo que destes, apenas 2 se encontram há menos de 6 meses no serviço. A maioria são enfermeiros generalistas, existindo dois elementos com a especialidade de Enfermagem de Reabilitação e dois elementos com a especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, um concretamente na vertente oncológica e outro em funções de gestão do serviço. A restante equipa que desenvolver funções no serviço é constituída por uma equipa de 14 assistentes operacionais, a equipa médica das diferentes valências cirúrgicas, um nutricionista (que está presente diariamente, de segunda a sexta-feira, participando nas visitas médicas) uma assistente social (também presente diariamente, de segunda a sexta-feira, participando nas visitas médicas) uma fisioterapeuta (presente diariamente, de segunda a sexta-feira) e uma secretária de unidade.

• **Apresentação do projeto à equipa;**

A primeira atividade do projeto, que foi desenvolvida, durante o final da primeira semana de estágio, foi a apresentação do projeto à equipa de enfermagem. A apresentação foi realizada em suporte PowerPoint (diapositivos no Apêndice V), com uma duração de aproximadamente 8-10 minutos. Foram feitas 3 sessões desta apresentação, conseguindo abranger grande parte dos elementos que constituíam os turnos das manhãs, sendo este o turno em que decorreu o estágio.

O *feedback* oral dos colegas foi positivo, sendo que muitos verbalizaram o contributo desta apresentação para a clarificação dos objetivos do estágio, facilitando a colaboração e participação dos mesmos em algumas atividades do

projeto, o que corresponde ao principal objetivo da mesma. Os colegas também verbalizaram a valorização que atribuíam ao projeto, uma vez que consideravam que o tema e a problemática apresentada eram pertinentes, considerando que a própria equipa do contexto A poderia ter benefícios com o projeto apresentado.

- **Consulta de protocolos, normas, diretrizes e políticas do centro hospitalar;**

De modo a conhecer quais as orientações formais e políticas do centro hospitalar relativamente aos cuidados às pessoas em fim de vida, foram consultados os documentos, que se encontravam *online* no portal do centro hospitalar, relativos ao tema. Com esta atividade pretendia-se tentar compreender qual a relevância atribuída aos cuidados nesta fase de vida, tentando conhecer e integrar melhor as políticas organizacionais que orientam os serviços.

No que diz respeito ao tema dos cuidados a pessoas em fim de vida, existem algumas diretrizes, comuns ao centro hospitalar, e não exclusivas do hospital ou serviço. Salienta-se a política de cuidados em fim de vida (de abril de 2019, a ser revisto em 2022), que, para além de esclarecer conceitos relacionados com cuidados paliativos, cuidados em fim de vida e ações paliativas, enumera os direitos dos doentes em fim de vida. Neste documento são englobados os doentes que apresentam doenças incuráveis e progressivas em estado avançado, que não estão a responder a tratamentos específicos, apresentando um prognóstico vital limitado, do acesso a cuidados que promovam o conforto e qualidade de vida. É ainda referida nesta que, sempre que necessário, poderá haver colaboração com a Equipa Intra-hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos para a otimização do controlo de sintomas, assim como facilitar a comunicação com os doentes, com as suas famílias e com as suas redes de suporte e apoio, com uma política de articulação de trabalho entre equipas multidisciplinares. Cita ainda outras políticas relacionadas com a temática do fim de vida, nomeadamente a relativa ao testamento vital e doação de órgãos. Referencia também legislação relativa aos direitos das pessoas em contextos de doença avançada e em fim de vida.

3.1.2. Identificar as intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida;

O contexto A, que tem uma afluência de pessoas com CPVB elevada por se tratar de um centro de referência para o tratamento desta doença oncológica, pareceu ser o apropriado para identificar as intervenções de enfermagem que, no âmbito de um serviço não especializado no cuidado de enfermagem a pessoas em fim de vida, são utilizadas para contribuir para a satisfação de necessidades de conforto da pessoa com CPVB em fim de vida. Este processo foi iniciado com a procura de intervenções neste âmbito disponíveis na evidência científica, através da realização de uma revisão *scoping*.

- **Realização de revisão *scoping*;**

A metodologia para construir esta fundamentação teórica para este projeto foi a realização de uma revisão *scoping*. As revisões *scoping* são um método utilizado para ajudar a mapear determinados conceitos numa área de interesse. Algumas das indicações para a utilização desta metodologia são, por exemplo, para identificar os tipos de evidências em determinado campo, como precursoras de revisões sistemáticas ou para identificar características-chave ou fatores relacionados com um conceito (Aromataris e Munn, 2020).

No caso específico deste projeto, foi elaborada uma revisão *scoping* intitulada “Intervenções de enfermagem orientadas para o cuidado da pessoa com cancro do pâncreas ou vias biliares em fim de vida: *scoping review*”, que se encontra em apêndice (Apêndice VI), cujo principal objetivo foi mapear intervenções de enfermagem orientadas para o cuidado da pessoa com cancro do pâncreas ou vias biliares em fim de vida, internada. Nesta foram identificadas 48 publicações, tendo 10 destas correspondido aos critérios de elegibilidade determinados. Os dados obtidos foram analisados tendo em conta a questão de investigação e o objetivo, sendo possível mapear intervenções com intuito paliativo que dão resposta às necessidades das pessoas com cancro do pâncreas e vias biliares, em fim de vida, e às suas famílias.

- **Observação da prestação de cuidados;**

A observação da prestação de cuidados de outros enfermeiros pode ser identificada como uma fonte de conhecimento e método de aprendizagem de determinadas competências num ambiente específico de cuidados. Este

conhecimento que deriva do contacto e das experiências com doentes em determinados contextos, e que é partilhado entre colegas, pode ser útil quando nos deparamos com situações e problemas semelhantes (Estabrooks et al., 2005). Assim, existe um potencial de aprendizagem informal através da observação, e posterior integração destas observações nos cuidados prestados, sendo este método útil no desenvolvimento de competências (Bjørk, Tøien e Sørensen, 2013).

Deste modo, uma das metodologias utilizadas de modo a identificar as intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida, foi a observação dos cuidados, recorrendo-se à utilização de notas de campo para relatar as mesmas. As notas de campo constituem-se uma forma comum de registo de observação que se apresentam como uma tentativa de o observador registar informação, assim como sintetizar e compreender os dados que recolheu. As notas de campo podem ser categorizadas consoante o seu propósito, podendo ter uma natureza mais descritiva e observacional, reflexiva, teórica, metodológica ou pessoal (Polit e Beck, 2011). Assim, foram registadas e interpretadas observações das prestações de cuidados, relevantes para o tema e projeto em questão, que permitem a inferência de intervenções de enfermagem subjacentes a ações, que se encontram descritas no Apêndice VII.

- **Consulta de registos de enfermagem;**

O registo de enfermagem é o conjunto de informação que é produzida pelo enfermeiro na prática clínica, no qual é compilada a informação que resulta das necessidades de cuidados de enfermagem, ou seja, intervenções autónomas, assim como a informação que resulta do processo de tomada de decisão por parte de outros técnicos, mas implementada pelo enfermeiro, ou seja, intervenções interdependentes. Também nestes se encontra a informação necessária para a continuidade de cuidados, constituindo-se como uma das atividades que traduzem legalmente a execução e concretização dos cuidados que são prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

A consulta destes registos poderia ser uma fonte em que fossem descritas intervenções executadas pelos enfermeiros no âmbito do tema, sobretudo no que diz respeito a intervenções executadas em outros turnos que não os de presença no local de estágio, como tardes e noites, permitindo aceder à continuidade de cuidados de enfermagem. Foram assim analisados os registos de três pessoas

internadas ao longo do estágio e que se enquadravam nas características da população em causa. O que foi maioritariamente constatado nos registos foi que muitas das notas de enfermagem não reportavam algumas das intervenções executadas, o que os enfermeiros atribuem à priorização aos cuidados executados em vez do registo dos mesmos, à falta de tempo e *ratios* insuficientes para garantir a qualidade dos cuidados prestados. Existiam, no entanto, alguns registos de intervenções direcionadas para o tema, mas não acrescentavam novos resultados à identificação de intervenções em curso.

Os doentes raramente se recordam dos enfermeiros pelas suas intervenções técnicas. As intervenções que os doentes e as suas famílias mais se recordam são aquelas que geralmente não são documentadas, tais como as intervenções de ensinamentos e treinos e intervenções psicoespirituais de “*comfort food for the soul*”. Estas são consideradas das intervenções mais relevantes do trabalho dos enfermeiros mais experientes. Assim, com esta ausência de documentação, verifica-se uma perpétua desconexão entre os registos ditos legalmente obrigatórios e as ações que os doentes precisam e querem dos enfermeiros que deles cuidam, e que a Teoria do Conforto diz ser a essência da enfermagem. Este fator faz com que os enfermeiros não consigam descrever o impacto real que têm nos seus doentes e famílias, sendo que estas intervenções de conforto, que não são visíveis nos registos dos doentes, não sejam valorizadas pelas administrações, resultando numa invisibilidade e subvalorização da enfermagem (Smithe e Parker, 2015). Neste campo de estágio, o que foi observado vai de encontro ao referido por estes autores, em que os enfermeiros tendem a focar os seus registos nas intervenções técnicas e nos efeitos de analgesia, sendo estes registos importantes também, mas deixam pouco espaço nos registos hospitalares para documentar as intervenções relacionadas com outros aspetos do cuidar (Smithe e Parker, 2015).

- **Entrevista semiestruturada a enfermeiros;**

A atividade proposta de seguida para identificar mais intervenções relacionadas com o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida, internada, juntos dos enfermeiros que desempenham funções no Contexto A, foi a realização de entrevistas semiestruturadas. As entrevistas semiestruturadas são um método de recolha de dados de autorrelato qualitativo que se distinguem de outros tipos

de entrevista por serem constituídas por questões amplas ou tópicos que precisam de ser abordados durante a entrevista. Os entrevistadores recorrem a um guia de entrevista de modo a garantir que todas as áreas de interesse de recolha de dados são abrangidas, ao mesmo tempo que encorajam os participantes a falarem de forma livre sobre todos os tópicos que constam no seu guia (Polit e Beck, 2011).

Foram entrevistados cinco enfermeiros neste contexto, sendo que o guião das perguntas e as respetivas respostas foram posteriormente agrupadas consoante os contextos de conforto e enunciadas as intervenções subjacentes (Apêndice VIII).

- **Compilação de intervenções, observadas e resultantes da revisão *scoping*, em grelha;**

A concretização da revisão *scoping*, da observação dos cuidados prestados e das entrevistas semiestruturadas permitiu obter um conjunto relevante de intervenções de enfermagem. Estas intervenções foram organizadas numa grelha, dividindo as intervenções por contexto de conforto e respetivas necessidades de conforto a que tentam responder. As primeiras intervenções que integraram a esta grelha foram as resultantes da revisão *scoping*, sendo que foram depois introduzidas intervenções de enfermagem obtidas na prática no contexto de estágio, não sendo repetidas caso já se encontrassem intervenções semelhantes. Esta grelha constitui-se como a ferramenta base que foi sendo completada em termos de intervenções, gradualmente aprimorada e refinada no que diz respeito à sua linguagem escrita e à sua estrutura durante os estágios seguintes. Após a validação das intervenções presentes na mesma por peritos, constitui-se como o documento de suporte à construção de um Guia de Apoio à prática a ser utilizada no último contexto de estágio.

3.1.3. Prestar cuidados de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida;

Após a identificação das intervenções de enfermagem direcionada para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida resultantes das atividades anteriores, importa iniciar a prestação de cuidados, primeiro em modo de colaboração com o enfermeiro orientador, seguido da prestação de cuidados

apenas com a supervisão do mesmo, e culmina com a reflexão crítica acerca de uma situação vivenciada durante este processo.

- **Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem;**

A colaboração na realização de atividades é reconhecida, em diversas áreas de conhecimento, como uma forma de aprendizagem de conhecimento informal. A enfermagem é uma destas áreas do conhecimento em que existem atividades das quais podem resultar aprendizagens e aquisição de novos conhecimentos, nomeadamente através da participação em atividades de grupo, trabalhar ao lado de outros profissionais, enfrentar desafios na realização de tarefas e trabalhar junto de clientes. A aprendizagem informal pode, no entanto, ser influenciada por determinados fatores, por exemplo de acordo com estilos de liderança e de acordo com as relações sociais entre os diferentes tipos de profissionais de saúde em determinado serviço de internamento (Bjørk, Tøien e Sørensen, 2013). Assim com a colaboração com diferentes enfermeiros, sobre a supervisão e orientação de um enfermeiro especialista em oncologia, foi possível desenvolver algumas das intervenções de enfermagem identificadas nas atividades anteriores.

Uma das limitações do estágio neste contexto é, no entanto, a ausência do contacto com as famílias das pessoas a quem foram prestados cuidados. No momento do decorrer do estágio existiam ainda diversas restrições de visitas causadas pela pandemia por COVID-19, transversal a todo o país. Apenas eram permitidas, de modo geral, uma visita por dia por pessoa, limitada a uma hora, e mediante marcação prévia, sujeita a cancelamento ou alteração caso se verificassem suspeitas de novos casos de infeção ou infeção confirmada e necessidade de transferência do serviço e isolamento. Não existiu assim nenhum contacto direto com nenhum dos familiares das pessoas a quem foram prestados cuidados, durante o decorrer deste estágio. No entanto, este fator não foi encarado como uma limitação, uma vez que se pretendia com este estágio uma centralização nos cuidados direcionados à pessoa, sendo os cuidados direcionados à família um objetivo que se enquadra mais nas tarefas desenvolvidas no contexto B.

A colaboração na prestação de cuidados permitiu assim perceber a forma de como as intervenções identificadas eram executadas por um enfermeiro

especialista, permitindo assim adquirir estratégias facilitadoras para a implementação das mesmas no futuro. Contribuiu também para perceber como estas intervenções se planeiam, são executadas e depois avaliada a sua eficácia.

- **Prestação de cuidados de enfermagem;**

Tanto os enfermeiros como as pessoas querem experienciar momentos significativos durante o cuidar que possam depois ser recordados como boas experiências. É frequente os enfermeiros, e os doentes e famílias de quem cuidam, identificarem estes momentos, sentindo-os como gratificantes e profundos, mas frequentemente os enfermeiros não percebem como é que aquele momento intencionalmente veio a acontecer. Esta é uma experiência frequente quando os cuidados que prestam não são orientados por uma teoria de enfermagem. Assim estes momentos que se podem tornar significativos e especiais requerem uma teoria apropriada que conjugue tanto uma estrutura pessoal como uma estrutura disciplinar de modo a dar significado a tal experiência. A teoria do conforto é uma das teorias que pode providenciar um referencial e uma estrutura a estas experiências (Smithe e Parker, 2015).

A teoria do conforto orienta os enfermeiros para estarem despertos e identificarem as necessidades de conforto dos seus doentes e família que não estão a ser atendidas, no sentido de procurar intervenções que respondam a essas mesmas necessidades. Muitas vezes ações direcionadas para o conforto são intuitivas, mas, no âmbito desta teoria, a própria ação de cuidar é uma intervenção direcionada para o conforto. Esta teoria descreve como cuidar e como ser enfermeiro, quais são os elementos importantes para os doentes e para as suas famílias e quais os fatores que podem contribuir para facilitar a melhoria do estado e do conforto, atendendo também que até as intervenções mais técnicas são executadas de uma forma reconfortante (Smithe e Parker, 2015).

Assim orientar os cuidados de enfermagem por esta teoria implica que o processo de providenciar conforto a uma pessoa tem subjacente e envolve uma intenção de dar resposta às necessidades de conforto da pessoa, e da sua família, identificadas. Por exemplo, se uma pessoa necessita de tempo para conseguir verbalizar as suas questões e preocupações, o enfermeiro irá ativamente providenciar escuta ativa enquanto demonstra incentivo culturalmente apropriado e uma linguagem corporal adequada, considerando-se esta uma intervenção de

conforto. O enfermeiro tem de ser capaz de saber exatamente quando e como intervir deste modo, porque conhece a pessoa como um todo e porque quer providenciar conforto num momento vulnerável da pessoa. Esta é a forma de como esta teoria orienta para como ser enfermeiro de um modo que muitas outras teorias não conseguem orientar (Smithe e Parker, 2015).

Assim, tendo em conta as intervenções identificadas nas atividades anteriores, e as respetivas necessidades de conforto a que pretendem dar resposta, o último objetivo específico proposto para o contexto de estágio A, seria a prestação de cuidados de enfermagem direcionados para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida, internada. Pretendia-se nesta fase final do estágio implementar as intervenções de enfermagem identificadas, em modo de colaboração com os colegas do serviço e o enfermeiro orientador do campo de estágio.

Foram prestados cuidados de enfermagem a três pessoas diferentes no decorrer deste estágio, sendo possível um acompanhamento destes casos ao longo do seu internamento. As intervenções executadas davam resposta sobretudo a necessidades do contexto de conforto físico, mas também a algumas do contexto de conforto psicoespiritual e ambiental. Esta prestação de cuidados e a execução de intervenções permitiu desenvolver competências de enfermeiro especialista, nomeadamente no revelar conhecimentos durante a prestação de cuidados de enfermagem especializados, seguros e competentes (Regulamento nº 140/2019) e na prestação de cuidados com recurso a intervenções de enfermagem para promover o conforto e a dignidade das pessoas em fim de vida (EONS, 2018).

- **Elaboração de uma reflexão crítica;**

Uma parte importante que integra o processo aprendizagem é a compreensão da relação entre a teoria e a sua aplicabilidade na prática. Quem está a aprender sobre determinado assunto parece beneficiar da evocação de experiências na prática, encarando-as como oportunidade para reflexão e para desenvolvimento de conceitos, sendo capazes de, posteriormente, reaplicarem, em novas experiências, as competências que conseguiram desenvolver previamente. Assim, a prática torna-se uma componente importante para desenvolver e testar a teoria previamente aprendida (Gibbs, 1988). O enfermeiro

especialista deve ser capaz de rentabilizar as oportunidades de aprendizagem, como por exemplo analisando situações clínicas (Regulamento nº 140/2019).

Uma forma de realizar esta análise e reflexão sobre as experiências vividas é a reflexão estruturada segundo o ciclo de Gibbs. Esta inicia-se com uma descrição da situação, seguida da descrição dos sentimentos e reações, uma avaliação acerca de pontos positivos e negativos, uma análise da situação, quais as conclusões, gerais e específicas, e qual é o plano pessoal de ação, atendendo ao que se prevê fazer de diferente, no futuro, em situações semelhantes (Gibbs, 1988).

A EONS identifica, inclusive, a reflexão crítica como um dos métodos de aprendizagem e ensino para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem oncológica (EONS, 2018). Nesse sentido foi elaborada, tendo em conta uma situação vivida neste contexto de estágio A uma reflexão crítica, que se encontra em apêndice (Apêndice IX). Esta reflexão reporta a uma situação observada no âmbito da nutrição da pessoa em fim de vida, sendo que deverão ser recrutadas algumas competências de enfermeiro especialista na área específica de enfermagem oncológica em situações semelhantes, no futuro, nomeadamente o promover e advogar o envolvimento das pessoas afetadas pelo cancro na tomada de decisão relativa à gestão da doença oncológica; demonstrar uma atitude aberta e atuar no advogar dos cuidados paliativos; assim como facilitar discussões apropriadas entre os profissionais de saúde, os doentes e as suas famílias, de modo a eliciar as suas preferências no que diz respeito aos objetivos dos cuidados, quer estejam estes direcionados no sentido da cura, ou no sentido dos cuidados em fim de vida (EONS, 2018). Integrar estas competências específicas no cuidado à pessoa em fim de vida, em casos semelhantes, é crucial de modo a tentar mediar os cuidados de saúde e as decisões da equipa multidisciplinar, centrando os cuidados nas preferências e as decisões das pessoas e famílias nestas, assim como as medidas que contribuirão para o conforto da pessoa em fim de vida, tendo este conceito como objetivo final das intervenções de enfermagem. Esta reflexão contribui ainda para o desenvolvimento de pensamento crítico e também para a reflexão sobre os processos de tomada de decisão, sendo esta uma competência do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019).

3.2. ESTÁGIO NO CONTEXTO B

A concretização do estágio no contexto A permitiu o início do desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa em fim de vida, com uma doença oncológica de mau prognóstico. O contexto B foi escolhido no sentido de dar continuidade ao cuidado à pessoa com doença oncológica em fim de vida à luz daquela que é a filosofia dos cuidados paliativos que, como dito previamente, devem ser introduzidos no cuidado à pessoa com doença oncológica o mais precocemente possível.

No contexto A foi priorizado o cuidado à pessoa internada, centrando os cuidados de enfermagem nesse sentido. No entanto não é possível cuidar da pessoa como ser holístico e promover o seu conforto sem atuar também na sua família e nas pessoas afetadas pela doença oncológica.

Assim, neste contexto B, as atividades executadas são, na sua denominação, semelhantes às atividades do contexto A. No entanto, as intervenções e o cuidado que se estende à família torna-se mais evidente, sendo desenvolvidas intervenções de enfermagem que tentam dar resposta não só às necessidades de conforto da pessoa, mas também, da sua família.

Foi escolhido para desenvolver este segundo estágio uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos (EIHSCP) do mesmo hospital do contexto A. Esta escolha permitiu a continuidade dos cuidados de algumas das pessoas que se mantinham internadas no mesmo serviço A, que estivessem referenciadas para esta equipa.

3.2.1. Descrever a equipa multidisciplinar do serviço e a sua dinâmica funcional e organizacional;

A EIHSCP, local onde se desenvolveu o estágio B, foi criada em 2008 e trata-se de uma equipa multidisciplinar, provida de recursos específicos, que apresenta como principal função a prestação de consultadoria e apoio diferenciado no âmbito de cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital. Também atua no acompanhamento de utentes adultos assistidos nos vários polos do centro hospitalar e as suas famílias. Deste modo, a equipa articula-se com outras unidades e equipas do centro hospitalar, numa ótica de complementaridade, executando a sua atividade ao nível do apoio ao internamento, quando solicitada a sua colaboração, com a prestação

de assistência na execução dos planos individuais de cuidados aos doentes internados, que se encontrem em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva, ou que apresentem prognóstico de vida limitado; ao nível da consulta externa; do apoio telefónico aos doentes que se encontrem no domicílio; e ainda apoio psicossocial às famílias enlutadas.

Apesar de uma porção da equipa se encontrar alocada ao hospital, existe uma interligação e complementaridade na execução de funções, podendo os seus elementos atuarem e assistirem em qualquer local do centro hospitalar, consoante a necessidade de gestão de recurso humanos. Existe ainda uma reunião semanal, com a participação de todos os elementos da equipa ao nível do centro hospitalar, para a discussão de casos clínicos. A equipa é constituída, pelo momento, ao nível do Hospital, por um enfermeiro, um médico, um psicólogo e uma assistente social. Ao nível do centro hospitalar, é constituída, no total, por 5 enfermeiros, 3 médicos, 3 psicólogos e 2 assistentes sociais.

- **Apresentação do projeto à equipa;**

À semelhança do que decorreu no estágio no contexto A, foi apresentada à equipa, não só de enfermagem, mas também a outros elementos integrantes da equipa do hospital, o projeto em causa. Acrescenta à apresentação do contexto anterior os ganhos e os resultados que foram obtidos com a realização do estágio no contexto A, assim como se pode verificar nos diapositivos em apêndice (Apêndice X), utilizados para a apresentação em formato *PowerPoint*.

O *feedback* verbal acerca da mesma foi muito positivo, tendo os elementos que assistiram à mesma verbalizado a importância que também consideram que o projeto e o tema têm, assim como a sua disponibilidade para a participação no mesmo. Na reunião semanal com os restantes elementos da equipa do centro hospitalar foi realizada uma pequena apresentação verbal do projeto à equipa, de modo a contextualizar o estágio que, apesar de curta e sem recorrer a diapositivos como a anterior, foi aparentemente bem recebida.

- **Consulta de protocolos, normas, diretrizes e políticas do centro hospitalar;**

A seguinte atividade proposta, relativa à consulta de protocolos e outros documentos orientadores, não foi realizada neste contexto B. Este facto deve-se a que uma vez que os protocolos são uniformizados e disponibilizados ao nível do centro hospitalar, e não ao nível de cada um dos hospitais integrantes do mesmo, os documentos que poderiam ser de interesse ao projeto e ao tema já foram consultados no contexto A.

3.2.2. Identificar as intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida e a sua família;

A definição de conforto no âmbito da enfermagem apresenta-se como uma experiência de imediata de sensação de fortalecimentos pela satisfação de necessidades pelos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência), nos quatro contextos da experiência humana (físico, ambiental, social e psicoespiritual). A própria definição de conforto é congruente com a experiência de uma morte pacífica, que é um dos objetivos interdisciplinares dos cuidados paliativos, assim como é um dos objetivos específicos desejados pelos doentes e famílias na etapa do fim de vida (Novak, Kolcaba, Steiner e Dowd, 2001).

Os cuidados paliativos são entendidos como cuidados de saúde ativos e holísticos, necessários para pessoas de qualquer faixa etária que estejam em sofrimento, por todos os tipos de doenças progressivas, complexas, graves e/ou crónicas, e também as suas famílias. Estes pressupõem sempre que exista uma avaliação multidimensional das necessidades espirituais, emocionais, físicas e sociais, atendendo às preferências e aos valores dos doentes e das suas famílias. Assim a avaliação das necessidades da família, a intervenção junto desta e também a integração ativa dos seus membros ou cuidadores na prevenção de crises e na sua capacitação, permite garantir a integração e continuidade dos cuidados ao longo do percurso da doença e, até após a morte, no luto (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021).

O cuidado de enfermagem direcionado para o conforto e os cuidados paliativos têm assim objetivos e resultados desejados transversais, quer no âmbito do cuidado individual da pessoa, quer no âmbito do cuidado à família. Assim, de modo a integrar no projeto intervenções orientadas para o conforto atendendo à filosofia de cuidados dos cuidados paliativos, que inclui ativamente a família na sua ação e intervenção, esperava-se que o contacto com as famílias fosse uma

grande parte deste estágio B. Este contacto permitiria assim identificar mais intervenções de enfermagem, sobretudo naquele que é o âmbito do contexto de conforto social da pessoa com CPVB. Assim existe, durante a execução das próximas atividades descritas, uma grande evidência do contacto que se teve com as famílias, assim como das intervenções desenvolvidas junto destas.

- **Observação da prestação de cuidados;**

A metodologia de realização de notas de campo, utilizada previamente para a concretização dos indicadores de resultados referentes às atividades propostas para desenvolver no estágio A, foi também uma metodologia utilizada no estágio B para dar evidências às observações, e às intervenções de enfermagem subjacentes às mesmas. Assim, foram registadas e interpretadas algumas observações, nomeadamente as consideradas de maior relevância para o tema e projeto em questão, que permitem a inferência de intervenções de enfermagem subjacentes a ações, que se encontram descritas em tabela em apêndice (Apêndice XI).

Neste contexto, diferente do que se verificou no contexto A, existem intervenções que não são exclusivas aos casos de pessoas com CPVB, mas que são, de certo modo transversais aos cuidados à família com um ente em fim de vida. O facto de existir um acompanhamento quase permanente da enfermeira orientadora durante os turnos, permitiu acompanhar diversas situações em múltiplos doentes com variadas patologias. Mas em determinadas situações, como no caso do acompanhamento de um doente nas suas últimas horas de vida, era possível identificar necessidades de conforto nos membros da família e intervenções que puderam dar resposta às mesmas, que podem ser transversais entre famílias, independentemente da patologia que poderá ter estado na origem do estado da pessoa. Este acompanhamento promoveu o desenvolvimento de competências de um modo mais profundo do que inicialmente esperava desenvolver, tornando-se uma componente positiva do estágio neste contexto. Algumas destas competências incluem a comunicação com as famílias acerca do processo de morrer e as fases de final de vida, a referenciação para outros profissionais (como psicólogos) quando necessário ou o apoio nos familiares durante o processo de luto (EONS, 2018).

- **Consulta de registos de enfermagem;**

No caso do contexto do estágio A, o que se esperava com a consulta dos registos era sobretudo a consulta de intervenções de enfermagem que estivessem registadas e que pudessem ser identificadas como possivelmente intervenções que possam dar resposta a necessidades de conforto, que os enfermeiros executam, sobretudo em turnos como tardes e noite, em que não desenvolvia atividades de estágio. No entanto, no caso do estágio na EIHSCP, esta apenas funciona em dias úteis e em horário fixo, sendo que a consulta de registos não foi executada porque não havia ganhos com a mesma, uma vez que estava presente pessoalmente em muitas das situações que decorriam.

Em dias em que não executava atividades de estágio, caso existissem alterações nos doentes e nas suas famílias, ou tivessem sido executadas intervenções específicas para as mesmas no âmbito do tema, a enfermeira orientadora fazia uma pequena passagem de ocorrências no turno seguinte em que me encontrasse presente, descrevendo o que tinha acontecido, como tinha decorrido a intervenção na situação e quais os resultados obtidos, ou esperados. Da implementação destas intervenções resultava quase sempre uma necessidade de reavaliação do estado do utente, ou da sua família, sendo que assim eram executadas novas observações, expondo-se as intervenções subjacentes nas notas de campo correspondentes às mesmas.

- **Entrevista semiestruturada a enfermeiro;**

De forma a tentar perceber, junto de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, que desempenha funções no Contexto B, quais as intervenções de enfermagem que podem ser executadas para tentar dar resposta às necessidades de conforto das pessoas com cancro bilio-pancreático, em fim de vida, e às suas famílias, foi executada, de modo informal uma entrevista semiestruturada, a um enfermeiro. A EIHSCP é constituída por um número muito menor de enfermeiros, sendo que o contacto com outros enfermeiros especialistas em cuidados paliativos que integrem a equipa é menor, restringindo-se a um contacto semanal em modo de reunião, que por algumas semanas foi suspensa por motivos pandémicos,

sendo esse o motivo de ter sido entrevistado apenas um elemento da equipa de enfermagem.

Assim foi então entrevistado um enfermeiro especialista em cuidados paliativos, que integra a EIHSCP em questão desde o momento da sua criação. As respostas foram posteriormente agrupadas consoante os contextos de conforto, encontrando-se em apêndice, juntamente com o respetivo guião da entrevista (Apêndice XII).

- **Continuação da compilação de intervenções observadas em grelha;**

A grelha criada no contexto A, que consistia na organização das intervenções de enfermagem divididas por necessidades de conforto, inseridas nos respetivos contextos de conforto, foi enriquecida durante este estágio B. Apesar de não se terem identificado muitas novas intervenções que pudessem ser acrescentadas a esta grelha, fazendo-a “crescer” no seu número, foi possível reorganizar e reestruturar a formulação do enunciado das intervenções, atendendo aos ganhos que se obtiveram com as atividades anteriores. Foi assim possível obter, não uma grelha mais extensa, mas sim uma grelha com intervenções mais claras e objetivas passíveis de ser implementadas no contexto dos cuidados de conforto à pessoa com CPVB em fim de vida, internada, e à sua família. A estratégia para se conseguir esta mudança foi através da redução do enunciado das intervenções, sem que o seu significado fosse comprometido. Esta etapa teve como resultado tornar a grelha de consulta mais fácil, ao ser retirado a explicitação das intervenções, não sendo esse o objetivo da grelha.

- **Tradução da checklist de observação de comportamentos de conforto;**

Na elaboração do plano de projeto inicial, esta era uma atividade que não se encontrava contemplada. A mesma surgiu de uma dificuldade que, tendo se iniciado no primeiro contexto de estágio, se estendeu para este contexto, que é a questão de como é que avaliamos o conforto.

É descrito por diversos autores e entidades que o conforto é um dos objetivos do cuidado de enfermagem, mas, no entanto, a forma de avaliação desta componente é pouco discutida (Novak, Kolcaba, Steiner, Dowd, 2001). A definição já foi esclarecida previamente neste relatório, atendendo à definição da teoria do

conforto (Kolcaba, 1994), mas a avaliação e medição do mesmo ainda não era clara durante a execução das atividades de estágio.

É esperado que o enfermeiro especialista em oncologia seja capaz de identificar e avaliar, recorrendo a instrumentos validados sempre que apropriado e relevante, as necessidades físicas, emocionais, sociais ou informacionais, das pessoas afetadas pelo cancro durante o processo da doença oncológica (EONS, 2108), que inclui o fim de vida. Uma vez que o conforto dos doentes e famílias é crucial no fim de vida, formas de avaliação e medição do mesmo para determinar se o conforto aumentado foi obtido são vitais para as pessoas que recebem cuidados, mas também para a própria enfermagem como ciência (Novak et al., 2001).

Existem instrumentos de avaliação e medição do conforto em cuidados paliativos, para a pessoa e para a família, validados e culturalmente adaptado para a população portuguesa (Querido, 2012; Matos, 2012). Estes instrumentos são constituídos por cerca de trinta itens cada um e implicam que a pessoa seja capaz de responder verbalmente aos itens colocados sobre a forma de pergunta. No entanto, a aplicação destes instrumentos poderá ser difícil, e muitas vezes impossível, pelas alterações do estado de consciência que as pessoas com CPVB em fim de vida podem apresentar, sobretudo nos seus últimos dias de vida.

Katherine Kolcaba adaptou uma *checklist* de comportamentos de conforto utilizada com pessoas com demência de Alzheimer avançada, que pela própria progressão da doença, com diversas alterações na comunicação e perceção, não conseguem verbalizar as suas necessidades e fontes de desconforto, para ser utilizada em pessoas no fim de vida. Assim desenvolveu um instrumento designado “*Comfort behavior checklist*” (Anexo I) que se baseia na observação de determinados comportamentos pelos enfermeiros. Estes comportamentos estão divididos em cinco categorias, sendo estas vocalizações, sinais motores, performance, expressão facial e comportamentos variados. Existem itens que são indicativos de conforto e outros indicativos de compromisso de conforto e pontuações maiores, são indicativas de maior conforto.

Foi consultada a autora, via *e-mail*, de modo a perceber se a mesma tinha conhecimento acerca de uma tradução portuguesa dessa *checklist*, tendo a mesma afirmado que não, sendo, no entanto, importante essa tarefa. Assim sendo, uma vez que o instrumento é disponibilizado e autorizada a sua utilização

e divulgação no site “*The Comfort Line*” (Kolcaba, 2021), foi feita, juntamente com uma enfermeira especialista em cuidados paliativos e uma enfermeira especialista em enfermagem oncológica, uma proposta de tradução dessa mesma *checklist* (Apêndice XIII). Apesar de se tratar apenas de uma proposta de tradução, não se encontrando por isso, até ao momento, validada para a população portuguesa, entendeu-se que esta seria, mesmo assim, uma importante etapa e possivelmente uma valiosa ferramenta para o decorrer dos estágios seguintes.

3.2.3. Prestar cuidados de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida e sua família;

É uma das competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica o cuidar da pessoa, e da sua família/cuidadores, que vivenciam processos médicos e/ou cirúrgicos complexos que decorrem de uma doença aguda ou crónica (Regulamento nº 429/2018, p. 19360, 19361). O planeamento de cuidados, tendo em conta os princípios dos cuidados paliativos, pressupões que exista uma correta avaliação das necessidades, quer da pessoa, quer da família, de modo a promover a adaptação à doença, a capacitação para a execução de cuidados preservando a autonomia sempre que possível, e, também, promover o uso de mecanismos de minimização do impacto da doença, envolvendo a família nos cuidados e no suporte psicossocial (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021).

As famílias e os cuidadores das pessoas em fim de vida apresentam também múltiplas e complexas necessidades de conforto, que se estendem para além das suas preocupações com as necessidades de conforto da própria pessoa em fim de vida. Algumas das necessidades destes familiares incluem a necessidade de informação, encorajamento, descanso, reforço positivo, nutrição e socialização (Novak et al., 2001).

Assim integram-se nas próximas atividades o cuidado estendido à família da pessoa com CPVB, tentando dar resposta também às necessidades de conforto da família, recorrendo para isso a intervenções, identificadas previamente nas atividades executadas, presentes na grelha construída.

• Colaboração nos cuidados de enfermagem prestados;

A colaboração nos cuidados de enfermagem prestados foi uma das atividades que foi sendo desenvolvida muito precocemente no decorrer do estágio. De modo a aproveitar os contactos com pessoas com CPVB e com as suas famílias, que podem ser em determinados períodos de tempo mais reduzidos, esta colaboração iniciou-se na segunda semana de estágio. No entanto, esta colaboração nos cuidados não se restringiu ao cuidado das pessoas com CPVB e às suas famílias, mas também se estendeu ao cuidado de pessoas que, por diversas patologias, se encontravam em fim de vida.

Iniciar o processo de prestação de cuidados com a colaboração nos cuidados de enfermagem com uma enfermeira especialista, neste contexto de cuidados paliativos, permitiu experienciar a forma como as intervenções são executadas, assim como as estratégias para a implementação das mesmas, atendendo à filosofia dos cuidados paliativos, e estratégias de comunicação com a pessoa em fim de vida e a sua família. Esta primeira atividade permitiu que a seguinte, de prestação de cuidados de enfermagem, se desenvolvesse com maior rigor e eficácia.

- **Prestação de cuidados de enfermagem;**

Foram no total prestados cuidados a três pessoas com CPVB e às suas famílias, sendo que, com duas destas pessoas, o contacto se tinha iniciado ainda durante o decorrer do estágio no contexto A. Esta continuidade no acompanhamento foi benéfica, na medida em que permitiu uma continuidade dos cuidados prestados e do acompanhamento feito a estas pessoas, contribuindo para a construção de uma relação terapêutica facilitadora do processo de enfermagem.

A EIHSCP, prestam consultadoria à estrutura hospitalar onde se encontram integradas, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados aos doentes, atuando também na promoção da formação em cuidados paliativos dos profissionais, de modo a assegurar e capacitá-los para a prestação de cuidados com abordagem paliativa com qualidade (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2017; Despacho nº3721/2019). Assim as intervenções executadas no âmbito do estágio nesta equipa foram mais direccionadas para o contexto de conforto psicoespiritual e social. As intervenções no contexto de conforto físico e ambiental eram executadas em colaboração com os enfermeiros, e restantes

elementos da equipa multidisciplinar, que prestam cuidados diretos durante o internamento nas enfermarias, nomeadamente ao nível dos posicionamentos, alimentação e gestão da terapêutica prescrita.

Assim, podemos considerar que os principais ganhos com esta atividade, indo em encontro às competências de enfermeiro especialista da EONS (EONS, 2018), se centram no trabalho em equipa multidisciplinar na prestação de cuidados de enfermagem holísticos, atuando como elemento facilitador na continuidade de cuidados entre diferentes tipologias de serviços e internamentos e providenciando às pessoas em fim de vida, e suas famílias, cuidados de enfermagem baseados numa abordagem paliativa, intervenções que podemos encontrar operacionalizadas na grelha construída, integrando uma prática baseada na evidência científica.

• **Elaboração de uma reflexão crítica;**

A última atividade do estágio no contexto B, à semelhança do que decorreu no contexto A, é também a execução de uma reflexão crítica. Esta reflexão seguiu os mesmos princípios da reflexão crítica segundo o Ciclo de Gibbs (Gibbs, 1988), A situação sobre a qual é executada a reflexão não se trata no âmbito do cuidado a uma pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares, mas trata-se do cuidado a uma pessoa com alterações do estado de consciência, com confusão e agitação. A condição da utente em causa foi identificada como *delirium*. O *delirium* é um síndrome cognitivo que ocorre frequentemente em idosos e em pessoas com cancro, em particular em pessoas com doença avançada e nos seus últimos dias e horas de vida (Bush et al., 2018). Esta condição apresenta uma multiplicidade de manifestações comportamentais, desde a hipoatividade à hiperatividade, sendo que em pessoas com cancro do pâncreas em fim de vida, o *delirium* é frequentemente observado (Arai, 2013).

O motivo da escolha desta situação como motivo de reflexão baseia-se na importância pessoal atribuída ao tema das alterações do estado de consciência em fim de vida, as medidas de restrição física, e a importância na intervenção junto, não só dos doentes e famílias, mas junto dos profissionais de saúde que cuidam de pessoas nesta situação vulnerável, atendendo também à frequência com que esta condição de delirium é observada em utente com cancro do pâncreas em fim de vida. Assim a reflexão (Apêndice XIV), apesar de não se

encontrar no âmbito da patologia em questão, enquadra uma problemática transversal a várias situações, contribuindo para, à semelhança da reflexão anterior, o desenvolvimento de pensamento crítico, aumento do conhecimento e reflexão sobre o processo de tomada de decisão.

3.3. ESTÁGIO NO CONTEXTO C/D

Este último estágio decorreu no local onde desempenho funções, sendo este um serviço de internamento hospitalar, integrado no setor público, com diferentes especialidades médicas, incluindo medicina interna e gastroenterologia. Neste local, denominado Contexto C, existem elementos da equipa de enfermagem que integram a EIHSCP deste mesmo Hospital, havendo assim uma colaboração facilitada entre as diferentes equipas. Assim, atendendo ao contexto do projeto, fez sentido que o trabalho desenvolvido neste contexto C integrasse também trabalho desenvolvido com, e para, esta EIHSCP, denominando-se assim contexto D.

O facto de integrar dois contextos no mesmo estágio também tem outras vantagens acrescidas para além da colaboração. O internamento de pessoas com CPVB nem sempre é exclusivo ao internamento no contexto C sendo que, por vezes, verifica-se o internamento de pessoas com CPVB em fim de vida em outros serviços de internamento no mesmo hospital. Assim, de modo a tentar prestar cuidados ao maior número possível de pessoas que integram a população em que incide o projeto, a prestação de cuidados por meio da EIHSCP pode ser vantajosa. Apesar de se tratar de um contexto de cuidados diferentes, existe a possibilidade de implementar e executar muitas das intervenções de enfermagem promotoras do conforto que têm vindo, ao longo dos estágios, a ser identificadas e implementadas em diferentes contextos.

3.3.1. Apresentar o projeto à equipa de enfermagem e elementos da equipa multidisciplinar;

Em linha do que tem vindo a ser realizado também nos outros campos de estágio, também este se iniciou pela apresentação do projeto às equipas, quer do contexto C, quer do contexto D. De modo a iniciar a implementação do projeto no serviço, considerou-se necessário e vantajoso dar a conhecer formalmente à

equipa a evolução, até ao momento, do projeto, assim como os objetivos e as atividades programadas para este último contexto.

- **Apresentação à equipa do projeto através de diapositivos;**

A apresentação às equipas foi executada por meio de apresentação em formato *PowerPoint* (Apêndice XV), tendo uma duração aproximada entre dez e quinze minutos, tendo sido realizadas um total de 5 sessões, conseguindo apresentar a 23 diferentes profissionais. Este número de apresentações foi o necessário para obter a participação de 70% da equipa, o que corresponde ao indicador de resultado para esta atividade. É de salientar que, apesar de não se ter conseguido alcançar nesta apresentação todos os enfermeiros da equipa do contexto C, foi possível apresentar a pelo menos um elemento de cada uma das equipas de enfermagem do serviço (sendo estas um total de seis pequenas equipas).

3.3.2. Capacitar a equipa no âmbito das intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida e a sua família;

É uma das competências comuns do enfermeiro especialista o desenvolvimento de práticas de qualidade, atuando na gestão e colaboração em programas de melhoria contínua. Assim analisar estes cuidados, planejar estratégias de melhoria de qualidade e colaborar na realização de atividades nesta área são objetivos da sua prática especializada (Regulamento nº 140/2019).

Um dos objetivos gerais deste projeto é contribuir para melhorar a qualidade na prestação de cuidados de enfermagem com uma abordagem paliativa à pessoa com CPVB em fim de vida, internada. Assim, a capacitação dos enfermeiros que prestam cuidados no serviço C, poderá melhorar a qualidade dos cuidados à população em causa, e à sua família.

Através da execução das atividades que se seguem pretende-se obter esta capacitação da equipa. Nomeadamente, através da criação de um guia de apoio, da formação em serviço, da demonstração prática das intervenções e da colaboração nos cuidados prestados pelos colegas, atuando como consultor para os enfermeiros, colaborando nas suas tomadas de decisão, orientando as suas decisões e avaliando as intervenções executadas. Todas estas são também

competências comuns de enfermeiro especialista que se desenvolveram durante este contexto de estágio (Regulamento nº 140/2019).

- **Validação da grelha de intervenções com peritos da área;**

Ao longo dos dois contextos de estágios anteriores foi construída uma grelha de intervenções. Esta grelha de intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com cancro bilio-pancreático em fim de vida, no Hospital, resultou do levantamento de intervenções de enfermagem a partir de uma *revisão scoping*, da observação da prática em nos contextos de prestação de cuidados de enfermagem (contexto A e B) e de entrevistas a enfermeiros.

A grelha é constituída por intervenções de enfermagem e respetivos autores, mas a sua validação por peritos considerava-se como uma etapa crucial prévia à sua divulgação. Assim esta grelha foi validada por dois enfermeiros peritos, sendo um Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, e outro Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica com Especialização na Área de intervenção em Enfermagem Oncológica, com Doutoramento em Enfermagem, ambos com experiência na prática de cuidados à pessoa com CPVB em fim de vida, e sua família. As alterações resultantes da sua revisão conjunta dos peritos foram integradas na versão final da mesma. Estas alterações ocorreram sobretudo na clarificação do enunciado das intervenções e das atividades que as concretizam e na adaptação de conceitos expostos para facilitar a compreensão dos leitores, diminuindo a possibilidade de interpretações erróneas das intervenções. A seguir à validação da grelha de intervenções por peritos, uma nova necessidade, não previamente contemplada, surgiu.

Como referido anteriormente, os registos de enfermagem são um modo de tradução legal dos cuidados que são concretizados pelos enfermeiros. Assim o registo fiel das observações e das intervenções realizadas a favor dos clientes são uma obrigação do enfermeiro. Estes registos devem ser realizados utilizando linguagem classificada, nomeadamente a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), no sentido de garantir a continuidade da prestação de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

Assim, de modo a facilitar e promover a integração das intervenções da grelha nos registos de enfermagem realizados pela equipa, as intervenções foram

novamente reformuladas para linguagem classificada CIPE, estando evidentes as intervenções de enfermagem, que podem ser facilmente introduzidas nos registos informatizados, e também identificadas, quando adequado, as atividades que concretizam as intervenções.

- **Elaboração de guia de apoio à prática com base na grelha de intervenções;**

Os Guias Orientadores da Boa Prática são instrumentos pelos quais os enfermeiros devem orientar a sua atuação profissional, atendendo às práticas recomendadas, de forma a tornarem os seus cuidados mais eficazes, seguros e visíveis. A aplicação de linhas orientadoras baseadas em estudos sistematizados, assim como outras fontes científicas e opiniões de peritos reconhecidos é a base da Boa Prática. Esta tem como objetivo a obtenção de respostas satisfatórias de clientes, assim como de profissionais, na resolução de problemas de saúde específicos (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Tendo então por base a grelha de intervenções elaborada e posteriormente validada por peritos, foi elaborado um guia orientador intitulado “Guia orientador: Grelha de intervenções de enfermagem direcionada para o conforto da pessoa com cancro bilio-pancreático em fim de vida, no Hospital” (Apêndice XVI).

Neste guia, na grelha, as intervenções encontram-se divididas por contextos de conforto por questões de nomeação, o que não invalida o facto de que uma intervenção de enfermagem poder dar resposta e influenciar outros contextos de conforto, para além do atribuído na grelha. Importa ainda salientar que existem medidas gerais que poderão ser também aplicadas, mas que não se encontram contempladas no guia, não invalidando a sua possível eficácia.

Neste documento ainda constam algumas considerações acerca da sua utilização e aplicação, nomeadamente: todas as intervenções sugeridas têm como pressuposto a avaliação prévia de uma necessidade de conforto e a recolha de dados necessária à implementação da(s) intervenção(ões) mais adequada(s); a utilização de escalas e/ou outros instrumentos de avaliação, como por exemplo a *checklist* de comportamentos de conforto, poderão ser úteis para a avaliação inicial e dos resultados das intervenções; o registo das intervenções é também uma etapa imprescindível do processo de cuidados, que poderá auxiliar na colaboração entre a equipa multidisciplinar e na otimização do cuidado à pessoa e família; existem determinadas intervenções identificadas no guia com o símbolo

“*” que são intervenções que resultaram da observação da prática em diferentes contextos de prestação de cuidados de enfermagem e de entrevistas a enfermeiros e que foram posteriormente validadas com peritos, uma vez que não foram mapeadas na revisão *scoping* realizada.

- **Ação de formação com apresentação da grelha de intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida e a sua família e do guia de apoio à prática de enfermagem;**

Na etapa do diagnóstico de situação durante a fase inicial da elaboração do projeto de estágio, foram identificadas, por meio de questionários e conversas informais com os colegas, as necessidades de formação percecionadas pela equipa de enfermagem relativamente ao cuidado à pessoa com CPVB. O guia orientador é, por si só, uma importante ferramenta para providenciar intervenções sugeridas, mas é necessário mais para capacitar os enfermeiros. Para os enfermeiros serem capazes de implementar intervenções na prática clínica, é importante que estes compreendam os objetivos das intervenções, os elementos essenciais e o modo de implementação das mesmas. Com a compreensão destes elementos é que se torna possível a implementação das intervenções de modo a obter os objetivos desejados e os resultados esperados, melhorando o cuidado às pessoas (Ibrahim e Sidani, 2016).

Assim sendo, a formação em serviço, para os enfermeiros, abordando as intervenções do guia e o seu respetivo referencial teórico, são essenciais. O diagnóstico de necessidades formativas, a gestão de programas formativos, a atuação como formador em contexto de trabalho, o desenvolvimento de competências nos enfermeiros e a avaliação do impacto das formações, são também competências comuns de enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019), que se desenvolveram com esta atividade.

Assim foi desenvolvida uma ação de formação, recorrendo a uma apresentação em formato *PowerPoint* (Apêndice XVII), segundo o plano de formação em apêndice (XVIII). De modo obter uma participação de pelo menos 70% dos elementos da equipa de enfermagem, foram realizadas a 3 sessões, conseguindo apresentar a 22 diferentes profissionais, que correspondem a 70% da equipa. No final das sessões, de modo a avaliar a mesma relativamente ao seu conteúdo, foram aplicados questionários de avaliação da formação (Apêndice

XIX), previamente aprovados pela chefia do serviço, sendo este instrumento de preenchimento anónimo. O *feedback* das sessões de formação, utilizando os questionários como fonte do mesmo, foi positivo, tendo sido obtida uma pontuação de 4 (pontuação máxima correspondente a “muito bom”) em todos os itens em todos os questionários, à exceção de classificação de 3, correspondente a “bom”, em dois questionários, no item correspondente a “duração e horário”. Alguns dos comentários classificam a ação de formação como útil, pertinente, correspondendo à realidade do serviço, sendo a implementação das intervenções passível de ser executada no contexto do serviço. Consideram ainda que a formação poderá contribuir para melhorar cuidados à pessoa e família e para a sensibilização a novas atitudes.

- **Colaborar, com os enfermeiros, na prestação de cuidados e execução de intervenções do guia;**

A criação de um guia e a formação em serviço são estratégias consideradas facilitadoras para a implementação de intervenções por parte dos enfermeiros, mas existe a necessidade de, inicialmente após a introdução das intervenções, colaborar junto dos enfermeiros na implementação destas. Esta necessidade de colaboração verifica-se porque existem ainda outros fatores que podem influenciar a forma de como as intervenções sugeridas são implementadas, tais como o nível de experiência profissional dos enfermeiros, o seu conhecimento prévio, a sua educação, as suas habilidades e as suas atitudes (Ibrahim e Sidani, 2016).

Assim sendo, após a sessão de formação, estava planeado a colaboração na prestação de cuidados junto com os colegas que tenham estado presentes na mesma. No entanto esta atividade não foi passível de ser concretizada.

O número de internamentos de pessoas com CPVB em fim de vida não são sempre os mesmos ao longo do tempo. Acontece que, durante o decorrer do período após a formação, portanto aproximadamente nas duas últimas semanas de estágio no contexto C, não se verificou o internamento de nenhuma pessoa com CPVB em fim de vida. Assim sendo, não foi possível, durante o decorrer do período de estágio, a concretização desta atividade. No entanto, esta atividade é passível de ser executada no futuro, mesmo após o término do período de estágio, de modo a dar continuidade à implementação do projeto.

- **Auditoria dos cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros;**

Esta atividade proposta de auditoria de cuidados corresponde à avaliação da eficácia das atividades anteriores no que diz respeito à capacitação da equipa de enfermagem. Verificar a aplicação e execução de intervenções, ações ou comportamentos que tenham sido abordados no âmbito da formação e treino, recorrendo, por exemplo, a uma *checklist*, e colocando, informalmente, questões para avaliar os conhecimentos dos participantes, são métodos de avaliar a eficácia da formação e do treino nos participantes (Ibrahim e Sidani, 2016)

A leitura dos registos de enfermagem foi uma das atividades que permitiu, no início do planeamento do projeto, o diagnóstico de uma necessidade dos enfermeiros. Os registos de enfermagem devem refletir os cuidados que são prestados pelos enfermeiros, sendo a prova legal da execução de tarefas. Algumas das causas que justificam tal facto são os ratios e a priorização de outras tarefas acima da elaboração de registos de enfermagem. Estas razões não são modificáveis com a implementação do projeto, mas facilitar de certo modo a execução dos registos, promovendo o levantamento de intervenções no sistema que constem no guia e registando a eficácia das mesmas, é uma atividade necessária e poderá melhorar a qualidade dos registos.

Assim, uma das atividades propostas seria a leitura e análise dos registos, juntamente com a observação dos cuidados prestados pelos colegas à pessoa com CPVB e à sua família. Estes permitiriam identificar a implementação de intervenções identificadas no guia, adequadas ao caso específico da pessoa, assim como verificar alterações nos registos, que pudessem ser atribuídas à formação. No entanto, tal como aconteceu na atividade anterior, esta atividade não foi executada, pela mesma razão, nomeadamente, a ausência de internamentos de pessoas com CPVB em fim de vida no período em que era pretendido executar esta atividade. Tinha-se ainda proposto, inicialmente, a utilização de uma *checklist* com itens para esta auditoria, mas, uma vez que a atividade não se concretizou, a mesma nunca foi utilizada. Pretende-se, no entanto, futuramente uma auditoria aos registos de enfermagem referentes a pessoas com CPVB em fim de vida que se encontrem internadas, tentando perceber alterações que tenham ocorrido nos mesmos.

3.3.3. Prestar cuidados de enfermagem especializados com intervenções direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida e a sua família;

A evolução que se deu no decorrer da execução das atividades ao longo destes estágios, sob a orientação de enfermeiros especialistas, permitiram que, neste último contexto, e recorrendo à evidência científica obtida, prestar cuidados de enfermagem especializados no âmbito do cuidado à pessoa com CPVB, em fim de vida, e à sua família. Assim, este último objetivo envolve as atividades de prestação de cuidados de enfermagem especializados e a elaboração de um estudo de caso, com as quais se pretende evidenciar estas mesmas competências.

• Prestação de cuidados de enfermagem especializados;

Uma das últimas atividades propostas é a prestação de cuidados de enfermagem especializados, no âmbito dos contextos C e D. Ao longo do decorrer do estágio nestes dois últimos contextos, foi possível contactar com cinco pessoas que integram a população-alvo do presente projeto. Quatro destas pessoas no âmbito dos turnos de estágio na EIHSCP, e uma pessoa no internamento do contexto C.

A prestação de cuidados de enfermagem especializados no âmbito do contexto C, que se tratou do cuidado de uma pessoa, é evidente através da concretização da atividade que se segue, o estudo de caso. A prestação de cuidados no âmbito do contexto D permitiu contactar com um maior número de pessoas com CPVB, mas a intervenção no âmbito da EIHSCP é diferente da intervenção no âmbito do cuidado no serviço de internamento, nomeadamente no que diz respeito ao tempo de contacto com o doente e família, avaliação da intervenção dos outros colegas enfermeiros e também o facto de as equipas dos outros serviços não terem contacto direto com o projeto e com os seus objetivos e atividade propostas, o que poderá dificultar a implementação de determinadas intervenções, por desconhecimento. As intervenções sugeridas, no guia implicam estratégias de comunicação e conhecimentos específicos, abordados na formação efetuada. Uma vez que os enfermeiros de outros serviços não participaram na mesma, a execução das intervenções é dificultada por esse

motivo. A expansão da formação a outros serviços, propagando conhecimento, poderá ser uma estratégia para dar resposta a esta limitação.

- **Elaboração de estudo de caso;**

Os estudos de caso são estudos detalhados de entidades únicas, ou de um pequeno número de entidades, como um indivíduo, uma família, instituição ou outras unidades sociais. O objetivo destes estudos é a tentativa de uma análise e compreensão do desenvolvimento, das circunstâncias ou de questões importantes relacionadas com as entidades envolvidas. Estes permitem a colheita e análise de dados que relatem, para além do estado presente da pessoa, também experiências anteriores ou fatores situacionais que possam estar relacionados com o problema em análise. Assim, uma vantagem destes estudos é a profundidade da análise que pode ser feita, tendo em conta que o número de pessoas envolvidas no mesmo é reduzida, permitindo obter um conhecimento mais íntimo relativamente à condição, aos sentimentos, às ações, às intenções e ao ambiente da pessoa (Polit e Beck, 2011).

No âmbito do desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em oncologia, a EONS recomenda o recurso a estudos de caso como um método de ensino e de aprendizagem. Assim, a realização de estudos de caso, permite tanto a aquisição de conhecimento específico e desenvolvimento de competências (EONS, 2018). Neste sentido, foi elaborado um estudo de caso de uma situação vivenciada no contexto C (Apêndice XX). Na elaboração deste estudo de caso recorreu-se à utilização da Checklist de Observação de Comportamentos de Conforto, a versão obtida pela proposta de tradução, previamente apresentada, com o seu preenchimento atendendo ao estudo de caso em questão em apêndice (Apêndice XXI). Apesar desta não ser um instrumento validado para a população portuguesa, a sua utilização no estudo de caso auxiliou na perceção da evolução e nas alterações no conforto presentes no estudo de caso. A comparação da avaliação do conforto prévia à intervenção de enfermagem especializada com a avaliação após a intervenção evidencia uma evolução favorável do conforto da pessoa, nomeadamente no contexto de conforto social, podendo esta ser atribuída aos cuidados de enfermagem prestados.

4. AVALIAÇÃO

O trabalho de projeto implica que, atuando na sua lógica, exista uma mobilização de conhecimento que é necessária para identificar ações e implementá-las, de modo organizado e estruturado, para modificar uma situação diagnosticada, recorrendo a um conjunto determinado de recursos. A dinâmica do desenvolvimento de um projeto implica, muitas vezes, face ao planeado inicialmente, reajustes e alterações para superar desvios inesperados. É necessário depois, que exista uma avaliação que sirva como meio de identificação e compreensão da eficácia das estratégias que foram utilizadas para superar esses desvios, de modo a perceber, no final, se a mudança desejada inicialmente foi alcançada. Assim sendo, a avaliação consiste então no processo sistemática de questionamento e reflexão no qual existe um pensamento crítico sobre os objetivos planeados, a qualidade da intervenção e os resultados produzidos (Capucha, 2008). Face ao dito, este próximo capítulo refere-se à avaliação dos resultados da implementação do projeto, de modo a, atendendo aos objetivos propostos e aos resultados das intervenções implementadas, fazer o balanço das competências desenvolvidas e dos contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa com CPVB em fim de vida, e sua família, assim como garantir o cumprimento dos princípios de éticos levados a cabo.

4.1. QUESTÕES ÉTICAS

Os enfermeiros devem desenvolver a sua prática de acordo com as normas legais, mantendo a sua responsabilidade ética e profissional, assegurando o cumprimento do código deontológico que rege a profissão. Assim é importante esclarecer as questões éticas subjacentes ao projeto e à execução das atividades que constituíram o mesmo.

Os estágios que decorreram nos diferentes locais foram sujeitos a uma aprovação prévia das direções de enfermagem dos respetivos hospitais, ou centros hospitalares, assim como as chefias dos diferentes serviços. Algumas das atividades desenvolvidas neste projeto envolviam a participação de enfermeiros, nomeadamente as apresentações dos projetos, as entrevistas e a observação das práticas de cuidados. Nestes, foi sempre esclarecido previamente os objetivos das

respetivas atividades, assim como a manutenção do anonimato dos participantes, tendo sido obtido o consentimento verbal dos envolvidos. As mesmas atividades eram sempre apresentadas previamente aos chefes de enfermagem dos serviços, tendo sido obtida a aprovação para o desenvolvimento das mesmas. Foram entrevistados cinco enfermeiros, sendo que a execução das entrevistas foi previamente acordada com a chefe de enfermagem, tendo sido obtido o seu consentimento verbal, assim como o consentimento verbal de todos os enfermeiros envolvidos, e mantido o anonimato das respostas. Para a consulta dos registos de enfermagem informatizados, os mesmos princípios de autorização prévia e manutenção do anonimato, foram cumpridos, tendo sido consultados apenas os dados relevantes atendendo ao tema do projeto, atendendo ao artigo 106º do código deontológico dos enfermeiros (Ordem do Enfermeiros, 2005).

Na participação dos cuidados de enfermagem prestados, era previamente explicado, às pessoas e famílias, qual o projeto que estava em desenvolvimento, assim como os dados que iriam ser recolhido e o objetivo das intervenções, mantendo-se o anonimato nas notas e obtendo-se consentimento verbal dos mesmos para que fossem prestados então os cuidados, de acordo com o artigo 105º do código deontológico dos enfermeiros (Ordem do Enfermeiros, 2005).

Relativamente à proposta de tradução de Checklist de observação de comportamentos de conforto, como já dito, a mesma foi realizada com autorização da autora (Anexo II), sendo que a aplicação da mesma no contexto C e D foi sujeita a uma aprovação prévia da chefia de enfermagem.

Assim, no âmbito do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, a competência A1 (Regulamento nº140/2019), e no âmbito das práticas com respeito aos direitos humanos e responsabilidades profissionais, a competência A2, considera-se que foram desenvolvidas no decorrer do projeto. As atividades foram desenvolvidas assegurando o cumprimento do Código Deontológico dos enfermeiros (Ordem do Enfermeiros, 2005) sendo que o trabalho executado, individual e em parceria com os pares, integrou sempre estes princípios na tomada de decisão e no exercício profissional, assim como a manutenção da privacidade, da dignidade, da segurança e do respeito pelos direitos e decisões dos envolvidos. Todas as atividades do projeto contemplaram o exercício profissional com vida a excelência nos cuidados prestados, reconhecendo falhas no mesmo e sempre tentando melhorar as intervenções de modo a prestar cuidados com a melhor

qualidade possível, assim como referido no artigo 109º do CDE (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

4.2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A experiência no contexto da prática clínica é entendida como uma das principais formas de desenvolver conhecimentos e competências especializadas numa determinada área. Este desenvolvimento é um processo cumulativo que permitir adquirir atributos que se identificam em enfermeiros especializados e experientes, contribuindo positivamente para a sua prática (Arbon, 2004). Desta forma o primeiro objetivo geral do projeto era desenvolver competências de enfermeiro especialista ao nível do cuidado de enfermagem da pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em fim de vida. Assim sendo, descrevem-se em seguida as principais competências que foram desenvolvidas com as atividades executadas.

As competências comuns do enfermeiro especialista são competências que envolvem diferentes dimensões da prática, nomeadamente dimensões da educação das pessoas e dos pares, de aconselhamento e orientação, de liderança, de responsabilidade por desenvolver investigação relevante e pertinente que permita melhorar e desenvolver a prática de enfermagem (Regulamento nº140/2019).

No subcapítulo anterior já foi exposto como se desenvolveram as competências de enfermeiros especialista no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal (domínio A do Regulamento nº140/2019).

No domínio B (Regulamento nº140/2019), correspondentes à melhoria contínua da qualidade considera-se que as atividades de apresentação do projeto às equipas, e, principalmente, atuando na formação dos pares e na forma de como podem modificar algumas práticas, promovendo a integração de novo e recente conhecimento nas mesmas, poderá contribuir para melhorar a qualidade dos serviços prestados.

As atividades de criação de um guia orientador para a prática, formação sobre o mesmo, com previsão de posterior colaboração nos cuidados e auditoria dos mesmos, contribuíram para o desenvolvimento de competências no domínio C, da gestão dos cuidados (Regulamento nº140/2019). A realização de uma revisão *scoping*, a proposta de tradução de um instrumento de avaliação do

conforto, a validação da grelha de intervenções com peritos, a posterior construção de um guia de apoio e formação sobre o mesmo contribuíram para desenvolver competências no âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (domínio D do Regulamento nº140/2019). Também as reflexões críticas sobre situações vividas e a realização do estudo de caso foram de extrema relevância para o desenvolvimento destas competências.

O enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica “cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgico complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica” assim como “otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgico complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica” (Regulamento nº 135/2018 p.19359). Assim, como, atendendo às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, o enfermeiro “cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” (Regulamento nº 135/2018 p.19360) e estabelece uma relação terapêutica com os mesmos. Integrando que o presente projeto implicou que todas as atividades fossem desenvolvidas atendendo ao cuidado da pessoa com CPVB em fim de vida, internada, e às suas famílias, incluindo a colaboração e prestação de cuidados de enfermagem especializados às mesmas, foi possível desenvolver competências de cuidados neste domínio,

No que diz respeito às competências inerentes ao grau de Mestre, o possuir conhecimentos, assim como capacidade de compreensão para desenvolvê-los e aplicá-los em contexto de investigação, aplicando-os na resolução de problemas em situações novas (Decreto-Lei nº 74/2006) foram levadas a cabo através da realização da revisão scoping e posterior construção de grelha de intervenções, que depois foram aplicadas em casos clínicos, nomeadamente no estágio no contexto C. Também as reflexões críticas executadas e a comunicação dos conhecimentos adquiridos através das formações de pares integram as competências subjacentes ao grau de Mestre (Decreto-Lei nº 74/2006).

4.3. CONTRIBUIÇÃO PARA MELHORAR A QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O segundo objetivo geral deste projeto era contribuir para melhorar a qualidade na prestação de cuidados de enfermagem com uma abordagem paliativa à pessoa internada com cancro do pâncreas e vias biliares em fim de vida. A formação de serviço, a criação de um guia de apoio à prática de cuidado, a apresentação de um instrumento de avaliação do conforto e a prestação de cuidados de enfermagem especializados foram atividades desenvolvidas de modo que este objetivo fosse cumprido. Estas contribuíram para o aumento do conhecimento e a divulgação de intervenções de enfermagem, tendo sido preciosas para que a equipa de enfermagem enriqueça a sua prática com a sua integração. A disponibilidade da equipa para a formação, a receptividade na apresentação de intervenções, a discussão após a formação e os resultados dos questionários de avaliação da mesma com resultados positivos, todos considerados pontos fortes deste projeto, evidenciam que os colegas os irão tentar integrar na sua prática, contribuindo para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Desenvolver, no futuro, as atividades que não foram passíveis de ser executadas por ausência de internamentos de doentes com CPVB em fim de vida no período após a formação, no futuro, realizando auditorias dos cuidados de enfermagem e os respetivos registos de enfermagem, poderão evidenciar, de modo mais preciso, a contribuição para a qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem. Assim, apesar de considerar a não concretização destas atividades um ponto fraco, considera-se que é passível de ser modificado no futuro, assim que forem implementadas.

5. CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO

O percurso no decorrer deste projeto foi longo, mas extremamente gratificante. O tema do projeto surgiu por uma necessidade percebida no serviço onde atualmente desenvolvo funções, não só da equipa de enfermagem no seu geral, mas também de uma necessidade pessoal de querer prestar cuidados de enfermagem que contribuam para o conforto da pessoa com CPVB e da sua família. O difícil controlo dos sintomas associados à progressão da doença, assim como o prognóstico curto associado à mesma, poderiam ser fatores desmoralizantes no cuidado a estas pessoas, mas atuaram, na verdade, como motivadores de crescimento profissional e pessoal. Assim procurar formas para contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem a esta população enquanto desenvolvo competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de intervenção de enfermagem oncológica, eram metas deste projeto.

Considera-se que, apesar de não terem sido executadas, em tempo útil de estágio, todas as atividades propostas, os objetivos foram cumpridos. Este projeto iniciou-se num serviço de cuidados cirúrgicos com uma afluência de internamentos de pessoas com CPVB alta. Iniciar o percurso neste local permitiu o contacto e exposição a conhecimento prático valioso que, no estágio seguinte, juntou a filosofia dos cuidados paliativos, sendo ainda este conhecimento prático aprimorado e ajustado para este contexto, estendendo-se também à família. Integrando estas experiências com enfermeiros especialistas e generalistas, com o conhecimento das pesquisas realizadas e dos documentos formulados, e refletindo sobre a prática, foi possível no final, divulgar à equipa de enfermagem do local onde desenvolvo funções, conhecimentos, instrumentos e práticas, assim como partilhar experiências, de modo a contribuir para melhorar a prestação dos cuidados de enfermagem a esta população internada neste contexto.

No entanto, mais trabalho no futuro é necessário. Em primeiro lugar, a divulgação pública dos resultados obtidos com a elaboração da revisão *scoping* e a publicação em periódicos, poderá ser um dos primeiros passos para contribuir para a divulgação de resultados resultantes da investigação em enfermagem neste tema. As revisões *scoping* apresentam algumas limitações inerentes à sua

metodologia e conceção, nomeadamente no facto de que as intervenções que resultaram da mesma não podem ser interpretadas como *guidelines*, mas sim apenas como um mapeamento de resultados que necessita de validação da eficácia das mesmas. A realização de uma revisão sistemática da literatura, no futuro, poderá ser uma possibilidade.

Relativamente à proposta de tradução da *checklist* de comportamentos de conforto, é necessário, no futuro, uma validação desta mesma escala para a população portuguesa, e respetiva adaptação cultural, para proceder à divulgação da mesma e sua apresentação como um instrumento com possibilidades de utilização, valioso para a prática de enfermagem no contexto apresentado, nomeadamente a avaliação do conforto em pessoas com alterações do estado de consciência e limitações na expressão verbal das suas necessidades de conforto sentidas, assim como a avaliação do resultado de intervenções direcionadas para o conforto nas mesmas.

Pretende-se ainda a participação, entre outros eventos, na 16ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem, que decorrerá entre 21 e 23 de setembro de 2022, com a apresentação de um poster alusivo à *scoping* elaborada. A participação no 2º *Webinar* DEMC/AI da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, integrando uma mesa de discussão sobre cuidados paliativos, que decorrerá em novembro deste ano, está também agendada.

A execução das atividades de colaboração na prestação de cuidados após a formação e auditoria dos mesmos, serão ainda desenvolvidas. Apesar do término do estágio, a chefia de enfermagem do serviço expressou interesse na continuação da implementação do projeto, nomeadamente estendendo a ação de formação aos elementos que não estiveram presentes nas sessões iniciais, e, quando possível, atuar na colaboração dos cuidados e auditoria nos mesmos, recolhendo dados que evidenciem as alterações que ocorreram e os resultados obtidos. A extensão da mesma formação e da divulgação dos resultados obtidos ao nível do centro hospitalar, é também um objetivo futuro. Assim sendo, apesar de concluídos os estágios, o trabalho para o futuro é ainda extenso, e as possibilidades de contribuição para a enfermagem são diversas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agarwal, R.; Epstein, A. (2017). Palliative care and advance care planning for pancreas and other cancers. *Chinese clinical oncology*. 6(3)
- Alves, M.; Abril, R.; Neto, I. (2017). Symptomatic control in end-of-life patients. *Acta Médica Portuguesa*. 30(1), 61-68
- Ansari, D.; Tingstedt, B.; Andersson, B.; Holmquist, F.; Stureson, C.; Williamsson, C.; ... Andersson, R. (2016). Pancreatic cancer: yesterday, today and tomorrow. *Future Oncology*. 12(16), 1929-1946
- Arai, P.; Nishihara, M.; Kobayashi, K.; Kanazawa, T.; Hayashi, N.; Tohyama, Y.; ... Ushida, T. (2013). Neurolytic celiac plexus block reduces occurrence and duration of terminal delirium in patients with pancreatic cancer. *Journal of anesthesia*, 27(1), 88-92
- Arbon, P. (2004). Understanding experience in nursing. *Journal of Clinical Nursing*. 13(2), 150-157
- Aromataris E.; Munn, Z. (Ed.). (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Australia: Joanna Briggs Institute. Acedido em: 10/07/2021. Disponível em: <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/JBI+Manual+for+Evidence+Synthesis>
- Bjørk, I.; Tøien, M.; Sørensen, A. (2013). Exploring informal learning among hospital nurses. *Journal of workplace learning*. 25(7), 426-440
- Bush, S; Lawlor, P.; Ryan, K.; Centeno, C.; Lucchesi, M.; Kanji, S.; ... Ripamonti, C. (2018). Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 29, 143-165
- Capucha, L. (2008). *Planeamento e avaliação de projetos: guião prático*. Lisboa: Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. ISBN 978-972-742-285-2
- Chabner, B.; Longo, Dan. (Eds.). (2015). *Manual de Oncologia de Harrison (2ª Edição)*. Porto Alegre: McGraw-Hill Education;

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2017). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos: biénio 2017-2018*. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2021). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos 2021-2022*. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde

Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de março, foram aprovadas regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 13.º a 15.º da Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo), bem como o disposto no n.º 4 do artigo 16.º da Lei n.º 37/2003, de 22 de Agosto (estabelece as bases do financiamento do ensino superior) Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República*, Série I-A de 2006-03-24, 2242 – 2257. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>

Despacho nº3721/2019 (2019). Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biénio 2019/2020. Gabinete da Secretária de Estado da Saúde. *Diário da República*, II Série (Nº66 de 03-04-2019), Páginas 10570-10575. ELI: <https://files.dre.pt/2s/2019/04/066000000/1057010575.pdf>

Estabrooks, C.; Rutakumwa, W.; O'Leary, K.; Profetto-McGrath, J.; Milner, M.; Levers, M.; Scott-Findlay, S. (2005). *Sources of Practice Knowledge Among Nurses. Qualitative Health Research*. 15(4), 460–476

European Oncology Nursing Society (2018). *EONS Cancer Nursing Education Framework*. EONS. Acedido a 12/07/2021. Disponível em <https://z2y.621.myftpupload.com/wp-content/uploads/2020/05/EONSCancerNursingFramework2018-1.pdf?time=1602163080>

Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: a guide to teaching and learning method*. Great Britain: Further Education Unit

Gill, F.; Duffy, A. (2010). Caring for cancer patients on non-specialist wards. *British Journal of Nursing*. 19(12), 761-767

- House, M.; Choti, M. (2005). Palliative therapy for pancreatic/biliary cancer. *Surgical Clinics*. 85(2), 359-371
- Ibrahim, S.; Sidani, S. (2016). Intervention fidelity in interventions: an integrative literature review. *Research and Theory for Nursing Practice*. 30(3), 258-271
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of advanced nursing*. 19(6), 1178-1184
- Kolcaba, K. (2021). *Measuring comfort*. Retirado de: <https://www.thecomfortline.com/measuring-comfort>
- Lazenby, J.; Saif, M. (2010). Palliative Care from the Beginning of Treatment for Advanced Pancreatic Cancer Highlights from the 2010 ASCO Gastrointestinal Cancers Symposium. *Journal of the Pancreas*. 11(2), 154-157
- Lei n.º 52/2012. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I Série (Nº172 de 05-09-2012), 5119 – 5124. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/52/2012/09/05/p/dre/pt/html>
- Matos, M. (2012). *O conforto da família em cuidados paliativos: tradução e validação para a população portuguesa do holistic comfort questionnaire (family)* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica, Lisboa
- Neto, I. (2008). Utilização da via subcutânea na prática clínica. *Revista Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. 15(4), 277-83
- Novak, B.; Kolcaba, K.; Steiner, R.; Dowd, T. (2001). Measuring comfort in caregivers and patients during late end-of-life care. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 18 (3), 170-180
- Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Nunes, L.; Ruivo, A.; Ferrito, C. (2010). Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*. 15, 2-37
- Ordem dos enfermeiros (2014). *Parecer do Conselho Jurisdicional 196/2014*. Registo de penso e evolução da ferida. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_196_2014_RegistoPensoEvolucaoFerida.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf

Polit, D.; Beck, C. (2019). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem* (9ª Edição). Porto Alegre: Artmed

Querido, A. (2012). *A promoção da esperança em fim de vida: avaliação da efetividade de um programa de intervenção em pessoas com doença crónica avançada e progressiva* (Tese Doutoramento). Universidade Católica, Lisboa

Radbruch, L.; Payne, S. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European journal of palliative care*. 16(6), 278-289

Regulamento n. o 140/2019 (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro. Assembleia da República. *Diário da República*, 2.a Série (N.o 26 de 06-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.

Regulamento n.o 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Assembleia da República. *Diário da República*, 2.a série (N.o 135 de 16-08-2018), 19359-19370. ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>.

Siegel, R.; Miller, K.; Fuchs, H.; Jemal, A. (2021) Cancer Statistics 2021. *Cancer Journal for Clinicians*. 71(1), 7-33

- Smith, M.; Parker, M. (Ed.). (2015). *Nursing Theories and Nursing Practice* (4a Edição). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Sung, H.; Ferlay, J.; Siegel, R.; Laversanne, M.; Soerjomataram, I.; ... Bray, F. (2021) Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *Cancer Journal for Clinicians*. 71(3), 209-249
- World Health Organization. (2002). *National cancer control programs: policies and managerial guidelines* (2^a Ed). Geneva: World Health Organization
- World Health Organization. (2018). *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers*. Geneva: World Health Organization

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO I

Comfort behavior checklist

Comfort Behaviors Checklist

How is patient acting right now? Please circle best response.

NA = *sleeping, or not appropriate for this patient because of diagnosis or age* .

(For example, if patient is sleeping questions 3-5 are circled NA.)

	<u>NA</u>	<u>No</u>	<u>Somewhat</u>	<u>Moderate</u>	<u>Strong</u>
Vocalizations					
1. awake	0	1	2	3	4
2. moaning	0	1	2	3	4
3. complaining	0	1	2	3	4
4. content sounds/talk	0	1	2	3	4
5. crying/shouting	0	1	2	3	4
Motor Signs.....					
6. peaceful	0	1	2	3	4
7. agitated	0	1	2	3	4
8. rapid pacing	0	1	2	3	4
9. fidgety	0	1	2	3	4
10. muscles relaxed	0	1	2	3	4
11. rubbing an area	0	1	2	3	4
12. guarding	0	1	2	3	4
Performance.....					
13. anxious movements	0	1	2	3	4
14. accepts kindness	0	1	2	3	4
15. likes touch/ hand holding	0	1	2	3	4

16. able to rest	0	1	2	3	4
17. able to eat	0	1	2	3	4
18. calm, at ease	0	1	2	3	4
19. purposeless movements	0	1	2	3	4
20. tries to move away	0	1	2	3	4
Facial.....					
21. appears depressed	0	1	2	3	4
22. grimaces/winces	0	1	2	3	4
23. relaxed expression	0	1	2	3	4
24. hyper-vigilant	0	1	2	3	4
25. appears frightened or worried	0	1	2	3	4
26. smiles	0	1	2	3	4
Miscellaneous.....					
27. unusual breathing	0	1	2	3	4
28. focuses mentally	0	1	2	3	4
29. able to converse	0	1	2	3	4
30. awakens smoothly	0	1	2	3	4
.....					

(Continue on next page)

If this is the only comfort/pain instrument being used, ask the patient:

30. Do you have any pain? No_____Yes_____[Please rate your pain from 0 to 10, with

10 being the highest possible pain]. _____(rating)

31. Taking everything into consideration, how comfortable are you right now? [Please rate your total comfort from 1 to 10, with 10 being the highest possible comfort.]

_____(rating)

Adapted by K. Kolcaba from: Ladislav Volicer. "Management of advanced Alzheimer's dementia/The comfort checklist." From Volicer & others (1988). Clinical Management of Alzheimer's Disease., Rockville, MD. Aspen Publications.

Other open-ended information.....

(change in medication use, recent injury, recent decline in functional status, staff reports of comfort/discomfort, changes in appetite, ambulation, etc.)

Scoring of the Behaviors Checklist

1. Subtract number of “not appropriate” (NA) from 30, to obtain **total answered**.
2. Multiply **total answered** (step 1) by 4, to obtain **total possible score**.
3. Reverse code: numbers 2, 3, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 27 to obtain **raw comfort responses**.
4. Add **raw comfort responses** (step 3) for all questions not marked NA, to obtain **raw comfort score**.
5. Divide actual comfort score (step 4) by total possible score (step 2) and round to two decimal places. (If the third decimal place is a 5 or greater, round the second decimal place up to the next number.)
6. Report score as a **2-digit number** (percent without the % sign or decimal). *Higher scores indicate higher Comfort.*

Comfort Behaviors Checklist © K. Kolcaba (2002)

Available for downloading at www.uakron.edu/comfort

ANEXO II

Autorização para uso da Comfort behavior checklist

AUTORIZAÇÃO PARA USO DA COMFORT BEHAVIOR CHECKLIST

Autorização para uso da *Comfort Behavior Checklist* e para a sua proposta de tradução pela autora, Katherine Kolcaba, disponibilizada no site de consulta pública (figura 1) e via e-mail (figura 2).



Figura 1 – Captura de ecrã do site de acesso aberto *The Comfort Line*, onde é disponibilizada a checklist ao público;

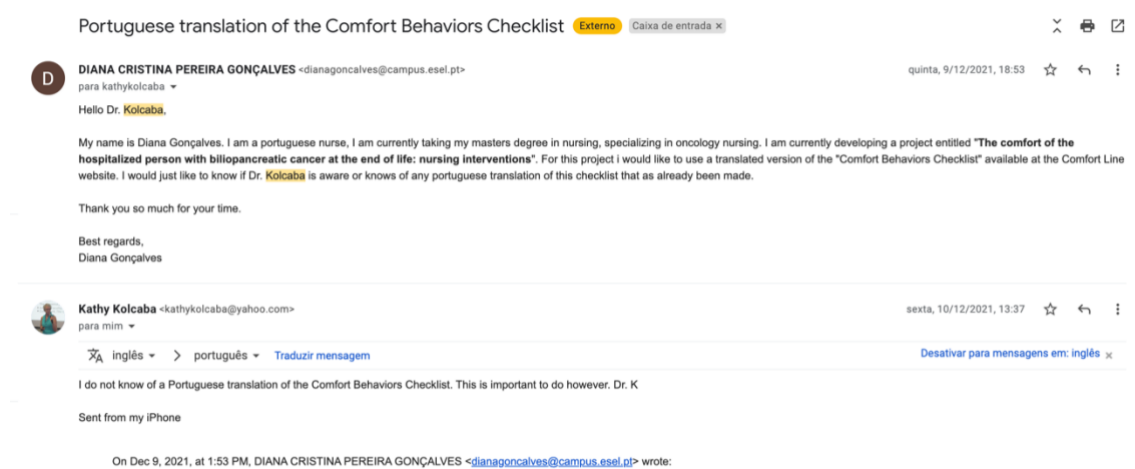


Figura 2 – Captura de ecrã de correspondência e-mail com a autora, onde a mesma informa que desconhece traduções em português do instrumento, salientando a importância de executar essa mesma tarefa.

APÊNDICE I

**Questionário aplicado aos enfermeiros para o
diagnóstico de situação**

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
12º Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização Médico-Cirúrgica na Área
Específica de Enfermagem Oncológica

No âmbito do desenvolvimento de um projeto sobre as intervenções de enfermagem na gestão e controlo de sintomas na pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em situação paliativa em internamento hospitalar, pretendo identificar as necessidades formativas dos enfermeiros acerca desta temática. As suas respostas são anónimas e apenas serão usadas para o presente fim.

Assinale com um (X) a resposta que mais se adequa:

1) Há quanto tempo exerce funções como enfermeiro(a)?

Entre 6 e 12 meses	Entre 1 e 2 anos	Entre 2 e 4 anos	Entre 4 e 6 anos	Mais de 6 anos

2) Há quanto tempo exerce funções no serviço de gastroenterologia?

Entre 6 e 12 meses	Entre 1 e 2 anos	Entre 2 e 4 anos	Entre 4 e 6 anos	Mais de 6 anos

3) Nos últimos dois meses de quantas pessoas cuidou com o diagnóstico de um cancro do pâncreas ou vias biliares em fase paliativa?

Nenhuma	1-2 pessoas	3-4 pessoas	5 ou mais pessoas

4) Como classificaria a sua preparação teórica acerca do cancro do pâncreas e vias biliares, assim como os respetivos tratamentos?

Muito fraca	Fraca	Suficiente	Boa	Muito boa

5) Como classificaria a sua preparação teórica acerca dos sintomas e necessidades de cuidados na pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em situação paliativa?

Muito fraca	Fraca	Suficiente	Boa	Muito boa

6) Como classificaria as suas competências no âmbito do controlo dos sintomas na pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em situação paliativa?

Muito fracas	Fracas	Suficientes	Boas	Muito boas

7) Qual considera ser a sua maior dificuldade na gestão e controlo de sintomas na pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em situação paliativa? Porquê? _____

8) Indique um ou mais sintomas em que sinta maior dificuldade na sua abordagem, quer na avaliação ou na gestão, na pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em situação paliativa. _____

9) Qual considera ser o principal enfoque dos cuidados de enfermagem à pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em situação paliativa? _____

10) Que estratégias equacionaria usar para enriquecer os seus conhecimentos de modo a contribuir para desenvolver capacidades para a prestação de cuidados à pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em situação paliativa?

APÊNDICE II

**Respostas ao questionário aplicado aos enfermeiros
para o diagnóstico de situação**

RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO

1) Há quanto tempo exerce funções como enfermeiro(a)?

Entre 6 e 12 meses	Entre 1 e 2 anos	Entre 2 e 4 anos	Entre 4 e 6 anos	Mais de 6 anos
7 (28%)	2 (8%)	7 (28%)	0	9 (36%)

2) Há quanto tempo exerce funções no serviço de gastroenterologia?

Entre 6 e 12 meses	Entre 1 e 2 anos	Entre 2 e 4 anos	Entre 4 e 6 anos	Mais de 6 anos
9 (36%)	1 (4%)	7 (28%)	4 (16%)	4 (16%)

3) Nos últimos dois meses de quantas pessoas cuidou com o diagnóstico de um cancro do pâncreas ou vias biliares em fase paliativa?

Nenhuma	1-2 pessoas	3-4 pessoas	5 ou mais pessoas
3 (12%)	1 (4%)	14 (56%)	7 (28%)

4) Como classificaria a sua preparação teórica acerca do cancro do pâncreas e vias biliares, assim como os respetivos tratamentos?

Muito fraca	Fraca	Suficiente	Boa	Muito boa
1 (4%)	4 (16%)	11 (44%)	8 (32%)	1 (4%)

5) Como classificaria a sua preparação teórica acerca dos sintomas e necessidades de cuidados na pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em situação paliativa?

Muito fraca	Fraca	Suficiente	Boa	Muito boa
1 (4%)	6 (24%)	8 (32%)	9 (36%)	1 (4%)

6) Como classificaria as suas competências no âmbito do controlo dos sintomas na pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em situação paliativa?

Muito fracas	Fracas	Suficientes	Boas	Muito boas
1 (4%)	6 (24%)	10 (40%)	7 (28%)	1 (4%)

7) Qual considera ser a sua maior dificuldade na gestão e controlo de sintomas na pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em situação paliativa? Porquê?

Dificuldades	Nº Respostas (total 25)	Justificações
Comunicação	1 (4%)	Alterações do estado de consciência / delírios;
Gestão de emoções	2 (8%)	Dificuldades na comunicação;
Gestão de sintomas	5 (20%)	Falta de conhecimento/preparação académica para o tema; Falha no trabalho em equipa multidisciplinar;
Controlo de dor	5 (20%)	Prescrições erróneas de tratamentos; Dificuldade na otimização da terapêutica;
Gestão da terapêutica	2 (8%)	Falta de conhecimento da área; Falta de comunicação com a equipa;
Promoção do conforto	3 (12%)	
Identificação dos sintomas	7 (28%)	Desorientação/dellirium dos doentes dificultam a percepção das necessidades; Falta de conhecimento;

8) Indique um ou mais sintomas em que sinta maior dificuldade na sua abordagem, quer na avaliação ou na gestão, na pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em situação paliativa.

Sintomas	Nº Respostas (total 37)	≈ Percentagem
Ansiedade	1	2,7%
Dor	17	45,94%
Prurido	8	21,62%
Náuseas	6	16,21%
Vómitos	1	2,7%
Icterícia	2	5,4%
Fadiga	2	5,4%

9) Qual considera ser o principal enfoque dos cuidados de enfermagem à pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em situação paliativa?

Enfoque	Nº Respostas (total 32)	≈ Percentagem
Gestão / Controlo de sintomas	14	43,75%
Gestão emoções	4	12,5%
Promoção do conforto	7	21,87%
Comunicação	1	3,12%
Gestão terapêutica	1	3,12%
Apoio Emocional	1	3,12%
Família	4	12,5%

10) Que estratégias equacionaria usar para enriquecer os seus conhecimentos de modo a contribuir para desenvolver capacidades para a prestação de cuidados à pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em situação paliativa?

Estratégia	Nº Respostas (total 37)	≈ Percentagem
Ações de formação (intra e extra-hospitalares)	20	54,05%
Pesquisa bibliográfica autónoma	14	37,83%
Trabalho/ Questionamento junto de pares	3	8,1%

APÊNDICE III

Tabelas de planejamento das atividades

DESCRIÇÃO DAS TAREFAS E RESULTADOS ESPERADOS

A) Estágio numa Unidade de Internamento cirúrgico num Hospital de referência para o tratamento do cancro do Pâncreas e Vias Biliares				
Duração: 6 semanas: 11/10/2021 a 19/11/2021				
Objetivo Geral 1: Desenvolver competências de enfermeiro especialista ao nível do cuidado de enfermagem da pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em fim de vida				
Competências Envolvidas (Apêndice IV): CC Enf. Especialista: A1.1; C1.1; C2.1; D2.2; CE Enf. Especialista Enf. MC: 1.1; 1.2; Competências EONS: Módulo 4, 5 e 8; Competências Mestre segundo Descritores de Dublin: a1; a2; b.				
Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos (Humanos e Materiais)	Resultados Esperados	Indicadores de resultado
1.1) Descrever a equipa multidisciplinar do serviço e a sua dinâmica funcional e organizacional;	• Apresentação do projeto à equipa com apresentação de diapositivos; • Consulta de protocolos, normas, diretrizes e políticas do centro hospitalar;	• Chefia de enfermagem; • Elementos da equipa multidisciplinar; • Protocolos e normas do serviço; • Sistema de informação de registos de enfermagem; • Computador; • Acesso a bases de dados e biblioteca;	Demonstra que conhece a equipa e a dinâmica da equipa multidisciplinar;	Elabora um texto de descrição do serviço e do funcionamento da equipa multidisciplinar;
1.2) Identificar as intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida;	• Realização de revisão <i>scoping</i>; • Observação da prestação de cuidados; • Consulta de registos de enfermagem; • Entrevista semiestruturada a enfermeiros; • Compilação de intervenções, observadas e resultantes da revisão <i>scoping</i>, em grelha;		Identifica intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida;	• Realiza revisão <i>scoping</i>; • Elabora notas de campo; • Elabora grelha de intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida;
1.3) Prestar cuidados de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida;	• Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem; • Reflexão crítica acerca dos cuidados prestados;		Colabora nos cuidados de enfermagem a 3 pessoas e reflete criticamente sobre estes;	• Completa grelha de intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida; • Elabora reflexão crítica;

B) Estágio numa Equipa de Suporte e Cuidados paliativos num Hospital de referência para o tratamento do cancro do Pâncreas e Vias Biliares				
Duração: 6 semanas: 22/11/2021 a 14/01/2022 (pausa 20/12/2021 a 02/01/2022)				
Objetivo Geral 1: Desenvolver competências de enfermeiro especialista ao nível do cuidado de enfermagem da pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em fim de vida				
Competências Envolvidas (Apêndice IV): CC Enf. Especialista: A1.1; C1.1; C2.1; D2.2; CE Enf. Especialista Enf. MC: 1.1; 1.2; Competências EONS: Módulo 4, 5 e 8; Competências Mestre segundo Descritores de Dublin: a1; a2; b.				
Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos (Humanos e Materiais)	Resultados Esperados	Indicadores de resultado
2.1) Descrever a equipa multidisciplinar do serviço e a sua dinâmica funcional e organizacional;	• Apresentação do projeto à equipa; • Consulta de protocolos, normas, diretrizes e políticas do centro hospitalar;	• Chefia de enfermagem; • Elementos da equipa multidisciplinar; • Protocolos e normas do serviço; • Sistema de informação de registos de enfermagem; • Computador; • Telefone.	Demonstra que conhece a equipa e a dinâmica da equipa multidisciplinar;	Elabora um texto de descrição do serviço e do funcionamento da equipa multidisciplinar;
2.2) Identificar as intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida e a sua família;	• Observação da prestação de cuidados; • Consulta de registos de enfermagem; • Entrevista semiestruturada a enfermeiros; • Continuação da compilação de intervenções observadas em grelha; • Tradução da <i>checklist</i> de observação de comportamentos de conforto;		Identifica intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida;	• Elabora notas de campo; • Completa grelha de intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida;
2.3) Colaborar nos cuidados de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida e a sua família;	• Colaboração nos cuidados de enfermagem prestados; • Execução de reflexão crítica;		Colabora nos cuidados de enfermagem a 3 pessoas e reflete criticamente sobre estes;	• Completa e finaliza grelha de intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida • Elabora reflexão crítica;

C) Estágio num Serviço de internamento multidisciplinar com a especialidade de Gastroenterologia e Equipa de Suporte e Cuidados Paliativos				
Duração: 6 semanas: 17/01/2022 a 25/02/2022				
Objetivo Geral 2: Contribuir para melhorar a qualidade na prestação de cuidados de enfermagem com uma abordagem paliativa à pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em fim de vida, internada				
Competências Envolvidas (Apêndice IV): CC Enf. Especialista: A1.2; A1.3; A2.2; B1.1; B2.2; C1.2; C2.2; D2.2; D2.3; CE Enf. Especialista Enf. MC: 1.3; 1.4; 2.1; Competências EONS: Módulo 2, 4, 5 e 8; Competências Mestre segundo Descritores de Dublin: c, d, e.				
Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos (Humanos e Materiais)	Resultados Esperados	Indicadores de resultado
3.1) Apresentar o projeto à equipa de enfermagem e elementos da equipa multidisciplinar;	Apresentação à equipa do projeto através de diapositivos;	• Chefia de enfermagem; • Elementos da equipa multidisciplinar; • Protocolos e normas do serviço;	Participação da equipa na apresentação do projeto;	Participa 70% da equipa na apresentação do projeto;
3.2) Capacitar a equipa no âmbito das intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida e a sua família;	• Validação da grelha de intervenções com peritos da área; • Elaboração de guia de apoio à prática com base na grelha de intervenções; • Ação de formação com apresentação da grelha de intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida e a sua família e o guia de apoio à prática; • Colaborar, com os enfermeiros, na prestação de cuidados e execução de intervenções do guia; • Auditoria dos cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros;	• Sistema de informação de registos de enfermagem; • Telefone; • Impressora; • Computador; • Projetor; • Sala ou auditório;	• Observa na prática os cuidados a integração das intervenções da formação e do guia; • Observa integração nos registos de enfermagem das intervenções;	• Participa 70% da equipa na formação; • Apresenta guia de apoio à prática à equipa; • Aplica questionário de avaliação da formação; • Elabora <i>checklist</i> de auditoria de cuidados e registos de enfermagem confrontando-a com a grelha de intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida e a sua família;
3.3) Prestar cuidados de enfermagem especializados com intervenções direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida e a sua família;	• Prestação de cuidados de enfermagem especializados; • Elaboração de estudo de caso;		Presta cuidados de enfermagem especializados a 5 pessoas com CPVB em fim de vida;	Elabora estudo de caso aplicando a versão traduzida da <i>Checklist</i> de Comportamentos de Conforto.

APÊNDICE IV

**Tabela de competências propostas a desenvolver em
cada local de estágio**

**TABELA DE COMPETÊNCIAS PROPOSTAS A DESENVOLVER EM CADA
CAMPO DE ESTÁGIO**

ESTÁGIO A	
Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019, p. 4746, 4748, 4749)	• A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas. • C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. • C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados. • D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica.
Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Regulamento nº 429/2018, p. 19360, 19361)	• 1.1 — Identifica as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes de patologias agudas ou crónicas e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos. • 1.2 — Concebe planos de intervenção tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.
Competências do Enfermeiro Especialista em Oncologia da European Oncology Nursing Society (EONS, 2018, p. 28, 32, 33, 45)	Módulo 4: • Use evidence-based interventions to assess, prevent and manage the physical, psychological, social and existential consequences of cancer. • Develop an individualized care plan in collaboration with PABC tailored to the phase of disease (e.g. diagnosis, during treatment post-treatment, i.e. survivorship and rehabilitation). • Involve specialist palliative support care services where appropriate (linked to Module 5). • Know when to refer to and involve members of the multi- professional team to deliver holistic, patient-centred care. • Identify and utilise appropriate informational, educational and supportive care interventions aligned to PABCs' needs and life- stage at different phases of the disease. • Demonstrate awareness of the range of services and professionals, including statutory, voluntary and charitable organisations, available to support PABC and refer appropriately to meet the individual needs of PABC.

	Módulo 5: • Undertake a holistic assessment of the needs, concerns and symptoms commonly experienced by PABC receiving palliative and/or end-of-life care. • Identify and deliver evidence- informed nursing interventions to support patients and carers. • Provide appropriate nursing interventions to promote patient comfort and dignity. • Identify the need and implement strategies for involving and supporting the family and carers. Módulo 8: • Demonstrate the ability to provide an evidence-based rationale for interventions in cancer care in general and in cancer nursing in particular. • Retrieve high quality research articles and evidence-based guidelines relevant to cancer care and cancer nursing by formulating effective research questions and utilising effective search strategies for sourcing relevant electronic and print material. • Appropriately apply evidence-based recommendations in the clinical area having considered the strengths and limitations of the research.
Competências de Mestre segundo os Descritores de Dublin (Artigo 15º Decreto-Lei n.º 74/2006, p. 2246)	a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

ESTÁGIO B	
Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019, p. 4746, 4748, 4749)	• A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas. • C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. • C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados. • D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica
Competências específicas do	• 1.1 — Identifica as necessidades da pessoa, família e cuida- dores assegurando a deteção precoce,

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Regulamento nº 429/2018, p. 19360, 19361)	estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes de patologias agudas ou crónicas e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos. • 1.2 — Concebe planos de intervenção tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.
Competências do Enfermeiro Especialista em Oncologia da European Oncology Nursing Society (EONS, 2018, p. 28, 32, 33, 45)	Módulo 4: • Use evidence-based interventions to assess, prevent and manage the physical, psychological, social and existential consequences of cancer. • Develop an individualized care plan in collaboration with PABC tailored to the phase of disease (e.g. diagnosis, during treatment post-treatment, i.e. survivorship and rehabilitation). • Involve specialist palliative support care services where appropriate (linked to Module 5). • Know when to refer to and involve members of the multi- professional team to deliver holistic, patient-centred care. • Identify and utilise appropriate informational, educational and supportive care interventions aligned to PABCs' needs and life- stage at different phases of the disease. • Demonstrate awareness of the range of services and professionals, including statutory, voluntary and charitable organisations, available to support PABC and refer appropriately to meet the individual needs of PABC. Módulo 5: • Undertake a holistic assessment of the needs, concerns and symptoms commonly experienced by PABC receiving palliative and/or end-of-life care. • Identify and deliver evidence- informed nursing interventions to support patients and carers. • Provide appropriate nursing interventions to promote patient comfort and dignity. • Identify the need and implement strategies for involving and supporting the family and carers. Módulo 8: • Demonstrate the ability to provide an evidence-based rationale for interventions in cancer care in general and in cancer nursing in particular.

	• Retrieve high quality research articles and evidence-based guidelines relevant to cancer care and cancer nursing by formulating effective research questions and utilising effective search strategies for sourcing relevant electronic and print material. • Appropriately apply evidence-based recommendations in the clinical area having considered the strengths and limitations of the research.
Competências de Mestre segundo os Descritores de Dublin (Artigo 15º Decreto-Lei n.º 74/2006, p. 2246)	a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: iii) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; iv) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

ESTÁGIO C	
Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019, p. 4746, 4747, 4748, 4749, 4750)	• A1.2 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade. • A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão. • A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. • B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade. • B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua. • C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade. • C2.2 — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos. • D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho. • D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica. • D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Regulamento nº 429/2018, p. 19361)	• 1.3 — Implementa as intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos que careçam de meios de intervenção avançados. • 1.4 — Avalia os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença aguda ou crónica e processos médicos e/ou cirúrgicos complexos. • 2.1 — Gere os processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação de situações decorrentes de doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.
Competências da Prática do Enfermeiro Especialista em Oncologia da European Oncology Nursing Society (EONS, 2018, p. 18, 28, 32, 33, 45)	Módulo 2: • Support PABCs through the diagnosis and staging process. Undertake initial and ongoing comprehensive assessments (using validated tools where appropriate) to identify PABCs' informational, physical, emotional and social care needs (where relevant) during the diagnostic and staging process. Módulo 4: • Act to support effective continuity of care and seamless transitions between different healthcare services, from active treatment through to survivorship (long-term follow-up) and/or palliative and EOLC. Módulo 5: • Inform, support, and educate PABC about palliative and end- of-life care where appropriate. • Raise awareness and educate colleagues about palliative care. • Undertake a holistic assessment of the needs, concerns and symptoms commonly experienced by PABC receiving palliative and/or end-of-life care. • Identify and deliver evidence- informed nursing interventions to support patients and carers. Módulo 8: • Appropriately apply evidence-based recommendations in the clinical area having considered the strengths and limitations of the research.
Competências de Mestre segundo os Descritores de Dublin (Artigo 15º Decreto-Lei n.º 74/2006, p. 2246)	c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações

	e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.
--	--

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de março, foram aprovadas regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 13.º a 15.º da Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo), bem como o disposto no n.º 4 do artigo 16.º da Lei n.º 37/2003, de 22 de Agosto (estabelece as bases do financiamento do ensino superior) Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República*, Série I-A de 2006-03-24, 2242 – 2257. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>

European Oncology Nursing Society (2018). *EONS Cancer Nursing Education Framework*. EONS. Acedido a 12/07/2021. Disponível em <https://z2y.621.myftpupload.com/wp-content/uploads/2020/05/EONSCancerNursingFramework2018-1.pdf?time=1602163080>

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro. Assembleia da República. *Diário da República*, 2.ª Série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.

Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Assembleia da República. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 135 de 16-08-2018), 19359-19370. ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>.

APÊNDICE V

**Apresentação em formato *PowerPoint* do projeto à
equipa do contexto A**

O conforto da pessoa com cancro bilio-pancreático em fim de vida, no hospital: intervenção de enfermagem

Orientador: Professora Eunice Sá

Discente: Diana Gonçalves (10534)

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Diagnóstico de Situação

Observação:

- Equipa de enfermeiros jovens, com pouca experiência profissional;
- Integração num serviço com diferentes especialidades, com **doentes oncológicos com necessidades específicas**;

Relatos de colegas:

- Dificuldade na identificação das necessidades nestes doentes;
- Dificuldade e incompreensão em implementar os planos terapêuticos instituídos;
- Lacunas, e até ausência, de registos de enfermagem direcionados à identificação de sintomas, ou agravamento dos mesmos, e terapêuticas instituídas.

O conforto da pessoa com cancro bilio-pancreático em fim de vida, no hospital: intervenção de enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

O conforto da pessoa com cancro bilio-pancreático em fim de vida, no hospital: intervenção de enfermagem

Objetivos gerais:

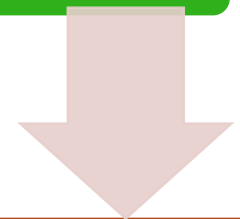
- 1) Desenvolver competências de enfermeiro especialista ao nível do cuidado de enfermagem da pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em fim de vida;
- 2) Contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem na prestação de cuidados com uma abordagem paliativa à pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em fim de vida.

Contexto A

11/10/2021 a
19/11/2021



Contexto B



Contexto C

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Câncer do Pâncreas → 2020: 9º mais prevalente; 1792 novos casos; 1770 óbitos

(Globocan, 2021)

- No momento do diagnóstico inicial, apenas 50% dos doentes com câncer do pâncreas não apresentam metástases à distância;
- Apenas 20% apresentam doença localizada com possibilidade de ressecção cirúrgica;

(House e Choti, 2005; Chabner e Longo, 2015)

Câncer das vias biliares → 2020: 29º mais prevalente; 143 novos casos; 108 óbitos

(Globocan, 2021)

- Taxa de colangiocarcinomas extra-hepáticos ressecáveis entre 40% e 60%;

(House e Choti, 2005)

A sobrevivência de pessoas com **doença metastática** encontra-se na ordem dos **três a seis meses**, enquanto em doentes sem metástases, mas com doença **localmente avançada** a mediana de sobrevivência é na ordem dos **seis a doze meses**

(House e Choti, 2005; Lazenby e Saif, 2010)

Os cuidados paliativos constituem-se como componente chave na gestão destas doenças

(House e Choti, 2005)

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Integração de cuidados paliativos nos cuidados oncológicos, desde o momento do diagnóstico até ao final de vida

- Promover o controlo dos sintomas relacionados com a doença;
- Promover o alívio do sofrimento provocado pela mesma;
- Melhorar a compreensão da doença e do seu prognóstico.

(Agarwal e Epstein, 2017)

Sintomas físicos

- Vômitos;
- Icterícia e prurido;
- Dor;
- Perda de peso;

Sofrimento psicossocial

Ansiedade

Depressão

(Agarwal e Epstein, 2017)

Fim de Vida

Período de tempo que se estende entre um, até dois anos, no durante o qual o doente e/ou a sua família, assim como os profissionais de saúde, tomam consciência da natureza limitante para a saúde da doença

(Radbruch e Payne, 2009)

No fim de vida o controlo de sintomas é uma das principais prioridades no que respeito ao bem-estar percebido pelos doentes, e os profissionais de saúde devem estar atentos e despidos para esta problemática.

(Neto, 2008)

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Necessidade de conforto no fim de vida



Teoria do Conforto



Resultado holístico desejável da intervenção de enfermagem e a base para a própria disciplina

Alívio



Tranquilidade



Transcendência

Físico

Psicoespiritual

Contexto

Social

Ambiental

PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

A) Estágio numa Unidade de Internamento cirúrgico num Hospital de referência para o tratamento do cancro do Pâncreas e Vias Biliares				
Duração: 6 semanas: 11/10/2021 a 19/11/2021				
Objetivo Geral 1: Desenvolver competências de enfermeiro especialista ao nível do cuidado de enfermagem da pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em fim de vida				
Competências Envolvidas (Apêndice IV): CC Enf. Especialista: A1.1; C1.1; C2.1; D2.2; CE Enf. Especialista Enf. MC: 1.1; 1.2; Competências EONS: Módulo 4, 5 e 8; Competências Mestre segundo Descritores de Dublin: a1; a2; b.				
Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos (Humanos e Materiais)	Resultados Esperados	Indicadores de resultado
1.1) Descrever a equipa multidisciplinar do serviço e a sua dinâmica funcional e organizacional;	• Apresentação do projeto à equipa com apresentação de diapositivos; • Consulta de protocolos, normas, diretrizes e políticas do centro hospitalar;	• Chefia de enfermagem; • Elementos da equipa multidisciplinar; • Protocolos e normas do serviço; • Sistema de informação de registos de enfermagem; • Computador; • Acesso a bases de dados e biblioteca;	Demonstra que conhece a equipa e a dinâmica da equipa multidisciplinar;	Elabora um texto de descrição do serviço e do funcionamento da equipa multidisciplinar;
1.2) Identificar as intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida;	• Realização de revisão <i>scoping</i>; • Observação da prestação de cuidados; • Consulta de registos de enfermagem; • Entrevista semiestruturada a enfermeiros; • Compilação de intervenções, observadas e resultantes da revisão <i>scoping</i>, em grelha;		Identifica intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida;	• Realiza revisão <i>scoping</i>; • Elabora notas de campo; • Elabora grelha de intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida;
1.3) Prestar cuidados de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida;	• Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem; • Reflexão crítica acerca dos cuidados prestados;		Colabora nos cuidados de enfermagem a 3 pessoas e reflete criticamente sobre estes;	• Completa grelha de intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida; • Elabora reflexão crítica;

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Objetivo Específico	Anos	2021					
	Local de Estágio	Estágio A					
	Meses	Outubro			Novembro		
	Dias	11	18	25	1	8	15
	Atividade a desenvolver	15	22	29	5	12	19
1.1	Apresentação do projeto de estágio à equipa						
	Consulta de protocolos, normas, diretrizes e políticas do centro hospitalar;						
1.2	Realização de revisão <i>scoping</i>						
	Observação da prestação de cuidados						
	Consulta de registos de enfermagem						
	Entrevista semiestruturada a enfermeiros						
1.3	Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem						
	Elaboração de reflexão crítica acerca dos cuidados prestados						
1.2/2.2	Compilação de intervenções, observadas e resultantes da revisão <i>scoping</i> , em grelha;						

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Radbruch, L.; Payne, S. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European journal of palliative care*. 16(6), 278-289
- Chabner, B.; Longo, Dan. (Eds.). (2015). *Manual de Oncologia de Harrison* (2ª Edição). Porto Alegre: McGraw-Hill Education;
- Lazenby, J.; Saif, M. (2010). Palliative Care from the Beginning of Treatment for Advanced Pancreatic Cancer Highlights from the 2010 ASCO Gastrointestinal Cancers Symposium. *Journal oh the Pancreas*. 11(2), 154-157
- Neto, I. (2008). Utilização da via subcutânea na prática clínica. , *Rev Soc Port Med Int*. 15(4), 277-83
- Agarwal, R.; Epstein, A. (2017). Palliative care and advance care planning for pancreas and other cancers. *Chinese clinical oncology*. 6(3)
- House, M.; Choti, M. (2005). Palliative therapy for pancreatic/biliary cancer. *Surgical Clinics*. 85(2), 359-371
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of advanced nursing*. 19(6), 1178-1184
- Globocan (2021). Hyuna Sung, Jacques Ferlay, Rebecca L. Siegel, Mathieu Laversanne, Isabelle Soerjomataram, Ahmedin Jemal, Freddie Bray. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries

APÊNDICE VI

Revisão *scoping*

Intervenções de enfermagem orientadas para o cuidado da pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em fim de vida: *scoping review*

Diana Cristina Pereira Gonçalves

Janeiro, 2022

RESUMO

INTRODUÇÃO: O cancro do pâncreas e o cancro das vias biliares apresentam das mais baixas taxas de sobrevivência aos 5 anos, estando associados a um prognóstico muito pobre. A maioria das pessoas diagnosticadas com estes tumores não são candidatas a ressecção cirúrgica com intuito curativo, sendo que, por esta razão, os cuidados paliativos constituem-se como uma componente chave na gestão destas doenças. Vários estudos defendem a necessidade da integração de cuidados paliativos nos cuidados oncológicos padronizados. Assim, no âmbito da doença oncológica, os cuidados paliativos podem ser providenciados em qualquer fase no decorrer do *continuum* da doença oncológica, desde o momento do diagnóstico até ao final de vida. No fim de vida o controlo de sintomas é uma das principais prioridades no que respeito ao bem-estar percecionado pelos doentes, sendo que os profissionais de saúde devem estar atentos e despidos para esta problemática. No entanto, a evidência disponível no âmbito de intervenções de enfermagem direcionadas para esta população é escassa e dispersa, surgindo assim a necessidade de explorar e mapear a evidência disponível acerca desta temática através da realização de uma revisão *scoping*.

OBJETIVO: Mapear intervenções de enfermagem orientadas para o cuidado da pessoa com cancro do pâncreas ou vias biliares em fim de vida.

MATERIAIS E MÉTODOS: A presente revisão *scoping* foi orientada seguindo a metodologia da *Joanna Briggs Institute*. A pesquisa recorreu a três bases de dados diferentes. Esta pesquisa, seleção, análise e extração de dados dos documentos foi realizada por dois investigadores independentes. Os estudos selecionados foram incluídos consoante a sua congruência com os critérios de inclusão, determinados segundo a mnemónica PCC (população, conceito e contexto). No final, são apresentadas propostas de instrumentos para extração e apresentação de dados.

RESULTADOS: Foram identificadas 48 publicações, tendo 10 destas correspondido aos critérios de elegibilidade. Os dados obtidos foram analisados tendo em conta a questão de investigação e o objetivo.

CONCLUSÃO: Foi possível mapear intervenções com intuito paliativo que dão resposta às necessidades das pessoas com cancro do pâncreas e vias biliares, em fim de vida, e à sua família. É, no entanto, necessária mais investigação para a validação das mesmas na prática clínica e determinação da eficácia das mesmas.

PALAVRAS-CHAVE: cancro do pâncreas; cancro das vias biliares; fim de vida; intervenções de enfermagem

INTRODUÇÃO

No ano de 2020, foram diagnosticados, no mundo, 495773 novos casos de cancro do pâncreas, 466003 óbitos pelo mesmo, e 115949 novos casos de cancro das vias biliares, e 84695 óbitos. Em Portugal, o cancro do pâncreas teve uma incidência de 1792 novos casos e foi responsável por 1770 óbitos. O cancro das vias biliares teve uma incidência de 143 novos casos, e foi responsável por 108 óbitos

(Sung, Ferlay, Siegel, Laversanne, Serjomataram, ..., Bray, 2021).

O cancro do pâncreas e o cancro das vias biliares, apesar de diversos avanços no que diz respeito ao seu tratamento (cirúrgico ou outro), mantém um prognóstico muito pobre (House e Choti, 2005; Agarwal e Epstein, 2017). No momento do diagnóstico inicial, apenas 50% dos doentes com cancro do pâncreas não apresentam metástases à distância, e apenas 20% apresentam doença localizada com possibilidade de ressecção cirúrgica, tendo esta uma taxa

de sucesso entre 18% a 25% (House e Choti, 2005; Chabner e Longo, 2015). Do mesmo modo, a taxa de colangiocarcinomas extra-hepáticos ressecáveis também é baixa, variando entre 40% e 60% (House e Choti, 2005). Dependendo de outras comorbidades e da resposta a tratamentos, a sobrevivência de pessoas com doença metastática encontra-se na ordem dos três a seis meses, enquanto em doentes sem metástases, mas com doença localmente avançada, a mediana de sobrevivência é na ordem dos seis a doze meses (House e Choti, 2005; Lazenby e Saif, 2010). As taxas de sobrevivência aos cinco anos do cancro do pâncreas, assim como das vias biliares, são das mais baixas, entre 5% e 10% (Chabner e Longo, 2015; Siegel, Miller e Fuchs, 2021). Os sintomas físicos associados à progressão destas doenças podem ser obstruções biliares ou duodenais, que induzem vômitos e icterícia, dor resultante da compressão ou infiltração tumoral dos nervos retroperitoneais, perda de peso e défices nutricionais (Ansari et al., 2016; Agarwal e Epstein, 2017). Acrescentam-se ainda a estes sintomas físicos o sofrimento psicossocial, a ansiedade e a depressão que se verifica nesta população (Agarwal e Epstein, 2017).

Atendendo a que a maioria das pessoas com cancro do pâncreas ou das vias biliares não são candidatas para ressecção cirúrgica curativa, por no

momento do diagnóstico apresentarem doença localmente avançada ou metástases à distância, os cuidados paliativos constituem-se como componente chave na gestão destas doenças (House e Choti, 2005).

Diversos estudos defendem a necessidade da integração de cuidados paliativos nos cuidados oncológicos padronizados, de modo a promover o controlo dos sintomas relacionados com a doença e o alívio do sofrimento provocado pela mesma, assim como melhorar a compreensão da doença e do seu prognóstico (Agarwal e Epstein, 2017). No âmbito da doença oncológica, os cuidados paliativos podem ser providenciados em qualquer fase no decorrer do *continuum* da doença, desde o momento do diagnóstico até ao final de vida (World Health Organization, 2002).

Os cuidados paliativos, de acordo com a Lei de Bases dos cuidados paliativos são: “os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na

identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais” (Lei n.º 52/2012, p.5119). Os cuidados paliativos não centram assim a sua atenção apenas nas doenças e nas pessoas cuja morte é iminente, mas sim em todas as doenças incuráveis ou graves que provocam sofrimento, sendo que estes não se constituem como alternativas a tratamentos, mas devem estar integrados com estes (World Health Organization, 2018).

A terminologia no âmbito dos cuidados paliativos é heterogénea e um consenso universal nestes termos ainda não existe. Os termos cuidados paliativos encontram-se muitas vezes associados a outros termos e expressões como “hospice”, “hospice care”, cuidados de fim de vida, cuidados de conforto, cuidados de suporte, entre outros (Radbruch e Payne, 2009). No âmbito desta *scoping*, utiliza-se o conceito de fim de vida, que, segundo Radbruch e Payne (2009), pode ser entendido como o período de tempo que se estende entre um, até dois anos, e durante o qual o doente e/ou a sua família, assim como os profissionais de saúde, tomam consciência da natureza limitante para a saúde da pessoa provocada pela doença. O conceito apresentado relaciona-se assim, em termos temporais, com a expectativa de vida em pessoas com cancro do

pâncreas ou vias biliares com doença avançada.

No fim de vida o controlo de sintomas é uma das principais prioridades no que respeito ao bem-estar percecionado pelos doentes, e os profissionais de saúde devem estar atentos e despidos para esta problemática (Neto, 2008; Alves, 2017). O enfermeiro especialista em oncologia deverá deter competências para o tratamento da doença oncológica avançada, sendo capaz de providenciar cuidados paliativos, incluindo no fim de vida e luto. As pessoas afetadas pela doença oncológica avançada experienciam diversas necessidades físicas, psicossociais, emocionais e espirituais às quais as intervenções de enfermagem têm de dar resposta (EONS, 2018).

A evidência disponível no âmbito de intervenções de enfermagem direcionadas para as pessoas com cancro do pâncreas e vias biliares em fim de vida é escassa, surgindo, assim, a necessidade de explorar e mapear a evidência disponível neste tema através da realização de uma revisão *scoping*. Desse modo, esta revisão *scoping* apresenta como questão de investigação: “quais as intervenções de enfermagem orientadas para o cuidado da pessoa com cancro do pâncreas ou vias biliares em fim de vida?”, tendo como principal objetivo mapear intervenções de enfermagem orientadas

para o cuidado da pessoa com cancro do pâncreas ou vias biliares em fim de vida.

MÉTODOS

PROTOCOLO E REGISTO

Foi realizada uma pesquisa com as palavras-chave apresentadas na base de dados *Joanna Briggs Institute EBP Database* a 31 de agosto de 2021, de *scoping reviews*, revisões sistemáticas, ou protocolos para as mesmas, não tendo sido obtidos resultados.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Os critérios de inclusão foram estabelecidos como base nas recomendações da *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Aromataris e Munn, 2020), seguindo a mnemónica “PCC”, que se refere aos termos população, conceito e contexto, assim como os tipos de fontes. Foram excluídos documentos que não enquadram os seguintes critérios:

População: adultos com diagnóstico de cancro do pâncreas ou vias biliares;

Conceito: intervenções de enfermagem no âmbito de cuidados paliativos a esta população em fim de vida;

Contexto: as intervenções devem ser no contexto dos cuidados de enfermagem em fim de vida, podendo decorrer em qualquer local de prestação de cuidados de enfermagem (Hospital,

domicílio, comunidade, unidades de cuidados paliativos, etc.);

Tipos de fontes: Estudos quantitativos, qualitativos, mistos ou revisões sistemáticas da literatura, assim como estudos de caso, opiniões de peritos, monografias, obras de referência, teses, dissertações e *ebooks* online. Os idiomas das publicações incluem inglês, português, espanhol ou francês (pelas limitações da própria autora), independentemente do ano de publicação.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Tendo em conta as recomendações da JBI (Aromataris e Munn, 2020), a estratégia de pesquisa foi composta por três fases. Na primeira fase foi realizada uma pesquisa nas bases de dados Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Medline (via EBSCOhost Web), utilizando os termos em linguagem natural “nurse intervention”, “biliary cancer”, “pancreatic cancer” e “end of life care”. A análise das palavras dos títulos e dos resumos dos documentos permitiu a construção de uma tabela de linguagem indexada para as respetivas bases de dados, sendo que para a Medline foram utilizados os termos MeSH (Medical Subject Headings), assim como exposto na tabela 1.

Na segunda fase foi realizada uma pesquisa nas mesmas bases de

dados, com recurso à linguagem indexada. Na terceira fase foram examinadas as referências bibliográficas dos documentos

resultantes da fase anterior, assim como outras fontes identificadas nos mesmos de modo a tentar expandir os resultados.

Base de dados:	Medline
Resultados:	3
Estratégia de pesquisa:	21 de Outubro de 2021
#	Consulta
S1	AB biliary tract neoplasm OR AB biliary tract cancer OR AB cancer of biliary tract OR AB bile duct neoplasm OR AB bile duct cancer OR AB cancer of the bile duct OR AB cancer of bile duct OR AB gallbladder neoplasm OR AB cancer of gallbladder OR AB gallbladder cancer OR AB cholangiocarcinoma OR AB pancreatic neoplasm OR AB pancreas neoplasm OR AB cancer of pancreas OR AB pancreas cancer OR AB pancreatic cancer OR AB cancer of the pancreas
S2	AB nursing OR AB nursing care OR AB oncology nursing OR AB oncologic nursing OR AB cancer nursing OR AB oncological nursing OR AB nurse role OR AB nurse's role
S3	AB end of life care OR AB terminal care OR AB palliative care OR AB palliative supportive care
S4	S1 AND S2 AND S3
Base de dados:	CINAHL
Resultados:	7
Estratégia de pesquisa:	25 de Outubro de 2021
#	Consulta:
S5	AB biliary cancer OR AB biliary neoplasm OR AB biliary duct cancer OR AB biliary duct neoplasm OR AB biliary tract cancer OR AB biliary tract neoplasm OR AB biliary tree cancer OR AB biliary tree neoplasm OR AB bile duct cancer OR AB bile duct neoplasm OR AB pancreatic cancer OR AB pancreatic neoplasm OR AB pancreatobiliary cancer OR AB pancreatobiliary neoplasm OR AB gallbladder cancer OR AB gallbladder neoplasm OR AB ampullary cancer OR AB ampullary neoplasm OR AB periampullary cancer OR AB periampullary neoplasm OR AB cholangiocarcinoma
S6	AB nursing OR AB nursing intervention OR AB nursing care OR AB nursing cancer care OR AB nursing practice OR AB oncology nursing OR AB oncology nurse OR AB oncologic nursing OR AB nurse intervention OR AB nurse care OR AB nurse role OR AB nurse's role
S7	AB end of life OR AB end of life care OR AB palliative care OR AB palliative OR AB palliation
S8	S5 AND S6 AND S7
Base de dados:	B-On
Resultados:	38
Estratégia de pesquisa:	25 de Outubro de 2021
#	Consulta:
S9	AB biliary cancer OR AB biliary neoplasm OR AB biliary duct cancer OR AB biliary duct neoplasm OR AB biliary tract cancer OR AB biliary tract neoplasm OR AB biliary tree cancer OR AB biliary tree neoplasm OR AB bile duct cancer OR AB bile duct neoplasm OR AB pancreatic cancer OR AB pancreatic neoplasm OR AB pancreatobiliary cancer OR AB pancreatobiliary neoplasm OR AB gallbladder cancer OR AB gallbladder neoplasm OR AB ampullary cancer OR AB ampullary neoplasm OR AB periampullary cancer OR AB periampullary neoplasm OR AB cholangiocarcinoma
S10	AB nursing OR AB nursing intervention OR AB nursing care OR AB nursing cancer care OR AB nursing practice OR AB oncology nursing OR AB oncology nurse OR AB oncologic nursing OR AB nurse intervention OR AB nurse care OR AB nurse role OR AB nurse's role
S11	AB end of life OR AB end of life care OR AB palliative care OR AB palliative OR AB palliation
S12	S9 AND S10 AND S11

FONTES DE INFORMAÇÃO

A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: *B-On*, *CINAHL Complete* (via *EBSCOhost Web*), e *MEDLINE Complete* (via *EBSCOhost Web*).

SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Após a pesquisa, foram eliminados os estudos duplicados, resultando num total de 35 documentos. A seleção dos restantes estudos dividiu-se em duas etapas: na primeira foi realizada a leitura dos títulos e dos resumos, de modo a excluir os artigos que não cumpriam os critérios de elegibilidade previamente definidos. Os estudos resultantes, na segunda fase, foram lidos na íntegra de modo a verificar se a sua congruência com os critérios de elegibilidade.

Estas duas etapas foram realizadas de forma independente por dois revisores, sendo que qualquer discordância seria resolvida por consenso entre os mesmos, ou através da introdução de um terceiro revisor.

EXTRAÇÃO DE DADOS

A extração dos dados foi executada tendo por base uma tabela de colheita de dados para onde foram extraídos os dados, quer bibliográficos, quer para dar resposta à questão de

investigação. Essa tabela de extração de dados, em anexo, é baseada no *template study details, characteristics and results extraction instrument* de Aromataris e Munn (2020) e inclui os dados relativos aos autores, ano e local de publicação, o objetivo e a metodologia utilizada na publicação, assim como as intervenções de enfermagem identificadas que possam dar resposta às necessidades da pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares, em fim de vida.

RESULTADOS

No total foram identificadas 48 publicações nas bases de dados, sendo que após o processo de seleção e determinação de elegibilidade, mediante os critérios previamente definidos, foram identificadas 10 publicações para serem incluídas nesta revisão *scoping*, com datas de publicação entre 2001 e 2019. A metodologia destas publicações inclui: 2 publicações de opinião, 3 estudos de caso, 1 revisão compreensiva da literatura, 1 ensaio clínico aleatorizado, 1 revisão sistemática da literatura, 1 estudo qualitativo de investigação narrativa e 1 estudo qualitativo de teoria fundamentada. Este processo de

seleção de estudos encontra-se apresentado, sobre a forma de diagrama de fluxo, tendo por base o

Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA-ScR), na figura 1.

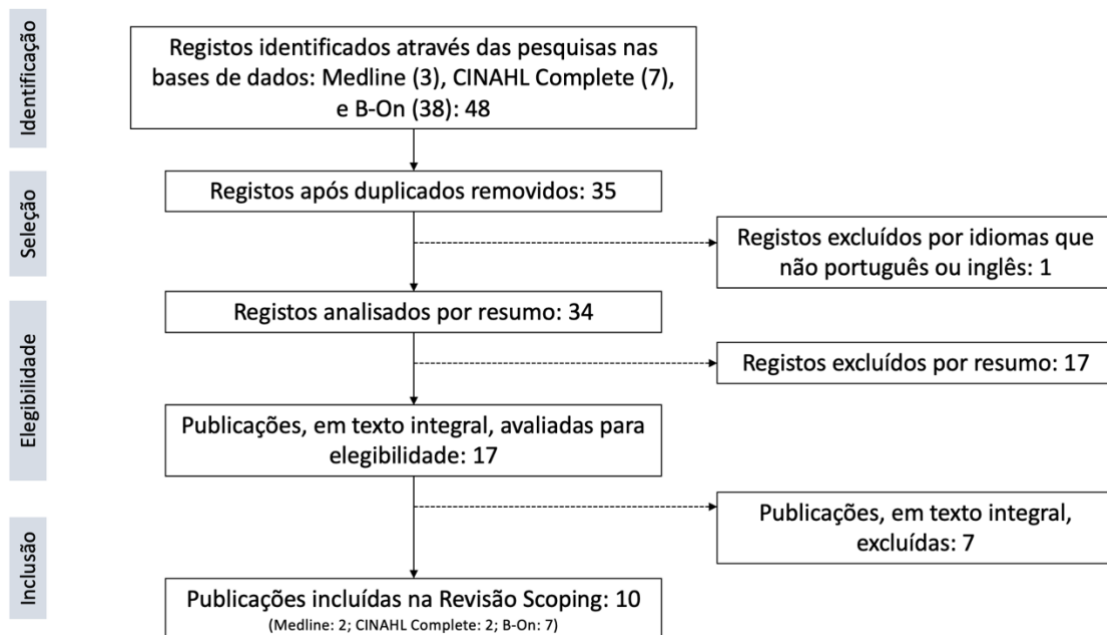


Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção das publicações;

DISCUSSÃO

Durante a leitura dos documentos, foi possível perceber que muitos destes não apresentavam explicitamente as intervenções de enfermagem estruturadas e organizadas, mas maioritariamente aspetos que devem ser alvo de preocupação dos enfermeiros, assim como orientações para a prática clínica e para reflexão. No entanto, mediante a leitura dos mesmos, foi possível a transcrição para intervenções de enfermagem passíveis de serem executadas no âmbito da resposta às necessidades desta população. Assim, os critérios que foram tidos em conta para a extração das intervenções dos

textos foram: menção de intervenções descritas como realizadas, ou que podem ou devem ser realizadas, por enfermeiros; intervenções de outros profissionais de saúde, ou transversais a diferentes profissionais de saúde, que são passíveis, dentro daquelas que são as competências de enfermeiros especialistas em enfermagem oncológica, de serem executadas por enfermeiros; intervenções que não são exclusivas para pessoas com cancro do pâncreas e vias biliares (uma vez que algumas publicações incluíam na sua população pessoas que apresentavam para além destas patologias, outras doenças oncológicas), mas que são transversais aos cuidados de enfermagem à pessoa em fim de vida,

sendo que por esse motivo, foram consideradas como relevantes.

Tal como já referido, alguns dos principais e mais característicos sintomas físicos associados à progressão do cancro do pâncreas e das vias biliares são os vómitos, a icterícia (e prurido associado), a dor, a perda de peso e os défices nutricionais, assim como outros sintomas não físicos, como o sofrimento psicossocial, a ansiedade e a depressão (Ansari et al., 2016; Agarwal e Epstein, 2017). A análise das publicações permite identificar que, no âmbito da doença oncológica pancreática e biliar, as intervenções de enfermagem encontram-se sobretudo direccionadas para a gestão destes sintomas. Intervenções no âmbito da nutrição e sintomatologia gastrointestinal foram identificadas nas publicações 1, 2, 3, 7 e 10, para a gestão da dor nas publicações 1, 2, 4, 5 e 7, e para a gestão de emoções e apoio psicológico, na doença e no processo de aproximação da morte, quer na pessoa, quer na família, nas publicações 1, 3, 5, 6 e 7. Também intervenções do tipo educacional sobre a doença, os seus sintomas, o que pode decorrer no desenvolver da doença e o papel dos cuidados paliativos na gestão da mesma, foram identificadas por diversos autores (3, 4, 7, 8 e 9). Um aspeto que também importa salientar, referido na publicação 10, especificamente para o

âmbito das intervenções na nutrição, é precisamente o equilíbrio entre as intervenções propostas e as situações específicas em que estas são propostas, tentando que haja um equilíbrio entre o dar resposta a um problema, mas não criar um ambiente de desconforto e frustração pela ausência de resultados positivos. Adequar as intervenções na nutrição à tolerância alimentar e gasto energético da pessoa, sem a sobrecarregar, e a quem dela cuida, é de determinante relevância para obter resultados mais favoráveis (10).

CONCLUSÃO

Esta revisão *scoping* permitiu concluir que as intervenções de enfermagem orientadas para o cuidado da pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em fim de vida são diversas, focando-se sobretudo na gestão da sintomatologia mais frequente nestas doenças, mas respondendo também ao impacto da mesma na pessoa, e na sua família, assim como à gestão de emoções provocadas pelo prognóstico curto e trágico destas doenças oncológicas. As intervenções nas necessidades educacionais de modo a facilitar a tomada de decisão informada e a preparação para o futuro são também identificadas como sendo de relevância para a pessoa com a doença, assim como a sua família.

Foi possível mapear algumas intervenções, dando resposta à questão de investigação inicial, mas, no entanto, uma das limitações desta revisão *scoping* é a ausência de dados e metodologias para o processo de avaliação dos resultados esperados com a implementação das intervenções identificadas. Assim esta não poderá ser utilizada exclusivamente como guia orientador para a implementação e execução de intervenções de enfermagem, uma vez que muitas das publicações não providenciam uma intervenção de enfermagem estruturada, mas sim aspetos gerais e considerações importantes que poderão ser interpretados como intervenções,

necessitando de ser posteriormente validados para determinar a sua eficácia na prática clínica, assim como não são sempre providenciados dados para a avaliação da eficácia das intervenções ou os resultados esperados com estas. Esta revisão poderá, contudo, servir como ponto de partida para a construção e validação de intervenções de enfermagem no âmbito da problemática apresentada, constituindo-se como um ponto de partida para o aumento do conhecimento e para a melhoria da prática e dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares, em fim de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acquisto, S.; Iyer, R.; Rosati, L.; Pinheirn, N.; Driskill, K.; Musto, K.; ... Drapek, L. (2018). Cholangiocarcinoma: Treatment, outcomes, and nutrition overview for oncology nurses. *Clinical journal of oncology nursing*, 22(4)
- Agarwal, R.; Epstein, A. (2017). Palliative care and advance care planning for pancreas and other cancers. *Chinese clinical oncology*. 6(3)
- Alves, M.; Abril, R.; Neto, I. (2017). Symptomatic control in end-of-life patients. *Acta Médica Portuguesa*. 30(1), 61-68
- Aromataris E.; Munn, Z. (Ed.). (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Australia: Joanna Briggs Institute. Acedido em: 10/07/2021. Disponível em: <https://wiki.jbi.global/display/MA+NUAL/JBI+Manual+for+Evidence+Synthesis>
- Ansari, D.; Tingstedt, B.; Andersson, B.; Holmquist, F.; Stureson, C.; Williamsson, C.; ... Andersson, R. (2016). Pancreatic cancer: yesterday, today and tomorrow. *Future Oncology*. 12(16), 1929-1946
- Chabner, B.; Longo, Dan. (Eds.). (2015). *Manual de Oncologia de Harrison* (2ª Edição). Porto Alegre: McGraw-Hill Education;
- European Oncology Nursing Society (2018). *EONS Cancer Nursing Education Framework*. EONS. Acedido a 12/07/2021. Disponível em <https://z2y.621.myftpupload.com/wp-content/uploads/2020/05/EONS-CancerNursingFramework2018-1.pdf?time=1602163080>
- Grant, M.; Wiegand, D. (2013). Conversations with strangers: The needs of those accessing a palliative care nurse practitioner on a pancreatic cancer web site. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 15(5), 278-285
- House, M.; Choti, M. (2005). Palliative therapy for pancreatic/biliary cancer. *Surgical Clinics*. 85(2), 359-371
- Kang, H.; Yang, Y.; Park, J.; Heo, G.; Hong, J.; Kim, H. (2018). Nutrition Intervention through Interdisciplinary Medical Treatment in Hospice Patients: From Admission to Death. *Clinical nutrition research*, 7(2), 146-152
- Lazenby, J.; Saif, M. (2010). Palliative Care from the Beginning of Treatment for Advanced Pancreatic Cancer Highlights from the 2010 ASCO Gastrointestinal Cancers Symposium. *Journal of the Pancreas*. 11(2), 154-157
- Lei n.º 52/2012. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I Série (Nº172 de 05-09-2012), 5119 – 5124. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/52/2012/09/05/p/dre/pt/html>
- MacIntyre, J. (2011). Metastatic pancreatic cancer: what can nurses do?. *Clinical journal of oncology nursing*, 15(4)
- Mohammed, S.; Savage, P.; Kevork, N.; Swami, N.; Rodin, G.;

- Zimmermann, C. (2019). "I'm going to push this door open. You can close it": A qualitative study of the brokering work of oncology clinic nurses in introducing early palliative care. *Palliative medicine*, 34(2), 209-218
- Morris, M. (2009). Assessment/management of pain in the very last days of life. *End of Life Care Journal*, 3(2)
- Neto, I. (2008). Utilização da via subcutânea na prática clínica. *Revista Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. 15(4), 277-83
- Rabow, M.; Hauser, J.; Adams, J. (2004). Supporting family caregivers at the end of life: They don't know what they don't know. *Jama*, 291(4), 483-491
- Radbruch, L.; Payne, S. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European journal of palliative care*. 16(6), 278-289
- Pack, D.; O'Connor, K.; O'Hagan, K. (2001). Cholangiocarcinoma: a nursing perspective. *Clinical journal of oncology nursing*, 5(4)
- Scott, E.; Jewell, A. (2019). Supportive care needs of people with pancreatic cancer: a literature review. *Cancer Nursing Practice*, 20(3)
- Siegel, R.; Miller, K.; Fuchs, H.; Jemal, A. (2021) Cancer Statistics 2021. *Cancer Journal for Clinicians*. 71(1), 7-33
- Sung, H.; Ferlay, J.; Siegel, R.; Laversanne, M.; Soerjomataram, I.; ... Bray, F. (2021) Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *Cancer Journal for Clinicians*. 71(3), 209-249
- Woo, S.; Song, M.; Lee, M.; Joo, J.; Kim, D.; Kim, J.; ... Lee, W. (2019). Effect of early management on pain and depression in patients with pancreaticobiliary cancer: a randomized clinical trial. *Cancers*, 11(1), 79
- World Health Organization. (2002). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines* (2^a Ed). Geneva: World Health Organization
- World Health Organization. (2018). *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers*. Geneva: World Health Organization

ANEXO – TABELA DE EXTRAÇÃO DE DADOS

Título, autores, ano da publicação e país de origem		Objetivos da publicação	Metodologia	Necessidades e áreas de intervenção	Resumo das Intervenções de Enfermagem
1	<i>Cholangiocarcinoma: A Nursing Perspective</i> Deborah A. Pack; Karen O'Connor; Kristen O'Hagan 2001 Estados Unidos da América	This article focuses on disease presentation, treatment options, quality of life, and the nurse's unique role in caring for this patient population	Artigo de Opinião	- Gestão de sintomas que incluem dor, ascite, anorexia, fadiga, icterícia e prurido; - Apoio psicossocial;	- Gestão de terapêutica laxante; - Para a fadiga, incentivar o planeamento e a priorização de tarefas, assim como incentivar a aceitação de ajuda por outros; - Incentivar um padrão de sono regular e incentivar a descanso e pequenas sestas durante o dia para conservação de energia; - Incentivar a verbalização e expressão de sentimentos; - Referenciação dos doentes e famílias para líderes religiosos ou outros que considerem que podem providenciar o apoio percebido como necessário; - Gestão da terapêutica farmacológica analgésica: determinar qual a resposta aos analgésicos, efeitos secundários indesejados e preocupações das pessoas relativamente aos mesmos, adequar vias de administração da terapêutica - Gestão de terapêutica diurética para edemas e ascite; - Incentivar / realizar elevação dos membros; - Cuidados à pele icterica com prurido com hidratantes com calamina, banhos tépidos com aveia, packs de gelo; - Avaliar e determinar a tolerância da dieta - Providenciar refeições pequenas e polifricionadas; - Providenciar dieta pobre em proteínas, se aplicável, no caso de alterações renais.
2	<i>Metastatic Pancreatic Cancer: What Can Nurses Do?</i> Jessica MacIntyre 2011 Estados Unidos da América	For oncology nurses, understanding the therapeutic and palliative options can provide these patients and their caregivers with additional information to make appropriate and individualized healthcare decisions.	Artigo de Opinião	Dor abdominal ou lombar, sensação de enfartamento, sensação de saciedade precoce e icterícia obstrutiva	- Gerir, de acordo com as prescrições médicas e a ingestão nutricional da pessoa, a terapêutica de substituição de enzimas pancreáticas; - Referenciar para e informar as pessoas e as suas famílias para grupos de apoio para promover a adaptação às alterações que ocorrem com a doença;
3	<i>Cholangiocarcinoma: treatment, outcomes, and nutrition overview for oncology nurses</i> Susan Acquisto; Renuka Iyer; Lauren M. Rosati; Natasha Pinheirn; Karen Driskill; Kaitlyn Musto; Heidi Lowitzer;	This article provides an overview of intrahepatic and extrahepatic cholangiocarcinoma, including identification of risk factors, differences in treatment approaches, palliation of symptoms, and insight into commonly asked questions.	Revisão compreensiva da literatura	- Náusea, sensação de saciedade precoce e vômitos - Utilização de estratégias de coping eficazes na gestão da doença oncológica - Stress, ansiedade, sensação de perda, conflitos emocionais, perda de esperança e espiritualismo - Conhecimento sobre a doença	- Incentivar, quando possível, a mobilização e movimentação gentil para a preservação da massa muscular - Ensinar as pessoas acerca da doença, dos sintomas, dos efeitos secundários das terapêuticas, da nutrição, dos sinais de alerta de possíveis complicações (ex colangites) e estratégias de coping - Gerir estratégias de coping eficazes e mindfulness techniques com enfoque no stress, ansiedade, pesar (grief), conflitos emocionais, falta de esperança (hopelessness) e espiritualismo;

	Elizabeth Bradley; Lorraine Drapek 2018 Estados Unidos da América				
4	<i>Effect of Early Management on Pain and Depression in Patients with Pancreatobiliary Cancer: A Randomized Clinical Trial</i> Sang Myung Woo; Mi Kyung Song; Meeyoung Lee; Jungnam Joo; Dae Hyun Kim; Jong-Heun Kim; Sung-Sik Han; Sang-Jae Park; Tae Hyun Kim; Woo Jin Lee 2019 Coreia do Sul	The present study assessed whether early palliative care (EPC) targeting pain and depression and automated symptom monitoring could improve symptoms in patients with advanced pancreatobiliary cancer	Ensaio clínico aleatorizado	• Dor e depressão; • Necessidades educacionais	• Avaliar a dor e a presença de sinais de depressão; • Gestão da dor de acordo com <i>guidelines</i>; • Educação das pessoas consoante as necessidades educacionais identificadas; • Referenciação para apoio por especialistas psiquiátricos para psicoeducação e para tentativa de controlo/gestão da depressão;
5	<i>Assessment/management of pain in the very last days of life</i> Michelle Morris 2009 Inglaterra	This article discusses the holistic pain assessment and management of a 63-year-old man with end-stage pancreatic cancer who was admitted to a large, inner-city, teaching hospital.	Estudo de caso	• Gestão holística da dor total • Medo da morte • Mudança de papéis • Necessidades espirituais	• Gestão da terapêutica farmacológica analgésica: determinar qual a resposta aos analgésicos, efeitos secundários indesejados e preocupações das pessoas relativamente aos mesmos, adequar vias de administração da terapêutica; • Posicionamentos corporais; • Gestão da dor com medidas não farmacológicas: determinar como é que as pessoas lidam e gerem a dor, por exemplo, no domicílio, assim como a eficácia dessas medidas; • Incentivar a comunicação entre os membros da família: mesmo que haja alterações do estado de consciência, encorajar os familiares a falarem e a comunicarem com os seus entes queridos e a expressarem as suas preocupações e resoluções • Abordar a mudança ou perda de papéis em doentes com alterações do estado de consciência poderá ser problemático.

					• Promover a aceitação de apoio psicológico poderá incentivar a família a comunicar e falar com o seu familiar no sentido de, apesar da sonolência, conversar e assegurar que a família ficará bem • Referenciar os doentes e famílias para líderes religiosos ou outros que considerem que podem providenciar o apoio percecionado como necessário;
6	<i>Supporting Family Caregivers at the End of Life "They Don't Know What They Don't Know"</i> Michael W. Rabow; Joshua M. Hauser; Jocelia Adams 2004 Estados Unidos da América	We describe 5 burdens of family caregiving (time and logistics, physical tasks, financial costs, emotional burdens and mental health risks, and physical health risks) and review the responsibilities of physicians to family caregivers.	Estudo de caso	• Morte e processo de morrer	• Assegurar a família que a morte, e o seu processo, é um tema sobre o qual podem falar; • Providenciar suporte emocional durante a tomada de decisão relativamente a decisões que remetem ao final de vida; • Informar e auxiliar nas diretrizes de antecipatórias de vontade; • Discutir preferências, valores e contingências para os cuidados em fim de vida, assim como testamentos vitais; • Explorar desejos das pessoas acerca de assuntos após a morte, como planos para autópsia, funerais, distribuição de bens; • Providenciar acesso a um contacto, acessível 24h por dia, quer por via telefónica ou e-mail, para questões e dúvidas urgentes que os familiares possam ter; • Facilitar a experiência de cuidar de uma pessoa significativa em fim de vida: reconhecer os fatores que podem levar à sobrecarga dos cuidadores, incentivar a comunicação eficaz, auxiliar no processo de tomada de decisão, referenciar para cuidados domiciliários, ajudar na gestão de emoções e educar e ajudar a reconhecer a aproximação do final de vida;
7	<i>Supportive care needs of people with pancreatic cancer: a literature review</i> Emma Scott; Anna Jewell 2019 Reino Unido	This article reports findings of a review that highlights the physical and psychological needs of people with pancreatic cancer and interventions that may help meet those needs.	Revisão sistemática da literatura	• Sintomas físicos como falta de energia, cansaço, dor e problemas de nutrição/alimentação • Efeitos psicológicos da fadiga, dor, sintomas gastrointestinais (alterações do apetite e na nutrição) • Ansiedade (da pessoa e da família), depressão, ansiedade, incerteza em relação ao futuro, sensação de controlo pessoal e ajustes positivos.	• Avaliar os efeitos psicológicos da fadiga, da dor, dos sintomas gastrointestinais, nomeadamente alterações do apetite, nutrição, da ansiedade e da depressão e de que modo afetam o dia a dia das pessoas e famílias. • Intervenções direcionadas para providenciar informação e educação, necessidades de cuidados de suporte e necessidades de cuidados paliativos incluindo: integração dos cuidados paliativos com a oncologia, avaliação das necessidades holísticas e sessões educacionais, por exemplo, para preocupações físicas ou psicológicas;
8	<i>"I'm going to push this door open. You can close it": A qualitative study of the brokering work of oncology clinic nurses in introducing early palliative care</i>	To conceptualize the psychosocial processes involved in the introduction and provision of palliative care by oncology nurses	Estudo qualitativo de teoria fundamentada	• Integração precoce da temática dos cuidados paliativos por enfermeiros generalistas	• Introduzir o tema dos cuidados paliativos, atuando como membro facilitador e promotor da aceitação dos mesmos, esclarecendo dúvidas e clarificando aspetos relacionados, atendendo à perceção pessoal acerca da medicina paliativa e da paleação

	Shan Mohammed, Pamela Savage, Nanor Kevork, Nadia Swami, Gary Rodin and Camilla Zimmermann 2019 Canadá				
9	<i>Conversations With Strangers: The Needs of Those Accessing a Palliative Care Nurse Practitioner on a Pancreatic Cancer Web Site</i> Marian Sue Grant; Debra L. Wiegand 2013 Estados Unidos da América	The purpose of this study was to identify the palliative issues of those accessing a Web page where they could interact with a palliative care nurse practitioner and to determine the type of responses the palliative care nurse practitioner provided.	Estudo qualitativo de investigação narrativa	• Necessidade de procura ativa de informação (por parte da pessoa e por parte da família)	• Informar, educar e esclarecer acerca dos aspetos chave de cada fase de final de vida, de modo que a sua identificação possa ajudar a preparar a família para a fase seguinte;
10	<i>Nutrition Intervention through Interdisciplinary Medical Treatment in Hospice Patients: From Admission to Death</i> Hyelim Kang, Yu Jin Yang, Juyeon Park, Gyu Jin Heo, Jeong-Im Hong, Hye-Jin Kim 2018 Coreia do Sul	The aim of this report was to examine the state of overall patient monitoring and nutrition support in an interdisciplinary medical treatment environment from admission to death in the case of a terminally ill pancreatic head cancer patient in hospice care.	Estudo de caso	• Problemas na nutrição	• Negociar com a equipa multidisciplinar e com o doente os benefícios de alimentação parentérica, quando a alimentação entérica por via oral já não é possível; • Gerir as intervenções direcionadas para a ingestão nutricional atendendo aos gastos energéticos das pessoas, de modo a evitar desconforto e frustração por parte da pessoa, da sua família e dos profissionais de saúde (que pode ocorrer quando existem demasiadas intervenções direcionadas para a nutrição);

APÊNDICE VII

Notas de campo contexto A

NOTAS DE CAMPO CONTEXTO A

Data	Contexto da Observação	Descrição da Observação	Intervenção de Enfermagem Subjacente
18/10	Pessoa com diagnóstico de cancro do pâncreas, proposto para cirurgia de ressecção tumoral. Na cirurgia não foi possível a extração do tumor por invasão local extensa. 1º dia após a cirurgia	A comunicação da notícia de que a cirurgia proposta não foi concretizada por extensa invasão tumoral foi executada durante a “visita médica”, na presença de mais dois cirurgiões, uma enfermeira e diversos alunos de medicina, numa enfermaria partilhada com mais 3 doentes internados. Após a comunicação breve da notícia e referir encaminhamento para a consulta de oncologia, atendem à visita ao doente da cama ao lado. Em seguida, já na ausência da equipa médica, sentada junto ao doente, a enfermeira responsável por este questiona como é que o doente se sente com a notícia, que expectativas tinha para a cirurgia, que preocupações tem de momento, que dúvidas tem e se quer que a sua esposa (que era maioritariamente quem seguia o percurso de doença do marido) venha ao serviço para uma visita e para falar com a equipa médica. O doente pediu esclarecimento acerca de alguns termos médicos utilizados na comunicação médica, após conversar	- Estar presente na comunicação de notícias de modo a conhecer e participar no estabelecimento de plano de tratamento e cuidados à pessoa; - Perceber qual a compreensão da pessoa acerca do que foi dito; - Esclarecer de dúvidas; - Encorajar a expressão e verbalização de medos, receios e preocupações, quer no presente, quer no futuro; - Determinar possíveis fontes de apoio e recursos pessoais (religião, família, rede social) e - Encorajar o recurso às fontes de apoio; - Assegurar a privacidade durante os momentos de comunicação;

		com a enfermeira, pediu a presença da esposa.	
28/10	Sr. V., com adenocarcinoma do pâncreas, em situação de últimos dias e horas de vida, com períodos de consciência e lucidez, pede a presença da família, mas existem restrições às visitas pela atual situação pandémica	Após uma descompensação do foro respiratório, o Sr. V. parece ter uma maior percepção que o final da sua vida poderia ser muito próximo. Quando a médica saiu de junto dele, o Sr. V. perguntou: “enfermeira, eu sei que só pode haver uma visita por dia, mas será que os meus filhos e a minha esposa podem vir cá os três hoje, em vez de ser só ela?”. Foi respondido que sim, e informado o segurança acerca da visita. Foi comunicada à esposa, através de contacto telefónico, atendendo a que, segundo relatos de colegas, esta já se encontrava a par da situação clínica e do possível desfecho breve, o desejo do Sr. V. de ter a sua visita e dos seus dois filhos. A esposa prontamente afirmou que iria avisar os seus filhos e que de tarde se iria dirigir à instituição. Nessa tarde o Sr. V. teve a visita da sua esposa e filhos durante uma hora. Às 21:35h do mesmo dia, após a visita, o Sr. V. faleceu.	- Providenciar espaço e possibilidade para visitas alargadas de familiares, apesar de restrições impostas; - Determinar qual o conhecimento e a expectativa que a família tem acerca da situação clínica do doente;
2/11	Dona L., com tumor irressecável do pâncreas, com metastização hepática e peritoneal diagnosticado há 9	Dona L., encontra-se asténica e muito adormecida. Durante o contacto com esta, observa-se que ela está constantemente a arranjar a	- Trazer objetos significativos do domicílio para o internamento (almofada por exemplo)

	meses, tendo realizado 1 ciclo de quimioterapia paliativa. Tem 86 anos, mas é o seu primeiro internamento hospitalar, estando internada por descontrolo sintomático.	almofada. Quando questionada acerca desse comportamento ela refere que a almofada é dura que lhe faz “doer os ossos”, questionando de seguida “a minha filha não me pode trazer a minha almofada de casa?”. Por não existirem outras opções de almofadas, foi autorizado o pedido da utente e contactada telefonicamente a filha da utente, tendo esta prontamente trazido a almofada ao hospital. No contacto no dia seguinte a utente agradeceu, referindo “obrigada enfermeira, assim é mais confortável e parece que tenho um bocadinho da minha casa comigo”.	
10/11	Dona L., com náuseas e vómitos pós-pandriais	Desde o momento da admissão, há mais de 48h, a Dona L tem apresentado vómitos pós-pandriais. Quando questionada pela enfermeira acerca de alimentos favoritos, esta refere que já desde há 4 meses que não come nada sólido. Em casa, antes do internamento, tolerava apenas líquidos tipo caldos e sumos, porque tudo o resto vomitava ou a deixava com sensação de enfartamento. No dia anterior, tinham sido introduzidos fármacos anti-eméticos na prescrição de terapêutica da Dona L., mas que tinham surtido pouco efeito nas queixas da	- Autorizar e pedir às famílias alimentos do domicílio; - Providenciar alimentação polifracionada; - Referenciar para nutricionista para apoio; - Providenciar gelados e alimentos frescos, como fruta ralada e sumos;

		utente. A enfermeira questionou em seguida se, caso a sua filha trouxesse comida de casa, esta gostaria, ao qual a utente respondeu que sim, afirmando “a comida de casa tem sempre outro sabor”. Foi contactada a sua filha e pedida a alimentação, tendo a mesma concordado e dito que levaria então, durante a visita, que coincidia perto da hora de jantar. A enfermeira sinalizou a utente para o dietista que dá apoio ao serviço, que personalizou a dieta para os gostos da utente, nomeadamente removendo os alimentos sólidos, limitando-se a fruta passada e sumos a todas as refeições, assim como gelados uma vez por dia. No dia seguinte, quando questionada a utente acerca da tolerância, a mesma demonstrava agrado pelas alterações referindo “consegui comer metade do caldo que a minha filha trouxe ontem ao jantar e hoje já comi um gelado e umas colheres de fruta que me souberam bem”. A utente não apresentou mais vômitos, e, apesar de em reduzida quantidade, tolerava a alimentação que ingeria.	
--	--	--	--

APÊNDICE VIII

Entrevistas contexto A

ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS AOS ENFERMEIROS NO CONTEXTO A

De forma a tentar perceber, juntos dos enfermeiros que desempenham funções no Contexto A, quais as intervenções de enfermagem que estes executam de forma a tentar dar resposta às necessidades de conforto das pessoas com cancro bilio-pancreático, em fim de vida, foram executadas, de modo informal, entrevistas semiestruturadas. A execução destas foi previamente acordada com a chefe de enfermagem, tendo sido obtido o seu consentimento verbal, assim como o consentimento verbal de todos os profissionais envolvidos, e mantido o anonimato das respostas. As respostas foram posteriormente agrupadas consoante os contextos de conforto e feita uma interpretação da intervenção de enfermagem subjacente à afirmação.

Os tópicos da entrevista eram os seguintes:

1. No âmbito do **contexto do conforto físico** da pessoa com CPVB em fim de vida, internada, que intervenções de enfermagem consegue enumerar? Em que **situações** as considera relevantes? Como avalia a sua **eficácia**? Que aspetos considera no **registo** dessa intervenção e dos seus resultados?
2. No âmbito do contexto do **conforto psicoespiritual** da pessoa com CPVB em fim de vida, internada, que intervenções de enfermagem consegue enumerar? Em que **situações** as considera relevantes? Como avalia a sua **eficácia**? Que aspetos considera no **registo** dessa intervenção e dos seus resultados?
3. No âmbito do **contexto do conforto social** da pessoa com CPVB em fim de vida, internada, que intervenções de enfermagem consegue enumerar? Em que **situações** as considera relevantes? Como avalia a sua **eficácia**? Que aspetos considera no **registo** dessa intervenção e dos seus resultados?
4. No âmbito do **contexto do conforto ambiental** da pessoa com CPVB em fim de vida, internada, que intervenções de enfermagem consegue enumerar? Em que **situações** as considera relevantes? Como avalia a

sua **eficácia**? Que aspetos considera no **registo** dessa intervenção e dos seus resultados?

Contexto de Conforto	Excerto da Resposta	Intervenções de Enfermagem Subjacentes
Físico	• “As medidas não farmacológicas para a gestão da dor são pouco exploradas... Por vezes a escolha de calor ou frio, consoante a preferência e o alívio relatado, poderá ser uma opção, mas até essa é pouco utilizada” • “O apoio do nutricionista e dietista é fundamental para a personalização contínua da alimentação às preferências e tolerâncias do doente. Também permitimos que seja trazida alguma alimentação pelos familiares, desde que seja revista e confirmada previamente.” • “A reabilitação e a realização de exercício com estes doentes é controversa entre os colegas. Mas a mobilização passiva no sentido de promover a mobilidade articular e prevenir a rigidez articular, sobretudo nas pessoas acamadas, poderá ajudar a que os posicionamentos e a mobilização destes doentes não seja um procedimento doloroso e fonte de desconforto. A promoção do levante, sempre que for tolerado, também é uma boa opção sobretudo para a função respiratória dos doentes. A cinesiterapia respiratória poderá ser uma alternativa que, embora seja consumidora de mais tempo e que seja necessário a intervenção especializada, poderá evitar o recurso a técnicas mais invasivas, como a aspiração de secreções, quando estes utentes começam a ficar debilitados e a expectoração comprometida.” • “A otimização da via de administração de fármacos é também algo que nós negociamos com a equipa médica no sentido de prevenir punções invasivas e dolorosas aos doentes.”	• Otimização de medidas não farmacológicas para a gestão da dor como a aplicação de calor ou frio • Referenciar para nutricionista; • Integrar alimentos do domicílio na dieta da pessoa internada; • Incentivar a mobilização da pessoa, estimulando as suas capacidades • Executar exercícios de mobilização passiva • Otimização e negociação com a equipa as vias de administração de fármacos
Psico-espiritual	• “Tentamos ter sempre a presença da família o máximo de tempo possível. Quer seja para passar a noite, quer seja para estar sempre	• Permitir e facilitar a presença da família

	junto a eles... Não há limite de visitas para estes doentes, caso estes o desejem.” • “O cuidado com a imagem corporal é fundamental. Às vezes manter cuidados com a imagem corporal ao longo de internamentos prolongados pode ajudar as pessoas a tolerarem melhor o internamento. Coisas simples como fazer a barba, cortar o cabelo pintar o cabelo são muito benéficos.” • “O apoio emocional é de extrema importância, mas é muito difícil. Para explorar emoções é preciso tempo e presença... Os profissionais que conseguem fazer esse trabalho são os profissionais que saem sempre depois da sua hora de saída... temos o apoio do psicólogo dos paliativos, mas ele não consegue estar cá diariamente... e caso o doente não esteja referenciado para a equipa dos paliativos, a única psicóloga que temos é a que se encontra nos transplantes e não está presente no serviço... A família também beneficiaria deste apoio, mas não há recursos para isso.” • “A referenciação para os serviços religiosos também é de extrema importância. Temos um padre muito presente e que acompanha e que vem quando é requisitado o seu serviço.” • “No momento em que as notícias são comunicadas tentamos que esteja sempre presente um enfermeiro e algum membro da família ou membro significativo.” • “Tentamos incluir técnicas de distração no nosso plano. Por exemplo já tivemos um doente que adorava jogar xadrez, então dissemos para ele trazer o tabuleiro e era uma atividade que ele gostava e ajudava a passar o tempo.” • “Tentamos logo à entrada perceber as rotinas dos doentes. Ajudar a manter estas rotinas, mesmo quando estes já estão mais prostrados ou não as conseguem cumprir, poderá ajudar a manter alguma tranquilidade e diminuir a ansiedade.”	• Manter o cuidado com a imagem corporal • Apoio emocional à pessoa e à sua família • Referenciação para serviços religiosos • Atuar como mediador da informação? Na transmissão de notícias • Executar técnicas de distração • Incentivar a participação em tarefas de lazer • Manter e respeitar, sempre que possível, as rotinas e os hábitos da pessoa internada
Social	• “A inclusão da família na prestação de cuidados é algo também que pode ser benéfico, quando os doentes e as famílias o permitem e desejam. A participação nos	• Incentivar e facilitar a integração da família, ou pessoas relevantes, na prestação de cuidados à

	cuidados, quer seja de higiene, posicionamentos ou outros faz com que a família se sinta útil e que sinta que está a fazer algo pelo seu familiar.” • “Incentivamos a reconciliação de relações... Quando vemos que há situações mais complexas e que a reconciliação poderia ser uma fonte de tranquilidade tentamos facilitar e promover esse aspeto.” • “Promovemos a comunicação com os familiares distantes, mesmo que estes se encontrem longe ou até no estrangeiro. Começou a haver um <i>tablet</i> com a época do COVID por haver restrição de visitas, mas temos estendido a sua utilização a estes casos em que a presença física é dificultada pela distância.” • “O acompanhamento da família é essencial. A família, durante a visita que faz ao seu familiar internado, se tiver com ansiedade, medos, dúvidas e tudo isso, vai para junto do utente e transparece tudo para eles, fazendo com a ansiedade, quer do familiar que visita, quer do familiar internado, apenas se agrave e se torne um ciclo. Falar e comunicar com as famílias antes das visitas é essencial.”	pessoa, sempre que ela o desejar; • Facilitar e promover a reconciliação de relações significativas para a pessoa • Providenciar acesso a meios para comunicar com familiares ou pessoas significativas que estejam à distância • Comunicar com a família e atuar como fonte para esclarecimento de dúvidas?
Ambiental	• “A transferência, ou até mesmo a admissão direta, dos doentes para quartos privados, por um lado para facilitar a presença da família, e por outro para que haja uma melhor adaptação do ambiente ao doente. Por vezes, quando estes assim expressam o desejo, permitimos e até incentivamos que as pessoas tragam do seu domicílio determinados objetos que permitam tornar o ambiente do quarto mais acolhedor para eles. Trazem às vezes almofadas, lençóis, roupas, fotografias e outros objetos.” • “Temos sempre de atender à segurança do doente. Os doentes em fim de vida ou com encefalopatias podem por vezes ter episódios de desorientação e agitação que pode comprometer a sua segurança. As grades para cima, o plano da cama baixo, a campainha à vista e acessível... enfim tudo para garantir a segurança no ambiente do doente.”	• Providenciar um quarto privado, sempre que possível; • Integrar objetos significativos do domicílio no quarto de hospital, sempre que possível (ex. fotografias, mantas, roupa de cama, almofadas, etc.) • Manter medidas de segurança do ambiente da pessoa internada

No que diz respeito aos registos de enfermagem, os enfermeiros transversalmente responderam que os registos ficam sempre, ou quase sempre, aquém das expectativas para os mesmos. Quase nunca identificam as intervenções executadas, os dados para a avaliação e a eficácia das mesmas, não refletindo de modo exato o papel do enfermeiro desempenhou, reconhecendo esse aspeto como uma lacuna no seu dia a dia. Algumas das observações mais específicas ou intervenções que consideram mais relevantes são registadas em formato de notas abertas associadas ao processo informatizado do utente.

APÊNDICE IX

**Reflexão Crítica acerca de uma situação vivenciada no
Contexto A**

REFLEXÃO CRÍTICA ACERCA DE UMA SITUAÇÃO VIVENCIADA NO CONTEXTO A

No âmbito do estágio no contexto A, por se perceber a importância que a reflexão tem na prática e no desenvolvimento de competências, foi proposta a realização de uma reflexão crítica acerca de uma situação observada. O anonimato das pessoas envolvidas foi garantido utilizando letras e descrições gerais. Deste modo, o primeiro passo da reflexão é a descrição da situação que se inicia em seguida.

O Sr. D. tem 86 anos. É casado e tem 2 filhas, de 38 e 45 anos, e 3 netos. Refere ter sido uma pessoa saudável e ativa toda a sua vida. Reformado há 12 anos, trabalhou como comerciante toda a sua vida. A sua esposa, também reformada, visita-o diariamente. Tinha os antecedentes pessoais conhecidos de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* tipo 2 antes do presente internamento. Recorreu ao serviço de urgência há 2 meses com queixas de dor abdominal forte, intolerância alimentar e por ter iniciado quadro de icterícia. No serviço de urgência são realizados exames de diagnóstico que propõem uma hipótese de diagnóstico inicial de colangiocarcinoma com quadro de colangite. É comunicado ao utente a hipótese de diagnóstico e proposto internamento para colangiopancreatografia retrógrada endoscópica para diagnóstico e para resolução da colangite, assim como tratamento com antibióterapia. O exame é realizado dias depois e confirmado o diagnóstico de colangiocarcinoma. A equipa médica, atendendo ao estado avançado da doença, nega hipótese cirúrgica, assim como a realização de quimioterapia, assumindo um prognóstico muito fraco e com uma expectativa de vida entre 1 e 2 meses. Durante o internamento, até ao presente momento, o Sr. M. sofreu diversas intercorrências, com agravamento progressivo da situação clínica, tendo iniciado, há cerca de 1 semana, episódios de hemorragia digestiva manifestado por hematoquezias com repercussão hemodinâmica e necessidade de suporte transfusional.

O momento de contacto com o utente decorre durante a prestação de cuidados de higiene no leito. O Sr. M. apresenta-se prostrado e pouco reativo à estimulação. Não responde a perguntas dirigidas, sendo que apenas vocaliza alguns gemidos aquando das mobilizações no leito. Segundo colegas de enfermagem o Sr. M. tem apresentado esta prostração desde há cerca de 4 dias, sendo que não tem sido alimentado por via oral uma vez que apresenta uma sonda nasogástrica em drenagem passiva com saída de um conteúdo aparentemente biliar. Apresenta um acesso venoso periférico por onde está a ser administrado um soro glicosado e, quando necessário, as transfusões de concentrado de eritrócitos.

Durante a visita médica, argumentando que a alimentação oral não seria uma opção viável de momento e que o Sr. M. se encontra emagrecido, um elemento da equipa médica propõe a introdução de alimentação parentérica. A introdução deste tipo de alimentação implicaria a colocação de um cateter venoso central no utente. Como resposta a esta afirmação, a enfermeira referiu que o Sr. M., antes de ter alterações do estado de consciência, manifestava vontade em sair do ambiente hospitalar, podendo ingressar numa Unidade de Cuidados Paliativos, como já lhe tinha sido proposto e à sua família, e “parar de sofrer” (SIC). A esposa, informada acerca do prognóstico do marido, também tinha concordado com essa decisão, defendendo que queria que o seu marido estivesse confortável, mas que concordava com os procedimentos que fossem necessários, ou considerados necessários, para esse estado. Em seguida, a enfermeira questionou quem seria a pessoa a colocar o acesso venoso central, uma vez que poderia ser um procedimento dificultado pela degradação do estado do Sr. M., assim como os períodos de agitação que este, ocasionalmente, apresentava. A equipa médica perante a argumentação, referiu então que não colocaria o cateter e que seria para continuar a manter os mesmos cuidados.

Dois dias depois, o Sr. M. deixou de ter perdas sanguíneas, tendo o seu estado de consciência revertido, evidenciando orientação relativamente à pessoa, tempo e espaço. Foi removida a sonda nasogástrica por ausência de drenagem e retomada alimentação oral, consoante as preferências e a tolerância do Sr. M. Duas semanas depois o Sr. M. teve alta hospitalar ingressando numa Unidade de Cuidados Paliativos que escolheu, tendo falecido na mesma cerca de 1 mês depois.

Relativamente à reação da enfermeira no momento da comunicação acerca da possibilidade da introdução da nutrição parentérica foi claro o desconforto que a mesma tentou expressar em relação a essa medida. A mesma procedeu de imediato a tentar colocar obstáculos à mesma, tais como o facto de o Sr. M. não possuir de momento um cateter central, tentando ainda apelar à vontade expressa pelo mesmo, durante períodos de lucidez, de não querer permanecer mais tempo no Hospital e não “querer sofrer”.

Um dos pontos negativos da situação é que, objetivamente, a enfermeira nunca se verbalmente opôs à medida, mas tentou apelar à ponderação da equipa médica acerca do procedimento e das suas implicações para o utente e família, o que poderá ser encarado como um ponto positivo. Poderá ter sido esse apelo e argumentação da enfermeira que fez com que a equipa médica ponderasse e, no fim, poderá ter contribuído para que não se avançasse com os procedimentos.

A nutrição no fim de vida é um tema sensível e a sua abordagem deve ter em conta diversos fatores. De um modo geral, as intervenções direcionadas para a alimentação e nutrição podem contribuir positivamente para a condição e estado geral

de uma pessoa, mas também é relatado que demasiadas intervenções direcionadas para a nutrição podem ser nefastas, na medida em que poderão resultar em sentimentos de frustração por parte dos profissionais de saúde e em desconforto para a pessoa (Kang, Yang, Park, Hong e Kim, 2018).

A via oral é a via preferencial para o suporte nutricional de uma pessoa. No entanto, existem situações, agudas ou crônicas, em que tal não é possível, sendo que nesses casos a via de alimentação parental poderá ser uma opção. Nos casos de intolerância da via enteral provocadas por falências intestinais, íleo paralítico, isquemia intestinal ou outras, a nutrição parentérica poderá ser uma opção na medida em que se constitui como uma fonte de nutrição endovenosa (Itzhaki e Singer, 2020). Existe ainda um fator a considerar que é o facto de, em muitos casos, a alimentação parentérica necessitar de um acesso venoso central para a sua administração. A colocação deste acesso, apesar de ser um procedimento comum, não é isento de possíveis complicações e repercussões para a pessoa, e até para a própria instituição. Algumas destas complicações imediatas incluem complicações vasculares, como perfurações, hematomas e hemorragias, complicações cardíacas como arritmias e paragens cardíacas, complicações pulmonares como pneumotórax, entre outras. Estas possíveis complicações estão associadas a um aumento de custos para a instituição, aumento de dias de internamento hospitalar e diminuição da qualidade de vida da pessoa sujeita ao procedimento (Kornbau, Lee, Hughes e Firstenberg, 2015).

Atendendo a estes fatores, a introdução de alimentação parentérica necessita de uma abordagem mais ponderada, sobretudo por se tratar de uma pessoa em fim de vida. Apesar de em alguns casos de pessoas em fim de vida a alimentação parentérica ser uma opção para tentar melhorar a qualidade de vida da pessoa quando a via oral deixa de ser uma opção. Importa ainda considerar que não são só as vantagens ou as desvantagens dos procedimentos que devem ser consideradas, mas também as opiniões e as decisões das pessoas e das suas famílias que devem ser tidas em conta, constituindo-se como uma evidência da necessidade de personalização e adaptação das intervenções propostas (Kang et al., 2018).

As *guidelines* da Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo recomendam que a alimentação parentérica está recomendada quando a expectativa de vida é de pelo menos 2 a 3 meses, sendo que o suporte nutricional não se constitui como uma medida de prolongamento da vida quando a expectativa da mesma é baixa. Esta é recomendada maioritariamente quando se prevê que a causa de morte se poderá dever a desnutrição intensa e não ao crescimento tumoral (Bozzetti, Arends, Lundholm, Micklewright, Zurcher e Muscaritoli, 2009). Outros autores defendem que a alimentação parentérica não é recomendada quando a expectativa de vida é menor do que 1 mês.

No entanto, a evidência disponível acerca da alimentação parentérica no fim de vida é limitada, sendo que deve ser considerada cuidadosamente caso a caso (Kang et al., 2018).

Atendendo ao descrito na literatura e considerando o caso particular do Sr. M. a introdução da alimentação parentérica nesta fase em particular, atendendo ao seu prognóstico, provavelmente não teria nenhum benefício substancial, aumentando o seu tempo de estadia no hospital, retardando o ingresso na unidade de cuidados paliativos, para a qual o utente, teria previamente acordado. Também o facto de uma decisão estar a ser tomada sem ser consultada a família, uma vez que o utente não se encontrava no estado de poder tomar conscientemente e de forma informada uma decisão relativa ao seu estado de saúde, é um fator a considerar como fundamental.

Assim, e atendendo às competências específicas do enfermeiro especialista em oncologia, no futuro os pontos que se deverão considerar em situações semelhantes são os seguintes descritos: promover e advogar o envolvimento das pessoas afetadas pelo cancro na tomada de decisão relativa à gestão da doença oncológica; demonstrar uma atitude aberta e atuar no advogar dos cuidados paliativos; assim como facilitar discussões apropriadas entre os profissionais de saúde, os doentes e as suas famílias, de modo a eliciar as suas preferências no que diz respeito aos objetivos dos cuidados, quer estejam estes direcionados no sentido da cura, ou no sentido dos cuidados em fim de vida (EONS, 2018). Integrar estas competências específicas no cuidado à pessoa em fim de vida, em casos semelhantes, é crucial de modo a tentar mediar os cuidados de saúde e as decisões da equipa multidisciplinar, integrando as preferências e as decisões das pessoas e famílias nestas, assim como as medidas que mais contribuirão para o conforto da pessoa em fim de vida, tendo este conceito como objetivo final das intervenções de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bozzetti, F.; Arends, J.; Lundholm, K.; Micklewright, A.; Zurcher, G.; Muscaritoli, M. (2009). ESPEN guidelines on parenteral nutrition: non-surgical oncology. *Clinical nutrition*, 28(4), 445-454

European Oncology Nursing Society (2018). EONS Cancer Nursing Education Framework. EONS. Acedido a 12/07/2021. Disponível em <https://z2y.621.myftpupload.com/wp-content/uploads/2020/05/EONSCancerNursingFramework2018-1.pdf?time=1602163080>

Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: a guide to teaching and learning method*. Great Britain: Further Education Unit

Hellerman Itzhaki, M.; Singer, P. (2020). Advances in medical nutrition therapy: parenteral nutrition. *Nutrients*, 12(3), 717

Kang, H.; Yang, Y.; Park, J.; Heo, G.; Hong, J.; Kim, H. (2018). Nutrition Intervention through Interdisciplinary Medical Treatment in Hospice Patients: From Admission to Death. *Clinical nutrition research*, 7(2), 146-152

Kornbau, C., Lee, K. C., Hughes, G. D., & Firstenberg, M. S. (2015). Central line complications. *International journal of critical illness and injury science*, 5(3), 170

APÊNDICE X

**Apresentação em formato *PowerPoint* do projeto à
equipa do contexto B**

O conforto da pessoa com cancro bilio-pancreático em fim de vida, no hospital: intervenção de enfermagem

Orientador: Professora Eunice Sá

Discente: Diana Gonçalves (10534)

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Diagnóstico de Situação

Observação:

- Equipa de enfermeiros jovens, com pouca experiência profissional;
- Integração, num serviço com diferentes especialidades médicas, de **doentes oncológicos com necessidades**

Relatos de colegas:

- Dificuldade na identificação das necessidades nestes doentes e nas suas famílias;
- Dificuldade e incompreensão na implementação dos planos terapêuticos instituídos;
- Lacunas, e até ausência, de registos de enfermagem direccionados à identificação de sintomas, ou agravamento dos mesmos, terapêuticas instituídas e resultados das mesmas.

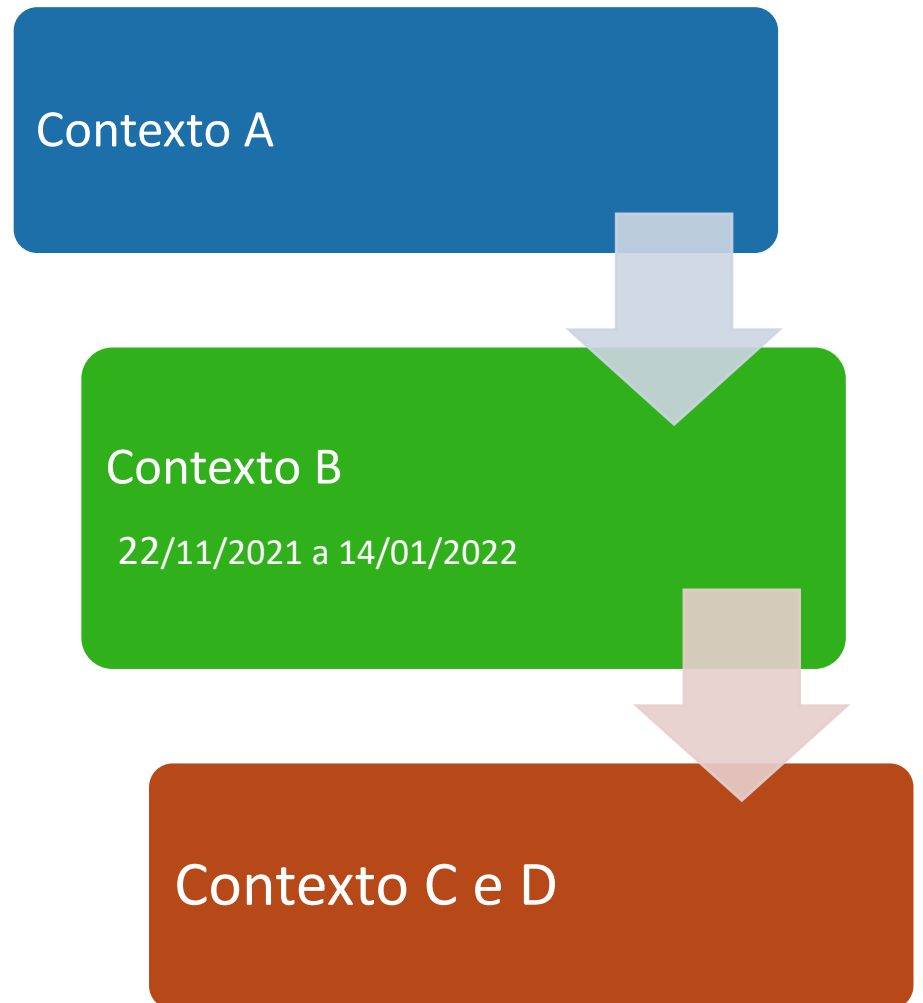
O conforto da pessoa com cancro bilio-pancreático em fim de vida, no hospital: intervenção de enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

O conforto da pessoa com cancro bilio-pancreático em fim de vida, no hospital: intervenção de enfermagem

Objetivos gerais:

- 1) Desenvolver competências de enfermeiro especialista ao nível do cuidado de enfermagem da pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em fim de vida;
- 2) Contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem na prestação de cuidados com uma abordagem paliativa à pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em fim de vida.



ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Cancro do Pâncreas → 2020: 9º mais prevalente; 1792 novos casos; 1770 óbitos

(Globocan, 2021)

- No momento do diagnóstico inicial, apenas 50% dos doentes com cancro do pâncreas não apresentam metáteses à distância;
- Apenas 20% apresentam doença localizada com possibilidade de ressecção cirúrgica;

(House e Choti, 2005; Chabner e Longo, 2015)

Cancro das vias biliares → 2020: 29º mais prevalente; 143 novos casos; 108 óbitos

(Globocan, 2021)

- Taxa de colangiocarcinomas extra-hepáticos ressecáveis entre 40% e 60%;

(House e Choti, 2005)

A sobrevivência de pessoas com **doença metastática** encontra-se na ordem dos **três a seis meses**, enquanto em doentes sem metástases, mas com doença **localmente avançada**, a mediana de sobrevivência é na ordem dos **seis a doze meses**

(House e Choti, 2005; Lazenby e Saif, 2010)

Os cuidados paliativos constituem-se como componente chave na gestão destas doenças

(House e Choti, 2005)

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Integração de cuidados paliativos nos cuidados oncológicos, desde o momento do diagnóstico até ao final de vida

- Promover o controlo dos sintomas relacionados com a doença;
- Promover o alívio do sofrimento provocado pela mesma;
- Melhorar a compreensão da doença e do seu prognóstico.

(Agarwal e Epstein, 2017)

Sintomas físicos

- Vômitos;
- Icterícia e prurido;
- Dor;
- Perda de peso;

Sofrimento psicossocial

Ansiedade

Depressão

(Agarwal e Epstein, 2017)

Fim de Vida

Período de tempo que se estende entre um, até dois anos, no durante o qual o doente e/ou a sua família, assim como os profissionais de saúde, tomam consciência da natureza limitante para a saúde da doença

(Radbruch e Payne, 2009)

No fim de vida o controlo de sintomas é uma das principais prioridades no que respeito ao bem-estar percebido pelos doentes, e os profissionais de saúde devem estar atentos e despidos para esta problemática.

(Neto, 2008)

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Necessidade de conforto no fim de vida



Teoria do Conforto



Resultado holístico desejável da intervenção de enfermagem e a base para a própria disciplina

Alívio



Tranquilidade



Transcendência

Físico

Psicoespiritual

Contexto

Social

Ambiental

PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

B) Estágio numa Equipa de Suporte e Cuidados paliativos num Hospital de referência para o tratamento do cancro do Pâncreas e Vias Biliares				
Duração: 6 semanas: 22/11/2021 a 14/01/2022 (pausa 20/12/2021 a 02/01/2022)				
Objetivo Geral 1: Desenvolver competências de enfermeiro especialista ao nível do cuidado de enfermagem da pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em fim de vida				
Competências Envolvidas (Apêndice IV): CC Enf. Especialista: A1.1; C1.1; C2.1; D2.2; CE Enf. Especialista Enf. MC: 1.1; 1.2; Competências EONS: Módulo 4, 5 e 8; Competências Mestre segundo Descritores de Dublin: a1; a2; b.				
Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver 	Recursos (Humanos e Materiais)	Resultados Esperados 	Indicadores de resultado 
2.1) Descrever a equipa multidisciplinar do serviço e a sua dinâmica funcional e organizacional;	• Apresentação do projeto à equipa; • Consulta de protocolos, normas, diretrizes e políticas do centro hospitalar;	• Chefia de enfermagem; • Elementos da equipa multidisciplinar; • Protocolos e normas do serviço; • Sistema de informação de registos de enfermagem; • Computador; • Telefone.	Demonstra que conhece a equipa e a dinâmica da equipa multidisciplinar;	Elabora um texto de descrição do serviço e do funcionamento da equipa multidisciplinar;
2.2) Identificar as intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida e a sua família;	• Observação da prestação de cuidados; • Consulta de registos de enfermagem; • Entrevista semiestruturada a enfermeiros; • Continuação da compilação de intervenções observadas em grelha;		Identifica intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida;	• Elabora notas de campo; • Completa grelha de intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida;
2.3) Colaborar nos cuidados de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida e a sua família;	• Colaboração nos cuidados de enfermagem prestados; • Execução de reflexão crítica;		Colabora nos cuidados de enfermagem a 3 pessoas e reflete criticamente sobre estes;	• Completa e finaliza grelha de intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida • Elabora reflexao critica;

- **Atividade extra:** Proposta de tradução com peritos da “Comfort Behaviour Checklist”

TABELA DE INTERVENÇÕES DIRECIONADA PARA O CONFORTO DA PESSOA COM CANCRO BILIO-PANCREÁTICO EM FIM DE VIDA, INTERNADA NO HOSPITAL

CONTEXTO DE CONFORTO	NECESSIDADES DE CONFORTO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Físico		
Psicoespiritual		
Social		
Ambiental		



Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba ⁽¹⁾



Enquadramento teórico e revisão bibliográfica



- Revisão Scoping;
- Pesquisa Bibliográfica;
- Observação de cuidados, consulta de registos de enfermagem e Entrevistas semi-estruturadas;

(1) Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of advanced nursing*. 19(6), 1178-1184

PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

Contexto do Conforto	Necessidades de conforto	Intervenções direcionadas para as necessidades de conforto / Medidas de conforto	Contexto do Conforto	Necessidades de conforto	Intervenções direcionadas para as necessidades de conforto / Medidas de conforto
Físico	- Controlo da dor - Controlo das náuseas - Controlo dos vômitos - Controlo do défice nutricional e anorexia - Controlo da sensação de enfartamento - Controlo da icterícia e prurido - Controlo do edema - Controlo da ascite - Controlo das alterações do estado de consciência - Controlo das alterações do padrão intestinal (diarreia ou obstipação) - Controlo da fadiga e dispneia;	- Gestão da terapêutica farmacológica analgésica: determinar qual a resposta aos analgésicos, efeitos secundários indesejados e preocupações das pessoas relativamente aos mesmos - Gestão da dor com medidas não farmacológicas: determinar como é que as pessoas lidam e gerem a dor, por exemplo, no domicílio, assim como a eficácia dessas medidas; - Tranquilizar a pessoa e a família no sentido que explicar que existem medidas para o controlo da dor; - Posicionamentos corporais; - Técnicas de mobilização passiva para prevenir a rigidez corporal, que pode ser origem da dor durante os posicionamentos; - Providenciar fontes de calor ou frio, consoante o que a pessoa referir que alivia mais; - Otimização da via de administração de fármacos; - Técnicas de distração (ex. jogos como xadrez) - Técnicas de relaxamento; - Gestão de terapêutica diurética para edemas; - Incentivar / realizar elevação dos membros; - Restrição de ingestão de sódio em caso de edemas acentuados; - Providenciar alimentos frios; - Providenciar especiarias para os alimentos para acentuar sabores; - Providenciar talheres de plástico; - Providenciar refeições pequenas e polifracionadas; - Mudança no local das refeições; - Gestão da terapêutica farmacológica antiemética e pró-cinética; - Providenciar dieta rica em hidratos de carbono e proteínas; - Dieta hiperglúcida; - Providenciar dieta pobre em proteínas, se aplicável; - Regular o consumo de lípidos; - Referenciar para dietista para personalização da dieta; - Providenciar alimentos confeccionados no domicílio e pela família (adequando também às normas do serviço e do controlo de infeção); - Gerir as intervenções direcionadas para a ingestão nutricional atendendo aos gastos energéticos das pessoas (equação de Harris-Benedict) de modo a evitar desconforto e frustração por parte da pessoa, da sua família e dos profissionais de saúde quando existem demasiadas intervenções direcionadas para a nutrição); - Negociar com a equipa multidisciplinar e com o doente os benefícios de alimentação parentérica, quando a alimentação entérica por via oral já não é possível; - Gestão de terapêutica laxante; - Incentivar o planeamento e a priorização de tarefas, assim como incentivar a aceitação de ajuda por outros; - Incentivar um padrão de sono regular e incentivar a descanso e pequenas sestas durante o dia para conservação de energia; - Cuidados à pele com purido com hidratantes com calamina, à base de óleo, sabonetes neutros, banhos com bicarbonato de sódio, banhos tépidos com avelã, packs de gelo;	Psicoespiritual	- Controlo da Ansiedade - Controlo da insónia - Controlo do medo e medo da morte - Controlo da depressão - Utilizar estratégias de coping eficazes - Não ter perda de significado - Ter satisfeitas as necessidades espirituais - Ter esclarecidas incertezas em relação ao futuro e à doença - Melhorar a imagem corporal	- Incentivar a verbalização e expressão de sentimentos; - Incentivar a comunicação entre os membros da família: mesmo que haja alterações do estado de consciência, encorajar os familiares a falarem e a comunicarem com os seus entes queridos e a expressarem as suas preocupações e resoluções - Suporte emocional durante a tomada de decisão relativamente a decisões que remetem ao final de vida; - Referenciação dos doentes e famílias para líderes religiosos ou outros que considerem que podem providenciar o apoio percecionado como necessário; - Gerir estratégias de coping eficazes e mindfulness techniques com enfoque o stress, ansiedade, pesar (grief), conflitos emocionais, falta de esperança (hopelessness) e espiritualismo; - Estabelecer a relação terapêutica - Uma estratégia de coping é a procura de informação – confirmar as fontes de informação da família e da pessoa; filtrar a informação - Referenciação para apoio por especialistas psiquiátricos para psicoeducação para tentativa de controlo/gestão da depressão; - Intervenções direcionadas para providenciar informação, necessidades de cuidados de suporte e necessidades de cuidados paliativos incluindo: integração dos cuidados paliativos com a oncologia, avaliação das necessidades holísticas, planos de sobrevivências (survivorship care plans) e sessões educacionais, por exemplo, para preocupações físicas ou psicológicas; - Manter a imagem corporal: fazer a barba, cortar o cabelo, pintar o cabelo, etc.; - Integrar a família, ou pessoa significativa, na prestação de cuidados; - Promover a reconciliação de relações; - Comunicação de notícias na presença de familiares e enfermeiros - R - Técnicas de distração (ex. jogos como xadrez) - R - Técnicas de relaxamento; - Assegurar a família que a morte, e o seu processo, é um tema sobre o qual podem falar; - Informar e auxiliar nas diretrizes de antecipatórias de vontade; - Discutir preferências, valores e contingências para os cuidados em fim de vida, assim como testamentos vitais; - Explorar desejos das pessoas acerca de assuntos após a morte, como planos para autópsia, funerais, distribuição de bens; - Acesso a um contacto, acessível 24h por dia, quer por via telefónica ou e-mail, para questões e dúvidas urgentes que os familiares possam ter; - Facilitar a experiência de cuidar de uma pessoa significativa em fim de vida: reconhecer os fatores que podem levar à sobrecarga dos cuidadores, incentivar a comunicação eficaz, auxiliar no processo de tomada de decisão, referenciar para cuidados domiciliários, ajudar na gestão de emoções e ajudar a reconhecer a aproximação do final de vida; - Avaliar os efeitos psicológicos da fadiga, da dor, dos sintomas gastrointestinais, nomeadamente alterações do apetite, nutrição, da ansiedade e da depressão e de que modo afetam o dia a dia das pessoas e famílias. - Introduzir o tema dos cuidados paliativos, atuando como membro facilitador e promotor da aceitação dos mesmos, esclarecendo dúvidas e clarificando aspetos relacionados, atendendo à perceção pessoal acerca da medicina paliativa e da paleação - Informar, educar e esclarecer acerca dos aspetos chave de cada fase de final de vida, de modo a que a sua identificação possa ajudar a preparar a família para a fase seguinte; - Falar e comunicar com as famílias antes das visitas é essencial. - Tentamos logo à entrada perceber as rotinas dos doentes. Ajudar a manter estas rotinas
Social	- Evitar sobrecarga dos familiares e as - Ter facilitada a experiência dos familiares com a doença - Ter facilitada a mudança de papéis - Evitar isolamento e gerir a incapacidade para interagir com família e amigos - Ser apoiado na gestão de finanças - Ter um plano para alta e continuidade de cuidados - Manter tradições e costumes - Resolver conflitos importantes	- Gestão antecipatória e cuidados de suporte (supportive care) - Educação dos familiares acerca dos sintomas e do que esperar com a progressão da doença; - Oferecer apoio psicológico à família poderá ser benéfico no sentido de a família se tornar mais capaz de adquirir e remodelar os novos papéis sociais, oferecendo também tranquilidade à pessoa; - Abordar a mudança ou perda de papéis em doentes com alterações do estado de consciência poderá ser problemático. Promover a aceitação de apoio psicológico (por exemplo pela psicóloga da equipa dos cuidados paliativos) poderá incentivar a família a comunicar e falar com o seu familiar no sentido de, apesar da sonolência, conversar e assegurar que a família ficará bem. A comunicação aberta entre a família, doente e profissionais de saúde é essencial para a abordagem da "dor total" - Referenciação para serviço social - R - Promover a reconciliação de relações;			
Ambiental	- Ter um ambiente sem barulho e calmo - Ter um ambiente sem odores fortes - Ter um ambiente adequado de luzes/escureidão	- Providenciar quartos individuais - Providenciar local de descanso para familiares - Permitir e incentivar, sempre que possível, que as pessoas tragam para os quartos objetos pessoais para personalizar o quarto (almofadas, lençóis, roupa); - Atender à segurança do doente atendendo aos fatores de risco de queda;			

Legenda:

Intervenções identificadas e referenciadas na revisão *scoping*; Intervenções identificadas na pesquisa bibliográfica subsequente; Intervenções identificadas nas entrevistas semiestruturadas;

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Radbruch, L.; Payne, S. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European journal of palliative care*. 16(6), 278-289
- Chabner, B.; Longo, Dan. (Eds.). (2015). *Manual de Oncologia de Harrison* (2ª Edição). Porto Alegre: McGraw-Hill Education;
- Lazenby, J.; Saif, M. (2010). Palliative Care from the Beginning of Treatment for Advanced Pancreatic Cancer Highlights from the 2010 ASCO Gastrointestinal Cancers Symposium. *Journal oh the Pancreas*. 11(2), 154-157
- Neto, I. (2008). Utilização da via subcutânea na prática clínica. , *Rev Soc Port Med Int*. 15(4), 277-83
- Agarwal, R.; Epstein, A. (2017). Palliative care and advance care planning for pancreas and other cancers. *Chinese clinical oncology*. 6(3)
- House, M.; Choti, M. (2005). Palliative therapy for pancreatic/biliary cancer. *Surgical Clinics*. 85(2), 359-371
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of advanced nursing*. 19(6), 1178-1184
- Globocan (2021). Hyuna Sung, Jacques Ferlay, Rebecca L. Siegel, Mathieu Laversanne, Isabelle Soerjomataram, Ahmedin Jemal, Freddie Bray. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries

APÊNDICE XI

Notas de campo contexto B

NOTAS DE CAMPO CONTEXTO B

Data	Contexto da Observação / Intervenção	Observação / Intervenção	Intervenção Proposta/Observada
23/11	Dona L., de 86 anos, com tumor irresssecável do pâncreas, tendo sido o primeiro contacto no contexto A. Seguimento de contacto agora no contexto B, após referência para Equipa Intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos.	O contacto com a Dona L. iniciou-se no 1º contexto. A Dona L. sempre evidenciou e verbalizou preocupação com a imagem corporal e aspeto físico. Utilizava o seu pijama e robe (não a roupa hospitalar), penteava o seu cabelo várias vezes ao dia, utilizava os seus produtos de higiene perfumados. Referia que sentia a deterioração progressiva do seu estado de saúde, aceitando que a morte seria breve, mas “pensei que com este tipo de diagnóstico as coisas seriam mais rápidas... já ando há 9 meses neste sofrimento... (...) não é pelas dores, nem nada, mas já não tenho nada a fazer cá. O que mais me preocupa é a minha filha porque acho que ela ainda não está muito consciente de que vou morrer... sempre fui só eu e ela. Custa-me deixá-la sozinha, mas ela tem que se ir habituando a essa ideia.”. Quando questionada se gostaria de receber a visita de mais alguém, para além da sua filha, ou se sentia que tinha algum assunto pendente com alguém, esta refere que “Não, pendente não. Sempre fui uma pessoa que dizia o que me passava pela cabeça e não deixava nada preso.	• Determinar o impacto da doença na autoimagem; • Respeitar a decisão da pessoa relativamente a visitas e à presença de pessoas no final de vida; • Promover a resolução de problemas e/ou situações pendentes antes da deterioração do estado geral pu possíveis alterações do estado de consciência; • Discutir e determinar preferências, com a pessoa e família, relativamente aos cuidados em fim de vida, como ingresso em unidades especializadas em cuidados paliativos;

		Não tenho arrependimentos nem nada pendente. As minhas amigas são meramente pessoas com que eu falava de vez em quando, não são pessoas próximas que eu queira ter por perto nesta fase da minha vida. Só quero sossego e um sítio para onde possa ir e a minha filha visitar-me quando ela quiser. (...) O meu papel neste mundo foi cumprido e a minha vida cheia de coisas, boas e más. Já vivi o que tinha a viver e agora é esperar para partir. Só não quero é definhar nem sofrer... Isso é que não...". Foi selecionada, com a utente e a sua filha, a unidade que esta queria ingressar, atendendo às preferências pessoais das mesmas. Abordada com a filha a questão da proximidade da morte e como esta se sentia em relação a este assunto. A filha refere que s	
2/12	Utente em últimos dias e horas de vida. Tumor da mama plurimetastizado. A Dona D., de 53 anos, foi diagnosticada com cancro de mama plurimetastizado. Realizou diversos ciclos de quimioterapia, mas sem eficácia. Encontra-se atualmente	A Dona D. é enfermeira e toda a sua carreira foi desenvolvida no âmbito da oncologia, possuindo conhecimento diferenciado acerca da sua doença. A utente sempre abordou os assuntos que considerava necessários nos timings que, para ela, lhe faziam mais sentido. No entanto, parece haver uma perceção por parte dos profissionais da equipa de que a D. não terá comunicado a gravidade da doença e da atual situação ao seu marido e filhos, sempre presentes	• Ensinar a família acerca da progressão da doença e das fases do final de vida; • Estimular a expressão de sentimentos por parte da família; • Clarificar possíveis áreas de dúvidas que possam influenciar o processo de luto, como a culpabilização dos

	internada por uma peritonite. Durante o atual internamento com infeção a COVID que terá sido possivelmente devido a um contacto com um dos seus filhos durante uma visita no internamento. O processo infeccioso progrediu, sem resposta a antibioterapia, sendo que, no momento da observação, a utente encontrase em provável septicemia e com prognóstico de poucas horas de vida.	durante todo este processo de doença. Teria sido sempre a doente, mantendo a sua capacidade mental íntegra e orientação em todas as vertentes, a comunicar à família todas as informações. No dia da observação, a D. parece apresentar alguns períodos de desorientação temporal, e alguma confusão mental. Tinha sinais indicativos de que o seu estado de saúde teria deteriorado gravemente num curto período de tempo, sendo que a Equipa considerava que poderia estar a entrar nas suas últimas horas de vida. Em conversa telefónica com o marido, foi possível perceber que este não tinha noção da gravidade da situação. Foi comunicado à utente o quão poderia ser importante que a família estivesse informada acerca da atual situação, tendo a mesma autorizado a visita do marido e filhos na presença da Equipa, e que fosse comunicado aos mesmos que a situação teria agravado muito. À chegada dos familiares, antes de entrarem no quarto da D., foi comunicado o agravamento da situação. O marido respondeu “eu já suspeitava que fosse mau e que estivesse a piorar, mas não esperava que fosse já...”. A D. falou com o seu marido e filhos e, após a sua saída, concordou com a introdução de terapêutica	familiares relativamente à progressão da doença oncológica; • Incentivar a comunicação, por parte da família, à pessoa em fim de vida com alterações do estado de consciência; • Executar com família evocação de memórias felizes com a pessoa em fim de vida com alterações do estado de consciência; • Providenciar apoio no luto; • Referenciar para apoio psicológico no luto;
--	--	--	---

		sedativa. No dia seguinte, a D. acabou por falecer, com os seus filhos e marido ao seu lado. Ainda na última hora de vida, já sem qualquer tipo de resposta verbal, mas aparentemente calma e serena, os filhos, que estavam ao seu lado, questionavam qual a causa do agravamento, e se a infeção por COVID poderia ter sido a causa do seu agravamento. Os mesmos questionavam se a mãe ainda estaria a ouvir o que estes diriam, mesmo estando aparentemente a dormir. Foi-lhe comunicado que o agravamento da situação foi em contexto de uma infeção provocada pela evolução e progressão da doença oncológica, e não por contágio de COVID. Foi incentivada a comunicação com a mãe, apesar das alterações do estado de consciência não permitirem perceber se a mesma teria, ou não, perceção do que os mesmos estariam a dizer. Os filhos contaram histórias, pediram perdão pelos seus erros, asseguraram a mãe que ficariam bem e que continuariam a estudar. Cerca de uma hora depois, após o falecimento da D. os filhos regressaram ao domicílio e foram contactados pela psicóloga da equipa para acompanhamento no luto, após sinalização dos mesmos na equipa.	
--	--	---	--

6/12	Dona M., de 53 anos, com neoplasia do pâncreas, diagnosticada há 2 anos. Submetida a tratamento de quimioterapia, mas com progressão da doença, tendo-a suspenso. Atualmente com invasão da via biliar e internada por alterações analíticas com icterícia marcada, com descontrolo algico. Proposta para colocação de prótese paliativa na via biliar, tendo sido colocada há 2 dias previamente ao contacto.	Pedida colaboração da EIHSCP para avaliação da utente, controlo sintomático e acompanhamento pós-alta. A utente apresentava um penso transdérmico de fentanilo de 75mcg, mas mantinha queixas algicas abdominais. Já teria aumentado o fentanilo há cerca de 3 dias, mas sem efeito. Por manter icterícia marcada a médica da equipa tinha dado indicação para rotação opióides, uma vez que a absorção do analgésico por via transdérmica poderia estar comprometida pela icterícia. Feito o cálculo para rotação para comprimidos de morfina de libertação prolongada. Não foi, no entanto, prescrita a dose total de correspondência de rotação do penso transdérmico, por compromisso de absorção do anterior. Hoje, no dia do contacto, após ter ontem sido administrados dois comprimidos de morfina de libertação prolongada, a utente relata diversos efeitos secundários à terapêutica opióides, nomeadamente “comecei a ver coisas onde eu sabia que elas não existiam... via frigideiras no ar, ouvia vozes... não estava boa da cabeça (choro). Prefiro ter dores que voltar a tomar esses comprimidos e a ter essas coisas todas...”. Foi explicado à utente que os efeitos secundários se deviam ao facto do cálculo da rotação	• Ensinar a pessoa e a família acerca da terapêutica farmacológica para a gestão da dor, e os seus possíveis efeitos secundários; • Capacitar a pessoa e a família para a gestão dos efeitos secundários da terapêutica farmacológica para a gestão da dor; • Desmistificar possíveis concepções da pessoa e família acerca da terapêutica analgésica, sobretudo a terapêutica com opióides; • Capacitar a equipa de enfermagem para a gestão da terapêutica farmacológica analgésica, assim como a gestão e atuação perante possíveis efeitos secundários;
------	--	--	--

		não ser direto por compromisso da absorção, e que esses. Comunicado à equipa de enfermagem as alterações terapêuticas, as vigilâncias necessárias, os sinais de alarme e o plano terapêutico. Explicada à utente a necessidade de controlo glicémico antes do regresso ao domicílio (utente tinha alta programada para o dia seguinte), assim como a comunicação precoce de possíveis efeitos secundários à equipa de enfermagem. Utente, apesar de renitente, aceitou. No dia seguinte, foi possível obter controlo glicémico sem intercorrências com efeitos adversos imediatos de opióides.	
7/12 e 10/12	Dona LB., de 86 anos. Teve diagnóstico de tumor do pâncreas há cerca de 3 anos, tendo sido, na altura, submetida a intervenção cirúrgica. A utente recusou quimioterapia adjuvante (já tinha tido cancro da mama há 20 anos tendo realizado tratamentos de quimioterapia e sofrido diversos efeitos adversos). Atualmente	No dia do contacto com a utente, já estava instituída terapêutica dirigida ao tratamento e prevenção de eventos hemorrágico. Admitido pela equipa médica que existia uma grande probabilidade de, no local da anastomose, rotura de grandes vasos e hemorragia maciça. Quando questionada a utente acerca do seu conhecimento do estado de saúde, a mesma dizia que não queria mais tratamentos evasivos, privilegiando-se medidas de conforto. A utente referiu que não queria informações a cerca do seu estado de saúde, pedindo que todas as informações e decisões fosse junto do seu	• Ensinar a pessoa e família, de acordo com as suas necessidades de aprendizagem e preferências, acerca da progressão da doença oncológica e possíveis intercorrências, e modo de atuação e prevenção destas; • Determinar apoios para o regresso ao domicílio no âmbito da gestão da sintomatologia associada à progressão da doença;

	internada em contexto de perdas hemáticas com hematómeses e melenas, tendo realizado endoscopia digestiva alta que revelou provável recidiva da doença oncológica no local da anastomose cirúrgica. Feito no momento da endoscopia a hemóstase local, mas não era candidata a intervenção cirúrgica e apenas tratamento conservador e de gestão em caso de hemorragia.	filho. Realizada conferência familiar com o filho da Dona LB., tendo sido abordados os temas da doença e estado atua, a possível evolução da doença e o possível desfecho da mesma. O filho referiu que a mãe, pela idade e outros fatores, apresentava-se com maior dependência para a concretização das atividades de vida diárias, sendo que o apoio prévio ao internamento já não seria suficiente para o estado atual, caso esta regressasse a casa. Apesar da utente também referir que desejava regressar ao seu domicílio, reconhecia que necessitava mais de apoio e que se encontrava mais debilitada. Quando abordada a questão se o filho, caso a utente regressasse ao domicílio e ocorresse hemorragia maciça, gostaria de saber como gerir essa situação, o filho recusou e disse que não se sentia capaz de gerir essa situação e, por motivos profissionais, não conseguiria prestar o apoio necessário que a Dona LB. necessitaria. A utente foi referenciada e ingressou, uma semana depois do contacto, numa Unidade de Cuidados Paliativos próxima do local de residência do filho.	• Gerir as expectativas da pessoa e da família relativamente à progressão da doença oncológica;
13/12 e 7/1	Alta da Dona M., de 53 anos, protelada por alterações analíticas.	Segundo a equipa médica assistente da cirurgia, onde a Dona M. se encontrava internada, a utente estava com boa resposta à segunda	• Promover, e auxiliar dentro do possível, a resolução de relações

	Programada para a semana seguinte. Abordagem de questões relativas a apoio no domicílio, seguimento pós alta e expectativas relativamente à progressão da doença.	colocação de prótese paliativa de drenagem biliar, com diminuição franca da bilirrubina e melhoria franca da icterícia, equacionando-se alta para breve e encaminhamento para consulta de medicina paliativa na área de residência. Quando questionada acerca do apoio familiar, a utente refere “o meu marido não me dá apoio nenhum... ele também teve cancro quando eu fui diagnosticada, mas os tratamentos nele resultaram e já teve alta. Mesmo quando andávamos os dois a fazer os tratamentos eu sofria muito e tinha muitos efeitos e ele nada... como não sentia nada desvalorizava tudo o que eu dizia... eu ficava muito cansada e ele dizia que eu não fazia as coisas porque era uma preguiçosa. (...) A minha filha é enfermeira e nessa altura até sugeriu ter apoios para a lida da casa e assim, mas ele recusou tudo... Desde essa altura a minha filha cortou relações com ele e nunca mais lá foi a casa. Ele nem os netos conheceu e não dá o braço a torcer... (...) Quando eu precisava de recuperar mesmo ia para a casa da minha filha uns tempos e ela ajudava-me, mas agora ela teve um bebé e vai voltar ao trabalho, também não a quero sobrecarregar... (...) o meu filho ia mudar de casa, mas agora diz que ainda	conflituosas relevantes para a pessoa; • Gerir as expectativas e objetivos a longo prazo atendendo à progressão da doença oncológica; • Auxiliar na reestruturação de objetivos passíveis de serem atingidos a curto/médio prazo; • Referenciar a pessoa e/ou família para apoio psicológico;
--	---	---	--

		fica lá em casa uns tempos connosco e ajuda porque ele sabe fazer tudo em casa. (...) Para já quero voltar a casa e ver o meu filho casar, ter filhos e assim. Depois o que virá, virá...". Foi abordado com a utente a necessidade de estabelecer expectativas realistas e objetivos a mais curto prazo, tendo a Dona M. compreendido. Foi tentada abordagem com a utente de modo que esta fosse conhecendo apoios que possa vir a necessitar no futuro, assim como recursos da comunidade. A abordagem junto do marido não foi possível uma vez que este nunca visitou a utente ou atendeu a chamada. Foi contactada a filha e esta diversas vezes entrou em contacto telefónico, tendo destas vezes sido prestado apoio emocional à mesma. A utente acabou por ter alta hospitalar e foi encaminhada para a consulta de medicina paliativa no Hospital da área de residência.	
--	--	--	--

APÊNDICE XII

Entrevista contexto B

ENTREVISTA A UM ENFERMEIRO NO CONTEXTO B

De forma a tentar perceber, juntos de um enfermeiro especialista na área dos cuidados paliativos que desempenha funções no Contexto B, quais as intervenções de enfermagem que podem ser executadas de forma a tentar dar resposta às necessidades de conforto das pessoas com cancro bilio-pancreático, em fim de vida, e às suas famílias, foi executada, de modo informal e com a mesma metodologia do contexto A, uma entrevista semiestruturada. A execução desta deu-se após ter sido obtido o consentimento verbal e mantido o anonimato. As respostas foram posteriormente agrupadas consoante os contextos de conforto e feita uma interpretação da intervenção de enfermagem subjacente à afirmação.

Os tópicos da entrevista eram os seguintes:

1. No âmbito do **contexto do conforto físico** da pessoa com CPVB em fim de vida, internada, que intervenções de enfermagem consegue enumerar? Em que **situações** as considera relevantes? Como avalia a sua **eficácia**? Que aspetos considera no **registo** dessa intervenção e dos seus resultados?
2. No âmbito do contexto do **conforto psicoespiritual** da pessoa com CPVB em fim de vida, internada, que intervenções de enfermagem consegue enumerar? Em que **situações** as considera relevantes? Como avalia a sua **eficácia**? Que aspetos considera no **registo** dessa intervenção e dos seus resultados?
3. No âmbito do **contexto do conforto social** da pessoa com CPVB em fim de vida, internada, que intervenções de enfermagem consegue enumerar? Em que **situações** as considera relevantes? Como avalia a sua **eficácia**? Que aspetos considera no **registo** dessa intervenção e dos seus resultados?
4. No âmbito do **contexto do conforto ambiental** da pessoa com CPVB em fim de vida, internada, que intervenções de enfermagem consegue enumerar? Em que **situações** as considera relevantes? Como avalia a sua **eficácia**? Que aspetos considera no **registo** dessa intervenção e dos seus resultados?

Contexto de Conforto	Excerto da Resposta	Intervenções de Enfermagem Subjacentes
Físico	• “Um dos sintomas mais difíceis de gerir e que é altamente desconfortável, é o prurido. É dos sintomas para o qual temos menos armas terapêuticas, mas dos que gera mais incómodo. Há pessoas que nem conseguem dormir de tanto de coçarem toda a noite e nunca conseguem descansar por isso, por isso é um sintoma altamente desconfortável. Tentar gerir as medidas farmacológicas e não farmacológicas é essencial, mas nem sempre têm a eficácia desejada...” • “A autoimagem é também algo que tem de ser trabalhado, idealmente, o mais precocemente possível. A icterícia presente provoca alterações da autoimagem que podem afetar negativamente a pessoa. (...) As alterações da imagem provocadas pela caquexia também. A alimentação está associada não só há satisfação de uma necessidade, mas está também associada, culturalmente, a carinho e partilha, que deixam de existir pela anorexia. (...) O aspeto caquético é algo que, até determinado ponto da doença, poderá ser reversível ou atenuado, mas é expectável com a progressão da doença que este exista e que agrave. Trabalhar com as pessoas este facto, de que o sintoma existe e que vai, provavelmente, agravar, é necessário para minimizar o impacto deste na autoimagem da pessoa. Entra aqui novamente o trabalho nas expectativas, mas, neste caso, relativamente aos sintomas.” • “A dor também é complexa. Temos de tentar perceber todos os componentes envolvidos na dor, não só físicos, mas também os outros, emocionais, sociais e espirituais e valorizá-los. Identificar e intervir precocemente abordando possíveis fontes	• Gestão das medidas farmacológicas e não farmacológicas para o prurido; • Determinar o impacto da icterícia na autoimagem da pessoa; • Determinar o impacto da caquexia na autoimagem da pessoa; • Gerir, o mais precocemente possível, as expectativas relativamente à evolução e progressão de sintomas; • Avaliar e gerir, com medidas farmacológicas e não farmacológicas, a dor, atendendo aos fatores físicos, emocionais, sociais e espirituais;

	de sofrimento de modo a prevenir, na medida do possível, determinadas situações que podem facilitar outras intervenções futuras.”	
Psico-espiritual	• “O cancro do pâncreas tem a sua incidência principalmente numa população considerada jovem, o que se considera um fator de complexidade. (...) Ajustar/reestruturar as expectativas e os planos a longo prazo é crucial.” • “Outro fator muito relevante está no facto de estas pessoas manterem um grau de autonomia elevado até uma fase muito tardia da doença, o que faz com que muitas vezes, como ainda se sentem capazes de fazerem atividades, terem uma esperança de reversibilidade da doença que não é realista. Como isso acontece as pessoas adiam a reestruturação de objetivos e tendem a deixar muitos assuntos pendentes, o que muitas vezes contribui, na fase final da doença, para agitação terminal e desesperança.” • “As pessoas com estas doenças oncológicas costumam ser, muitas vezes, assintomáticas, ou apresentando apenas sintomas muito ténues frequentemente desvalorizados, até uma fase muito avançada da doença. Isso faz com que existe muitas vezes existam sentimentos de culpa por sentirem que desvalorizaram e que a doença evolui por eles não terem ido procurar ajuda antes. Também acontece muitas vezes a procura de ajuda precisamente por estes sintomas ténues e, por parte dos profissionais de saúde, uma desvalorização dos mesmos. Quando isto acontece, quando se confirma o diagnóstico também pode existir uma culpabilização dos profissionais de saúde que desvalorizaram as suas queixas e que a situação poderia ter tido um desfecho diferente. Esta culpabilização gera depois sentimentos de desconfiança dos profissionais, comprometendo a relação terapêutica,	• Gerir expectativas da pessoa relativamente a planos a longo prazo; • Auxiliar na reestruturação de objetivos de vida; • Estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa e família; • Ensinar a pessoa e família acerca da doença e da sua progressão; • Determinar existência de sentimentos de culpa ou culpabilização, em relação a si, à família ou à equipa; • Executar exercício de retrospectiva de vida, auxiliando a encontrar sentido nos eventos de vida; • Auxiliar a pessoa, caso esta o deseje, a construir um legado para pessoas significativas;

	sendo que precisa de ser trabalhada ao longo do tempo.” • “A dimensão espiritual é também complexa de ser trabalhada. Como são pessoas jovens, a forma de como percebem o sentido da vida pode ser complexo. Por vezes, se for algo que as pessoas consideram importante, fazer uma retrospectiva de vida para encontrar significado nela e tentar construir um legado, muitas vezes para deixar aos filhos mais jovens, pode ser importante. É, no entanto, um aspeto em que não devemos ser muito dogmáticos nem atuar no sentido de inculcar crenças.” • “Importa salientar que não existem intervenções standard para as pessoas. Nós podemos achar que determinado aspeto importa ser abordado, mas a pessoa e a família podem não estar prontas para isso, ou simplesmente não o valorizarem como nós, por isso a personalização e a adaptação das intervenções a cada caso específico é determinante. No fundo, perceber com aquela pessoa, o que para ela faz, ou não, sentido e ajudá-la a reestruturar o seu caminho. (...) É importante que o trabalho que é feito, grande parte dele tem de ser feito pela pessoa e o nosso papel aí é ajudar as pessoas a lá chegar.”	
Social	• “O fator da idade ainda influencia outro aspeto relacionado com a componente social. O facto de serem doentes relativamente jovens, faz com que tenham muitas vezes filhos jovens, até menores de idade, o que implica uma necessidade de reestruturação do plano económico destas famílias. De um momento para o outro, por causa da doença e do que ela implica em termos de idas a consultas, internamentos, recuperação de procedimentos, ficam desempregados e com um acréscimo de despesas tendo menores fontes de rendimento. Esse fator, para além de	• Auxiliar no plano económico e na reestruturação dos papéis sociais da pessoa, no âmbito da sua família; • Determinar existência de sentimentos de culpa, em relação à pessoa, ou em relação à equipa.

	comprometer muito a vida das famílias em termos de rendimentos, faz com que as pessoas doentes se sintam como fardos para terceiros. Os sentimentos gerados por esse fator são sentimentos muito complexos e difíceis de trabalhar, mas que é absolutamente necessário o fazer. (...) Para trabalhar essas expectativas e esses sentimentos é preciso estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa e família.”	
Ambiental	• “Tornar o ambiente seguro e personalizá-lo, dentro das possibilidades, poderá ter um significado e um impacto positivo na pessoa, facilitando o processo de internamento que pode, por vezes, ser muito prolongado.”	• Promover a segurança da pessoa no ambiente hospitalar; • Personalizar o ambiente da unidade hospitalar da pessoa;

APÊNDICE XIII

Proposta de tradução da “*Comfort behavior checklist*”

Checklist de Comportamentos de Conforto (proposta de tradução)

Como é que a pessoa está a agir agora? Assinale a melhor resposta.

NA = a dormir, ou não apropriado para esta pessoa devido ao seu diagnóstico ou idade

(Por exemplo, se a pessoa estiver a dormir as questões 3-5 são assinaladas NA)

	NA	Não	Um Pouco	Moderado	Forte
Vocalizações					
1. acordado	0	1	2	3	4
2. a gemer	0	1	2	3	4
3. a queixar-se	0	1	2	3	4
4. sons/conversa contente	0	1	2	3	4
5. a chorar/gritar	0	1	2	3	4
Sinais Motores					
6. pacífico	0	1	2	3	4
7. agitado	0	1	2	3	4
8. ritmo acelerado	0	1	2	3	4
9. inquieto	0	1	2	3	4
10. músculos relaxados	0	1	2	3	4
11. fricção de uma área	0	1	2	3	4
12. posição de guarda	0	1	2	3	4
Performance					
13. movimentos ansiosos	0	1	2	3	4
14. aceita atos de gentileza	0	1	2	3	4
15. aprecia o toque / segurar mãos	0	1	2	3	4
16. consegue descansar	0	1	2	3	4
17. consegue comer	0	1	2	3	4
18. calmo / à vontade	0	1	2	3	4
19. movimentos sem objetivo específico	0	1	2	3	4
20. tenta afastar-se	0	1	2	3	4
Expressão Facial					
21. parece deprimido	0	1	2	3	4
22. esgares / retraimento estremecimento	0	1	2	3	4
23. expressão relaxada	0	1	2	3	4
24. híper-vigilante	0	1	2	3	4
25. parece assustado ou preocupado	0	1	2	3	4
26. sorri	0	1	2	3	4
Outros					

27. respiração incomum	0	1	2	3	4
28. mantém foco mental	0	1	2	3	4
29. capaz de conversar	0	1	2	3	4
30. acorda suavemente	0	1	2	3	4

Se este for o único instrumento de avaliação do conforto/dor, pergunte à pessoa:

- Sente alguma dor? Não ____ Sim ____ (Por favor classifique a sua dor de 0 a 10, sendo 10 a maior dor possível). _____ (classificação)
- Tendo tudo em consideração, o quão confortável está agora? (Por favor, classifique o seu conforto total entre 1 e 10, sendo 10 o maior conforto possível)

Tradução de adaptação de K. Kolcaba de: Ladislav Volicer. "Management of advanced Alzheimer's dementia/The comfort checklist." Em Volicer e outros (1988). Clinical Management of Alzheimer's Disease., Rockville, MD, Aspen Publications.

Outras informações disponíveis (alterações da terapêutica farmacológica em uso, lesões recentes, declínio do estado funcional recente, relatos dos profissionais de conforto/desconforto, alterações do apetite, deambulação, etc.)

Pontuar a Checklist de Comportamentos de Conforto:

- 1) Subtrair o número de respostas "Não Apropriado" (NA) a 30, para obter o **total de respostas**.
- 2) Multiplicar o **total de respostas** (passo 1) por 4, para obter a **pontuação total possível**.
- 3) Código de inversão: números 2, 3, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 27 para obter as respostas brutas do conforto.
- 4) Adicionar as **respostas brutas do conforto** (passo 3) para todas as questões não assinaladas NA para obter a **pontuação bruta do conforto**.
- 5) Dividir a pontuação do conforto obtida (passo 4) pela pontuação total possível (passo 2) e arredondar para duas casas decimais. (se a terceira casa decimal for igual ou maior que cinco, arredondar a segunda casa decimal para o número seguinte)
- 6) Apresentar a pontuação como um número de dois dígitos (percentagem sem o símbolo % ou decimal). *Maiores pontuações indicam maior conforto.*

APÊNDICE XIV

**Reflexão Crítica acerca de uma situação vivenciada no
Contexto B**

REFLEXÃO CRÍTICA ACERCA DE UMA SITUAÇÃO VIVENCIADA NO CONTEXTO B

No âmbito do estágio no contexto B, à semelhança do estágio no contexto A, é novamente realçada a importância que a reflexão tem na prática e no desenvolvimento de competências, tendo sido novamente proposta a realização de uma reflexão crítica acerca de uma situação vivenciada durante o decorrer do estágio. O anonimato das pessoas envolvidas foi garantido utilizando letras como identificação e descrições genéricas das pessoas. Assim, atendendo novamente às etapas do processo de reflexão estruturada segundo o ciclo de Gibbs (Gibbs, 1988), esta reflexão inicia-se com a descrição da situação, seguida pelas restantes etapas.

1.1) Descrição da situação:

A Dona F. de 56 anos, casada, sem filhos, encontra-se internada num serviço de cirurgia após cirurgia a fratura da cabeça do fémur esquerdo. Como antecedentes pessoais da Dona F., salienta-se o cancro da mama com múltiplas metástases (pulmão, fígado, óssea e cerebral), sendo que a mesma sempre negou qualquer tipo de tratamento, cirúrgico ou outro, direccionado para o mesmo. No entanto, desde o momento do internamento inicial e agora, 2 semanas após a cirurgia, a Dona F. apresenta alterações do estado de consciência, alternando entre períodos de prostração e sonolência e períodos de agitação e agressão. O marido, que a visita em dias alternados, refere que já se encontrava no domicílio nesta condição, sendo que era ele que, assegurava os cuidados à mesma. Foi feito pedido de colaboração à EIHSCP pela equipa médica assistente, com o objetivo de gestão da dor e agitação.

O primeiro contacto com a Dona F. foi feito no período da manhã, pouco depois do início do turno da equipa de enfermagem do serviço. A Dona F. encontrava-se deitada na cama, com os membros superiores imobilizados. Apresentava um fâcies de desconforto, com contração dos músculos da cara, emitindo gemidos e esboçando gestos como se quisesse soltar os pulsos que se encontravam imobilizados. Tinha os olhos cerrados, mas quando abordada pelo seu nome abriu-os momentaneamente, voltando depois a encerrá-los. Foi

questionada se sentia dores, ao que respondeu que sim, mas sem mais nenhuma verbalização. Foi questionada onde sentia dor, tendo respondido “na perna”. Quando questionada qual das pernas, a mesma não respondeu, mantendo apenas gemidos ocasionais e os mesmos movimentos de tentativa de fuga das imobilizações. Verificou-se que a mesma mobilizava a perna direita, mas não a esquerda, que foi submetida à cirurgia.

Em seguida a enfermeira responsável naquele turno pela utente entrou na enfermaria, sendo que questionei a mesma acerca do estado da Dona F., tendo esta respondido “*Ela está sempre mais ou menos assim.... acorda de vez em quando e lá a conseguimos alimentar e administrar a terapêutica oral, mas tem períodos em que não a conseguimos despertar. (...) O marido dela diz que ela já era assim em casa já desde alguns meses, mas ainda colaborava nos cuidados que ele lhe prestava, mas agora nos últimos tempos já andava a ficar mais sonolenta. Os médicos disseram-lhe que seria pela progressão da doença.*”. Foi questionado o porquê da utente se encontrar imobilizada, ao qual a enfermeira respondeu “*É a primeira vez que estou com ela, então ainda não a conheci muito bem. O colega da noite que me passou o turno disse que ela costuma exteriorizar os cateteres e a algália, e por vezes agarra as grades como se tivesse quase a saltar para fora da cama, então os colegas já a costumam imobilizar sempre durante a noite por prevenção... como por vezes não come à ceia e não toma a medicação oral, costuma ter noites mais agitadas... Como ela agora está mais calma já a vou desimobilizar e prestar cuidados de higiene e já vejo como ela fica.*”. O médico da equipa encontrava-se presente durante o diálogo e, tendo em conta a situação descrita, os relatos de diários clínicos anteriores, os antecedentes pessoais e a atual observação, considerou que possivelmente a Dona F. estaria com delirium, não identificando possíveis fatores modificáveis que pudessem estar na origem do mesmo, tendo prescrito assim uma perfusão, por via subcutânea, de morfina, para controlo algico, e de levomepromazina, em baixa dose, para controlo da agitação. No entanto, atendendo a que a utente apresentava períodos ocasionais de maior agitação, sobretudo no período noturno, ficou também prescrito, como resgate, clorpromazina no caso de agitação refratária. As alterações terapêuticas foram comunicadas à enfermeira responsável pela utente, tendo esta preparado e iniciado a perfusão, consoante a prescrição, em seguida.

Dois dias depois, foi feita nova visita à Dona F. para reavaliação do estado da utente e da eficácia da terapêutica instituída. Antes da visita ao serviço foram consultados os registos informáticos, médicos e de enfermagem, que descreviam a utente como mais prostrada, mas, ainda ocasionalmente, com períodos de agitação e com exteriorização dos dispositivos. Foram consultados os registos de administração da terapêutica e foi verificado que não tinha registo de administração da terapêutica de resgate para a agitação. Também se lia que a utente há 24h que teria perdido a via oral para alimentação e administração de terapêutica porque, pelas alterações do estado de consciência, o risco de aspiração durante a alimentação era elevado.

Foi observada a Dona F., que se encontrava deitada no leito com imobilizadores nos membros superiores. A Dona F. estava calma, com fácies descontraído, olhos fechados e sem emissão de gemidos. Quando abordada não teve qualquer resposta ao estímulo verbal. Ocasionalmente movimentava os membros e a cabeça, mas com movimentos pequenos e suaves. Em seguida foi questionada a enfermeira que estava responsável neste dia pela prestação de cuidados à Dona F., sendo que era a mesma colega que estava com a utente no primeiro contacto com a mesma. Quando questionada acerca do que a colega percecionava relativamente ao estado da utente, esta responde: *“Está muito melhor, sem dúvida. Já não geme, quando a mobilizamos para os cuidados de higiene ou para os posicionamentos já não expressa dor (...), no geral tem um aspeto muito mais relaxado desde que começou a perfusão e parece muito mais confortável. (...) Já não temos é conseguido alimentá-la nem administrar a terapêutica oral porque ela está muito sonolenta e poderá aspirar os alimentos. Temos só administrado o soro glicosado e vemos ocasionalmente as glicémias capilares dela, mas tem estado sempre bem.”*. Em seguida foi questionada a razão pela qual a utente se mantém imobilizada, tendo a colega respondido “O meu colega da noite disse que ela ainda tem de vez em quando períodos de agitação, mas muito mais escassos, então por precaução deixou-a imobilizada... mas eu pessoalmente acho que não é preciso...”. Quando questionada acerca do porquê de darem preferência à contenção física ao invés da contenção com fármacos, que a utente tem prescrito para essas ocasiões, a colega respondeu: *“Pois não sei... Na noite há menos pessoas então acho que é mais difícil vigiar as pessoas, então alguns colegas tendem a ser mais preventivos nesse aspeto,*

mas não sei dizer porque é que não têm dado os resgates... Vou reforçar isso na passagem de turno.”.

No dia seguinte foi feita nova visita à Dona F.. Esta mantinha o mesmo estado de consciência e os mesmos comportamentos. Observou-se que esta já não se encontrava com imobilizações nos membros superiores. Foi abordada novamente a enfermeira responsável pela utente acerca do estado da utente e da ausência de imobilizações, tendo esta respondido: “Eu ontem passei aos meus colegas da tarde a nossa conversa e esta noite já não foi necessário a imobilização e também não houve episódios de agitação. Correu muito bem.”.

1.2) Pensamentos e sentimentos:

A segunda etapa da reflexão estruturada reporta-se aos pensamento e sentimentos durante o evento sobre o qual se reflete. Neste caso, após o primeiro contacto, atendendo ao facto de que a utente não se encontrava com nenhuma terapêutica instituída, pensei que o recurso à contenção física seria dos únicos recursos a que os profissionais do serviço tinham de modo a garantir que os períodos de agitação da Dona F. não constituíam perigos para a sua segurança. Os episódios descritos decorriam sobretudo durante a noite, sendo também este um período em que a disponibilidade dos profissionais é menor, sendo que atendendo também às condições do serviço, das horas a que decorriam os períodos de agitação, da partilha de enfermaria por vários utentes e dos ratios enfermeiro-utente existentes, não serem fatores facilitadores de intervenções alternativas à contenção física em momentos de agitação. Assim, com a prescrição de terapêutica para a agitação, acreditei que a contenção física, que visivelmente causava desconforto à utente que tentava soltar os seus braços, seria apenas um recurso de última linha, porque outros já se encontravam disponíveis.

No entanto, no segundo contacto, foi possível verificar que mesmo com a possibilidade de administração da terapêutica, o uso da contenção física foi o método de contenção a que os enfermeiros do serviço recorriam. Mas qual a razão para esta escolha era algo que não estava a compreender de momento. Algumas horas após o contacto comecei a questionar-me: qual a razão desta escolha? Quais os aspetos que eram tidos em conta pelos enfermeiros para a escolha do tipo de contenção para a Dona F.? Será que a equipa não estaria

familiarizada com o tipo de terapêutica e por isso recorreram ao método que consideravam como mais seguro nas suas opiniões? Que aspetos deveria eu ter tido em conta na abordagem da contenção da Dona F. de modo a compreender esta escolha?. A frustração foi, sem dúvida, o principal sentimento que emergiu neste contexto, uma vez que queria providenciar o maior conforto possível à Dona F., mas, sendo que era outra equipa que prestava os cuidados, parte da minha intervenção passava pela intervenção junto da equipa, e não só junto da Dona F.

1.3) Avaliação da situação:

No que posso avaliar da situação creio que foi positivo nesta experiência perceber que, comunicando com a equipa, esta acaba por confiar no julgamento dos elementos da EIHSCP. Foi o trabalho em equipa, pelas duas equipas, que permitiu que pelo menos um elemento promotor do conforto da Dona F. fosse obtido. No entanto, dentro das próprias equipa, diferentes elementos tomam diferentes decisões, salientando a necessidade de atuação junto de elementos-chave ou com o maior número de elementos possíveis, de modo a otimizar a interação com as equipas. O facto de ter sido a mesma enfermeira que ficou responsável pela utente durante os diferentes dias da interação foi um fator facilitador para a atuação com a utente e para a avaliação contínua do estado da mesma, assim como para a avaliação da eficácia das intervenções executadas.

1.4) Análise da situação:

O *delirium* é um síndrome cognitivo que ocorre frequentemente em idosos e em pessoas com cancro, em particular em pessoas com doença avançada e nos seus últimos dias e horas de vida (Bush et al., 2018). Esta condição apresenta uma multiplicidade de manifestações comportamentais, desde a hipoatividade à hiperatividade. Os episódios de hiperatividade no delirium, ou agitação, são as manifestações mais facilmente reconhecíveis, assim como a causa mais frequente de sedação nesta condição. A agitação pode ter diversas causas reversíveis que devem ser avaliadas, mas constitui-se mesmo assim como um fator de *distress* para todas as pessoas envolvidas, nomeadamente o doente, a sua família e os profissionais de saúde que lhes prestam cuidados. A agitação, para além de se constituir como uma experiência negativa, poderá

também implicar riscos e comprometer a segurança das pessoas que sofrem desta condição (Gonçalves, Almeida e Pereira, 2016).

Não existem definidos protocolos específicos para a gestão do delirium e da agitação no final de vida, mas existem diversas linhas orientadoras que poderão auxiliar, atendendo à individualidade de cada caso, na implementação de intervenções junto das pessoas envolvidas. O controlo da agitação deverá ser prioritário precisamente pelo possivelmente comprometimento da segurança da pessoa, recorrendo a métodos acarretem o menos possível de riscos acrescidos (Gonçalves, Almeida e Pereira, 2016).

Existe evidência que refere que grande parte dos enfermeiros prefere imobilizar os doentes para providenciar segurança adicional, de modo a prevenir quedas de camas de hospitais ou também prevenir a remoção ou deslocação de dispositivos médicos (Cunha et al., 2016). A direção Geral da Saúde no documento (Direção Geral da Saúde, 2011) refere que quando os doentes manifestem comportamentos que os possam colocar a si, ou às pessoas envolvente, em risco, são elegíveis para a colocação de medidas de contenção. No entanto, acrescenta que deve ser feita uma reavaliação da necessidade de manter a contenção, assim como procurar a possibilidade de substituir por medidas menos limitativas, assim como retirar, assim que possível, a medida de contenção. O recurso ao tratamento farmacológico poderá ser uma alternativa à contenção (Direção Geral da Saúde, 2011).

As contenções físicas deverão ser evitadas na agitação, uma vez que estas não acalmam os doentes e estão associadas à persistência do delirium mesmo após a alta hospitalar (Gonçalves, Almeida e Pereira, 2016). Deverão ser, sempre que possível, priorizadas medidas não farmacológicas, como o diálogo calmo com a pessoa e o controlo do ambiente, mas estas poderão também não ser eficazes. O uso de medidas farmacológicas poderá ser a alternativa mais eficaz e que traz mais conforto à pessoa, mas sempre atendendo aos possíveis riscos que as mesmas poderão implicar (Bush et al., 2018).

Atendendo ao caso em particular, existindo uma alternativa à contenção física que poderá ser mais confortável para a pessoa, neste caso, a Dona F., esta deveria ser utilizada. No entanto, para certos elementos da equipa de enfermagem não recorre não recorrem à mesma poderão estar causas

subjacentes. Como referido, o cuidado à pessoa com agitação é complexo e um fator de *distress* para enfermeiros que cuidam das pessoas com doença oncológica. É recomendando que exista uma educação interprofissional acerca das intervenções no delirium, sendo esta uma componente-chave para a gestão eficaz e segura desta condição pelas equipas (Bush et al., 2018).

1.5) Conclusão da situação:

Apesar de, inicialmente, não ter obtido os resultados esperados com a minha intervenção junto da equipa, a situação acabou por ter um desfecho positivo na medida em que a contenção física, que era um fator que comprometia o conforto da Dona F., deixou de ser um recurso utilizado. A atuação junto da equipa de enfermagem, atendendo ao caso da Dona F., mas também o transpondo para o geral de pessoas com alterações do estado de consciência e/ou situações de agitação, acabou por realçar a importância da atuação do enfermeiro especialista junto dos elementos da equipa de enfermagem.

Determinar e atuar nas necessidades percecionadas pelas equipas de enfermagem, formativas ou outras, é crucial para a obtenção de resultados positivos de enfermagem e para o conforto dos utentes que se encontrem sobre o cuidado destas equipas, sendo esta uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem oncológica. Atuando na equipa de enfermagem, para além de atuar junto do utente e família, é um pilar para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem que são prestados.

1.6) Planear a ação:

Atendendo ao que descrito, perante outras situações semelhantes no futuro, a ação junto da equipa de enfermagem deverá ser mais completa, nomeadamente através de ações como: tentar perceber quais as razões dos elementos das equipas que levam à tomada de determinadas decisões nos planos de cuidados; determinar como é que a equipa se sente perante a administração de determinados fármacos, na medida em que podem ter experiências passadas que condicionem o recurso e à administração de determinados fármacos; questionar se a equipa tem dúvidas relativamente à atuação do fármaco ou atuação perante a presença de determinados efeitos secundários dos mesmos. No fundo, assegurar que, para além do conforto da

utente e da sua família, também o conforto e o bem-estar da equipa de enfermagem perante determinadas intervenções, é, também, assegurado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bush, S; Lawlor, P.; Ryan, K.; Centeno, C.; Lucchesi, M.; Kanji, S.; ... Ripamonti, C. (2018). Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 29, 143-165

Cunha, M.; André, S.; Bica, I.; Ribeiro, O.; Dias, A.; Andrade, A. (2016). Chemical and physical restraint of patients. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 217, 389-399.

Direcção Geral da Saúde (2011). *Orientação da Direcção Geral da saúde: Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente*. Acedido a 20/02/2022. Disponível em: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/03/DGS-Prevenc%C3%A7%C3%A3o-de-comportamentos-dos-doentes-que-po%C3%83em-em-causa-a-sua-seguranc%C3%A7a-e-da-sua-envolvente1.pdf>

Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: a guide to teaching and learning method*. Great Britain: Further Education Unit

Gonçalves, F.; Almeida, A.; Pereira, S. (2016). A protocol for the control of agitation in palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 33(10), 948-951

APÊNDICE XV

**Apresentação em formato *PowerPoint* do projeto à
equipa do contexto C e D**

O conforto da pessoa com cancro bilio-pancreático em fim de vida, no hospital: intervenção de enfermagem

Orientador: Professora Eunice Sá

Discente: Diana Gonçalves (10534)



SUMÁRIO DA APRESENTAÇÃO



Metodologia de Projeto



Diagnóstico de Situação



Identificação do Projeto



Enquadramento Teórico



Planeamento de Atividades



Grelha de Intervenções



Checklist de Observação de Comportamentos de Conforto



Referências Bibliográficas

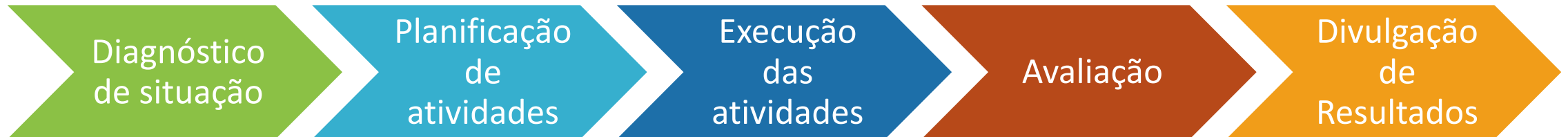
METODOLOGIA DE PROJETO

PROJETO



Plano de trabalho cuja organização de centra fundamentalmente no estudo e/ou resolução de um problema, que se constitui com uma preocupação para os respetivos intervenientes.

(Nunes et. al., 2010)



(Nunes et. al., 2010)

METODOLOGIA DE PROJETO: Diagnóstico de Situação

Observação:

- Equipa de enfermeiros jovens, com pouca experiência profissional;
- Integração num serviço com diferentes especialidades, com **doentes oncológicos com necessidades específicas**;

Relatos de colegas:

- Dificuldade na identificação das necessidades nestes doentes;
- Dificuldade e incompreensão em implementar os planos terapêuticos instituídos;
- Lacunas, e até ausência, de registos de enfermagem direcionados à identificação de sintomas, ou agravamento dos mesmos, e terapêuticas instituídas.

**Aplicação de um
Questionário**

METODOLOGIA DE PROJETO: Diagnóstico de Situação

Questionário



25 pessoas
responderam



Participação de 70%
da Equipa

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
12º Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização Médico-Cirúrgica na Área
Específica de Enfermagem Oncológica

No âmbito do desenvolvimento de um projeto sobre as intervenções de enfermagem na gestão e controlo de sintomas na pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em situação paliativa em internamento hospitalar, pretendo identificar as necessidades formativas dos enfermeiros acerca desta temática. As suas respostas são anónimas e apenas serão usadas para o presente fim.

Assinale com um (X) a resposta que mais se adequa:

1) Há quanto tempo exerce funções como enfermeiro(a)?

Entre 6 e 12 meses	Entre 1 e 2 anos	Entre 2 e 4 anos	Entre 4 e 6 anos	Mais de 6 anos

2) Há quanto tempo exerce funções no serviço de gastroenterologia?

Entre 6 e 12 meses	Entre 1 e 2 anos	Entre 2 e 4 anos	Entre 4 e 6 anos	Mais de 6 anos

3) Nos últimos dois meses de quantas pessoas cuidou com o diagnóstico de um cancro do pâncreas ou vias biliares em fase paliativa?

Nenhuma	1-2 pessoas	3-4 pessoas	5 ou mais pessoas

4) Como classificaria a sua preparação teórica acerca do cancro do pâncreas e vias biliares, assim como os respetivos tratamentos?

Muito fraca	Fraca	Suficiente	Boa	Muito boa

5) Como classificaria a sua preparação teórica acerca dos sintomas e necessidades de cuidados na pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em situação paliativa?

Muito fraca	Fraca	Suficiente	Boa	Muito boa

6) Como classificaria as suas competências no âmbito do controlo dos sintomas na pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em situação paliativa?

Muito fracas	Fracas	Suficientes	Boas	Muito boas

7) Qual considera ser a sua maior dificuldade na gestão e controlo de sintomas na pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em situação paliativa? Porquê? _____

8) Indique um ou mais sintomas em que sinta maior dificuldade na sua abordagem, quer na avaliação ou na gestão, na pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em situação paliativa. _____

9) Qual considera ser o principal enfoque dos cuidados de enfermagem à pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em situação paliativa? _____

10) Que estratégias equacionaria usar para enriquecer os seus conhecimentos de modo a contribuir para desenvolver capacidades para a prestação de cuidados à pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em situação paliativa? _____

METODOLOGIA DE PROJETO: Diagnóstico de Situação

Questionário: Principais resultados

Experiência Profissional	64% dos elemento têm 4 anos ou menos de experiência profissional;
	28% tem entre 6 e 12 meses de experiência profissional;
Número de doentes a que prestaram cuidados	56% entre 3 e 4 pessoas;
	28% entre 5 ou mais pessoas;
Preparação teórica acerca do CPVB e tratamentos	20% perceciona a sua preparação teórica como fraca ou muito fraca;
	44% perceciona como suficiente;
Preparação teórica acerca dos sintomas e necessidades de cuidados	28% classifica a sua preparação teórica como fraca ou muito fraca;
	32% perceciona como suficiente;
Competências na gestão e controlo de sintomas	28% classifica as suas como fracas ou muito fracas;
	40% classifica como suficiente;

METODOLOGIA DE PROJETO: Diagnóstico de Situação

Questionário: Principais resultados

Maiores dificuldades identificadas na gestão e controlo de sintomas:

- 28% a identificação dos sintomas;
- 20% a gestão de sintomas;
- 20% o controlo da dor;

Sintoma em que percecionam maior dificuldade na avaliação e/ou gestão:

- 45,94% Dor;
- 21,62% Prurido;
- 16,21% Náuseas;

Principal enfoque dos cuidados de enfermagem:

- 43,75% Gestão de sintomas;
- 21,87% Promoção do conforto;

Principal estratégia que equacionariam para enriquecer os seus conhecimentos:

- 54,05% Participação em ações de formação.

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Diagnóstico de Situação

Observação:

- Equipa de enfermeiros jovens, com pouca experiência profissional;
- Integração, num serviço com diferentes especialidades médicas, de **doentes oncológicos com necessidades específicas**;

Relatos de colegas:

- Dificuldade na identificação das necessidades nestes doentes e nas suas famílias;
- Dificuldade e incompreensão na implementação dos planos terapêuticos instituídos;
- Lacunas nos registos de enfermagem direcionados à identificação de sintomas, ou agravamento dos mesmos, terapêuticas instituídas e eficácia da mesmas.

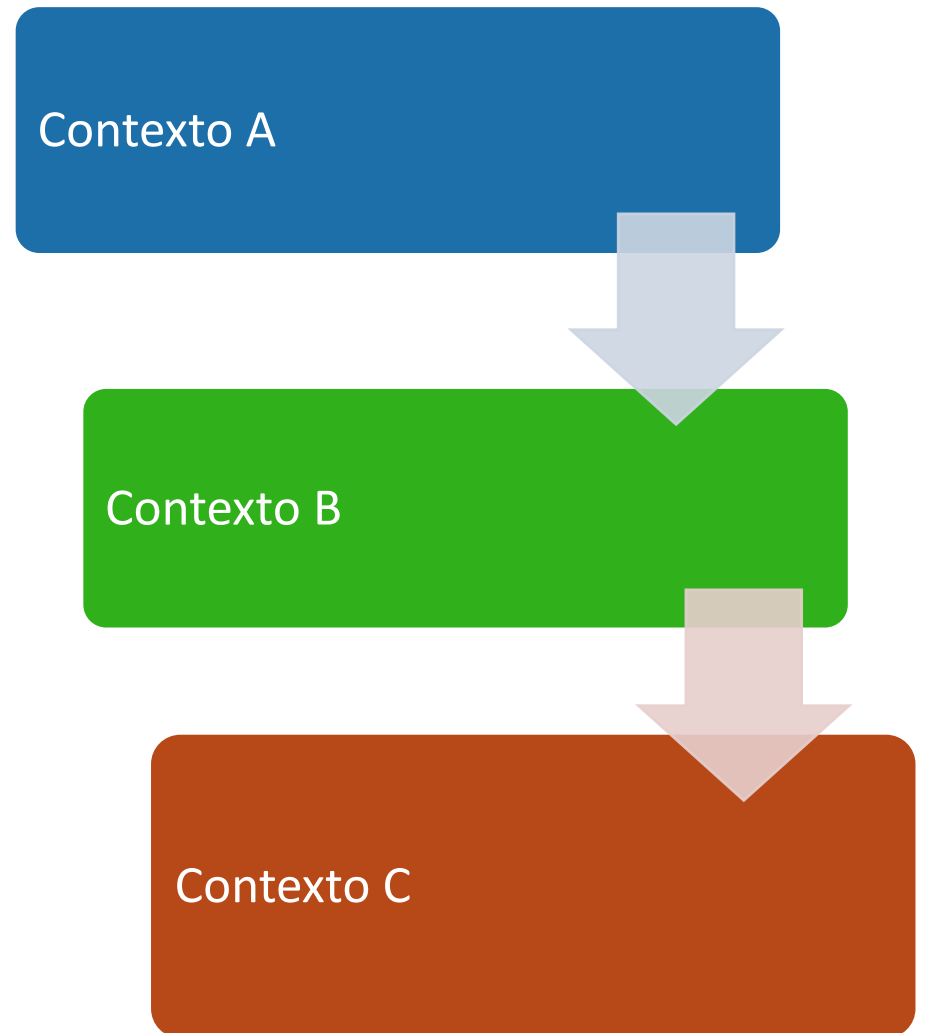
O conforto da pessoa com cancro bilio-pancreático em fim de vida, no hospital: intervenção de enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

O conforto da pessoa com cancro bilio-pancreático em fim de vida, no hospital: intervenção de enfermagem

Objetivos gerais:

- 1) Desenvolver competências de enfermeiro especialista ao nível do cuidado de enfermagem da pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em fim de vida;
- 2) Contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem na prestação de cuidados com uma abordagem paliativa à pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em fim de vida.



ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Cancro do Pâncreas → 2020: 9º mais prevalente; 1792 novos casos; 1770 óbitos

(Globocan, 2021)

- No momento do diagnóstico inicial, apenas 50% dos doentes com cancro do pâncreas não apresentam metáteses à distância;
- Apenas 20% apresentam doença localizada com possibilidade de ressecção cirúrgica;

(House e Choti, 2005; Chabner e Longo, 2015)

Cancro das vias biliares → 2020: 29º mais prevalente; 143 novos casos; 108 óbitos

(Globocan, 2021)

- Taxa de colangiocarcinomas extra-hepáticos ressecáveis entre 40% e 60%;

(House e Choti, 2005)

A sobrevivência de pessoas com **doença metastática** encontra-se na ordem dos **três a seis meses**, enquanto em doentes sem metástases, mas com doença **localmente avançada**, a mediana de sobrevivência é na ordem dos **seis a doze meses**

(House e Choti, 2005; Lazenby e Saif, 2010)

Os cuidados paliativos constituem-se como componente chave na gestão destas doenças

(House e Choti, 2005)

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Integração de cuidados paliativos nos cuidados oncológicos, desde o momento do diagnóstico até ao final de vida

- Promover o controlo dos sintomas relacionados com a doença;
- Promover o alívio do sofrimento provocado pela mesma;
- Melhorar a compreensão da doença e do seu prognóstico.

(Agarwal e Epstein, 2017)

Sintomas físicos

- Vômitos;
- Icterícia e prurido;
- Dor;
- Perda de peso;

Sofrimento psicossocial

Ansiedade

Depressão

(Agarwal e Epstein, 2017)

Fim de Vida

Período de tempo que se estende entre um, até dois anos, no durante o qual o doente e/ou a sua família, assim como os profissionais de saúde, tomam consciência da natureza limitante para a saúde da doença

(Radbruch e Payne, 2009)

No fim de vida o controlo de sintomas é uma das principais prioridades no que respeito ao bem-estar percebido pelos doentes, e os profissionais de saúde devem estar atentos e despidos para esta problemática.

(Neto, 2008)

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Necessidade de conforto no fim de vida



Teoria do Conforto



Resultado holístico desejável da intervenção de enfermagem e a base para a própria disciplina

Alívio



Tranquilidade



Transcendência

Físico

Psicoespiritual

Contexto

Social

Ambiental

PLANEAMENTO DE ATIVIDADES: Contexto A

A) Estágio numa Unidade de Internamento cirúrgico num Hospital de referência para o tratamento do cancro do Pâncreas e Vias Biliares				
Duração: 6 semanas: 11/10/2021 a 19/11/2021				
Objetivo Geral 1: Desenvolver competências de enfermeiro especialista ao nível do cuidado de enfermagem da pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em fim de vida				
Competências Envolvidas (Apêndice IV): CC Enf. Especialista: A1.1; C1.1; C2.1; D2.2; CE Enf. Especialista Enf. MC: 1.1; 1.2; Competências EONS: Módulo 4, 5 e 8; Competências Mestre segundo Descritores de Dublin: a1; a2; b.				
Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos (Humanos e Materiais)	Resultados Esperados	Indicadores de resultado
1.1) Descrever a equipa multidisciplinar do serviço e a sua dinâmica funcional e organizacional;	• Apresentação do projeto à equipa com apresentação de diapositivos; • Consulta de protocolos, normas, diretrizes e políticas do centro hospitalar;	• Chefia de enfermagem; • Elementos da equipa multidisciplinar; • Protocolos e normas do serviço; • Sistema de informação de registos de enfermagem; • Computador; • Acesso a bases de dados e biblioteca;	Demonstra que conhece a equipa e a dinâmica da equipa multidisciplinar;	Elabora um texto de descrição do serviço e do funcionamento da equipa multidisciplinar;
1.2) Identificar as intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida;	• Realização de revisão <i>scoping</i>; • Observação da prestação de cuidados; • Consulta de registos de enfermagem; • Entrevista semiestruturada a enfermeiros; • Compilação de intervenções, observadas e resultantes da revisão <i>scoping</i>, em grelha;		Identifica intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida;	• Realiza revisão <i>scoping</i>; • Elabora notas de campo; • Elabora grelha de intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida;
1.3) Prestar cuidados de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida;	• Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem; • Reflexão crítica acerca dos cuidados prestados;		Colabora nos cuidados de enfermagem a 3 pessoas e reflete criticamente sobre estes;	• Completa grelha de intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida; • Elabora reflexão crítica;

PLANEAMENTO DE ATIVIDADES: Contexto B

B) Estágio numa Equipa de Suporte e Cuidados paliativos num Hospital de referência para o tratamento do cancro do Pâncreas e Vias Biliares				
Duração: 6 semanas: 22/11/2021 a 14/01/2022 (pausa 20/12/2021 a 02/01/2022)				
Objetivo Geral 1: Desenvolver competências de enfermeiro especialista ao nível do cuidado de enfermagem da pessoa com cancro do pâncreas e vias biliares em fim de vida				
Competências Envolvidas (Apêndice IV): CC Enf. Especialista: A1.1; C1.1; C2.1; D2.2; CE Enf. Especialista Enf. MC: 1.1; 1.2; Competências EONS: Módulo 4, 5 e 8; Competências Mestre segundo Descritores de Dublin: a1; a2; b.				
Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos (Humanos e Materiais)	Resultados Esperados	Indicadores de resultado
2.1) Descrever a equipa multidisciplinar do serviço e a sua dinâmica funcional e organizacional;	• Apresentação do projeto à equipa; • Consulta de protocolos, normas, diretrizes e políticas do centro hospitalar;	• Chefia de enfermagem; • Elementos da equipa multidisciplinar; • Protocolos e normas do serviço; • Sistema de informação de registos de enfermagem; • Computador; • Telefone.	Demonstra que conhece a equipa e a dinâmica da equipa multidisciplinar;	Elabora um texto de descrição do serviço e do funcionamento da equipa multidisciplinar;
2.2) Identificar as intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida e a sua família;	• Observação da prestação de cuidados; • Consulta de registos de enfermagem; • Entrevista semiestruturada a enfermeiros; • Continuação da compilação de intervenções observadas em grelha; • Traduzir checklist de observação de comportamentos de conforto;		Identifica intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida;	• Elabora notas de campo; • Completa grelha de intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida;
2.3) Colaborar nos cuidados de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida e a sua família;	• Colaboração nos cuidados de enfermagem prestados; • Execução de reflexão crítica;		Colabora nos cuidados de enfermagem a 3 pessoas e reflete criticamente sobre estes;	• Completa e finaliza grelha de intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida • Elabora reflexão crítica;

PLANEAMENTO DE ATIVIDADES: Contexto C e D

C) Estágio num Serviço de internamento multidisciplinar com a especialidade de Gastroenterologia e Equipa de Suporte e Cuidados Paliativos				
Duração: 6 semanas: 17/01/2022 a 25/02/2022				
Objetivo Geral 2: Contribuir para melhorar a qualidade de cuidados de enfermagem na prestação de cuidados numa abordagem paliativa ao doente com CPVB				
Competências Envolvidas (Apêndice IV): CC Enf. Especialista: A1.2; A1.3; A2.2; B1.1; B2.2; C1.2; C2.2; D2.2; D2.3; CE Enf. Especialista Enf. MC: 1.3; 1.4; 2.1; Competências EONS: Módulo 2, 4, 5 e 8; Competências Mestre segundo Descritores de Dublin: c, d, e.				
Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos (Humanos e Materiais)	Resultados Esperados	Indicadores de resultado
3.1) Apresentar o projeto à equipa de enfermagem e elementos da equipa multidisciplinar;	Apresentação à equipa do projeto através de diapositivos;	• Chefia de enfermagem; • Elementos da equipa multidisciplinar; • Protocolos e normas do serviço; • Sistema de informação de registos de enfermagem; • Telefone; • Impressora; • Computador; • Projetor; • Sala ou auditório;	Participação da equipa na apresentação do projeto;	Participa 70% da equipa na apresentação do projeto;
3.2) Capacitar a equipa no âmbito das intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida e a sua família;	• Validação da grelha de intervenções com enfermeiros peritos no tema; • Elaboração de guia de apoio à prática com base na grelha de intervenções; • Ação de formação com apresentação da grelha de intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida e a sua família e o guia de apoio à prática; • Auditoria dos cuidados de enfermagem prestados pelos colegas;		• Observa na prática os cuidados a integração das intervenções da formação e do guia; • Observa integração nos registos de enfermagem das intervenções;	• Participa 70% da equipa na formação; • Aplica questionário de avaliação da formação; • Apresenta guia de apoio à prática à equipa; • Elabora <i>checklist</i> de auditoria de cuidados e registos de enfermagem confrontando-a com a grelha de intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida e a sua família;
3.3) Prestar cuidados de enfermagem especializados com intervenções direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida e a sua família;	• Prestação de cuidados de enfermagem especializados; • Elaboração de estudo de caso;		Presta cuidados de enfermagem especializados a 5 pessoas com CPVB em fim de vida;	Elabora estudo de caso;

GRELHA DE INTERVENÇÕES DIRECIONADA PARA O CONFORTO DA PESSOA COM CANCRO BILIO-PANCREÁTICO EM FIM DE VIDA, INTERNADA NO HOSPITAL

CONTEXTO DE CONFORTO	NECESSIDADES DE CONFORTO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Físico		
Psicoespiritual		
Social		
Ambiental		



Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba ⁽¹⁾



Enquadramento teórico e revisão bibliográfica



- Revisão Scoping;
- Pesquisa Bibliográfica;
- Observação de cuidados, consulta de registos de enfermagem e Entrevistas semi-estruturadas;

(1) Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of advanced nursing*. 19(6), 1178-1184

GRELHA DE INTERVENÇÕES DIRECIONADA PARA O CONFORTO DA PESSOA COM CANCRO BILIO-PANCREÁTICO EM FIM DE VIDA, INTERNADA NO HOSPITAL

Contexto do Conforto	Necessidades de conforto	Intervenções direcionadas para as necessidades de conforto / Medidas de conforto	Contexto do Conforto	Necessidades de conforto	Intervenções direcionadas para as necessidades de conforto / Medidas de conforto
Físico	- Controlo da dor - Controlo das náuseas - Controlo dos vômitos - Controlo do défice nutricional e anorexia - Controlo da sensação de enfartamento - Controlo da icterícia e prurido - Controlo do edema - Controlo da ascite - Controlo das alterações do estado de consciência - Controlo das alterações do padrão intestinal (diarreia ou obstipação) - Controlo da fadiga e dispneia;	- Gestão da terapêutica farmacológica analgésica: determinar qual a resposta aos analgésicos, efeitos secundários indesejados e preocupações das pessoas relativamente aos mesmos - Gestão da dor com medidas não farmacológicas: determinar como é que as pessoas lidam e gerem a dor, por exemplo, no domicílio, assim como a eficácia dessas medidas; - Tranquilizar a pessoa e a família no sentido que explicar que existem medidas para o controlo da dor; - Posicionamentos corporais; - Técnicas de mobilização passiva para prevenir a rigidez corporal, que pode ser origem da dor durante os posicionamentos; - Providenciar fontes de calor ou frio, consoante o que a pessoa referir que alivia mais; - Otimização da via de administração de fármacos; - Técnicas de distração (ex. jogos como xadrez) - Técnicas de relaxamento; - Gestão de terapêutica diurética para edemas; - Incentivar / realizar elevação dos membros; - Restrição de ingestão de sódio em caso de edemas acentuados; - Providenciar alimentos frios; - Providenciar especiarias para os alimentos para acentuar sabores; - Providenciar talheres de plástico; - Providenciar refeições pequenas e polifracionadas; - Mudança no local das refeições; - Gestão da terapêutica farmacológica antiemética e pró-cinética; - Providenciar dieta rica em hidratos de carbono e proteínas; - Dieta hiperglúcida; - Providenciar dieta pobre em proteínas, se aplicável; - Regular o consumo de lípidos; - Referenciar para dietista para personalização da dieta; - Providenciar alimentos confeccionados no domicílio e pela família (adequando também às normas do serviço e do controlo de infeção); - Gerir as intervenções direcionadas para a ingestão nutricional atendendo aos gastos energéticos das pessoas (equação de Harris-Benedict) de modo a evitar desconforto e frustração por parte da pessoa, da sua família e dos profissionais de saúde quando existem demasiadas intervenções direcionadas para a nutrição); - Negociar com a equipa multidisciplinar e com o doente os benefícios de alimentação parentérica, quando a alimentação entérica por via oral já não é possível; - Gestão de terapêutica laxante; - Incentivar o planeamento e a priorização de tarefas, assim como incentivar a aceitação de ajuda por outros; - Incentivar um padrão de sono regular e incentivar a descanso e pequenas sestas durante o dia para conservação de energia; - Cuidados à pele com prurido com hidratantes com calamina, à base de óleo, sabonetes neutros, banhos com bicarbonato de sódio, banhos tépidos com avelã, packs de gelo;	Psicoespiritual	- Controlo da Ansiedade - Controlo da insónia - Controlo do medo e medo da morte - Controlo da depressão - Utilizar estratégias de coping eficazes - Não ter perda de significado - Ter satisfeitas as necessidades espirituais - Ter esclarecidas incertezas em relação ao futuro e à doença - Melhorar a imagem corporal	- Incentivar a verbalização e expressão de sentimentos; - Incentivar a comunicação entre os membros da família: mesmo que haja alterações do estado de consciência, encorajar os familiares a falarem e a comunicarem com os seus entes queridos e a expressarem as suas preocupações e resoluções - Suporte emocional durante a tomada de decisão relativamente a decisões que remetem ao final de vida; - Referenciação dos doentes e famílias para líderes religiosos ou outros que considerem que podem providenciar o apoio percecionado como necessário; - Gerir estratégias de coping eficazes e mindfulness techniques com enfoque o stress, ansiedade, pesar (grief), conflitos emocionais, falta de esperança (hopelessness) e espiritualismo; - Estabelecer a relação terapêutica - Uma estratégia de coping é a procura de informação – confirmar as fontes de informação da família e da pessoa; filtrar a informação - Referenciação para apoio por especialistas psiquiátricos para psicoeducação para tentativa de controlo/gestão da depressão; - Intervenções direcionadas para providenciar informação, necessidades de cuidados de suporte e necessidades de cuidados paliativos incluindo: integração dos cuidados paliativos com a oncologia, avaliação das necessidades holísticas, planos de sobrevivências (survivorship care plans) e sessões educacionais, por exemplo, para preocupações físicas ou psicológicas; - Manter a imagem corporal: fazer a barba, cortar o cabelo, pintar o cabelo, etc.; - Integrar a família, ou pessoa significativa, na prestação de cuidados; - Promover a reconciliação de relações; - Comunicação de notícias na presença de familiares e enfermeiros - R - Técnicas de distração (ex. jogos como xadrez) - R - Técnicas de relaxamento; - Assegurar a família que a morte, e o seu processo, é um tema sobre o qual podem falar; - Informar e auxiliar nas diretrizes de antecipatórias de vontade; - Discutir preferências, valores e contingências para os cuidados em fim de vida, assim como testamentos vitais; - Explorar desejos das pessoas acerca de assuntos após a morte, como planos para autópsia, funerais, distribuição de bens; - Acesso a um contacto, acessível 24h por dia, quer por via telefónica ou e-mail, para questões e dúvidas urgentes que os familiares possam ter; - Facilitar a experiência de cuidar de uma pessoa significativa em fim de vida: reconhecer os fatores que podem levar à sobrecarga dos cuidadores, incentivar a comunicação eficaz, auxiliar no processo de tomada de decisão, referenciar para cuidados domiciliários, ajudar na gestão de emoções e ajudar a reconhecer a aproximação do final de vida; - Avaliar os efeitos psicológicos da fadiga, da dor, dos sintomas gastrointestinais, nomeadamente alterações do apetite, nutrição, da ansiedade e da depressão e de que modo afetam o dia a dia das pessoas e famílias. - Introduzir o tema dos cuidados paliativos, atuando como membro facilitador e promotor da aceitação dos mesmos, esclarecendo dúvidas e clarificando aspetos relacionados, atendendo à perceção pessoal acerca da medicina paliativa e da paleação - Informar, educar e esclarecer acerca dos aspetos chave de cada fase de final de vida, de modo a que a sua identificação possa ajudar a preparar a família para a fase seguinte; - Falar e comunicar com as famílias antes das visitas é essencial. - Tentamos logo à entrada perceber as rotinas dos doentes. Ajudar a manter estas rotinas
Social	- Evitar sobrecarga dos familiares e as - Ter facilitada a experiência dos familiares com a doença - Ter facilitada a mudança de papéis - Evitar isolamento e gerir a incapacidade para interagir com família e amigos - Ser apoiado na gestão de finanças - Ter um plano para alta e continuidade de cuidados - Manter tradições e costumes - Resolver conflitos importantes	- Gestão antecipatória e cuidados de suporte (supportive care) - Educação dos familiares acerca dos sintomas e do que esperar com a progressão da doença; - Oferecer apoio psicológico à família poderá ser benéfico no sentido de a família se tornar mais capaz de adquirir e remodelar os novos papéis sociais, oferecendo também tranquilidade à pessoa; - Abordar a mudança ou perda de papéis em doentes com alterações do estado de consciência poderá ser problemático. Promover a aceitação de apoio psicológico (por exemplo pela psicóloga da equipa dos cuidados paliativos) poderá incentivar a família a comunicar e falar com o seu familiar no sentido de, apesar da sonolência, conversar e assegurar que a família ficará bem. A comunicação aberta entre a família, doente e profissionais de saúde é essencial para a abordagem da "dor total" - Referenciação para serviço social - R - Promover a reconciliação de relações;			
Ambiental	- Ter um ambiente sem barulho e calmo - Ter um ambiente sem odores fortes - Ter um ambiente adequado de luzes/escuridão	- Providenciar quartos individuais - Providenciar local de descanso para familiares - Permitir e incentivar, sempre que possível, que as pessoas tragam para os quartos objetos pessoais para personalizar o quarto (almofadas, lençóis, roupa); - Atender à segurança do doente atendendo aos fatores de risco de queda;			

Legenda:

Intervenções identificadas e referenciadas na revisão *scoping*; Intervenções identificadas na pesquisa bibliográfica subsequente; Intervenções identificadas nas entrevistas semiestruturadas;

COMFORT BEHAVIOUR CHECKLIST

Comfort Behaviors Checklist

How is patient acting right now? Please circle best response.

NA = *sleeping, or not appropriate for this patient because of diagnosis or age* .

(For example, if patient is sleeping questions 3-5 are circled NA.)

	<u>NA</u>	<u>No</u>	<u>Somewhat</u>	<u>Moderate</u>	<u>Strong</u>
Vocalizations					
1. awake	0	1	2	3	4
2. moaning	0	1	2	3	4
3. complaining	0	1	2	3	4
4. content sounds/talk	0	1	2	3	4
5. crying/shouting	0	1	2	3	4
Motor Signs					
6. peaceful	0	1	2	3	4
7. agitated	0	1	2	3	4
8. rapid pacing	0	1	2	3	4
9. fidgety	0	1	2	3	4
10. muscles relaxed	0	1	2	3	4
11. rubbing an area	0	1	2	3	4
12. guarding	0	1	2	3	4
Performance					
13. anxious movements	0	1	2	3	4
14. accepts kindness	0	1	2	3	4
15. likes touch/ hand holding	0	1	2	3	4

16. able to rest	0	1	2	3	4
17. able to eat	0	1	2	3	4
18. calm, at ease	0	1	2	3	4
19. purposeless movements	0	1	2	3	4
20. tries to move away	0	1	2	3	4
Facial					
21. appears depressed	0	1	2	3	4
22. grimaces/winces	0	1	2	3	4
23. relaxed expression	0	1	2	3	4
24. hyper-vigilant	0	1	2	3	4
25. appears frightened or worried	0	1	2	3	4
26. smiles	0	1	2	3	4
Miscellaneous					
27. unusual breathing	0	1	2	3	4
28. focuses mentally	0	1	2	3	4
29. able to converse	0	1	2	3	4
30. awakens smoothly	0	1	2	3	4
.....					

If this is the only comfort/pain instrument being used, ask the patient:

30. Do you have any pain? No_____ Yes____[Please rate your pain from 0 to 10, with 10 being the highest possible pain]. _____(rating)

31. Taking everything into consideration, how comfortable are you right now? [Please rate your total comfort from 1 to 10, with 10 being the highest possible comfort.] _____(rating)



Dúvidas,
sugestões,
contributos e
outros

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Nunes, L.; Ruivo, A.; Ferrito, C. (2010). Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*. 15, 2-37
- Radbruch, L.; Payne, S. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European journal of palliative care*. 16(6), 278-289
- Chabner, B.; Longo, Dan. (Eds.). (2015). *Manual de Oncologia de Harrison* (2ª Edição). Porto Alegre: McGraw-Hill Education;
- Lazenby, J.; Saif, M. (2010). Palliative Care from the Beginning of Treatment for Advanced Pancreatic Cancer Highlights from the 2010 ASCO Gastrointestinal Cancers Symposium. *Journal of the Pancreas*. 11(2), 154-157
- Neto, I. (2008). Utilização da via subcutânea na prática clínica. , *Rev Soc Port Med Int*. 15(4), 277-83
- Agarwal, R.; Epstein, A. (2017). Palliative care and advance care planning for pancreas and other cancers. *Chinese clinical oncology*. 6(3)
- House, M.; Choti, M. (2005). Palliative therapy for pancreatic/biliary cancer. *Surgical Clinics*. 85(2), 359-371
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of advanced nursing*. 19(6), 1178-1184
- Globocan (2021). Hyuna Sung, Jacques Ferlay, Rebecca L. Siegel, Mathieu Laversanne, Isabelle Soerjomataram, Ahmedin Jemal, Freddie Bray. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries

APÊNDICE XVI

**Guia orientador: Grelha de intervenções de
enfermagem direccionada para o conforto da pessoa
com cancro bilio-pancreático em fim de vida, no
Hospital**

Hospital

Serviço de

Guia Orientador

**Grelha de intervenções de
enfermagem direccionadas para o
conforto da pessoa com cancro bilio-
pancreático em fim de vida, no
Hospital**

Elaborado por:

Enfermeira Diana Gonçalves

INTRODUÇÃO:

O cancro do pâncreas e o cancro das vias biliares apresentam das mais baixas taxas de sobrevivência aos 5 anos ⁽¹⁾, estando associados a um prognóstico muito pobre ^(2,3). A maioria das pessoas diagnosticadas com estes tumores não são candidatas a ressecção cirúrgica com intuito curativo, sendo que por esta razão os cuidados paliativos constituem-se como componente chave na gestão destas doenças ⁽³⁾. Vários estudos defendem a necessidade da integração de cuidados paliativos nos cuidados oncológicos padronizados o mais precocemente possível ⁽²⁾.

Os cuidados paliativos não centram assim a sua atenção apenas nas doenças e nas pessoas cuja morte é iminente, mas sim em todas as doenças incuráveis ou graves que provocam sofrimento, sendo que estes não se constituem como alternativas a tratamentos, mas devem estar integrados com estes. Devem ser implementados por profissionais de saúde em todos os níveis de cuidados de saúde, sendo que a sua formação neste âmbito pode variar desde formação básica, até formação especializada ⁽⁴⁾.

No âmbito da doença oncológica, os cuidados paliativos podem ser providenciados em qualquer fase no decorrer do continuum da doença oncológica, desde o momento do diagnóstico até ao final de vida ⁽⁵⁾. O conceito de fim de vida pode ser entendido como o período de tempo que se estende entre um, até dois anos, durante o qual o doente e/ou a sua família, assim como os profissionais de saúde, tomam consciência da natureza

limitante para a saúde da doença ⁽⁶⁾. No fim de vida o controlo de sintomas é uma das principais prioridades no que respeito ao bem-estar percebido pelos doentes, sendo que os profissionais de saúde devem estar atentos e despidos para esta problemática ⁽⁷⁾.

O conforto, à luz da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, é um conceito que se apresenta como um resultado holístico desejável da intervenção de enfermagem e a base para a própria disciplina. No âmbito da enfermagem, o conforto é definido como a satisfação de necessidades humanas básicas que derivam de situações de necessidades de cuidados de saúde. Esta satisfação de necessidades poderá ser ativa, passiva ou em modo de cooperação juntamente com as pessoas. Quando falamos na teoria do conforto, importa referir que os aspetos referentes a esta se encontram dispostos em duas dimensões. A primeira remete para os três estados de conforto, nomeadamente o alívio, a tranquilidade e a transcendência. A segunda dimensão do conforto diz respeito ao contexto em que este ocorre, nomeadamente, se se refere ao contexto físico, psicoespiritual, social ou ambiental ⁽⁸⁾.

O conforto emerge então como um resultado holístico na medida em que designa um estado dinâmico e multifacetado das pessoas. Assim, quando se operacionalizam resultados neste âmbito, é necessária uma perspetiva que abranja a multidimensionalidade das ações, pois as intervenções que são direcionadas para melhorar ou responder a uma das componentes do conforto, indiretamente, poderão melhorar outras ⁽⁸⁾.

GUIA DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:

Os Guias Orientadores da Boa Prática são instrumentos pelos quais os enfermeiros devem orientar a sua atuação profissional, atendendo às práticas recomendadas, de forma a tornarem os seus cuidados mais eficazes, seguros e visíveis. A aplicação de linhas orientadoras baseadas em estudos sistematizados, assim como outras fontes científicas e opiniões de peritos reconhecidos é a base da Boa Prática. Esta tem como objetivo a obtenção de respostas satisfatórias de clientes, assim como de profissionais, na resolução de problemas de saúde específicos ⁽²¹⁾.

A construção da grelha de intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com cancro biliar-pancreático em fim de vida, no Hospital, que se segue, resultou do levantamento de intervenções de enfermagem a partir de uma *revisão scoping*, de uma pesquisa bibliográfica, da observação da prática em diferentes contextos de prestação de cuidados de enfermagem e de entrevistas a enfermeiros. Estas foram posteriormente validadas por dois peritos, sendo um perito em cuidados paliativos e outro perito em enfermagem oncológica.

As intervenções encontram-se divididas por contextos de conforto por questões de nomeação, o que não invalida o facto de que uma intervenção de enfermagem poderá dar resposta e influenciar outros contextos de conforto para além do atribuído na grelha. Importa ainda salientar que existem medidas gerais que

poderão ser também aplicadas, mas que não se encontram contempladas, não invalidando a sua possível eficácia.

Considerações sobre a utilização do Guia:

- Todas as intervenções sugeridas têm como pressuposto a avaliação prévia de uma necessidade de conforto e a recolha de dados necessária à implementação da(s) intervenção(ões) mais adequada(s).
- A utilização de escalas e/ou outros instrumentos de avaliação, como por exemplo a checklist de comportamentos de conforto, poderão ser úteis para a avaliação inicial e dos resultados das intervenções;
- O registo das intervenções é também uma etapa imprescindível do processo de cuidados, que poderá auxiliar na colaboração entre a equipa multidisciplinar e na otimização do cuidado à pessoa e família;
- As intervenções identificadas com (*) são as que resultaram da observação da prática em diferentes contextos de prestação de cuidados de enfermagem e de entrevistas a enfermeiros e que foram posteriormente validadas com peritos.

Contexto do Conforto	Necessidades de conforto	Intervenções direcionadas para as necessidades de conforto
F Í S I C O	1. Controlo da dor 2. Controlo das náuseas 3. Controlo dos vómitos 4. Controlo do défice nutricional e anorexia 5. Controlo da sensação de enfartamento	1. Atenuar a dor [com medidas não farmacológicas]: - Determinar estratégias da pessoa para gerir a dor;⁽⁵⁾ - Executar posicionamento corporal atendendo à preferência da pessoa;^(13;19) - Executar técnicas de mobilização passiva, quando toleradas pela pessoa;⁽¹¹⁾ - Providenciar fontes de calor ou frio, atendendo ao tipo de dor e preferência da pessoa;^(*) 1. Gerir regime medicamentoso para atenuar a dor: - Administrar e gerir a terapêutica farmacológica prescrita em esquema e em SOS;^(9;13) - Avaliar eficácia e efeitos secundários da terapêutica farmacológica;^(9;13) - Adequar vias de administração da terapêutica analgésica;⁽⁹⁾ 1. Ensinar a pessoa e família sobre o regime medicamentoso para diminuir a dor: - Instruir a pessoa e família sobre terapêutica analgésica;⁽¹¹⁾ - Instruir a pessoa e família sobre a gestão dos efeitos secundários associados à terapêutica analgésica;⁽¹¹⁾ - Tranquilizar a pessoa e família relativamente à existência de medidas farmacológicas para controlar a dor;⁽¹³⁾ 2/3. Diminuir as náuseas e vómitos: - Gerir a terapêutica farmacológica antiemética e pró-cinética;⁽¹⁹⁾ - Providenciar refeições pequenas e polifracionadas;^(9;19) 4/5. Adequar a dieta: - Providenciar alimentos frios;⁽¹⁹⁾ - Providenciar especiarias para acentuar sabores;⁽¹⁹⁾ - Providenciar dieta rica em hidratos de carbono;⁽¹⁹⁾ - Regular o consumo de lípidos;⁽¹⁹⁾ - Regular o consumo de proteínas;⁽¹⁹⁾ - Providenciar talheres de plástico;⁽¹⁹⁾ - Referenciar para dietista;⁽¹⁸⁾ - Providenciar alimentos confeccionados no domicílio pela família;^(*)

FÍSICO	6. Controlo do prurido 7. Controlo do edema 8. Controlo das alterações do padrão intestinal 9. Controlo da fadiga e dispneia;	- Ensinar a família acerca da progressão da doença e intolerância alimentar, anorexia e caquexia associados à doença;⁽¹¹⁾ - Negociar com o doente, a família e a equipa a dieta;⁽¹⁸⁾ - Gerir, segundo prescrição médica e ingestão alimentar, a terapêutica de substituição enzimática;⁽¹⁰⁾ 6. Aliviar o prurido: - Aplicar creme com calamina, à base de óleo e manteiga de côco;^(9;19) - Dar banho com sabão neutro;⁽¹⁹⁾ - Dar banho com bicarbonato de sódio;⁽¹⁹⁾ - Dar banho de água tépida e aveia;^(9;19) - Providenciar packs de gelo;^(9;19) - Gerir as medidas farmacológicas para o prurido;^(*) 7. Diminuir o edema: - Gerir a terapêutica farmacológica diurética;^(9;19) - Incentivar elevação de membros;^(9;19) - Executar a elevação dos membros;^(9;19) - Restringir, se aplicável, a ingestão de sódio;^(9;19) 8. Controlar a eliminação intestinal: - Gerir a terapêutica laxante;⁽⁹⁾ - Providenciar dieta rica em proteína ou hidratos de carbono;⁽¹⁹⁾ 9. Aliviar a fadiga e dispneia: - Incentivar o planeamento e a priorização de tarefas;⁽⁹⁾ - Incentivar a aceitação de ajuda;⁽⁹⁾ - Promover um padrão de sono regular e descanso;⁽⁹⁾ - Instruir estratégias de conservação de energia;⁽⁹⁾
PSÍCOESPIRITUAL	1. Controlo da Ansiedade 2. Controlo da depressão 3. Utilização de estratégias de <i>coping</i> eficazes	Estabelecer [relação terapêutica];⁽¹⁶⁾ 1. Providenciar apoio emocional no processo de tomada de decisão;^(13;14) 1. Diminuir a ansiedade: - Executar técnicas de relaxamento;⁽¹⁹⁾ - Executar técnicas de distração;⁽¹⁹⁾ 2. Atenuar a depressão: - Referenciar para apoio psicológico;⁽¹³⁾ - Referenciar para apoio por especialistas psiquiátricos;⁽¹²⁾ 3. Promover <i>coping</i> efetivo: - Ensinar a pessoa sobre a doença e a sua progressão, atendendo ao que querem, ou não, saber;^(11;12;15;17)

P S I C O E S P I R I T U A L	4. Satisfação das necessidades espirituais 5. Melhora da imagem corporal 6. Controlo do medo e medo da morte 7. Esclarecimento de incertezas em relação ao futuro e à doença 8. Sem perda de significado para a vida	- Referenciar para fontes de procura de informação;⁽¹¹⁾ - Informar sobre grupos de apoio;⁽¹⁰⁾ 4. Promover apoio espiritual: - Referenciar a pessoa e família para líderes religiosos;^(9;13) - Referenciar a pessoa e família para apoios que considerem relevantes;^(9;13) 5. Promover autoimagem positiva: - Promover a manutenção de hábitos de higiene habituais (cuidados à barba, cabelo e outros);^(*) - Atenuar o impacto da icterícia e caquexia na autoimagem da pessoa;^(15;19) 6/7/8. Aliviar o medo da morte e atenuar a falta de significado: - Ensinar, segundo o desejado, a família e/ou a pessoa, acerca das fases de final de vida;⁽¹⁴⁾ - Gerir expectativas relativamente à progressão da doença;^(14;15) - Auxiliar na reestruturação de objetivos a curto prazo;^(*) - Executar com pessoa e família exercícios de retrospectiva de vida;^(*) - Colaborar na construção de legado para família;^(*) - Discutir preferências, valores e contingências para cuidados em fim de vida;⁽¹⁴⁾ - Informar acerca de diretrizes antecipatórias de vontade;⁽¹⁴⁾
S O C I A L	1. Evitamento do isolamento e gestão da incapacidade para interagir com família e amigos 2. Resolução de conflitos importantes 3. Prevenção da sobrecarga dos familiares	Estabelecer [relação terapêutica] com a família;⁽¹⁶⁾ 1/2. Promover comunicação familiar efetiva: - Incentivar verbalização de sentimentos pela pessoa e família;⁽⁹⁾ - Incentivar a comunicação entre membros da família;⁽¹³⁾ - Facilitar resolução de processos de culpabilização;^(*) 1/2. Promover os relacionamentos: - Promover a reconciliação de relações significativas;⁽¹³⁾ - Promover evocação de memórias felizes com a família, junto da pessoa com alterações do estado de consciência;⁽¹³⁾ 2/3. Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidados:

S O C I A L	4. Facilitação a experiência dos familiares com a doença 5. Facilitação da mudança de papéis 6. Planeamento da alta e continuidade de cuidados 7. Apoio na gestão de finanças 8. Apoio no final de vida e no luto	- Ensinar a família sobre a doença e a sua progressão, atendendo ao que querem, ou não, saber;^(14;15;17;20) - Instruir a família para reconhecer os sinais de aproximação do final de vida;^(14;15;17) - Comunicar à família, antes das visitas, as alterações que tenham ocorrido no estado de saúde;^(*) - Valorizar os cuidados prestados pela família;⁽¹⁵⁾ - Ajudar na gestão de emoções da família;⁽¹⁴⁾ 3/4/5. Providenciar apoio emocional à família no processo de tomada de decisão;^(13;14) 5. Facilitar [mudança de papéis]: - Auxiliar na reestruturação dos papéis sociais da pessoa e família;⁽¹³⁾ 6. Planear a alta: - Discutir preferências acerca do regresso ao domicílio ou institucionalização;⁽¹⁴⁾ - Determinar apoios no domicílio para a gestão dos sintomas da doença;^(14;16) - Antecipar possíveis complicações no domicílio;⁽¹⁴⁾ - Antecipar, junto da família, sintomas de progressão da doença;^(17;29) - Ensinar a família acerca de possíveis intercorrências da evolução da doença;^(14;15;17) - Instruir a família acerca do modo de atuação perante intercorrências da evolução da doença;⁽¹⁴⁾ 7. Referenciar para apoio social;⁽¹⁴⁾ 8. Facilitar a comunicação da família acerca da morte;⁽¹⁴⁾ 8. Apoiar processo de luto: - Identificar fatores de risco de luto prolongado;^(*) - Providenciar apoio no luto;^(*) - Referenciar para apoio psicológico no luto;^(*)
A M B I E N T A L	1. Ambiente sem barulho e calmo 2. Ambiente adequado de luzes/escuridão 3. Ambiente seguro 4. Ambiente sem odores fortes	1/2/3. Adaptar [quarto]: - Providenciar quarto individual, se possível;⁽²⁰⁾ - Permitir objetos do domicílio no internamento;^(*) - Promover personalização da unidade da pessoa;^(*) - Adaptar luminosidade do quarto;⁽²⁰⁾ 3. Adequar medidas de prevenção de queda;^(*) 1/3. Promover presença da família no internamento;⁽²⁰⁾ - Providenciar local de descanso para familiares;⁽²⁰⁾ 4. Ajustar [local] de refeições.⁽¹⁹⁾

Notas:

[illegible]

Notas:

[illegible]

Referências Bibliográficas:

- (1) Chabner, B.; Longo, Dan. (Eds.). (2015). *Manual de Oncologia de Harrison* (2ª Edição). Porto Alegre: McGraw-Hill Education;
- (2) Agarwal, R.; Epstein, A. (2017). Palliative care and advance care planning for pancreas and other cancers. *Chinese clinical oncology*. 6(3)
- (3) House, M.; Choti, M. (2005). Palliative therapy for pancreatic/biliary cancer. *Surgical Clinics*. 85(2), 359-371
- (4) World Health Organization. (2018). *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers*. Geneva: World Health Organization
- (5) World Health Organization. (2002). *National cancer control programs: policies and managerial guidelines* (2ª Ed). Geneva: World Health Organization
- (6) Radbruch, L.; Payne, S. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European journal of palliative care*. 16(6), 278-289
- (7) Alves, M.; Abril, R.; Neto, I. (2017). Symptomatic control in end-of-life patients. *Acta Médica Portuguesa*. 30(1), 61-68
- (8) Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of advanced nursing*. 19(6), 1178-1184
- (9) Pack, D.; O'Connor, K.; O'Hagan, K. (2001). Cholangiocarcinoma: a nursing perspective. *Clinical journal of oncology nursing*, 5(4)
- (10) MacIntyre, J. (2011). Metastatic pancreatic cancer: what can nurses do?. *Clinical journal of oncology nursing*, 15(4)
- (11) Acquisto, S.; Iyer, R.; Rosati, L.; Pinheirn, N.; Driskill, K.; Musto, K.; ... Drapek, L. (2018). Cholangiocarcinoma: Treatment, outcomes, and nutrition overview for oncology nurses. *Clinical journal of oncology nursing*, 22(4)
- (12) Woo, S.; Song, M.; Lee, M.; Joo, J.; Kim, D.; Kim, J.; ... Lee, W. (2019). Effect of early management on pain and depression in patients with pancreatobiliary cancer: a randomized clinical trial. *Cancers*, 11(1), 79
- (13) Morris, M. (2009). Assessment/management of pain in the very last days of life. *End of Life Care Journal*, 3(2)
- (14) Rabow, M.; Hauser, J.; Adams, J. (2004). Supporting family caregivers at the end of life: They don't know what they don't know. *Jama*, 291(4), 483-491
- (15) Scott, E.; Jewell, A. (2019). Supportive care needs of people with pancreatic cancer: a literature review. *Cancer Nursing Practice*, 20(3)
- (16) Mohammed, S.; Savage, P.; Kevork, N.; Swami, N.; Rodin, G.; Zimmermann, C. (2019). "I'm going to push this door open. You can close it": A qualitative study of the brokering work of oncology clinic nurses in introducing early palliative care. *Palliative medicine*, 34(2), 209-218
- (17) Grant, M.; Wiegand, D. (2013). Conversations with strangers: The needs of those accessing a palliative care nurse practitioner on a pancreatic cancer web site. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 15(5), 278-285
- (18) Kang, H.; Yang, Y.; Park, J.; Heo, G.; Hong, J.; Kim, H. (2018). Nutrition Intervention through Interdisciplinary Medical Treatment in Hospice Patients: From Admission to Death. *Clinical nutrition research*, 7(2), 146-152
- (19) Yarbro, C.; Frogge, M.; Goodman, M. (Ed.). (2005). *Cancer Nursing: Principles and Practice* (6ª Edição). Sudbury: Jones and Bartlet Publisher
- (20) Kolcaba, K.; Collete, T.; Droin, C. (2006) Comfort Theory: a unifying framework to enhance the practice environment. *The journal of nursing administration*, 36(11), 538-544
- (21) Ordem dos Enfermeiros. (2017). Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados. Disponível em "https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPPraticas.pdf"

APÊNDICE XVII

**Apresentação em formato *PowerPoint* da formação de
serviço acerca do guia orientador**

Intervenção de enfermagem no conforto da pessoa com cancro bilio-pancreático em fim de vida, no hospital: Guia Orientador da Prática

Orientador: Professora Eunice Sá
Discente: Diana Gonçalves (10534)



SUMÁRIO DA APRESENTAÇÃO



Introdução



Avaliação das Necessidades de Conforto



Checklist de Observação de Comportamentos de Conforto



Guia Orientador de Prática de Cuidados: as intervenções de enfermagem



Considerações sobre o Guia



Referências Bibliográficas

GUIA ORIENTADOR DE PRÁTICA DE CUIDADOS: Introdução

O que é?

- Os Guias Orientadores da Boa Prática são instrumentos pelos quais os enfermeiros devem orientar a sua atuação profissional, atendendo às práticas recomendadas, de forma a tornarem os seus cuidados mais eficazes, seguros e visíveis. (OE, 2007)
- A aplicação de linhas orientadoras baseadas em estudos sistematizados, assim como outras fontes científicas e opiniões de peritos reconhecidos é a base da Boa Prática. Esta tem como objetivo a obtenção de respostas satisfatórias de clientes, assim como de profissionais, na resolução de problemas de saúde específicos. (OE, 2007)

Como está organizado?

Contexto de Conforto

- Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

(Kolcaba, 1994)

Necessidades de Conforto

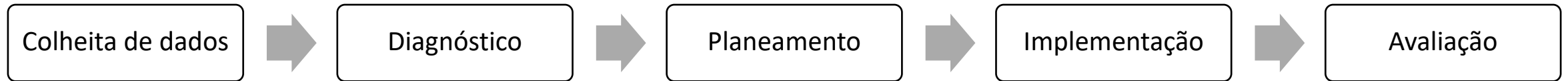
- Enquadramento teórico e revisão bibliográfica.

Intervenções de Enfermagem

- Revisão Scoping,
- pesquisa bibliográfica,
- observação de cuidados, consulta de registos de enfermagem e entrevistas.

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE CONFORTO

Etapas do Processo de Enfermagem:



(Bulechek et al., 2016)

Necessidades de Conforto:

Contexto de Conforto Físico	Contexto de Conforto Psicoespiritual	Contexto de Conforto Social	Contexto de Conforto Ambiental
• Controlo da dor • Controlo das náuseas • Controlo dos vômitos • Controlo do défice nutricional e anorexia • Controlo da sensação de enfartamento • Controlo do prurido • Controlo do edema • Controlo das alterações do padrão intestinal • Controlo da fadiga e dispneia;	• Controlo da Ansiedade • Controlo do medo e medo da morte • Controlo da depressão • Utilizar estratégias de <i>coping</i> eficazes • Não ter perda de significado • Ter satisfeitas as necessidades espirituais • Ter esclarecidas incertezas em relação ao futuro e à doença • Melhorar a imagem corporal	• Evitar a sobrecarga dos familiares e as • Ter facilitada a experiência dos familiares com a doença • Ter facilitada a mudança de papéis • Evitar isolamento e gerir a incapacidade para interagir com família e amigos • Ser apoiado na gestão de finanças • Ter um plano para alta e continuidade de cuidados • Manter tradições e costumes • Resolver conflitos importantes	• Ter um ambiente sem barulho e calmo • Ter um ambiente sem odores fortes • Ter um ambiente adequado de luzes/escuridão

CHECKLIST DE OBSERVAÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE CONFORTO: Qual a sua relevância?

Checklist de Comportamentos de Conforto

Como é que a pessoa está a agir agora? Assinale a melhor resposta.
NA = a dormir, ou não apropriado para esta pessoa devido ao seu diagnóstico ou idade
(Por exemplo, se a pessoa estiver a dormir as questões 3-5 são assinaladas NA)

	NA	Não	Um Pouco	Moderado	Forte
Vocalizações					
1. acordado	0	1	2	3	4
2. a gemer	0	1	2	3	4
3. a queixar-se	0	1	2	3	4
4. sons/conversa contente	0	1	2	3	4
5. a chorar/gritar	0	1	2	3	4
Sinais Motores					
6. pacífico	0	1	2	3	4
7. agitado	0	1	2	3	4
8. ritmo acelerado	0	1	2	3	4
9. inquieto	0	1	2	3	4
10. músculos relaxados	0	1	2	3	4
11. fricção de uma área	0	1	2	3	4
12. posição de guarda	0	1	2	3	4
Performance					
13. movimentos ansiosos	0	1	2	3	4
14. aceita atos de gentileza	0	1	2	3	4
15. aprecia o toque / segurar mãos	0	1	2	3	4
16. consegue descansar	0	1	2	3	4
17. consegue comer	0	1	2	3	4
18. calmo / à vontade	0	1	2	3	4
19. movimentos sem objetivo específico	0	1	2	3	4
20. tenta afastar-se	0	1	2	3	4
Expressão Facial					
21. parece deprimido	0	1	2	3	4
22. esgares / retraimento estremecimento	0	1	2	3	4
23. expressão relaxada	0	1	2	3	4
24. hiper-vigilante	0	1	2	3	4
25. parece assustado ou preocupado	0	1	2	3	4
26. sorri	0	1	2	3	4
Outros					

27. respiração incomum	0	1	2	3	4
28. mantém foco mental	0	1	2	3	4
29. capaz de conversar	0	1	2	3	4
30. acorda suavemente	0	1	2	3	4

Se este for o único instrumento de avaliação do conforto/dor, pergunte à pessoa:

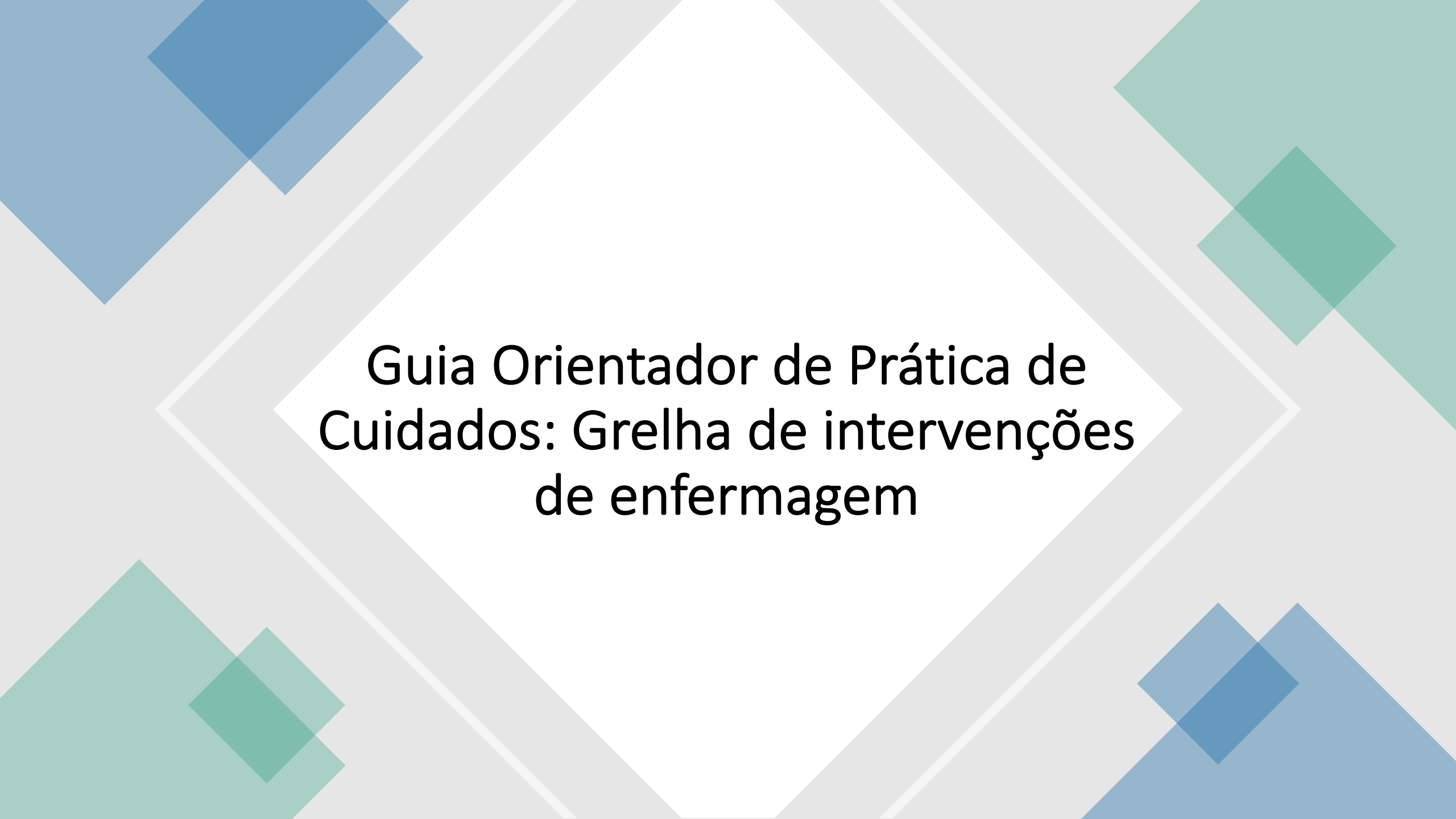
- Sente alguma dor? Não ____ Sim ____ (Por favor classifique a sua dor de 0 a 10, sendo 10 a maior dor possível). _____ (classificação)
- Tendo tudo em consideração, o quão confortável está agora? (Por favor, classifique o seu conforto total entre 1 e 10, sendo 10 o maior conforto possível)

Tradução de adaptação de K. Kolcaba de: Ladislav Volicer. "Management of advanced Alzheimer's dementia/The comfort checklist." Em Volicer e outros (1988). Clinical Management of Alzheimer's Disease., Rockville, MD, Aspen Publications.

Outras informações disponíveis (alterações da terapêutica farmacológica em uso, lesões recentes, declínio do estado funcional recente, relatos dos profissionais de conforto/desconforto, alterações do apetite, deambulação, etc.)

Pontuar a Checklist de Comportamentos de Conforto:

- Subtrair o número de respostas "Não Apropriado" (NA) a 30, para obter o **total de respostas**.
- Multiplicar o **total de respostas** (passo 1) por 4, para obter a **pontuação total possível**.
- Código de inversão: números 2, 3, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 27 para obter as respostas brutas do conforto.
- Adicionar as **respostas brutas do conforto** (passo 3) para todas as questões não assinaladas NA para obter a **pontuação bruta do conforto**.
- Dividir a pontuação do conforto obtida (passo 4) pela pontuação total possível (passo 2) e arredondar para duas casas decimais. (se a terceira casa decimal for igual ou maior que cinco, arredondar a segunda casa decimal para o número seguinte)
- Apresentar a pontuação como um número de dois dígitos (percentagem sem o símbolo % ou decimal). *Maiores pontuações* indicam *maior conforto*.



Guia Orientador de Prática de Cuidados: Grelha de intervenções de enfermagem

GUIA DE APOIO À PRÁTICA: Considerações sobre a utilização

Todas as intervenções sugeridas têm como pressuposto a avaliação prévia de uma necessidade de conforto e a recolha de dados necessária à implementação da(s) intervenção(ões) mais adequada(s).

A utilização de escalas e/ou outros instrumentos de avaliação, como por exemplo a checklist de comportamentos de conforto, poderão ser úteis para a avaliação inicial e dos resultados das intervenções;

O registo das intervenções é também uma etapa imprescindível do processo de cuidados, que poderá auxiliar na colaboração entre a equipa multidisciplinar e na otimização do cuidado à pessoa e família;

As intervenções identificadas com (*) são as que resultaram da observação da prática em diferentes contextos de prestação de cuidados de enfermagem e de entrevistas a enfermeiros e que foram posteriormente validadas com peritos.

GUIA DE APOIO À PRÁTICA: Contexto de Conforto Físico

Atenuar a dor [com medidas não farmacológicas]:

- Determinar estratégias da pessoa para gerir a dor;⁽⁵⁾
- Executar posicionamento corporal atendendo à preferência da pessoa;^(5;11)
- Executar técnicas de mobilização passiva, quando toleradas pela pessoa;⁽³⁾
- Providenciar fontes de calor ou frio, atendendo ao tipo de dor e preferência da pessoa;^(*)

Gerir regime medicamentoso para atenuar a dor:

- Administrar e gerir a terapêutica farmacológica prescrita em esquema e em SOS;^(1;5)
- Avaliar eficácia e efeitos secundários da terapêutica farmacológica;^(1;5)
- Adequar vias de administração da terapêutica analgésica;⁽¹⁾

Ensinar a pessoa e família sobre o regime medicamentoso para diminuir a dor:

- Instruir a pessoa e família sobre terapêutica analgésica;⁽³⁾
- Instruir a pessoa e família sobre a gestão dos efeitos secundários associados à terapêutica analgésica;⁽³⁾
- Tranquilizar a pessoa e família relativamente à existência de medidas farmacológicas para controlar a dor;⁽⁵⁾

GUIA DE APOIO À PRÁTICA: Contexto de Conforto Físico

Diminuir as náuseas e vômitos:

- Gerir a terapêutica farmacológica antiemética e pró-cinética;⁽¹¹⁾
- Providenciar refeições pequenas e polifracionadas;^(9;19)

Adequar a dieta:

- Providenciar alimentos frios;⁽¹¹⁾
- Providenciar especiarias para acentuar sabores;⁽¹¹⁾
- Providenciar dieta rica em hidratos de carbono;⁽¹¹⁾
- Regular o consumo de lípidos;⁽¹¹⁾
- Regular o consumo de proteínas;⁽¹¹⁾
- Providenciar talheres de plástico;⁽¹¹⁾
- Referenciar para dietista;⁽¹⁰⁾
- Providenciar alimentos confeccionados no domicílio pela família;^(*)
- Ensinar a família acerca da progressão da doença e intolerância alimentar, anorexia e caquexia associados à doença;⁽³⁾
- Negociar com o doente, a família e a equipa a dieta;⁽¹⁸⁾
- Gerir, segundo prescrição médica e ingestão alimentar, a terapêutica de substituição enzimática;⁽²⁾

GUIA DE APOIO À PRÁTICA: Contexto de Conforto Físico

Aliviar o prurido:

- Aplicar creme com calamina, à base de óleo e manteiga de côco;^(1;11)
- Dar banho com sabão neutro;⁽¹¹⁾
- Dar banho com bicarbonato de sódio;⁽¹¹⁾
- Dar banho de água tépida e aveia;^(1;11)
- Providenciar packs de gelo;^(1;11)
- Gerir as medidas farmacológicas para o prurido;^(*)

Diminuir o edema:

- Gerir a terapêutica farmacológica diurética;^(1;11)
- Incentivar elevação de membros;^(1;11)
- Executar a elevação dos membros;⁽¹¹⁾
- Restringir, se aplicável, a ingestão de sódio;⁽¹¹⁾

Controlar a eliminação intestinal:

- Gerir a terapêutica laxante;⁽¹⁾
- Providenciar dieta rica em proteína ou hidratos de carbono;⁽¹¹⁾

Aliviar a fadiga e dispneia:

- Incentivar o planeamento e a priorização de tarefas;⁽¹⁾
- Incentivar a aceitação de ajuda;⁽¹⁾
- Promover um padrão de sono regular e descanso;⁽¹⁾
- Instruir estratégias de conservação de energia;⁽¹⁾

GUIA DE APOIO À PRÁTICA: Contexto de Conforto Psicoespiritual

Providenciar apoio emocional no processo de tomada de decisão;^(5;6)

Estabelecer [relação terapêutica];⁽⁸⁾

Atenuar a depressão:

- Referenciar para apoio psicológico;⁽⁵⁾
- Referenciar para apoio por especialistas psiquiátricos;⁽⁴⁾

Diminuir a ansiedade:

- Executar técnicas de relaxamento;⁽¹¹⁾
- Executar técnicas de distração;^(*)

Promover *coping* efetivo:

- Ensinar a pessoa sobre a doença e a sua progressão, atendendo ao que querem, ou não, saber;^(3;4;7;9)
- Referenciar para fontes de procura de informação;⁽³⁾
- Informar sobre grupos de apoio;⁽²⁾

GUIA DE APOIO À PRÁTICA: Contexto de Conforto Psicoespiritual

Promover apoio espiritual:

- Referenciar a pessoa e família para líderes religiosos;^(1;5)
- Referenciar a pessoa e família para apoios que considerem relevantes;^(1;5)

Promover autoimagem positiva:

- Promover a manutenção de hábitos de higiene habituais (cuidados à barba, cabelo e outros);^(*)
- Atenuar o impacto da icterícia e caquexia na autoimagem da pessoa;⁽⁷⁾

Aliviar o medo da morte e atenuar a falta de significado:

- Ensinar, segundo o desejado, a família e/ou a pessoa, acerca das fases de final de vida;⁽⁶⁾
- Gerir expectativas relativamente à progressão da doença;^(6;7)
- Auxiliar na reestruturação de objetivos a curto prazo;^(*)
- Executar com pessoa e família exercícios de retrospectiva de vida;^(*)
- Colaborar na construção de legado para família;^(*)
- Discutir preferências, valores e contingências para cuidados em fim de vida;⁽⁶⁾
- Informar acerca de diretrizes antecipatórias de vontade;⁽⁶⁾

GUIA DE APOIO À PRÁTICA: Contexto de Conforto Social

Estabelecer [relação terapêutica] com a família;⁽⁸⁾

Promover comunicação familiar efetiva:

- Incentivar verbalização de sentimentos pela pessoa e família;⁽¹⁾
- Incentivar a comunicação entre membros da família;⁽⁵⁾
- Facilitar resolução de processos de culpabilização;^(*)

Promover os relacionamentos:

- Promover a reconciliação de relações significativas;⁽⁵⁾
- Promover evocação de memórias felizes com a família, junto da pessoa com alterações do estado de consciência;⁽⁵⁾

Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidados:

- Ensinar a família sobre a doença e a sua progressão, atendendo ao que querem, ou não, saber;^(6;7;9;12)
- Instruir a família para reconhecer os sinais de aproximação do final de vida;^(6;7;9)
- Comunicar à família, antes das visitas, as alterações que tenham ocorrido no estado de saúde;^(*)
- Valorizar os cuidados prestados pela família;^(*)
- Ajudar na gestão de emoções da família;⁽⁶⁾

GUIA DE APOIO À PRÁTICA: Contexto de Conforto Social

Providenciar apoio emocional à família no processo de tomada de decisão;^(5;6)

Facilitar [mudança de papéis]:

- Auxiliar na reestruturação dos papéis sociais da pessoa e família;⁽⁵⁾
- Auxiliar no plano económico;^(*)

Planejar a alta:

- Discutir preferências acerca do regresso ao domicílio ou institucionalização;⁽⁶⁾
- Determinar apoios no domicílio para a gestão dos sintomas da doença;^(6;8)
- Antecipar possíveis complicações no domicílio;⁽⁶⁾
- Antecipar, junto da família, sintomas de progressão da doença;^(9;12)
- Ensinar a família acerca de possíveis intercorrências da evolução da doença;^(6;7;9)
- Instruir a família acerca do modo de atuação perante intercorrências da evolução da doença;⁽⁶⁾

Referenciar para apoio social;⁽⁶⁾

Facilitar a comunicação da família acerca da morte;⁽⁶⁾

Apoiar processo de luto:

- Identificar fatores de risco de luto prolongado;^(*)
- Providenciar apoio no luto;^(*)
- Referenciar para apoio psicológico no luto;^(*)

GUIA DE APOIO À PRÁTICA: Contexto de Conforto Ambiental

Adaptar [quarto]:

- Providenciar quarto individual, se possível;⁽¹²⁾
- Permitir objetos do domicílio no internamento;^(*)
- Promover personalização da unidade da pessoa;^(*)
- Adaptar luminosidade do quarto;⁽¹²⁾

Adequar medidas de prevenção de queda;^(*)

Promover presença da família no internamento;⁽¹²⁾

- Providenciar local de descanso para familiares;⁽¹²⁾

Ajustar [local] de refeições.⁽¹¹⁾



Dúvidas,
sugestões,
contributos e
outros

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of advanced nursing*. 19(6), 1178-1184
- Bulechek, G.; Butcher, H.; Dochterman, J.; Wagner, C. (2016). *NIC: Classificação das Intervenções de Enfermagem* (6a ed.). São Paulo: Elsevier Editora
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados. Disponível em "https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf"
- Pack, D.; O'Connor, K.; O'Hagan, K. (2001). Cholangiocarcinoma: a nursing perspective. *Clinical journal of oncology nursing*, 5(4)
- MacIntyre, J. (2011). Metastatic pancreatic cancer: what can nurses do?. *Clinical journal of oncology nursing*, 15(4)
- Acquisto, S.; Iyer, R.; Rosati, L.; Pinheirn, N.; Driskill, K.; Musto, K.; ... Drapek, L. (2018). Cholangiocarcinoma: Treatment, outcomes, and nutrition overview for oncology nurses. *Clinical journal of oncology nursing*, 22(4)
- Woo, S.; Song, M.; Lee, M.; Joo, J.; Kim, D.; Kim, J.; ... Lee, W. (2019). Effect of early management on pain and depression in patients with pancreatobiliary cancer: a randomized clinical trial. *Cancers*, 11(1), 79
- Morris, M. (2009). Assessment/management of pain in the very last days of life. *End of Life Care Journal*, 3(2)
- Rabow, M.; Hauser, J.; Adams, J. (2004). Supporting family caregivers at the end of life: They don't know what they don't know. *Jama*, 291(4), 483-491
- Scott, E.; Jewell, A. (2019). Supportive care needs of people with pancreatic cancer: a literature review. *Cancer Nursing Practice*, 20(3)
- Mohammed, S.; Savage, P.; Kevork, N.; Swami, N.; Rodin, G.; Zimmermann, C. (2019). "I'm going to push this door open. You can close it": A qualitative study of the brokering work of oncology clinic nurses in introducing early palliative care. *Palliative medicine*, 34(2), 209-218
- Grant, M.; Wiegand, D. (2013). Conversations with strangers: The needs of those accessing a palliative care nurse practitioner on a pancreatic cancer web site. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 15(5), 278-285
- Kang, H.; Yang, Y.; Park, J.; Heo, G.; Hong, J.; Kim, H. (2018). Nutrition Intervention through Interdisciplinary Medical Treatment in Hospice Patients: From Admission to Death. *Clinical nutrition research*, 7(2), 146-152
- Connie Yarbro; Margaret Frogge; Michelle Goodman (Ed) *Cancer Nursing: Principles and Practice*, 6ªed, 2005, Jones and Bartlet Publisher, Inc, Sudbury, MA, USA
- Katharine Kolcaba; Tilton Collete; Carol Drouin. 2006. Comfort Theory: a unifying framework to enhance the practice environment. *The journal of nursing administration*. Volume 36, number 11, pp 538-544

APÊNDICE XVIII

**Plano de sessão de formação de serviço acerca do guia
orientador**

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema da Formação		Intervenção de enfermagem no conforto da pessoa com cancro bilio-pancreático em fim de vida, no hospital: Guia Orientador da Prática	
Unidade Curricular		Estágio com Relatório	
Docente Orientadora		Professora Eunice Sá	
Destinatários da formação		Enfermeiros do Serviço “C”	
Data	Local	Hora de Início	Duração
16, 17 e 21 de Fevereiro de 2022	Sala de Enfermagem do Serviço “C”	11:00h	45 minutos
Objetivo geral da formação		Capacitar a equipa no âmbito das intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto da pessoa com CPVB em fim de vida e a sua família	
Objetivos específicos da formação		• Que os enfermeiros conheçam o percurso e as etapas de construção do Guia orientador da prática; • Que os enfermeiros consigam identificar e interpretar comportamentos de conforto consoante os presentes na Checklist de comportamentos de conforto; • Que os enfermeiros consigam interpretar, executar e avaliar os resultados das intervenções do Guia orientador da prática; • Que os enfermeiros estejam despertos para os registos dos comportamentos de conforto e intervenções de enfermagem promotoras do conforto da pessoa e família;	
Etapas da Formação	Duração	Método	Recursos
1) Introdução	5 minutos	Expositivo	• Monitor de computador
2) Desenvolvimento	30 minutos	Expositivo	• Monitor de computador; • Guia orientador da prática;
3) Conclusão e Avaliação	10 minutos	Expositivo	• Monitor de computador; • Folha de avaliação da formação.

APÊNDICE XIX

Questionário de avaliação da formação de serviço acerca do guia orientador

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO:

O conforto da pessoa com cancro bilio-pancreático em fim de vida, no hospital: intervenção de enfermagem

O presente questionário destina-se à avaliação da ação de formação. As respostas obtidas são anónimas e serão da maior relevância para a melhoria da ação de formação.

Por favor, assinale com um “X” a quadrícula correspondente à sua opinião tendo em conta a seguinte escala:

- 1. Insuficiente**
- 2. Suficiente**
- 3. Bom**
- 4. Muito bom**

Itens de avaliação:

A. Utilidade prática e profissional

1	2	3	4
---	---	---	---

Justifique: _____

B. Sensibilização a novas atitudes:

1	2	3	4
---	---	---	---

Justifique: _____

C. Qualidade na Comunicação:

1	2	3	4
---	---	---	---

D. Metodologia de apresentação:

1	2	3	4
---	---	---	---

E. Duração e horário:

1	2	3	4
---	---	---	---

Sugestões para melhoria da formação (temas, suportes, artigos ou outros, por exemplo):

Obrigada pela Colaboração!

APÊNDICE XX

Estudo de caso no contexto C

ESTUDO DE CASO NO CONTEXTO C

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	2
2. APRESENTAÇÃO DA PESSOA E FAMÍLIA E HISTÓRIA DE ADMISSÃO ...	4
3. PRIMEIRO CONTACTO	5
4. SEGUNDO CONTACTO	9
5. SEGUIMENTO APÓS A ALTA	11
6. CONCLUSÃO	13
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14

1. INTRODUÇÃO

Os estudos de caso são estudos detalhados de entidades únicas, ou de um pequeno número de entidades, como um indivíduo, uma família, instituição ou outras unidades sociais. O objetivo destes estudos é a tentativa de uma análise e compreensão do desenvolvimento, das circunstâncias ou de questões importantes relacionadas com as entidades envolvidas. Estes permitem a colheita e análise de dados que relatem, para além do estado presente da pessoa, também experiências anteriores ou fatores situacionais que possam estar relacionados com o problema em análise. Assim, uma vantagem destes estudos é a profundidade da análise que pode ser feita, tendo em conta que o número de pessoas envolvidas no mesmo é reduzida, permitindo obter um conhecimento mais íntimo relativamente à condição, aos sentimentos, às ações, às intenções e ao ambiente da pessoa (Polit e Beck, 2011). No âmbito do desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em oncologia, a *European Oncology Nursing Society* recomenda o recurso a estudos de caso como um método de ensino e de aprendizagem. Assim, a realização de estudos de caso, permite tanto a aquisição de conhecimento específico e desenvolvimento de competências, como a avaliação destes (EONS, 2018).

Neste sentido, foi proposta a realização de um estudo de caso no âmbito do estágio no contexto C/D. Este foi realizado durante o decorrer do estágio, com um total de quatro momentos de contacto, sendo estes uma chamada telefónica prévia ao internamento, dois contactos durante o internamento, e uma chamada telefónica após a alta hospitalar.

Este estudo de caso é composto por uma colheita de dados que resultou da observação, da entrevista clínica à pessoa e família e da análise de registos informatizados, tendo sido utilizada como referencial teórico a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (Kolcaba, 1994). Este referencial teórico serviu de orientação não só para a colheita de dados na identificação das principais necessidades de conforto, mas também para a seleção de intervenções de enfermagem que poderiam dar resposta às mesmas necessidades, assim como a avaliação da eficácia destas mesmas intervenções.

As intervenções propostas para o estudo de caso baseiam-se nas intervenções do Guia de apoio à prática, atendendo à necessidade de conforto

identificadas no caso (apêndice XVI). Para a avaliação da eficácia das intervenções, foi utilizada em dois momentos uma proposta de tradução da “*Comfort Behaviour Checklist*” (apêndice XIII), com a devida autorização da autora para a sua utilização (anexo II). Importa ainda ressaltar que foi mantida a confidencialidade e privacidade dos dados e das pessoas envolvidas, tendo todos os intervenientes sido informados acerca do propósito da colheita e análise dos dados, tendo estes providenciado consentimento verbal para as mesmas.

2. APRESENTAÇÃO DA PESSOA E FAMÍLIA E HISTÓRIA DE ADMISSÃO

O Sr. F tem 76 anos, é reformado desde os 67 anos e trabalhava como massagista. É casado e a sua esposa, a Dona M, tem 70 anos e está também reformada, sendo que trabalhava como auxiliar de ação médica num serviço de internamento num hospital. Juntos têm uma filha, a E, de 46 anos, que trabalha como secretária num serviço de consultas num Hospital. A E é solteira e não tem filhos.

O Sr. F apresenta um tumor do pâncreas, com metastização hepática e pulmonar, diagnosticado há cerca de 2 anos. Para além desta doença oncológica, o Sr. F apresenta como antecedentes pessoais Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, hipertensão arterial, pancreatite crónica e tabagismo ativo, sendo que fuma atualmente 2-5 cigarros por dia.

A história da doença oncológica começou há cerca de 2 anos. Num dos internamentos que teve por pancreatite, durante a realização de uma ecografia abdominal foi detetada uma lesão no pâncreas, observada também na tomografia axial computadorizada. Após este internamento, o Sr. F manteve seguimento em consultas médicas de gastroenterologia onde, após realização de outros estudos e realização de outros exames complementares de diagnóstico, foi dado o diagnóstico de adenocarcinoma do pâncreas. Foi após este diagnóstico encaminhado para consulta de cirurgia para determinar a possibilidade de recessão cirúrgica da lesão. Cerca de um ano se passou desde o internamento por pancreatite e a consulta de cirurgia em que, após observação dos exames complementares mais recentes, o cirurgião terá comunicado a impossibilidade da resseção cirúrgica por a doença oncológica se encontrar localmente avançada e apresentar já metástases hepáticas. O cirurgião terá encaminhado o Sr. F para a consulta de Medicina Paliativa, onde é atualmente seguido há cerca de 6 meses, e teve um total de duas consultas.

A leitura dos registos das consultas de Medicina Paliativa permitiu perceber que o Sr. F, assim como a sua esposa e filha, tiveram sempre noção do diagnóstico e da sua gravidade assim como possível desfecho a curto prazo. Na primeira consulta o Sr. F encontra-se descrito com um bom estado geral, com peso adequado para a altura, tolerando a alimentação e sem queixas para além de um desconforto abdominal contínuo. Foi nesta consulta ajustada terapêutica

analgésica e mantido contacto telefónico com o utente. Estes contactos telefónicos permitiram perceber que, no decorrer dos meses seguintes, o Sr. F estava a ficar progressivamente com maiores necessidades de apoio para a concretização das atividades básicas de vida diária por referir “falta de força”, mais emagrecido (segundo relatos da esposa) apesar de manter uma adequada ingestão de alimentos, e com aumento progressivo de queixas álgicas. Foi neste contexto marcada nova consulta de Medicina Paliativa, em que foi feito novo ajuste da terapêutica analgésica.

Cerca de uma semana depois, a filha do Sr. F, a E, entrou em contacto por via telefónica com a equipa, referindo que o pai tinha tido um episódio de aparente alteração do estado de consciência, com prostração e ausência de resposta verbal, mas que ao final de algumas horas reverteu espontaneamente. No entanto, esse episódio tinha-se repetido novamente, mas como não estava a reverter ela chamou uma ambulância e o utente foi encaminhado para o serviço de urgência. Neste contexto, o Sr. F, após permanência no serviço de urgência, foi internado no serviço em que estava a decorrer o estágio, apresentando como motivo de admissão descontrolo de sintomas associados a adenocarcinoma do pâncreas.

3. PRIMEIRO CONTACTO

O primeiro contacto com o Sr. F estabeleceu-se no dia seguinte à sua admissão no serviço, tendo esta ocorrido durante a madrugada anterior. O utente encontrava-se no leito, em posição de semi-Fowler, de olhos fechados, com algumas vocalizações incompreensíveis. Quando questionado para abrir os olhos, o utente não cumpriu a ordem. Não respondia verbalmente a nenhuma questão colocada nem à chamada do seu nome. Ao contacto físico também não apresentava resposta, sendo que os relatos dos colegas indicam que este apenas apresentava resposta a estímulos dolorosos. À observação era possível constatar caquexia marcada, assim como a pele pálida e ictérica.

Foram consultados os registos de enfermagem referentes à primeira noite do utente, onde constava que o utente apresentava alterações do estado de consciência que comprometiam a sua comunicação, aparentemente teria dores

manifestadas por gemidos e inquietude no leito, e também teria apresentado dois vômitos em pequena quantidade, de conteúdo biliar. Nesse contexto de prostração e compromisso da via oral, o utente não foi alimentado, e a terapêutica oral prescrita, que era a mesma que o utente tinha prescrita no domicílio, não estava a ser administrada.

Por o utente se encontrar com o estado de consciência alterado, sem conseguir expressar o que sentia ou possíveis fontes de desconforto, foi aplicada a versão traduzida da *Checklist de Observação de Comportamentos de Conforto* (apêndice XXI). A aplicação dos itens da mesma permitiu constatar que o Sr. F exibia diferentes comportamentos indicativos de compromisso de conforto, nomeadamente em nos itens dos sinais motores e da expressão facial.

Alterações do estado de consciência em doentes com cancro do pâncreas são comuns, podendo-se dever à falência hepática e/ou renal associadas à progressão da doença. Estes quadros iniciam-se normalmente com queixas de fraqueza e letargia, que depois progridem para encefalopatia e coma hepático. É necessário que os enfermeiros saibam reconhecer estes sintomas e preparar as famílias relativamente ao que podem esperar com a progressão dos sintomas (Yarbro, Frogge e Goodman, 2005).

A esposa do utente, a Dona M, veio visitar o utente durante o período de observação do mesmo, e quando questionada acerca do seu estado, a mesma referiu que *“Ele andava já a queixar-se que se sentia mais fraco e cansado... Há uns dias esteve assim durante umas horas, mas depois passou... Não sei o que lhe terá dado... Mas deste vez ele estava muito pior... Não reagia a nada mesmo... parecia até que já lhe custava respirar... fiquei com muito medo na altura... Eu sei que ele poderá já não ter muito tempo, mas não consigo que isso aconteça em casa... Não consigo lidar com isso... (...) Posso cuidar e quero cuidar dele enquanto eu puder, mas morrer em casa é algo que ele sempre disse que queria, mas que eu não consigo...”*.

Cuidar de um ente querido no seu fim de vida poderá ser uma experiência rica em sentimentos de realização, mas também uma experiência possivelmente traumática para os familiares que cuidam. Intervir nas emoções e na experiência do cuidar dos familiares são complementares ao próprio cuidado da pessoa em fim de vida. As características pessoais e a sobrecarga emocional dos familiares poderão influenciar e criar barreiras na referenciação dos doentes para outros

contextos de cuidados que não o domicílio, levando os familiares a recusar ou a insistir em internamentos em unidades de cuidados intensivos, unidades de cuidados de longa duração ou unidades de cuidados paliativos, comprometendo assim a satisfação das necessidades da pessoa em fim de vida. Assim, é necessário que os profissionais de saúde consigam reconhecer sinais de sobrecarga dos familiares, manter uma comunicação eficaz com os mesmos, providenciar apoio na tomada de decisão, apoiar nos cuidados no domicílio, auxiliar na gestão de emoções e apoiar os familiares no luto (Rabow, Hauser e Adams, 2004).

Assim, atendendo aos relatos da esposa do utente, à observação do utente e da consulta do processo clínico, apresenta-se em seguida o quadro que foi baseado no Guia de apoio à prática (apêndice XVI), onde são identificadas as necessidades de conforto comprometidas no Sr. F, assim como as intervenções de enfermagem propostas para dar resposta às mesmas, atendendo ao estado de consciência e grau de colaboração do mesmo.

Contexto de Conforto	Necessidades de Conforto	Intervenções direcionadas para as necessidades de conforto
Físico	Controlo da dor	Atenuar a dor [com medidas não farmacológicas]: - Determinar estratégias da pessoa para gerir a dor;⁽⁵⁾ - Executar posicionamento corporal atendendo à preferência da pessoa;^(13;19) - Executar técnicas de mobilização passiva, quando toleradas pela pessoa;⁽¹¹⁾ Gerir regime medicamentoso para atenuar a dor: - Administrar e gerir a terapêutica farmacológica prescrita em esquema e em SOS;^(9;13) - Avaliar eficácia e efeitos secundários da terapêutica farmacológica;^(9;13) - Adequar vias de administração da terapêutica analgésica;⁽⁹⁾ Ensinar a pessoa e família sobre o regime medicamentoso para diminuir a dor: - Tranquilizar a pessoa e família relativamente à existência de medidas farmacológicas para controlar a dor;⁽¹³⁾
	Controlo dos vômitos	Diminuir as náuseas e vômitos: - Gerir a terapêutica farmacológica antiemética e pró-cinética;⁽¹⁹⁾
Social	Prevenção da sobrecarga dos familiares	Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidados: - Ensinar a família sobre a doença e a sua progressão, atendendo ao que querem, ou não, saber;^(14;15;17;20) - Instruir a família para reconhecer os sinais de aproximação do final de vida;^(14;15;17) - Valorizar os cuidados prestados pela família;⁽¹⁵⁾ - Ajudar na gestão de emoções da família;⁽¹⁴⁾
	Facilitação da experiência	Providenciar apoio emocional à família no processo de tomada de decisão;^(13;14)

	dos familiares com a doença	
	Apoio no final de vida	Facilitar a comunicação da família acerca da morte; ⁽¹⁴⁾

Tabela 1: Plano de cuidados para implementação após o primeiro contacto com o Sr. F. e a sua família;

Os contextos de conforto onde foram identificadas as necessidades de conforto prioritárias no caso do Sr. F foram o contexto de conforto físico, atendendo à manifestação de um descontrolo sintomático da doença, com dor, vómitos e incapacidade para a alimentação oral e, consequentemente, administração de terapêutica oral. A primeira intervenção foi junto da Dona M, de modo a tentar perceber quais as estratégias que o Sr. F teria no domicílio para o controlo da sua dor, tendo esta referido que estas se baseavam na administração de terapêutica de resgate, mas que tinha notado que ele gostava sempre mais de estar posicionado em decúbito lateral esquerdo, sendo esta a sua posição de conforto. Foi em seguida, junto com o médico assistente, adaptada a terapêutica do utente tendo em conta a ausência de via oral. Uma vez que o utente não apresentava um acesso venoso periférico puncionado e apresentava, visivelmente maus acessos periféricos e desidratação marcada, a terapêutica foi toda adaptada para via subcutânea exclusivamente, nomeadamente terapêutica analgésica e antiemética. Foram explicadas à esposa quais as medidas a serem implementadas, tendo esta ficado tranquilizada relativamente à possibilidade de controlo dos sintomas físicos do Sr. F. Nos registos informáticos foram registadas as intervenções executadas e foi comunicado aos colegas que se encontravam na prestação de cuidados, quais as alterações terapêuticas, o modo de preparação e administração da terapêutica subcutânea, os resultados esperados, os sinais de alerta e o modo de atuação perante possíveis reações à terapêutica farmacológica. Os cuidados nos posicionamentos e os comportamentos indicativos de compromisso de conforto identificados na *checklist* também foram comunicados, de modo a alertar para a vigilância dos mesmos e o registo de alterações no estado do Sr. F.

O outro contexto de conforto onde se identificaram necessidades de conforto comprometidas foi no contexto de conforto social. Foi explorado com a Dona M qual a sua perceção acerca da experiência de cuidar do Sr. F, referindo esta que era gratificante conseguir cuidar do marido e, uma vez que ele

colaborava na concretização das tarefas, não era de momento uma sobrecarga física para ela manter esses cuidados no domicílio. No entanto a mesma também refere que, pela sua experiência profissional em hospital, ela tratou de várias pessoas em fim de vida e nos cuidados pós-morte, sendo que ver o marido morrer na casa de ambos era algo que a iria afetar profundamente, tendo também medo que aconteça com ela sozinha em casa pois não saberá como reagir. Nesse sentido, foram explicadas alternativas aos cuidados no domicílio e possíveis apoios que poderão ser solicitados, caso exista alteração do estado do Sr. F e este regresse ao domicílio.

4. SEGUNDO CONTACTO

O segundo contacto ocorreu três dias após o primeiro contacto. Foi observado o Sr. F que se encontrava sentado no leito, acordado, a comer autonomamente uma maçã cozida. Quando questionado o utente acerca de como este se sentia, o mesmo respondeu: *“Sinto-me bem enfermeira”*. Quando questionado acerca de dores, náuseas ou outras queixas, o mesmo respondeu *“Não tenho nada. Tenho comido bem e não fico maldisposto. Não gosto muito da comida, mas isso é outro assunto... Já me sinto pronto para ir para casa”*. Quando questionada se este se recordava dos últimos dias, respondeu *“eu só me lembro de estar em casa e de chamarem os bombeiros e depois não me lembro de mais nada... só de acordar aqui. A minha filha e a minha mulher ontem contaram-me o que aconteceu, mas eu não me lembro de nada.”*. Foram consultados os registos de enfermagem que relatam que nos últimos dois dias o estado de consciência do Sr. F tinha vindo a alterar-se, ficando mais desperto e reativo. Começou a comunicar verbalmente no dia a seguir ao primeiro contacto e a alimentar-se no dia anterior a este contacto, não tendo apresentado desde esse momento intercorrências na alimentação, como náuseas ou vómitos. Negava queixas álgicas para além de uma sensação de “moinha” no abdómen, que refere ser habitual, não causando desconforto significativo. Foi aplicada novamente a *Checklist de Observação de Comportamentos de Conforto* (apêndice XXI), verificando-se melhoria em praticamente todos os

comportamentos indicativos de comprometimento do conforto, obtendo-se uma pontuação final que indicava conforto superior ao momento anterior.

Quando questionado acerca das suas perspetivas relativamente ao regresso a casa, o mesmo respondeu *“Eu quero ir para casa, é lá que quero morrer. Eu sei que vou morrer e não posso fazer nada em relação a isso, mas quero estar no meu ambiente e junto dos meus.”*. Quando questionado acerca da perceção dos cuidados que a sua esposa lhe prestava, o mesmo responde *“Ela sempre fez o melhor que pode e estou-lhe muito grato. A minha filha tenta ajudar, mas por causa do trabalho não passa muito tempo em casa. Mas nós os dois lá nos desenrascamos.”*.

Tendo em conta o atual estado do utente, assim como as preocupações verbalizadas pela filha, foi delimitado um novo plano de cuidados que se apresenta sobre a forma de quadro, que tal como no primeiro contacto, se baseia no Guia de apoio à prática (apêndice XVI), onde são identificadas as necessidades de conforto comprometidas, neste momento, no Sr. F, assim como as intervenções de enfermagem propostas para dar resposta às mesmas.

Contexto de Conforto	Necessidades de Conforto	Intervenções direcionadas para as necessidades de conforto
Social	Resolução de conflitos importantes	Promover comunicação familiar efetiva: - Incentivar verbalização de sentimentos pela pessoa e família; ⁽⁹⁾ - Incentivar a comunicação entre membros da família; ⁽¹³⁾
	Facilitação da experiência dos familiares com a doença	Providenciar apoio emocional à família no processo de tomada de decisão; ^(13;14)
	Planeamento da alta e continuidade de cuidados	Planear a alta: - Discutir preferências acerca do regresso ao domicílio ou institucionalização; ⁽¹⁴⁾ - Determinar apoios no domicílio para a gestão dos sintomas da doença; ^(14;16) - Antecipar possíveis complicações no domicílio; ⁽¹⁴⁾ - Antecipar, junto da família, sintomas de progressão da doença; ^(17;29) - Ensinar a família acerca de possíveis intercorrências da evolução da doença; ^(14;15;17) - Instruir a família acerca do modo de atuação perante intercorrências da evolução da doença; ⁽¹⁴⁾

Tabela 2: Plano de cuidados para implementação após o segundo contacto com o Sr. F. e a sua família;

Neste segundo momento o contexto de conforto onde se identificaram as necessidades de conforto prioritárias, foi no âmbito do conforto social. Foi incentivado que o Sr. F falasse com a sua esposa e filha para comunicarem e exprimirem os seus sentimentos e preocupações relativamente ao episódio que

as levou a enviarem-no para o serviço de urgência e a possíveis complicações no futuro.

Apesar do Sr. F dizer que queria regressar ao domicílio, a possibilidade de este vir a falecer no mesmo, na presença da esposa, era algo que este ainda não tinha encarado como uma possibilidade, mas que era definitivamente uma preocupação da Dona M., sendo que foi a razão pela qual o Sr. F foi enviado para o serviço de urgência. Quando questionado o Sr. F acerca da possibilidade de ser referenciado para algum tipo de apoio domiciliário ou institucionalização, este referiu *“Enquanto eu me sentir capaz, eu fico em casa. Eu também não a quero fazer sofrer... Quando eu achar que já não tenho condições para estar em casa, eu vou para onde for melhor”*. O Sr. F. foi alertado para o facto de as referências para Unidades de cuidados paliativos não serem processos imediatos, sendo que o ingresso nas mesmas, dependendo da localização, poderá demorar semanas. Atendendo a esse facto, o mesmo aceitou, assim como a família, iniciar o processo de referência para uma unidade de cuidados paliativos, que eles escolheram, aguardando a vaga no domicílio. Foram realizados ensinamentos acerca da progressão da doença à esposa e filha por estas verbalizarem medo relativamente a esta etapa. Foi também assegurado que, por qualquer alteração ou dúvida, poderiam entrar em contacto com a equipa. No dia seguinte o Sr. F teve alta para o domicílio.

5. SEGUIMENTO APÓS A ALTA

Três dias após a alta hospitalar do Sr. F, foi contactada telefonicamente o utente e a sua esposa. Apesar de negarem ambas queixas, a Dona M. referiu que, no dia anterior o Sr. F. tinha apresentado um pico febril, que reverteu com administração de paracetamol por via oral, e que andava a apresentar alguns acessos de tosse irritativa. Atendendo à ausência de outras queixas e ao recente surto hospitalar de COVID-19, o mesmo foi aconselhado à realização de um autoteste.

No dia seguinte, a esposa entrou em contacto com a equipa, referindo que o teste foi positivo para COVID e que se iria dirigir ao serviço de urgência porque o Sr. F estava a apresentar picos febris repetidamente e sensação de falta de ar.

Dois dias depois o Sr. F acabou por falecer durante a permanência do serviço de urgência. O caso foi acompanhado pela psicóloga da equipa e a esposa e filha do Sr. F referenciadas para apoio psicológico no luto.

6. CONCLUSÃO

A concretização deste estudo de caso constitui-se como uma oportunidade para reflexão e para desenvolvimento de competências. O caso do Sr. F foi um caso que refletiu que o conforto é resultado complexo e que para ser possível ter conforto, a intervenção do enfermeiro não se remete apenas à intervenção junto da pessoa, mas também envolve intervenções com os seus familiares e também com os outros profissionais de saúde.

A avaliação do conforto é por vezes complexa. As pessoas com alterações do estado de consciência não conseguem comunicar eficazmente, dificultando a avaliação dos enfermeiros relativamente à eficácia das suas intervenções. Assim, a utilização de instrumentos de avaliação poderá facilitar este processo. A checklist utilizada, apresenta a limitação de não se encontrar validada para a população portuguesa. No entanto, permitiu servir como guia de observação da pessoa, fornecendo dados manifestados por comportamentos que permitiram guiar os enfermeiros no sentido de perceber que as suas intervenções poderiam estar a ser eficazes. Os registos informatizados foram a área em que se verificou uma grande diferença atendendo ao que são os registos habituais, obtendo-se registos mais objetivos, completos e que facilitaram o processo de continuidade de cuidados, ao mesmo tempo que refletiam a evolução da pessoa.

A preparação da família para ter em casa uma pessoa em fim de vida que pode ter diversas intercorrências é um processo sensível e que, nem sempre poderá ter os resultados pretendidos. Neste caso, o Sr. F acabou por falecer no Hospital e por, aparentemente, uma complicação infecciosa de rápida evolução, que não se poderia prever.

Assim, importa reter a importância que o enfermeiro especialista tem na intervenção junto da família e dos outros profissionais, e a também a necessidade manter a intervenção multidisciplinar, obtendo com isto resultados mais positivos. Também faz parte deste papel desenvolver instrumentos que facilitem o processo de enfermagem e que reflitam os resultados das intervenções de enfermagem, sendo estes aspetos de extrema relevância para o desenvolvimento e crescimento da profissão.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Connie Yarbro; Margaret Frogge; Michelle Goodman (Ed) *Cancer Nursing: Principles and Practice*, 6ªed, 2005, Jones and Bartlet Publisher, Inc, Sudbury, MA, USA
- European Oncology Nursing Society (2018). *EONS Cancer Nursing Education Framework*. EONS. Acedido a 25/02/2022. Disponível em <https://z2y.621.myftpupload.com/wp-content/uploads/2020/05/EONSCancerNursingFramework2018-1.pdf?time=1602163080>
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of advanced nursing*. 19(6), 1178-1184
- Polit, D.; Beck, C. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem* (7a Edição). Porto Alegre: Artmed
- Rabow, M.; Hauser, J.; Adams, J. (2004). Supporting family caregivers at the end of life: They don't know what they don't know. *Jama*, 291(4), 483-491

APÊNDICE XXI

Checklist de observação de comportamentos de conforto do estudo de caso do contexto C

ESTUDO DE CASO NO CONTEXTO C: Checklist de observação de comportamentos de conforto

Checklist de Comportamentos de Conforto

Como é que a pessoa está a agir agora? Assinale a melhor resposta.

NA = a dormir, ou não apropriado para esta pessoa devido ao seu diagnóstico ou idade

(Por exemplo, se a pessoa estiver a dormir as questões 3-5 são assinaladas NA)

	NA	Não	Um Pouco	Moderado	Forte
Vocalizações					
1. acordado	0	1	2	3	4
2. a gemer	0	1	2	3	4
3. a queixar-se	0	1	2	3	4
4. sons/conversa contente	0	1	2	3	4
5. a chorar/gritar	0	1	2	3	4
Sinais Motores					
6. pacífico	0	1	2	3	4
7. agitado	0	1	2	3	4
8. ritmo acelerado	0	1	2	3	4
9. inquieto	0	1	2	3	4
10. músculos relaxados	0	1	2	3	4
11. fricção de uma área	0	1	2	3	4
12. posição de guarda	0	1	2	3	4
Performance					
13. movimentos ansiosos	0	1	2	3	4
14. aceita atos de gentileza	0	1	2	3	4
15. aprecia o toque / segurar mãos	0	1	2	3	4
16. consegue descansar	0	1	2	3	4
17. consegue comer	0	1	2	3	4
18. calmo / à vontade	0	1	2	3	4
19. movimentos sem objetivo específico	0	1	2	3	4
20. tenta afastar-se	0	1	2	3	4
Expressão Facial					
21. parece deprimido	0	1	2	3	4
22. esgares / retraimento estremecimento	0	1	2	3	4
23. expressão relaxada	0	1	2	3	4
24. híper-vigilante	0	1	2	3	4

ESTUDO DE CASO NO CONTEXTO C: Checklist de observação de comportamentos de conforto

25. parece assustado ou preocupado	0	1	2	3	4
26. sorri	0	1	2	3	4
Outros					
27. respiração incomum	0	1	2	3	4
28. mantém foco mental	0	1	2	3	4
29. capaz de conversar	0	1	2	3	4
30. acorda suavemente	0	1	2	3	4

Legenda e Cálculo:

0 - Avaliação do 1º Contacto

Pontuação Final do Conforto no 1º Contacto: 56

1 - Avaliação no 2º Contacto

Pontuação Final do Conforto no 2º Contacto: 88

Utente classificou o seu conforto em 7/10

Tradução de adaptação de K. Kolcaba de: Ladislav Volicer. "Management of advanced Alzheimer's dementia/The comfort checklist." Em Volicer e outros (1988). Clinical Management of Alzheimer's Disease., Rockville, MD, Aspen Publications.

Pontuar a Checklist de Comportamentos de Conforto:

- 1) Subtrair o número de respostas "Não Apropriado" (NA) a 30, para obter o **total de respostas**.
- 2) Multiplicar o **total de respostas** (passo 1) por 4, para obter a **pontuação total possível**.
- 3) Código de inversão: números 2, 3, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 27 para obter as respostas brutas do conforto.
- 4) Adicionar as **respostas brutas do conforto** (passo 3) para todas as questões não assinaladas NA para obter a **pontuação bruta do conforto**.
- 5) Dividir a pontuação do conforto obtida (passo 4) pela pontuação total possível (passo 2) e arredondar para duas casas decimais. (se a terceira casa decimal for igual ou maior que cinco, arredondar a segunda casa decimal para o número seguinte)

ESTUDO DE CASO NO CONTEXTO C: Checklist de observação de comportamentos de conforto

6) Apresentar a pontuação como um número de dois dígitos (percentagem sem o símbolo % ou decimal). *Maiores pontuações indicam maior conforto.*