

# **ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

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

**Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II**

**RELAÇÃO/COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO – PESSOA EM  
SITUAÇÃO PALIATIVA**

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

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**NURSE RELATIONSHIP/COMMUNICATION - PERSON IN A  
PALLIATIVE SITUATION**

Specialized clinical skills development project in the area  
of nursing for people in a palliative situation

**INTERNSHIP REPORT**

**Autor**

**Júlia Maria Belchior Fernandes de Sampaio**

**Porto, 2024**



# ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

### Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

#### RELATÓRIO DE ESTÁGIO

RELAÇÃO/COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO – PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA - Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa

NURSE RELATIONSHIP/COMMUNICATION - PERSON IN A PALLIATIVE SITUATION - Specialized clinical skills development project in the area of nursing for people in a palliative situation

#### **Orientador(es)**

Marisa da Conceição Gomes Lourenço  
*Professor Adjunto, Doutor*

#### **Autor**

Júlia Maria Belchior Fernandes de Sampaio

**Porto, 2024**



## RESUMO

Este documento, centrado no tema - Relação/Comunicação Enfermeiro-Pessoa em Situação Paliativa, pretende descrever o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, no contexto da prática clínica. Os Cuidados Paliativos (CP) são uma forma de proporcionar cuidados de saúde centrados na pessoa doente e na sua família, são prestados por uma equipa multidisciplinar e visam a abordagem global do sofrimento, o suporte na comunicação com o doente, família, profissionais e outros parceiros na sociedade, e o planeamento antecipado de cuidados, centrado na pessoa. São cuidados de saúde ativos e rigorosos, que combinam ciência e humanismo (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos [APCP], 2024). A relação/comunicação tem um papel preponderante no cuidado holístico e humano, centrado na pessoa, sendo um bom indicador da qualidade dos cuidados e satisfação da pessoa em situação paliativa. Para a redação do relatório de estágio, recorreu-se a uma metodologia descritiva, sempre numa perspetiva de análise e reflexão, baseada na evidência científica mais atual acerca do processo de obtenção das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, de acordo com o que é preconizado pelo Regulamento n.º 429/2018. Foram descritas as atividades concretizadas na prática clínica, que contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns e específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, caracterizou-se os contextos clínicos e apresentou-se a conceção de cuidados de dois casos clínicos acompanhados durante o Estágio de Natureza Profissional (ENP). Além disso, fez-se uma revisão da literatura, relativamente aos aspetos relevantes para a efetividade na relação/comunicação enfermeiro-pessoa em Situação Paliativa. Todo o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas, assim como a componente de investigação, materializada pela realização da revisão da literatura, pretendem proporcionar uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação paliativa, e o desenvolvimento profissional e pessoal.

**Palavras Chave:** Cuidados Paliativos, Competências, Relação/Comunicação, Enfermagem



## ABSTRACT

The aim of this document, centered on the theme - Nurse-Person Relationship/Communication in a Palliative Situation, is to describe the process of acquisition and development of common and specific competencies of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for Persons in a Palliative Situation, in the context of clinical practice. Palliative Care (CP) is a way of providing health care centered on the sick person and their family, provided by a multidisciplinary team and aimed at a global approach to suffering, support in communication with the patient, family and professionals and other partners in society, and person-centered advance care planning. It is active and specific healthcare, which combines science and humanism (Portuguese Association of Palliative Care [APCP], 2024). The relationship/communication play a preponderant role in holistic and human care, centered on the person, being a good indicator of the quality of care and satisfaction of the person in a palliative situation. To write the internship report, we used a descriptive methodology, always from an analytical and reflexive perspective, based on the most current scientific evidence about the process of acquiring common and specific skills of the specialist nurse, in accordance with what is recommended by the Decree-Law n.º 429/2018. The activities carried out in clinical practice were then described, which furthered the development of common and specific skills in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for Persons in a Palliative Situation, the clinical contexts were characterized and the conception of care for two clinical cases followed during the Professional Nature Internship (ENP). Furthermore, a review of the literature was carried out regarding aspects relevant to the effectiveness of the nurse-person relationship/communication in a Palliative Situation. The entire process of acquiring and developing common and specific skills, as well as the research component, materialized by carrying out a literature review, aims to provide an improvement in the quality of care provided for people in a palliative situation, and in professional and personal development.

**Keywords:** Palliative Care, Skills, Relationship/Communication, Nursing



## **ABREVIATURAS**

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

AIS - Adenocarcinoma In Situ

APCP - Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CNPCP - Carcinoma de Não-Pequenas Células do Pulmão

CP - Cuidados Paliativos

CPCP - Carcinoma de Pequenas Células do Pulmão

CVP - Cateter Venoso Periférico

DIB - Drug Infusion Balloon

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECP - Equipa de Cuidados Paliativos

ECSCP - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCP - Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCP - Pediátricos - Equipa Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos

ENP - Estágio de Natureza Profissional

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

EV - Endovenoso

ICN - International Council of Nurses

MIA - Adenocarcinoma Minimamente Invasivo

NCI - National Cancer Institute

NHS - National Health Service

NIC - Nursing Interventions Classification

Nº - número

OE - Ordem dos Enfermeiros

p. - página

PEDCP – Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

PO - Per os

PPS PT - Palliative Performance Scale (PPSv2) – Versão Portuguesa/Portugal

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

RM - Ressonância Magnética

SC - Subcutâneo

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SOS - Uso quando necessário

TC - Tomografia Computorizada

TNM - Tumor, Nodes, Metastasis

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

ULS - Unidade Local de Saúde

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO – World Health Organization

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO .....	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S) .....	17
3. CASO CLÍNICO - ECSCP .....	25
3.1. Enquadramento teórico .....	25
3.2. Clientes .....	26
3.3. Medicação .....	28
3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	28
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	30
3.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	31
3.5. Domínios .....	32
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	32
3.6. Conceção de Cuidados .....	33
3.7. Especificação das intervenções .....	40
3.8. Síntese relativa ao caso .....	42
4. CASO CLÍNICO - UCP .....	45
4.1. Enquadramento teórico .....	45
4.2. Clientes .....	47
4.3. Medicação .....	47
4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	48
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	50
4.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	52
4.5. Domínios .....	52
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	53
4.6. Conceção de Cuidados .....	58
4.7. Especificação das intervenções .....	65
4.8. Síntese relativa ao caso .....	66
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	69
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO .....	87
7. BIBLIOGRAFIA .....	89



## **ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS**

### **LISTA DE QUADROS**

QUADRO 1: Número de doentes por patologia ECSCP.

QUADRO 2: Número de doentes por patologia UCP.

QUADRO 3: Quadro de extração de dados dos estudos incluídos na *rapid review*.

### **LISTA DE TABELAS**

FIGURA 1: Fluxograma PRISMA da seleção e inclusão dos estudos.



## 1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

Os Cuidados Paliativos (CP) são uma parte crucial dos serviços de saúde integrados e centrados na pessoa. Aliviar o sofrimento, seja ele físico, psicológico, social ou espiritual, é uma responsabilidade ética global. Assim, quer a causa do sofrimento seja a doença cardiovascular, o cancro, a falência grave dos órgãos, a tuberculose resistente aos medicamentos, as queimaduras graves, as doenças crónicas em fase terminal, os traumas agudos, a prematuridade extrema à nascença ou a extrema fragilidade da velhice, os CP podem ser necessários e têm de estar disponíveis em todos os níveis de cuidados (World Health Organization [WHO], 2024).

Segundo o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) 2023-2024, elaborado pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), os CP, enquanto cuidados holísticos, desempenham um papel vital no curso das doenças crónicas e ameaçadoras da vida de muitos portugueses, melhorando a qualidade de vida para estas pessoas, mas também para os seus cuidadores, familiares e amigos que os apoiam (CNCP, 2023, p.5). O PEDCP enumera princípios orientadores dos CP, que dizem: são cuidados centrados na pessoa, sua família e cuidadores e baseiam-se na comunicação eficaz, na tomada de decisão compartilhada e informada, na autonomia pessoal e prolongam-se no processo de luto; afirmam a vida enquanto reconhecem que morrer é uma parte inevitável da vida; os familiares/cuidadores são valorizados e recebem os cuidados que se adequam às suas necessidades e os cuidados são especializados e baseados em evidência científica (CNCP, 2023, p.6; Lei nº 52/2012). Assentam em valores e princípios mundialmente reconhecidos, como dignidade, relação entre a pessoa e família/cuidador e o profissional de saúde, educação pública, trabalho em equipa e controlo de sinais e sintomas (Lourenço et al., 2021; Radbruch, 2009; Twycross, 2001).

Deste modo, incorporar a experiência da pessoa doente, da família e do cuidador, é parte integrante e essencial da prestação de cuidados de alta qualidade e, como tal, a estratégia deste PEDCP, é que os CP devem ser disponibilizados universalmente no Sistema Nacional de Saúde (SNS), como um direito inerente à condição humana, intimamente ligado ao Direito à Saúde consagrado na Declaração Universal dos Direitos Humanos (CNCP, 2023, p.9).

A Lei de Bases dos CP define que a política de recursos humanos deve ser regida “por padrões de qualidade, baseada na formação específica, de acordo com os níveis de diferenciação recomendados” (p.5123), sendo que a certificação da formação de nível avançado assim como formulação de critérios considerados mínimos para uma formação adequada nesta área é da

competência das ordens profissionais (Lei n.º 52/2012).

O presente relatório, referente à unidade curricular - Estágio de Natureza Profissional (ENP) com relatório - Módulo II, inserida no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), no ano letivo 2023/2024, tem como objetivo apresentar uma análise crítica e reflexiva do processo de desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista e competências específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, desenvolvido durante o ENP, sob a orientação da Professora Doutora Marisa Lourenço.

O ENP teve início no dia 18 de Setembro de 2023 e terminou no dia 26 de Janeiro de 2024, num total de 340h, neste documento serão descritas as atividades desenvolvidas com o objetivo de adquirir e desenvolver as competências inerentes ao enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. É essencial que os futuros enfermeiros especialistas, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializada, compreendam as dinâmicas próprias da sua intervenção.

A realização de estágios permite que estas aprendizagens, essenciais, ocorram no contexto da prestação de cuidados, facilitando o processo de aprendizagem e de consolidação de conhecimentos (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2021, p.2). Além das aprendizagens decorrentes nos locais de estágio, foi também desenvolvida uma revisão da literatura centrada no tema: relação/comunicação enfermeiro-pessoa em situação paliativa, com o objetivo de perceber quais os aspetos preponderantes para a efetividade da relação/comunicação enfermeiro-pessoa em situação paliativa.

A relação entre a pessoa e o profissional de saúde é garantida pelo relacionamento colaborativo da equipa de cuidados, atendendo a pessoa e a família como parceiros em todas as fases do processo de gestão da doença incurável. Habilidades de comunicação são um pré-requisito essencial para CP de qualidade. A comunicação é de extrema importância para criar um clima de aceitação dos CP (Lourenço et al., 2021). Tanto a relação como a comunicação estão no centro dos cuidados centrados na pessoa, sendo que a literatura refere, que a comunicação pode ser usada como uma estratégia para melhorar a relação enfermeiro-pessoa (Xue & Heffernan, 2021).

Pelo que, o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais são de extrema importância para o enfermeiro especialista, para um bom desempenho das suas funções, conforme reforça o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que refere o estabelecer relação de ajuda com a pessoa, como uma das características dos cuidados de enfermagem (OE, 2015), sendo também uma das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, conforme o Regulamento n.º 429/2018.

O interesse pela área dos CP, surgiu durante o curso de licenciatura de Enfermagem, onde tive a oportunidade de realizar um estágio de opção, numa unidade de CP, que me marcou pela humanização dos cuidados e pela ligação verdadeiramente individualizada que se desenvolvia com o doente e família/cuidador, na altura fiquei muito satisfeita pela aprendizagem que desenvolvi e ficou para sempre na minha memória a experiência num ambiente onde os cuidados de enfermagem são centrados na Pessoa. Mais tarde quis aprofundar o meu conhecimento nesta área e fiz uma pós-graduação em CP, na Universidade Católica do Porto, que concluí em 2008. A nível do meu percurso profissional tive a oportunidade de trabalhar durante 11 anos numa Unidade de Dor Crónica e CP, onde tive a possibilidade de desenvolver e aprofundar alguns conhecimentos nesta área. Atualmente trabalho num serviço de cirurgia onde muitas vezes estão internadas pessoas em situação paliativa, e no decorrer da minha prática tenho sentido necessidade de ter mais conhecimentos para conseguir dar resposta às necessidades destas pessoas e respetivas famílias, pelo que achei ser pertinente a realização deste mestrado.

O presente documento está organizado em três partes. Na primeira parte é apresentada a caracterização dos contextos clínicos onde decorreu o ENP. A segunda parte corresponde à conceção de cuidados referente aos dois casos clínicos acompanhados durante o ENP, cada um referente a um contexto clínico: Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) e Unidade de Cuidados Paliativos (UCP). A terceira parte corresponde ao desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista, e ao desenvolvimento de competências específicas, em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa em contexto clínico, com a descrição das atividades realizadas.

Para a elaboração deste documento recorreu-se à metodologia descritiva, reflexiva e crítica, foi considerada a legislação que regulamenta a atribuição do grau de mestre e de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, bem como, a evidência científica mais atual.



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

A Lei de Bases dos CP, Lei n.º 52/2012 de 5 de Setembro, regula o acesso aos CP, criando a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) e designa Equipas Locais de Cuidados Paliativos. As equipas de prestação de CP, a nível local, são: as unidades de internamento de cuidados paliativos (UCP), as equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP), incluindo as equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos pediátricos (EIHSCP-Pediátricos) e as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP). Estas equipas integram, no mínimo, profissionais das áreas da medicina, enfermagem, psicologia e serviço social, todos com formação específica em CP, devendo integrar outros profissionais sempre que a complexidade dos cuidados prestados o justifique (Portaria n.º 66/2018).

### **ECSCP**

A ECSCP é uma equipa multidisciplinar, dotada de recursos específicos que pode estar integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) ou na estrutura das Unidades Locais de Saúde (ULS). Presta cuidados domiciliários de modo a garantir a permanência do doente em fim de vida no seu ambiente comunitário e familiar, desenvolve a sua atividade de forma autónoma do ponto de vista técnico, em estreita articulação com as diferentes unidades e equipas de saúde e apoio social que prestam cuidados ao doente, depende do Conselho Clínico e de Saúde do ACES onde se encontra integrada. Poderão, ainda, vir a ser previstas ECSCP integradas em unidades do setor social ou privado. Nas situações em que os ACES não possuem capacidade para constituir uma ECSCP e até que a mesma se venha a constituir, a equipa de CP do hospital de referência do ACES pode prestar CP domiciliários em estreita articulação com os profissionais desses ACES, incluindo as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) (Portaria n.º 66/2018).

Esta mesma portaria, Portaria n.º 66/2018, define que a ECSCP assegura, designadamente: cuidados médicos e de enfermagem permanentes; intervenção psicológica; intervenção e apoio social; apoio e intervenção no luto; intervenção espiritual; apoio e aconselhamento diferenciado, em CP, às unidades de cuidados de saúde primários, às unidades e equipas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e a outras instituições onde o doente resida; tratamentos e intervenções paliativas a doentes complexos, de acordo com o nível de diferenciação da equipa; prevenção da, e intervenção na, exaustão emocional dos profissionais de saúde; gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os recursos e os níveis de saúde e sociais; formação em CP. Para o acompanhamento de doentes em idade pediátrica, a ECSCP deve articular-se com a EIHSCP-Pediátrica que referenciou o doente ou a da instituição

hospitalar de referência da sua área de intervenção.

A ECSCP onde se realizou o primeiro momento de estágio está integrada numa ULS, englobando num único centro de gestão, Hospital e ACES, o que facilita a criação de um modelo de cuidados com uma efetiva articulação entre cuidados de saúde primários e hospitalares e, conseqüentemente, uma melhor acessibilidade e resposta às necessidades dos utentes.

A ECSCP é uma das vertentes assistenciais da Equipa de Cuidados Paliativos (ECP) desta ULS, que foi criada em 2008. Trata-se de uma equipa multidisciplinar, integrando quatro médicos, três deles a tempo parcial, seis enfermeiros: quatro no ACES e dois no Hospital, e com apoio de outros profissionais de saúde, nomeadamente dois psicólogos, um deles a tempo parcial, dois assistentes sociais, uma delas a tempo parcial e uma assistente técnica administrativa, partilhada com a Equipa de Gestão de Altas.

A sua área de influência dá resposta a um total de cerca de 173000 utentes. É uma equipa transversal à ULS, exercendo atividade quer no hospital, quer no ACES e comunidade. Tem uma coordenação única e responsáveis da área médica e enfermagem. O horário de funcionamento é de segunda a sexta feira, no hospital das 8h às 16h, e na comunidade das 8h às 15h ou das 14h às 20h, consoante o horário do enfermeiro.

Relativamente à formação da equipa de enfermagem, um elemento é especialista em Enfermagem de Reabilitação, um elemento é especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, e quatro elementos têm formação avançada em CP (dois com mestrado e dois com pós-graduação). Com a reorganização das especialidades da carreira de Enfermagem e o surgimento da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, alguns elementos da equipa de enfermagem encontram-se no processo de pedido de certificação individual de competências à OE.

A ECP tem como áreas de trabalho:

- ESIHCP: após referenciação médica, efetua consultoria a doentes internados, intervenções em Hospital de dia e dispõe de gabinete para consulta aberta médica e de enfermagem. A consultoria ao Serviço de Urgência é efetuada a doentes já com seguimento prévio pela equipa.
- Consulta Externa Hospitalar de CP: onde são observados doentes referenciados do internamento, da consulta de Grupo Oncológico e do Serviço de Urgência.
- ECSCP: articulando com as equipas assistenciais, através da integração dos enfermeiros da ECP em equipas de cuidados do centro de saúde, nomeadamente, Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e ECCI, prestam apoio domiciliário após referenciação pelo médico assistente, após internamento hospitalar ou por referenciação de outras ECP.
- Apoio telefónico: funciona das 9h às 16h, nos dias úteis, através da disponibilização do número do secretariado da ECP, sendo o contato encaminhado para um enfermeiro ou médico da

equipa. Os doentes e família em seguimento domiciliário dispõem do número de telefone do enfermeiro da ECSCP.

Além destas atividades, assegura também:

- Articulação com o hospital e/ou RNCP quando necessário o internamento.
- Realização de reunião semanal interdisciplinar com discussão dos casos clínicos dos doentes em seguimento.
- Programação de ações de formação básicas em CP.
- Participação em estudos clínicos.
- Disponibilidade de estágios práticos em CP.

De salientar que as funções definidas para a equipa de enfermagem passam por identificar as necessidades de saúde do doente e competências da família/cuidador; estabelecer relação com o doente e família/cuidador de modo a ser o elo de ligação privilegiado para assegurar a prestação de cuidados; elaborar um plano de cuidados para o doente e família/cuidador adaptado ao local de permanência, estar atento a sintomas de exaustão da família/cuidador; ser o elo de ligação para a continuidade de cuidados entre hospital-domicílio, devendo ser o consultor do enfermeiro de família.

Os médicos da ECP exercem a sua atividade alternadamente no Hospital e na Comunidade. A equipa de enfermagem está distribuída da seguinte forma: dois elementos a exercer a sua atividade a nível hospitalar, e quatro elementos distribuídos pelos ACES, cada um alocado a uma UCC diferente. O número máximo de doentes e família/cuidador em seguimento domiciliário em cada UCC é de 15.

<b>Patologias</b>	<b>Nº de doentes</b>
Neoplasia do Pulmão	5
Neoplasia da Mama	1
Neoplasia do Cólon	1
Neoplasia da Vagina	1
Neoplasia Urotelial	1
Neoplasia Gástrica	1
Fibrose Pulmonar	1
Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	2
Demência	3
Esclerose Múltipla	1
Artrite Reumatoide	1

Quadro 1 - Número de doentes por patologia ECSCP.

Conforme o Quadro 1, foi possível acompanhar 18 doentes e família/cuidador durante o ENP na

ECSCP, com predomínio de patologias oncológicas e a maioria para controlo sintomático, quatro destes doentes faleceram no decorrer do ENP. O ambiente de prestação de cuidados da ECSCP é muito diferente do ambiente hospitalar, uma vez que o espaço de cuidados ocorre no domicílio da pessoa em situação paliativa, acompanhada pela família/cuidador, muitas vezes os principais aliados de cuidados à pessoa. Através da avaliação das necessidades únicas da pessoa e família/cuidador, estabelece-se um plano terapêutico personalizado, com o intuito de se conseguir o controlo sintomático e suporte emocional.

A informação e a comunicação, são elementos chave do processo terapêutico, para qual é necessária uma prática assente em princípios universalmente aceites, tais como o do doente não ser ignorado sobre o que se passa consigo e, frequentemente, estar perante uma ambiguidade de querer ou não saber o que se passa consigo; a comunicação é sempre multidirecional pessoa-família-equipa, e deve respeitar a iniciativa do doente quanto ao ritmo, ao interlocutor, ao grau e tipo de informação a obter; nunca mentir mas também não impor a verdade deixando sempre aberta a esperança realista; compreensão dos fenómenos que acompanham as fases de adaptação emocional à doença, às perdas e à morte; compreensão das dificuldades dos profissionais e da família; utilização de metodologias adequadas; espaço e tempo apropriados e sempre associado a efetivo controlo sintomático e respeito por compromissos (Capelas & Neto, 2006).

No decorrer do ENP, esta situação de ambiguidade sentida pela pessoa em situação paliativa esteve muitas vezes presente, a relação com a pessoa, através do conhecimento que se vai adquirindo sobre a mesma, e a forma como esta está a vivenciar a sua situação de doença, orienta a melhor abordagem a ter, no sentido de proporcionar o melhor apoio possível.

A visita da ECSCP era recebida com muita satisfação, pela pessoa e família/cuidador, apesar da situação complexa que a pessoa e família estavam a vivenciar, o apoio, a disponibilidade e a presença que a equipa lhes proporcionava era muito valorizado por todos, aliado à experiência profissional na gestão de situações complexas, que fomentava um ambiente de segurança tanto para a pessoa como para a família/cuidador.

## **UCP**

Segundo a Portaria n.º 66/2018, que regula: a caracterização dos serviços; a admissão nas equipas locais; as condições e os requisitos de construção e a segurança das instalações de CP, a UCP é um serviço específico de tratamento em regime de internamento para doentes que necessitam de CP diferenciados e multidisciplinares, nomeadamente em situação clínica aguda complexa. Deve estar integrada num hospital ou noutra unidade de saúde do setor público, social ou privado. As UCP podem diferenciar-se em função de patologias específicas, nomeadamente na área das doenças oncológicas, neurológicas rapidamente progressivas, da infeção VIH/SIDA e na área pediátrica, ou podem diferenciar-se ainda, em razão do desenvolvimento de atividades de docência e de investigação, devendo neste caso estar

sediadas em hospitais centrais ou universitários.

A UCP deve assegurar, designadamente: cuidados médicos e de enfermagem permanentes; intervenção psicológica para doentes, familiares e profissionais; intervenção e apoio social; apoio e intervenção no luto; intervenção espiritual; exames complementares de diagnóstico; prescrição e administração de fármacos que constem do Formulário Nacional de Medicamentos, no respeito pelas normas de orientação clínica da Direção-Geral da Saúde; higiene, conforto e alimentação; convívio e lazer; formação em CP; assessoria na área dos CP a profissionais de saúde, designadamente dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados, da respetiva área de influência da instituição de saúde onde a UCP se encontra integrada (Portaria n.º 66/2018).

A UCP onde se realizou o segundo momento de estágio, surgiu em 2014, num hospital do norte do país, integrada no Centro de Oncologia, do mesmo hospital, com uma equipa multidisciplinar especializada com formação e prática em CP. O Centro Integrado de Oncologia e CP, presta cuidados em ambulatório, consulta de CP e assistência em Hospital de Dia de Oncologia, internamento e cuidados domiciliários, com apoio da equipa médica do internamento de CP, disponível 24h.

A UCP está integrada no serviço de cirurgia do hospital e o número de quartos destinados ao internamento de doentes em CP não se encontra definido, sendo atribuídas vagas de acordo com as necessidades. É formada por uma equipa multidisciplinar: constituída por duas médicas de medicina interna e dois médicos de oncologia, todos com formação avançada em CP; oito enfermeiros (um tem especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica, dois com mestrado em CP e cinco com pós-graduação em CP); assistentes operacionais; um nutricionista; um psicólogo a tempo parcial e um assistente espiritual. A equipa médica está presente diariamente no internamento, incluindo fim de semana.

Os enfermeiros trabalham pelo método de trabalho individual, no que diz respeito à distribuição dos doentes, sendo responsáveis pelos cuidados prestados ao doente durante o turno, no entanto os cuidados são prestados em colaboração com o assistente operacional, e as decisões são discutidas e decididas em equipa diariamente. O horário da equipa de enfermagem, e assistentes operacionais funciona por turnos rotativos de seis horas e meia ou doze horas e meia. A gestão do serviço é realizada pelo enfermeiro chefe em parceria com os elementos da equipa.

A equipa reúne-se semanalmente, para discussão da situação clínica dos doentes em seguimento, partilha de dificuldades e preocupações referentes aos doentes internados. Os doentes podem ser referenciados de outros serviços de internamento, consulta externa, do serviço de urgência, do hospital de dia, transferência de outros hospitais, ou a pedido dos doentes ou família, sendo que a admissão pode ser feita a qualquer hora do dia. A medicação é assegurada pelos serviços farmacêuticos, através do sistema de unidose.

Relativamente aos recursos físicos e materiais, as unidades de internamento são quartos individuais com casa de banho, cama, mesa de cabeceira, sofá-cama, cadeirão, mesa e cadeira, roupeiro, televisão e telefone. Todas as unidades estão equipadas com ar condicionado e têm janelas para o exterior, algumas com vista para o mar, algo que é muito apreciado pelos doentes internados.

É permitido o acompanhamento de familiares/cuidadores 24 horas por dia. A visita de animais de companhia é permitida, mediante autorização prévia, se for da vontade do doente, e o seu estado o permitir. Além disso, há a possibilidade do doente sair do internamento por algumas horas, caso seja o seu desejo, tenha apoio da família/cuidador e a sua condição clínica o permitir.

Esta equipa participa em atividades de melhoria contínua, como ações de formação básicas em CP, participação em projetos de investigação, no entanto no período de ENP não existia nenhum projeto de investigação em curso, e a orientação de alunos para realização de estágios no contexto de CP.

<b>Patologias</b>	<b>Nº de doentes</b>
Neoplasia do Pulmão	4
Neoplasia da Mama	3
Neoplasia do Cólon	1
Neoplasia do Ovário	1
Neoplasia do Reto	4
Neoplasia do Pâncreas	1
Neoplasia Sarcomatóide da região etmoide	1
Neoplasia Gástrica	2
Neoplasia Urotelial	1
Glioblastoma	1
Leucemia	1
Demência	1

Quadro 2 - Número de doentes por patologia UCP.

Durante o ENP na UCP o número de doentes internados variou entre cinco a oito doentes por turno. A principal causa de internamento foi o controlo sintomático, a maioria teve alta para o domicílio após o controlo de sintomas e seis destes doentes faleceram na UCP. De acordo com o Quadro 2, foi possível assistir 21 doentes e família/cuidador, com grande predomínio de patologias oncológicas.

A equipa de enfermagem tem características que evidenciam profissionalismo e um perfil adequado aos CP, tais como, dinamismo, dedicação e disponibilidade para com todos os doentes e família/cuidador, tem uma abordagem centrada na pessoa, identificando e avaliando sistematicamente as necessidades do doente e família/cuidador e preconizando uma

intervenção individualizada e humanizada, com o intuito do controlo sintomático, alívio do sofrimento e promoção do bem-estar. Foi possível observar a riqueza das interações enfermeiro-pessoa em situação paliativa e respetiva família, que se criam nesta unidade, fomentando momentos de partilha e conexão, que marcam a experiência humana de todos, do enfermeiro pela aprendizagem, evolução pessoal e satisfação profissional, e da pessoa em situação paliativa e família, pelo apoio, alívio e conforto que estes momentos proporcionam.

A grandeza destes momentos traduzem-se em pequenos gestos e atitudes que marcam a diferença no dia-a-dia da pessoa em situação paliativa, que pode ir desde um momento de cuidados de higiene com pleno respeito pela vontade da pessoa, fomentado o seu potencial de independência, sendo a pessoa que controla e decide toda a dinâmica dos cuidados, até à organização de um almoço de aniversário no exterior do hospital, uma vez que a saída dos doentes é possível durante o internamento, como já foi referido.

Apesar da relação/comunicação enfermeiro-pessoa em situação paliativa, não ser ainda alvo de registo por parte dos enfermeiros, é no entanto muito partilhada e valorizada no momento da passagem de turno, pela partilha de informação e de emoções que envolvem estas interações. A passagem de turno, abre espaço para a reflexão e análise dos planos de cuidados definidos, para cada doente e família/cuidador, e a sua adequação às necessidades destes.



### 3. CASO CLÍNICO - ECSCP

O Sr. A. J. de 70 anos, consciente e orientado no tempo e no espaço. Engenheiro eletrotécnico, reformado. Casado, vive com a esposa, e um filho de 44 anos (filho único), que assume o papel de cuidador. É-lhe diagnosticado um Adenocarcinoma do pulmão em 2021, tendo realizado lobectomia direita e quimioterapia. Em Julho de 2023 por dor não controlada é internado, apresenta progressão da doença com metastização óssea na região sacroilíaca direita e esquerda, pelo que realizou radioterapia antiálgica. No entanto continua a referir dor na região da anca esquerda com características neuropáticas, que condiciona a tolerância à atividade. Conseguiu-se controlo da dor com perfusão de morfina por via subcutânea (SC). Em Setembro de 2023 tem alta do internamento e é encaminhado para acompanhamento pela ECSCP, para administração de perfusão contínua de morfina SC e controlo sintomático.

#### 3.1. Enquadramento teórico

##### **Cancro do pulmão**

Segundo os últimos dados do Observatório Global do Cancro, em Portugal, no ano de 2022, o cancro do pulmão teve uma incidência de 23,9% de novos casos, ocupando o 4º lugar do tipo de cancro com maior incidência, e foi responsável por 18,5% das mortes, ocupando assim, o 1º lugar da causa de morte por doença oncológica. A nível mundial é o cancro com maior incidência e o responsável por mais mortes, dentro das doenças neoplásicas (WHO, 2022).

O cancro do pulmão é responsável por um elevado número de óbitos em Portugal e noutros países. A taxa de incidência anual também tem vindo a crescer a nível global, motivo pelo que é hoje considerado uma epidemia. Para este aumento concorrem fatores como o envelhecimento da população e modificações nos estilos de vida (Murinello & Capelas, 2018).

Os sintomas desta patologia podem incluir tosse, dor ou desconforto torácico, perda ponderal e, mais raramente, hemoptises, mas muitos doentes apresentam doença metastática sem nenhum sintoma clínico. Nos estadios mais avançados da doença, a fadiga e a diminuição da força muscular são frequentes. O diagnóstico é tipicamente feito por radiografia de tórax ou por tomografia computadorizada e confirmado por biópsia. Os tratamentos mais utilizados são a cirurgia, quimioterapia, radioterapia e imunoterapia (Monahan et al., 2010).

A principal causa do cancro de pulmão, responsável por cerca de 85% dos casos, é o tabagismo.

Outros fatores de risco confirmados ou possíveis incluem poluição atmosférica e a exposição a agentes cancerígenos. As pessoas com outras doenças pulmonares como, tuberculose, doença pulmonar obstrutiva crónica ou fibrose pulmonar, têm mais suscetibilidade de desenvolver este tipo de neoplasia. Em alguns doentes o cancro de pulmão, manifesta-se devido a fatores genéticos, tais como mutações secundárias ou adicionais nos genes que estimulam o crescimento celular, ou causam anormalidades na sinalização de recetores de fator de crescimento (Keith, 2023).

Mais de 90% da totalidade de cancros do pulmão dividem-se em quatro principais tipos histológicos: adenocarcinoma, carcinoma de grandes células, carcinoma de células escamosas e carcinoma de pequenas células do pulmão (CPCP). A classificação do CPCP, consiste em dois estadios: limitado, indicando um tumor confinado, e extenso, indicando metástases. O Sistema Internacional de Classificação por Estadios TNM (Tumor, Gânglio (Node em Inglês), Metástase) para o cancro do pulmão é usado para o carcinoma de não-pequenas células do pulmão (CNPCP). O cancro do pulmão pode metastizar para estruturas próximas, como os gânglios linfáticos pré-escalenos, paredes do esófago e pericárdio, ou para áreas distantes como o cérebro, fígado, rins, glândulas supra-renais e esqueleto (Monahan et al., 2010).

O CPCP está presente em cerca de 15% dos casos e o CNPCP em cerca de 85% dos casos. O CPCP é altamente invasivo e ocorre maioritariamente em fumadores. Ele cresce rapidamente e cerca de 80% dos doentes têm doença metastática no momento do diagnóstico. O comportamento clínico do CNPCP é mais variável e depende do tipo histológico, mas cerca de 40% dos pacientes terão doença metastática fora do tórax no momento do diagnóstico. Para o CPCP, o prognóstico geralmente é limitado, o tempo de sobrevida médio para a doença em estadio limitado é de 20 meses, com uma taxa de sobrevida em 5 anos de 20%. Os doentes com CPCP extenso têm pior prognóstico, com índice de sobrevida em 5 anos < 1%. Para o CNPCP, a taxa de sobrevida em 5 anos varia de acordo com o estadio, de 8 a 92% para os doentes com estadio I, e 0 a 10% para aqueles com doença no estadio IV. Em média, os doentes com CNPCP metastático não tratados sobrevivem 6 meses, ao passo que a média de sobrevida para os doentes tratados é de cerca de 9 meses (Monahan et al., 2010; Keith, 2023).

No caso clínico apresentado houve uma evolução da doença ao longo de cerca de 2 anos, desde o diagnóstico até ao surgimento de metastização óssea. Cerca de 30-40% dos doentes com CNPCP desenvolvem metastização óssea, que podem ser a causa de dor intensa e fraturas patológicas (Planchard et al., 2018). Apesar dos tratamentos realizados a doença continuou a evoluir e o aparecimento de sintomas de difícil controlo, como a dor, foram o motivo para o encaminhamento do doente para a ECSCP.

## 3.2. Clientes

### Cliente

Adulto | Idade: 70 anos | Masculino

### Cuidador

25-09-2023 08:00

25-09-2023 08:00 - Parentesco: filha / filho.

25-09-2023 08:00 - Coabita com a pessoa dependente.

25-09-2023 08:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

25-09-2023 08:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

25-09-2023 08:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

25-09-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para alimentar através de sonda gástrica: suficiente para assegurar na totalidade.

25-09-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no andar: suficiente para assegurar na totalidade.

25-09-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se

25-09-2023 08:00 - suficiente para assegurar na totalidade.

25-09-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para dar banho

25-09-2023 08:00 - suficiente para assegurar na totalidade.

25-09-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para deslocar cliente em cadeira de rodas: suficiente para assegurar na totalidade.

25-09-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para posicionar

25-09-2023 08:00 - suficiente para assegurar na totalidade.

25-09-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para transferir

25-09-2023 08:00 - suficiente para assegurar na totalidade.

25-09-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar na totalidade.

23-10-2023 08:00

23-10-2023 08:00 - Parentesco: filha / filho.

23-10-2023 08:00 - Coabita com a pessoa dependente.

23-10-2023 08:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

23-10-2023 08:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

23-10-2023 08:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

23-10-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para alimentar através de sonda gástrica:

suficiente para assegurar na totalidade [MANTEVE].

23-10-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no andar: suficiente para assegurar na totalidade [MANTEVE].

23-10-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se

23-10-2023 08:00 - suficiente para assegurar na totalidade [MANTEVE].

23-10-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para dar banho

23-10-2023 08:00 - suficiente para assegurar na totalidade [MANTEVE].

23-10-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para deslocar cliente em cadeira de rodas: suficiente para assegurar na totalidade [MANTEVE].

23-10-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para posicionar

23-10-2023 08:00 - suficiente para assegurar na totalidade [MANTEVE].

23-10-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para transferir

23-10-2023 08:00 - suficiente para assegurar na totalidade [MANTEVE].

23-10-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para vestir/despirm: suficiente para assegurar na totalidade [MANTEVE].

### 3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-09-25 08:00:00	Morfina via sc em perfusão a 3.5mg/h - total de 84mg/dia	
2023-09-25 08:00:00	Sevredol 20mg, 1 comp. em SOS se dor, máx 4/4h	
2023-09-25 08:00:00	Gabapentina 100mg, 2 comp. ao pequeno-almoço e 2 comp. ao jantar	
2023-09-25 08:00:00	Prednisolona 10mg, 1 comp. ao pequeno-almoço	
2023-09-25 08:00:00	Pantoprazol 20mg, 1comp. em jejum	
2023-09-25 08:00:00	Sertralina 50 mg, 1 comp. ao pequeno almoço	
2023-09-25 08:00:00	Bisacodilo 10mg, supositório, 1 por dia em sos	

#### 3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

##### Morfina

A Morfina é o fármaco de primeira linha para o tratamento da dor oncológica (Pereira, 2006). Na gestão da dor, é importante avaliar o tipo de dor, localização e intensidade da mesma, antes da administração de morfina, e 1h após a administração, se se utilizar a via oral ou subcutânea, e 20 minutos após, se se utilizar a via endovenosa (EV), para se perceber a sua eficácia no controlo da dor. Além disso, é importante também monitorizar o nível de consciência, a pressão arterial, o pulso e a frequência respiratória, principalmente quando se inicia o tratamento e ainda não se conhece a resposta do doente à terapêutica, pelo risco de depressão respiratória, hipotensão e sonolência. A eliminação intestinal também deve ser monitorizada regularmente,

uma vez que a obstipação é um dos efeitos secundários mais frequentes. Para a sua prevenção o doente deve aumentar a ingestão hídrica e de fibras, bem como usar laxantes se for necessário. Nos cuidados domiciliários é importante explicar os cuidados a ter com o equipamento de perfusão e ensinar o doente e a família a recorrer á medicação prescrita de uso quando necessário (SOS) antes que a dor se intensifique, respeitando a prescrição médica (Vallerand et al., 2018).

Neste caso foi necessário recorrer a uma perfusão contínua de Morfina, administrada por via SC. Para tal recorreu-se a um Infusor Elastométrico, mais conhecido como DIB (Drug Infusion Balloon) que consiste num dispositivo descartável, provido de um depósito elastométrico, onde se insere a medicação que se pretende administrar, este sistema funciona a uma pressão interna constante e proporciona um fluxo contínuo de medicação durante o período de infusão (Pereira et al., 2003). O recurso a este sistema permite a correta administração da dose pretendida do fármaco, sem limitar a mobilidade da pessoa sujeita ao tratamento. Ainda durante o último internamento tentou-se fazer rotação da via de administração, para morfina oral, mas não foi eficaz no controlo da dor, pelo que se optou por manter a perfusão de morfina SC, que manteve um controlo eficaz da dor. Além disso, também tinha prescrito Morfina de ação rápida (Sevredol) 20mg, oral em SOS, numa fase inicial o senhor A. J. precisava de dois SOS por dia, ao longo do tempo foi precisando de menos, e no último contato já não recorria ao SOS e tinha a dor controlada.

### **Gabapentina**

Como a dor que o Sr. A. J. referia tinha características neuropáticas, como disestesias e parestesias, foi associada a Gabapentina 200mg, duas vezes dia. No contexto da dor oncológica os anticonvulsivantes, como a Gabapentina, têm sido associados a um regime regular de opioides, particularmente se a dor for intensa e existirem outros tipos simultâneos de dor como a dor óssea de origem oncológica. A Gabapentina tem sido usada como um adjuvante de primeira linha, quer a dor seja lancinante ou disestética (Pereira, 2006). A Gabapentina é utilizada para tratar a epilepsia e a dor neuropática periférica (dor de duração prolongada, provocada por lesões nos nervos), pode provocar efeitos indesejáveis como tonturas, sonolência e cansaço. Não se deve suspender subitamente a toma de Gabapentina pelo risco de efeitos de privação. Estes efeitos podem incluir convulsões, ansiedade, insónias, náuseas, dor, hipersudorese, tremores, cefaleias, depressão e tonturas (Infarmed, 2023).

### **Prednisolona**

Os corticoides, são usados como adjuvantes úteis para a dor neuropática e para a dor óssea intensa (Pereira, 2006). Neste caso optou-se pela Prednisolona 10mg, uma vez dia, preferencialmente de manhã para coincidir com o momento de secreção fisiológica do cortisol e durante a refeição para minimizar a irritação gastro intestinal. O uso de corticoides pode causar hiperglicemia, principalmente nos doentes diabéticos, pelo que é importante monitorizar a

glicemia capilar e plasmática (Vallerand et al., 2018), neste doente não se verificou alteração da glicemia. Pelo risco de tromboembolismo e tromboflebite, é necessário alertar o doente e a família para avisar a equipa de saúde, se surgir dor intensa e se surgir algum edema (Vallerand et al., 2018).

### **Pantoprazol**

Pela irritação gastro intestinal que o corticoide pode causar, tem prescrito um protetor gástrico, o Pantoprazol 20mg, em jejum, oral, este pode ser ingerido com ou sem alimentos, sem mastigar, nem esmagar, uma vez que a sua absorção só ocorre depois do comprimido ter deixado o estômago (Vallerand et al., 2018).

### **Sertralina**

A Sertralina é um antidepressivo indicado para o tratamento da depressão, pois aumenta a disponibilidade de serotonina no cérebro, um neurotransmissor responsável pela regulação do humor e bem-estar. A sertralina destaca-se como uma das opções mais utilizadas. É um medicamento antidepressivo que atua no sistema nervoso central, sendo aprovado para o tratamento de transtorno depressivo, transtorno de stress pós-traumático, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno de pânico e transtorno de ansiedade social (Vaz et al., 2022). Um dos efeitos secundários mais frequentes da Sertralina é a secura da boca, pelo que é importante informar que as lavagens frequentes da boca e o uso de pastilhas elásticas podem minimizar esse efeito lateral (Vallerand et al., 2018).

### **Bisacodilo**

Como já foi referido, um dos efeitos secundários mais comuns dos opioides é a obstipação, sendo necessário um regime de laxante regular, na maioria dos casos (Pacheco et al., 2006). O Bisacodilo é um laxante de contacto, que provoca um efeito hidragogo antiabsorção, após hidrólise no intestino grosso, estimula os movimentos peristálticos ao nível do cólon e promove a acumulação de água e eletrólitos no lúmen cólico. Isto resulta na estimulação da defecação, redução do tempo de trânsito e amolecimento das fezes. Estimulando os movimentos intestinais, os supositórios de bisacodilo facilitam o trânsito e evacuação das fezes (Vallerand et al., 2018). O uso de laxante de contacto que relaxe as contrações anulares constitui a melhor opção de tratamento (Twycross, 2001).

## **3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica**

### **Sondas, Drenos e Cateteres**

25-09-2023 08:00

**25-09-2023 08:00 - Cateter subcutâneo**

25-09-2023 08:00 - Localização do cateter subcutâneo

25-09-2023 08:00 - Abdómen

25-09-2023 08:00 - Características do dispositivo: cateter de poliuretano, 22 G.

**25-09-2023 08:00 - Assegurar funcionamento do cateter**

25-09-2023 08:00 - *Otimizar cateter subcutâneo [1 vez turno]*

**25-09-2023 08:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter**

25-09-2023 08:00 - *Avaliar evolução da administração pelo cateter subcutâneo [1 vez turno]*

23-10-2023 08:00 - Substância administrada pelo cateter subcutâneo: fármaco.

23-10-2023 08:00 - Quantidade administrada pelo cateter subcutâneo: 84 ml.

**25-09-2023 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter subcutâneo**

25-09-2023 08:00 - *Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo [1 vez turno]*

23-10-2023 08:00 - Localização do cateter subcutâneo

23-10-2023 08:00 - Abdómen

23-10-2023 08:00 - Ausência de dor.

23-10-2023 08:00 - Ausência de calor.

23-10-2023 08:00 - Ausência de rubor.

23-10-2023 08:00 - Ausência de tumefação.

23-10-2023 08:00 - Ausência de exsudado.

**25-09-2023 08:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter subcutâneo**

25-09-2023 08:00 - *Executar tratamento ao local de inserção do cateter subcutâneo [sem horário/sos]*

25-09-2023 08:00 - *Trocar cateter subcutâneo [sem horário/sos]*

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

**Cateter subcutâneo**

A hipodermóclise ou administração de terapêutica por via SC, é um método seguro e simples. A taxa de absorção de fármacos pela via SC é uniforme e lenta, no entanto pode ser variada intencionalmente, de acordo com o método utilizado: em bólus ou em perfusão contínua. A perfusão SC oferece uma série de vantagens relativamente à perfusão EV. Além da comodidade, tem poucos efeitos adversos, é menos dolorosa e de fácil utilização, tanto na manutenção quanto na manipulação, favorecendo, assim, o cuidado no domicílio (Pontalti et al., 2012).

O uso da via SC para administração de medicamentos pode ser considerado uma alternativa segura, com riscos de complicações, na sua maioria facilmente reversíveis e com baixo potencial de provocar danos ao doente (Guedes et al., 2019). Em média o cateter SC fica cerca de cinco a sete dias no mesmo sítio de punção sem apresentar manifestações inflamatórias (Pereira et al., 2021).

Segundo a literatura os opioides são os fármacos mais administrados por via SC, a sua administração é considerada segura e eficaz e com poucos efeitos adversos devido à redução das flutuações das concentrações plasmáticas, sendo considerada uma das vantagens da utilização desta via (Bartz et al., 2014).

Os locais mais indicados para inserção do cateter subcutâneo são a face externa das coxas, a região escapular, a face anterolateral do abdómen e a região torácica superior. A via SC apresenta-se como uma técnica pouco agressiva, com eficácia comprovada e com o mínimo de efeitos secundários, priorizando o conforto do doente (Silva & Santos, 2018).

### 3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
25-09-2023 08:00	Sensações somáticas	
25-09-2023 08:00	Apetite	
25-09-2023 08:00	Sistema respiratório	
25-09-2023 08:00	Eliminação intestinal	
25-09-2023 08:00	Sono	
25-09-2023 08:00	Conservação de energia	
25-09-2023 08:00	Emoção	
25-09-2023 08:00	Andar	
25-09-2023 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	

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

##### Emoção - Humor depressivo

Segundo o International Council of Nurses ([ICN], 2019) o humor depressivo é uma emoção negativa que se manifesta por sentimentos de tristeza e melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia. Os sintomas psicológicos mais presentes na pessoa com diagnóstico de cancro do pulmão são tristeza, inquietação, preocupação e insónia, todos estes sintomas são concorrentes para o diagnóstico de enfermagem - humor depressivo. Além disso, em muitas situações a pessoa perde interesse em estar com os outros e desinveste em

participar em atividades que lhe eram agradáveis, o que condiciona o seu isolamento, mesmo quando existe um bom suporte familiar e social (Bircan et al., 2020; Karakus et al., 2022). Toda esta situação, vivenciada pela pessoa, condiciona o humor depressivo.

### **Sensações somáticas - Dor**

No diagnóstico de cancro do pulmão, os sintomas físicos mais comuns são tosse, intolerância à atividade (falta de energia), dispneia, perda de peso e sudorese, embora muitos destes sintomas melhorem com o tempo, a intolerância à atividade e a dor, habitualmente persistem (Bircan et al., 2020; Karakus et al., 2022). A Dor e a Intolerância à atividade podem afetar a funcionalidade física, emocional e cognitiva, influenciando negativamente a qualidade de vida do doente (Salveti et al., 2020).

No caso clínico apresentado a dor estava associada à metastização óssea, tendo realizado radioterapia e analgesia para controlo da dor, como a literatura aconselha (Planchard et al., 2018). A metastização do cancro do pulmão para o osso é frequentemente sintomática, podendo causar dor óssea no local das metástases, devido a fosfatase alcalina sérica elevada e à hipercalemia (Siddiqui et al., 2023).

### **Conservação de energia - Intolerância à atividade**

A intolerância à atividade manifesta-se pela falta de capacidade ou energia para tolerar ou completar atividades (ICN, 2019) é frequente em doentes com cancro avançado, metastizado e sujeito a tratamentos como quimioterapia e radioterapia. Podendo ser consequência do processo de doença subjacente e/ou um efeito do tratamento. Também pode estar relacionada com outras comorbilidades, como anemia, dor, depressão, insónia e défice nutricional (Escalante, 2023; Nascimento, 2006; National Health Service [NHS], 2019b). A intolerância à atividade associada ao cancro é um sintoma que pode ocorrer em 90% dos casos, a complexidade e a sua elevada incidência nestes doentes obriga a uma identificação correta da situação e uma abordagem compreensiva do doente. Frequentemente precede o diagnóstico, ou pode ser uma das principais manifestações e pode estar presente durante todo o curso da doença. A intolerância à atividade relacionada com o cancro pode ter pelo menos três dimensões: sensação física, com redução da capacidade para realizar atividades, sensação afetiva, com diminuição do nível de energia e humor depressivo, e sensação cognitiva, com diminuição da capacidade de concentração e perturbação da memória (Nascimento, 2008). O uso de corticoides pode melhorar a sensação de bem-estar (Nascimento, 2008; NHS, 2019b) e os antidepressivos também podem ter um efeito benéfico no controlo deste sintoma (Nascimento, 2008).

### 3.6. Conceção de Cuidados

#### Sensações somáticas

25-09-2023 08:00

25-09-2023 08:00 - Manifesta dor.

#### **25-09-2023 08:00 - Dor**

25-09-2023 08:00 - Localização da dor

25-09-2023 08:00 - Anca Esquerda(o)

25-09-2023 08:00 - Intensidade da dor - 3.

25-09-2023 08:00 - frequência da dor - intermitente.

25-09-2023 08:00 - duração da dor - crónica.

25-09-2023 08:00 - dor de tipo - moedeira.

#### **25-09-2023 08:00 - Determinar evolução da dor**

25-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da dor [1 vez turno]

23-10-2023 08:00 - Localização da dor

23-10-2023 08:00 - Anca Esquerda(o)

23-10-2023 08:00 - Intensidade da dor - sem dor.

#### **25-09-2023 08:00 - Diminuir dor**

25-09-2023 08:00 - Gerir analgesia [sem horário]

#### **25-09-2023 08:00 - Promover autocontrolo: dor**

25-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

25-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente: facilitador.

25-09-2023 08:00 - Capacidade para autocontrolar analgesia: facilitadora.

25-09-2023 08:00 - Autoeficácia para autocontrolar a analgesia: facilitadora.

25-09-2023 08:00 - Significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor: não dificultador.

#### **25-09-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 23-10-2023 08:00**

25-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [1 vez turno] [FIM] 23-10-2023 08:00

23-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: facilitador [MELHOROU].

25-09-2023 08:00 - Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [sem horário] [FIM] 23-10-2023 08:00

25-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da dor [1 vez turno]

23-10-2023 08:00 - Adota comportamentos de autocontrolo da dor.

23-10-2023 08:00 - Refere satisfação com o autocontrolo da dor.

#### **25-09-2023 08:00 - Promover papel do cuidador: gestão da dor**

25-09-2023 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente

usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**25-09-2023 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas**

[RESOLVIDO] 23-10-2023 08:00

25-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [1 vez turno] [FIM]

23-10-2023 08:00

23-10-2023 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas: facilitador [MELHOROU].

25-09-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor [sem horário] [FIM] 23-10-2023 08:00

25-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da dor [1 vez turno]

**Apetite**

25-09-2023 08:00

25-09-2023 08:00 - Ingeriu a totalidade das refeições.

25-09-2023 08:00 - Apetite conservado.

25-09-2023 08:00 - Paladar conservado.

**25-09-2023 08:00 - Determinar evolução da ingestão de alimentos às refeições**

25-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições [1 vez turno]

23-10-2023 08:00 - Ingeriu a totalidade das refeições.

**Sistema respiratório**

25-09-2023 08:00

25-09-2023 08:00 - Frequência respiratória: 18 ciclos/min.

25-09-2023 08:00 - Ritmo respiratório regular.

25-09-2023 08:00 - Movimento respiratório simétrico.

25-09-2023 08:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

25-09-2023 08:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

25-09-2023 08:00 - Sem adejo nasal.

25-09-2023 08:00 - Saturação do oxigênio no sangue

25-09-2023 08:00 - Periférico(a): 96 %.

25-09-2023 08:00 - Coloração da mucosa: rosada.

25-09-2023 08:00 - Não comunica falta de ar.

**25-09-2023 08:00 - Determinar evolução da ventilação**

25-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da ventilação [1 vez turno]

23-10-2023 08:00 - Frequência respiratória: 17 ciclos/min.

23-10-2023 08:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

23-10-2023 08:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

23-10-2023 08:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

23-10-2023 08:00 - Saturação do oxigênio no sangue

23-10-2023 08:00 - Periférico(a): 96 %.

23-10-2023 08:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

23-10-2023 08:00 - Coloração da mucosa: rosada.

### **Eliminação intestinal**

25-09-2023 08:00

25-09-2023 08:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

25-09-2023 08:00 - Presença de massa palpável de fezes no reto.

25-09-2023 08:00 - Sem sensação de urgência para defecação.

25-09-2023 08:00 - Expulsão controlada de fezes.

### **25-09-2023 08:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal**

*25-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [1 vez turno]*

23-10-2023 08:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [MANTEVE].

23-10-2023 08:00 - Ausência de massa palpável de fezes no reto [MELHOROU].

23-10-2023 08:00 - Sem sensação de urgência para defecação [MANTEVE].

23-10-2023 08:00 - Expulsão controlada de fezes [MANTEVE].

### **25-09-2023 08:00 - Impactação fecal [RESOLVIDO] 23-10-2023 08:00**

**25-09-2023 08:00 - Determinar evolução da impactação fecal [FIM] 23-10-2023 08:00**

*25-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da impactação fecal [1 vez turno] [FIM]*

23-10-2023 08:00

*25-09-2023 08:00 - Referenciar impactação fecal ao médico [sem horário/sos] [FIM] 23-10-2023 08:00*

**25-09-2023 08:00 - Promover eliminação intestinal [FIM] 23-10-2023 08:00**

*25-09-2023 08:00 - Remover fecaloma [sem horário] [FIM] 23-10-2023 08:00*

**25-09-2023 08:00 - Promover autogestão: impactação fecal [FIM] 23-10-2023 08:00**

25-09-2023 08:00 - Capacidade para remover fecaloma: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**25-09-2023 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para remover fecaloma [RESOLVIDO] 23-10-2023 08:00**

*25-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para remover fecaloma [1 vez turno] [FIM] 23-10-2023 08:00*

*25-09-2023 08:00 - Instruir a remover fecaloma [sem horário] [FIM]*

23-10-2023 08:00

*25-09-2023 08:00 - Treinar a remover fecaloma [sem horário] [FIM]*

23-10-2023 08:00

*25-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da autogestão da impactação fecal [1 vez turno] [FIM] 23-10-2023 08:00*

23-10-2023 08:00 - Adota comportamentos de autogestão da impactação fecal.

23-10-2023 08:00 - Refere satisfação com a autogestão da impactação fecal.

*25-09-2023 08:00 - Ensinar sobre autogestão da impactação fecal. [sem horário] [FIM] 23-10-2023 08:00*

**25-09-2023 08:00 - Promover papel do cuidador: gestão da impactação fecal [FIM] 23-10-2023 08:00**

25-09-2023 08:00 - Capacidade do cuidador para remover fecaloma: facilitadora.

### **Sono**

25-09-2023 08:00

25-09-2023 08:00 - Dormiu por períodos longos.

25-09-2023 08:00 - Sono reparador.

25-09-2023 08:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 7 Hora.

25-09-2023 08:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 1 Hora.

#### **25-09-2023 08:00 - Determinar evolução do sono**

*25-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do sono [1 vez turno]*

23-10-2023 08:00 - Dormiu por períodos longos.

23-10-2023 08:00 - Sono reparador [MANTEVE].

23-10-2023 08:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 7 Hora.

23-10-2023 08:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 1 Hora.

### **Conservação de energia**

25-09-2023 08:00

25-09-2023 08:00 - Comunica cansaço para grandes esforços e recuperação da energia com o repouso.

#### **25-09-2023 08:00 - Intolerância à atividade**

##### **25-09-2023 08:00 - Determinar evolução da intolerância à atividade**

*25-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da tolerância à atividade [1 vez turno]*

23-10-2023 08:00 - Comunica cansaço para grandes esforços e recuperação da energia com o repouso [MANTEVE].

##### **25-09-2023 08:00 - Promover autogestão: atividade/repouso**

25-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

25-09-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

##### **25-09-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre conservação da energia [RESOLVIDO] 23-10-2023 08:00**

*25-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre conservação da energia [1 vez turno] [FIM] 23-10-2023 08:00*

23-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: facilitador [MELHOROU].

*25-09-2023 08:00 - Ensinar sobre conservação de energia [sem horário] [FIM] 23-10-2023 08:00*

*25-09-2023 08:00 - Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade/repouso [sem horário] [FIM] 23-10-2023 08:00*

*25-09-2023 08:00 - Ensinar sobre vigilância da resposta física à atividade [sem horário] [FIM] 23-10-2023 08:00*

##### **25-09-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia**

[RESOLVIDO] 23-10-2023 08:00

*25-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a*

*gestão da atividade/repouso e a conservação de energia [1 vez turno] [FIM]*

23-10-2023 08:00

23-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: facilitadora [MELHOROU].

25-09-2023 08:00 - *Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [sem horário] [FIM]* 23-10-2023 08:00

25-09-2023 08:00 - *Analisar com o cliente a relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia [sem horário] [FIM]* 23-10-2023 08:00

25-09-2023 08:00 - *Avaliar evolução da autogestão da atividade/repouso [1 vez turno]*

23-10-2023 08:00 - Adota comportamentos de autogestão da atividade/repouso.

23-10-2023 08:00 - Refere satisfação com a autogestão da atividade/repouso.

### **25-09-2023 08:00 - Promover papel do cuidador: gestão da atividade**

25-09-2023 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre conservação de energia: facilitador.

### **Emoção**

25-09-2023 08:00

25-09-2023 08:00 - Com indícios de humor depressivo.

25-09-2023 08:00 - Sem indícios de euforia.

25-09-2023 08:00 - Não verbaliza ansiedade.

25-09-2023 08:00 - Sem manifestação de inquietação.

25-09-2023 08:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

25-09-2023 08:00 - Sem manifestação de pânico .

### **25-09-2023 08:00 - Humor depressivo**

25-09-2023 08:00 - Tristeza persistente (há mais de uma semana), Diminuição acentuada de interesse e prazer nas atividades, Dificuldade na concentração.

### **25-09-2023 08:00 - Determinar evolução do humor**

25-09-2023 08:00 - *Avaliar evolução do humor depressivo [1 vez turno]*

23-10-2023 08:00 - Com indícios de humor depressivo [MANTEVE].

23-10-2023 08:00 - Diminuição acentuada de interesse e prazer nas atividades, Dificuldade na concentração [MELHOROU].

25-09-2023 08:00 - *Referenciar humor depressivo ao médico [sem horário/sos]*

### **25-09-2023 08:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o humor**

25-09-2023 08:00 - *Executar escuta ativa [sem horário]*

### **25-09-2023 08:00 - Promover autocontrolo: humor**

25-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre humor depressivo: facilitador.

25-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

25-09-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o

momento próprio para intervir.

25-09-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre a medicação e o equilíbrio de humor: facilitadora.

25-09-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o sono e o equilíbrio de humor: facilitadora.

25-09-2023 08:00 - Consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

25-09-2023 08:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

**25-09-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor** [RESOLVIDO] 23-10-2023 08:00

*25-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor [1 vez turno] [FIM] 23-10-2023 08:00*

*23-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor: facilitador [MELHOROU].*

*25-09-2023 08:00 - Assistir o cliente no treino do autocontrolo das emoções [sem horário] [FIM] 23-10-2023 08:00*

*25-09-2023 08:00 - Ensinar sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor [sem horário] [FIM] 23-10-2023 08:00*

**25-09-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor** [RESOLVIDO]

23-10-2023 08:00

*25-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor [1 vez turno] [FIM] 23-10-2023 08:00*

*23-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor: facilitadora [MELHOROU].*

*25-09-2023 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [sem horário] [FIM] 23-10-2023 08:00*

*25-09-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e equilíbrio de humor [sem horário] [FIM] 23-10-2023 08:00*

**25-09-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo** [RESOLVIDO] 23-10-2023 08:00

*25-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo [1 vez turno] [FIM] 23-10-2023 08:00*

*23-10-2023 08:00 - Consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo: facilitadora [MELHOROU].*

*25-09-2023 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [sem horário] [FIM] 23-10-2023 08:00*

*25-09-2023 08:00 - Analisar com o cliente os fatores concorrentes para o humor depressivo [sem horário] [FIM] 23-10-2023 08:00*

25-09-2023 08:00 - *Avaliar evolução do autocontrolo do humor [1 vez turno]*

23-10-2023 08:00 - Adota parcialmente comportamentos de autocontrolo do humor.

23-10-2023 08:00 - Refere satisfação com o autocontrolo do humor.

### **25-09-2023 08:00 - Promover papel do cuidador: gestão do humor**

25-09-2023 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre humor depressivo: facilitador.

25-09-2023 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor: . necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

25-09-2023 08:00 - Consciencialização do cuidador sobre a relação entre a medicação e o equilíbrio de humor: facilitadora.

25-09-2023 08:00 - Consciencialização do cuidador sobre a relação entre o sono e o equilíbrio de humor: facilitadora.

25-09-2023 08:00 - Significado atribuído pelo cuidador ao regime medicamentoso: não dificultador.

### **25-09-2023 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor [RESOLVIDO]**

23-10-2023 08:00

25-09-2023 08:00 - *Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor [1 vez turno] [FIM]* 23-10-2023 08:00

23-10-2023 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor: : facilitador [MELHOROU].

25-09-2023 08:00 - *Ensinar cuidador sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor [sem horário] [FIM]* 23-10-2023 08:00

25-09-2023 08:00 - *Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do humor [1 vez turno]*

23-10-2023 08:00 - O cuidador adota comportamentos de gestão do humor.

### **Andar**

25-09-2023 08:00

25-09-2023 08:00 - Capaz de mover-se através da marcha

25-09-2023 08:00 - marcha sem limitações.

## **3.7. Especificação das intervenções**

Ensinar sobre conservação de energia

- Ensinar exercício respiratório: expiração e inspiração profunda e lenta.
- Incentivar a pessoa para escolher o período do dia em que se sente com mais energia para realizar as atividades.

Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade/repouso

- Incentivar a pessoa a adotar períodos de repouso após a realização de atividades.

- Explicar à pessoa para realizar as atividades de forma faseada, intercalando com períodos de repouso.

Ensinar sobre vigilância da resposta física à atividade

- Perceber quais as atividades que causam mais sensação de cansaço.
- Analisar em que altura do dia o cansaço é mais intenso.

Analisar com o cliente a relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia

- Explicar à pessoa o efeito positivo do repouso e da gestão da atividade na conservação de energia.
- Perceber se a pessoa adota períodos de repouso, e que efeito tem na sensação de cansaço.

Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

- Ensinar sobre posicionamento antiálgico.
- Incentivar a realização de técnicas de distração, com recurso a música, televisão.

Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor

- Ensinar sobre posicionamento antiálgico.
- Ensinar técnica de distração (com recurso a música, televisão, diálogo).

Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e equilíbrio de humor

- Rever com a pessoa as conquistas do presente e que efeito têm no seu humor.
- Incentivar a atitude otimista e realista.

Assistir o cliente no treino do autocontrolo das emoções

- Mostrar disponibilidade através de presença e atitude genuína de interesse.
- Incentivar a pessoa a expressar as suas emoções de forma saudável.
- Aconselhar a pessoa a não ser excessivamente autocrítica.
- Incentivar a pessoa a não reprimir o que sente.

Executar escuta ativa

- Demonstrar uma atitude de disponibilidade e interesse, procurando ouvir as preocupações da pessoa.
- Permitir que a pessoa expresse os seus sentimentos, se assim o desejar.
- Manter contacto visual, falar com tom calmo, gentil e relaxado.

Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

- Planear com a pessoa atividades que permitam a consciencialização.

Analisar com o cliente os fatores concorrentes para o humor depressivo

- Explicar a importância de manter um sono reparador e uma alimentação adequada.
- Incentivar a pessoa a não se isolar.
- Incentivar a pessoa a realizar atividades de lazer.

Ensinar cuidador sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor

- Incentivar o cuidador a motivar o pai a participar das atividades que consegue realizar.
- Incentivar o cuidador a prestar apoio emocional ao pai, através de escuta ativa e

compreensão dos seus receios.

- Incentivar o cuidador a participar em atividades de distração do gosto do doente.

Ensinar sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor

- Incentivar a distração com atividades de lazer que a pessoa goste (ouvir rádio, assistir televisão, conversar com os entes queridos).
- Incentivar a socialização com as pessoas próximas, diminuindo o isolamento.
- Incentivar o autocuidado da sua imagem e aparência.

Ensinar sobre autogestão da impactação fecal.

- Aconselhar a administrar o laxante retal sempre que sentir impactação fecal.
- Incentivar a ingestão hídrica.
- Treinar o intestino, estabelecendo um período, de preferência sempre à mesma hora, para evacuar.

### **3.8. Síntese relativa ao caso**

Os CP são considerados a linha de cuidados que possuem como principal objetivo a conservação da qualidade de vida e a promoção do conforto à medida que a doença avança. Entende-se por qualidade de vida a possibilidade de autonomia em relação à tomada de decisão, bem como a minimização da dor e outros sintomas, e/ou de procedimentos invasivos que possam modificar o processo de morrer com dignidade. Para isso é fundamental ver a pessoa para além da sua doença, e entender a dimensão dos danos relacionados com a doença, pois só assim se consegue organizar um plano de cuidados adequado às reais necessidades da pessoa e família (Picollo & Fachini, 2018).

No caso clínico apresentado os principais objetivos de cuidados delineados, vão de encontro ao controlo de sintomas e ao envolvimento da pessoa e família/cuidador, na prestação dos cuidados necessários, para diminuir o impacto dos sintomas na vida da pessoa em situação paliativa.

A dor, a intolerância à atividade, a impactação fecal e o humor depressivo foram os diagnósticos de enfermagem identificados, desenvolveram-se intervenções de enfermagem com o objetivo de promover o bem-estar e conforto da pessoa.

Para isso foi muito importante conhecer e estabelecer uma relação de confiança com a pessoa e família, de forma a conseguirem mobilizar os recursos para viverem da melhor forma possível com a doença. Numa fase inicial avaliou-se as necessidades da pessoa e família, e estabeleceu-se um plano de cuidados de acordo com os objetivos e preferências da pessoa e família, tendo sempre por base a gestão de expectativas de forma realista e honesta.

Dos diagnósticos de enfermagem identificados foi primordial promover: o autocontrolo da dor; a autogestão da impactação fecal; a autogestão da atividade/repouso; a mudança no processo de pensamento relacionado com o humor e o autocontrolo do humor, envolvendo a pessoa no seu processo de cuidados fomentando a sua autonomia e tomada de decisão, para isso foi importante informar e ensinar estratégias para potenciar a sua capacidade de gerir todos estes sintomas.

A família também teve um papel preponderante no cuidado, demonstrou sempre interesse em adquirir o máximo de informação possível, para conseguir cuidar de forma eficaz do seu familiar. Pelo que, também foram objetivos dos cuidados promover papel do cuidador: na gestão da dor, na gestão da impactação fecal, na gestão da atividade e na gestão do humor.

Esta envolvimento nos cuidados da pessoa e família, criou um ambiente que facilitou o desenvolvimento de uma relação de parceria para um bem comum, o bem-estar da pessoa em situação paliativa. Para além de todo o conhecimento e profissionalismo da ECSCP, de destacar a disponibilidade, amabilidade e presença, que foram aspetos valorizados, tanto pela pessoa como pela família e que permitiram um controlo sintomático eficaz no domicílio.

A integração atempada do acompanhamento por equipas de CP, nomeadamente a referenciação de doentes com “doença limitante da vida” de forma prospetiva, poderá melhorar a qualidade dos cuidados e a sobrevivência dos doentes com cancro do pulmão avançado (Wachter et al., 2022).



## 4. CASO CLÍNICO - UCP

A Sra. M. F. de 72 anos, consciente e orientada no tempo e no espaço, professora reformada. Viúva, tem duas filhas adultas, sendo a filha mais velha a cuidadora de referência. Em Agosto de 2023, após o aparecimento de tosse irritativa que não melhorou, fez exames e é-lhe diagnosticado um Adenocarcinoma do Pulmão (Lóbulo superior direito) com metastização contralateral, ganglionar e cerebral. Sem indicação cirúrgica, realizou radioterapia paliativa em Outubro de 2023. Em Novembro de 2023 é internada na UCP para controlo sintomático de Dispneia. A Sra. M. F. e a família têm conhecimento sobre a situação de saúde atual e demonstram aceitação da mesma.

### 4.1. Enquadramento teórico

#### Adenocarcinoma do Pulmão

O Adenocarcinoma do pulmão enquadra-se no CNPCP e está associado ao tabagismo, no entanto é o subtipo mais comum a ser diagnosticado em pessoas que nunca fumaram. Geralmente evolui a partir das glândulas mucosas e representa cerca de 40% dos cancros do pulmão. Desenvolve-se habitualmente na zona periférica do pulmão e em muitos casos, pode ser encontrado em áreas de inflamação crónica. Apesar dos novos tratamentos, a sobrevivência em 5 anos é inferior a 12 - 15%. Nas últimas quatro décadas, houve um aumento acentuado do adenocarcinoma pulmonar em mulheres, e isto tem sido associado ao tabagismo. A idade média de diagnóstico do adenocarcinoma do pulmão é de 71 anos, e este cancro em particular é muito raro antes dos 20 anos. Nas últimas duas décadas, o adenocarcinoma substituiu o cancro de células escamosas do pulmão como o CNPCP mais prevalente (Myers & Wallen, 2023).

O adenocarcinoma pulmonar é classificado em quatro tipos: adenocarcinoma in situ (AIS), adenocarcinoma minimamente invasivo (MIA), adenocarcinoma invasivo e variantes de adenocarcinoma. Destes, AIS e MIA apresentam melhores resultados quando ressecados precocemente. A disseminação local pode envolver a disseminação direta para a pleura, diafragma, pericárdio ou brônquios, quando a doença é avançada, pode atingir o mediastino, grandes vasos, traqueia, esófago, coluna vertebral ou lobo adjacente. A metastização linfonodal ocorre nos linfonodos peribrônquicos antes de passar para os linfonodos mediastinais ou subcarinais e depois para o pulmão contralateral. A metastização à distância inclui extensão para um lobo contralateral, nódulos pleurais, derrame pleural, pericárdico ou qualquer local

distante, como cérebro, ossos ou fígado (Myers & Wallen, 2023).

Os sintomas e sinais físicos dependem do estadio em que o cancro do pulmão é diagnosticado. Os estadios iniciais são frequentemente assintomáticos, com nódulos encontrados incidentalmente em exames de imagens radiográficas por outros processos patológicos. A doença em estadio avançado pode apresentar sintomas inespecíficos, como tosse, hemoptise ou perda ponderal. No caso de existir derrame pleural, o doente poderá apresentar dispneia com diminuição dos sons respiratórios (National Cancer Institute [NCI], 2023).

A avaliação diagnóstica inicial é fundamental, para definir a localização e determinar a extensão do envolvimento tumoral primário e metastático, bem como para a seleção do tratamento mais adequado. Nos doentes com suspeita de CNPCP é importante a confirmação do diagnóstico e a determinação da extensão da doença. Em geral, sintomas, sinais físicos, achados laboratoriais e o risco percebido de metástases à distância, levam à avaliação de despiste de metastização. Exames adicionais, como cintilografia óssea e tomografia computadorizada (TC)/ressonância magnética (RM) do cérebro, podem ser realizados se as avaliações iniciais sugerirem metástases. As opções de tratamento são determinadas pela histologia, estadio, estado geral de saúde e comorbidades da pessoa. Os fatores que se correlacionaram com um prognóstico adverso são os seguintes: estadio avançado; presença de sintomas pulmonares ou constitucionais; tumor grande (>3 cm); metástases para múltiplos linfonodos e invasão vascular (NCI, 2023).

Doentes com CNPCP em estadio I, II ou III são geralmente tratados com objetivo curativo através de cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou uma abordagem de modalidade combinada. A imunoterapia pode fazer parte da estratégia de tratamento para alguns doentes com doença em estadio III irressecável. A terapia sistémica é geralmente indicada para pacientes que apresentam doença avançada, incluindo aqueles que apresentam metástases (estadio IV) ou recidivam após tratamento inicial. Para doentes com metástase solitária, a ressecção cirúrgica ou a irradiação definitiva da metástase podem ser apropriadas (Lilenbaum, 2023).

As metástases cerebrais são uma complicação comum numa vasta gama de cancros, mas são particularmente comuns nos doentes com cancro do pulmão. Aproximadamente 10% dos doentes diagnosticados com CNPCP avançado apresentam metástases cerebrais (Solomon, 2023).

O tratamento de metástases cerebrais tornou-se cada vez mais individualizado à medida que as técnicas cirúrgicas e radiocirúrgicas evoluíram nas últimas décadas, e que as terapias sistémicas melhoradas começaram a oferecer maior potencial para o controle de doenças sistémicas e intracranianas, para certos tipos e genótipos de cancro. Fatores importantes a serem considerados na avaliação de doentes com metastização cerebral incluem: tamanho e localização do tumor, grau de efeito de massa e edema, presença ou ausência de sintomas, estado funcional e extensão da doença sistémica, e preferências do doente em relação ao

tratamento invasivo (Shih, 2023).

## 4.2. Clientes

### Cliente

Adulto | Idade: 72 anos | Feminino

### Cuidador

29-11-2023 08:00

29-11-2023 08:00 - Parentesco: filha / filho.

29-11-2023 08:00 - Não coabita com a pessoa dependente.

29-11-2023 08:00 - Disponibilidade para tomar conta: Em alguns dias.

29-11-2023 08:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

29-11-2023 08:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

29-11-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para alimentar através de sonda gástrica: suficiente para assegurar na totalidade.

29-11-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no andar: suficiente para assegurar na totalidade.

29-11-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se

29-11-2023 08:00 - suficiente para assegurar na totalidade.

29-11-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para dar banho

29-11-2023 08:00 - suficiente para assegurar na totalidade.

29-11-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para deslocar cliente em cadeira de rodas: suficiente para assegurar na totalidade.

29-11-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para posicionar

29-11-2023 08:00 - suficiente para assegurar na totalidade.

29-11-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para transferir

29-11-2023 08:00 - suficiente para assegurar na totalidade.

29-11-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar na totalidade.

### 4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-11-29 08:00:00	Pantoprazol 40mg, ev, 7h	
2023-11-29 08:00:00	Levetiracetam 500mg, ev, 9h e 21h	
2023-11-29 08:00:00	Dexametasona 5mg, ev, 9h e 13h	
2023-11-29 08:00:00	Oxazepam 15mg, oral, ao deitar	
2023-11-29 08:00:00	Morfina, ev, em perfusão a 1,5mg/h - total de 36mg/dia	
2023-11-29 08:00:00	Hidróxido de magnésio 83mg/ml, oral, 30ml, 9h	
2023-11-29 08:00:00	Midazolam 1mg, ev, em sos até de min./min. se insónia ou ansiedade associada à dispneia	
2023-11-29 08:00:00	Morfina 2mg, ev, em sos até de 1/1h se dispneia ou dor	

#### 4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

##### Morfina

Os opioides demonstram eficácia no tratamento da dispneia, sendo a morfina o fármaco de eleição, a morfina atua a nível central, diminuindo a sensibilidade do centro respiratório, com consequente diminuição da taquipneia, por ação direta sobre os núcleos da protuberância, diminuindo a frequência respiratória, e por ação sobre os centros bulbares, diminuindo a resposta à hipercapnia. Habitualmente começa-se por utilizar morfina de ação rápida, segundo um esquema de administração regular e recorrendo a doses, em regra, mais baixas do que as necessárias para controlar a dor (Azevedo, 2006). Os efeitos indesejáveis mais comuns da morfina são náuseas, vômitos, obstipação e sonolência. A obstipação pode ser tratada com um laxante adequado (Infarmed, 2024). No caso clínico apresentado recorreu-se à morfina para controlo da dispneia.

##### Midazolam

O Midazolam é um indutor do sono de ação curta que está indicado na sedação consciente, antes e durante procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos, é um fármaco sedativo potente que requer titulação e administração lenta, a dose tem de ser individualizada e titulada e não deverá ser administrada por injeção rápida nem em bólus único. O início de ação ocorre cerca de 2 minutos após a administração da injeção. O efeito máximo é obtido em cerca de 5 a 10 minutos. Os efeitos secundários mais comuns são depressão respiratória, apneia, hipotensão, alterações do ritmo cardíaco, estes têm mais probabilidade de ocorrer quando a administração é rápida e se a dose não for ajustada ao doente (Infarmed, 2022). No caso clínico exposto o uso do midazolam era para controlo de situações de insónia e ansiedade, se não se conseguisse

controlar com outros fármacos.

### **Oxazepam**

O oxazepam é um ansiolítico, sedativo/hipnótico, utilizado para controlar a ansiedade e a insónia. Os efeitos secundários mais frequentes são tonturas, sonolência e confusão, que ocorre mais frequentemente no início do tratamento. Em doentes com mais idade e/ou mais debilitados pode aumentar o risco de queda, pelo que é importante instruir estratégias de prevenção de quedas (Vallerand et al., 2018).

### **Levetiracetam**

As convulsões são um sintoma importante das manifestações cerebrais em oncologia, prejudicando a qualidade de vida do doente, estas podem ocorrer em doentes com tumores cerebrais primários ou metastáticos. Atualmente, medicamentos antiepiléticos de nova geração são usados com frequência crescente para tratar crises epiléticas em doentes com tumor cerebral devido ao melhor perfil de interação do que os medicamentos anticonvulsivantes de primeira geração. Entre os novos medicamentos, o levetiracetam tornou-se um medicamento frequentemente utilizado, com bom perfil de tolerabilidade e propriedades anticonvulsivantes eficazes para qualquer tipo de convulsão, incluindo o estado de mal epilético (Westphal et al., 2021). O levetiracetam diminui a incidência e a severidade de convulsões, ao inibir a descarga sem afetar a excitabilidade neuronal normal, e pode seletivamente prevenir a hipersincronização da descarga epileptiforme e a propagação da atividade convulsiva. Para além de monitorizar a ocorrência de crises convulsivas, a equipa de enfermagem deve também monitorizar a ocorrência de efeitos adversos como, descoordenação motora, agitação, apatia, ansiedade e depressão, que podem ocorrer no início da terapêutica (Vallerand et al., 2018).

### **Dexametasona**

Dexametasona é um glucocorticoide sintético (hormona adrenocortical) com efeito no metabolismo, equilíbrio eletrolítico e funções do tecido, é utilizado para tratar doenças que requerem tratamento com glucocorticoides como: edema cerebral e tratamento de suporte de tumores malignos. A dexametasona pode ser administrada por via EV ou por via SC (neste caso deve-se utilizar um cateter SC exclusivo para a dexametasona, pelo risco de incompatibilidade com outros fármacos) para aliviar certos sintomas que incluem dor, cansaço e perda de apetite. Em doentes com diabetes mellitus, o nível de glicose no sangue deve ser verificado regularmente, uma vez que se deve ter em conta a necessidade crescente de medicamentos utilizados para tratar diabetes mellitus (insulina, antidiabéticos orais) devido à redução da tolerância à glicose. Os doentes com hipertensão arterial grave e/ou insuficiência cardíaca grave devem ser monitorizados cuidadosamente, pois existe risco de deterioração. Pode ocorrer uma descida da frequência cardíaca quando são administradas doses elevadas. Existe a possibilidade de aparecimento de úlceras gastrointestinais que, frequentemente, estão relacionadas com o

stress e que podem ser relativamente assintomáticas durante um tratamento com corticoides (Infarmed, 2021) sendo importante associar um protetor gástrico. Deve-se privilegiar a administração da dexametasona no início do dia para evitar a insónia.

### **Pantoprazol**

É um “inibidor da bomba de protões” seletivo, um medicamento que reduz a quantidade de ácido produzida no estômago. É utilizado para o tratamento de doenças relacionadas com o ácido do estômago e intestino. Prevenção de úlceras gástricas e duodenais induzidas por medicamentos anti-inflamatórios não esteroides e/ou corticoides. Efeitos indesejáveis, embora pouco frequentes, são cefaleias, diarreia, inchaço e flatulência (Infarmed, 2023).

### **Hidróxido de magnésio**

O hidróxido de magnésio é um laxante osmótico utilizado no tratamento da obstipação, do refluxo gastro-esofágico e de hiperacidez (Infarmed, 2024). Os doentes que tomam opioides geralmente necessitam de um laxante para evitar quadros de obstipação. Os laxantes de primeira linha são os osmóticos, estes aumentam o teor de água no lúmen intestinal, tornando assim as fezes mais macias e volumosas. É importante incentivar a ingestão hídrica para potenciar o efeito destes laxantes (Pacheco et al., 2006).

## **4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica**

### **Atitudes terapêuticas**

29-11-2023 08:00

#### **29-11-2023 08:00 - Oxigenoterapia**

29-11-2023 08:00 - FiO<sub>2</sub>: 24 %.

29-11-2023 08:00 - Débito de oxigénio: 2.00 L/min.

#### **29-11-2023 08:00 - Assegurar oxigenoterapia**

29-11-2023 08:00 - Manter oxigenoterapia [sem horário]

#### **29-11-2023 08:00 - Promover autogestão: oxigenoterapia**

29-11-2023 08:00 - Conhecimento sobre oxigenoterapia

29-11-2023 08:00 - Dispositivo: Sonda de oxigénio - facilitador.

29-11-2023 08:00 - Avaliar evolução da autogestão da oxigenoterapia [1 vez turno]

13-12-2023 08:00 - Adota comportamentos de autogestão da oxigenoterapia.

13-12-2023 08:00 - Refere satisfação com a autogestão da oxigenoterapia.

### **Sondas, Drenos e Cateteres**

29-11-2023 08:00

#### **29-11-2023 08:00 - Sonda de oxigénio**

29-11-2023 08:00 - Características do dispositivo: Canula nasal 2L/min.

#### **29-11-2023 08:00 - Assegurar funcionamento da sonda**

29-11-2023 08:00 - *Otimizar sonda de oxigénio [sem horário]*

**29-11-2023 08:00 - Promover adesão: medidas de otimização da sonda de oxigénio**

29-11-2023 08:00 - Capacidade para otimizar sonda de oxigénio: facilitadora.

29-11-2023 08:00 - *Avaliar evolução da adesão a medidas de otimização da sonda de oxigénio [1 vez turno]*

13-12-2023 08:00 - Realiza medidas de otimização da sonda de oxigénio de acordo com a recomendação.

13-12-2023 08:00 - Refere satisfação com a realização de medidas de otimização da sonda de oxigénio.

**29-11-2023 08:00 - Cateter venoso periférico**

29-11-2023 08:00 - Localização do cateter venoso periférico

29-11-2023 08:00 - Antebraço Direita(o)

29-11-2023 08:00 - Características do dispositivo: cateter de poliuretano, 20 G.

29-11-2023 08:00 - Ausência de dor.

29-11-2023 08:00 - Ausência de calor.

29-11-2023 08:00 - Ausência de rubor.

29-11-2023 08:00 - Ausência de tumefação.

29-11-2023 08:00 - Ausência de exsudado.

29-11-2023 08:00 - Ausência de infiltração.

**29-11-2023 08:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter**

29-11-2023 08:00 - *Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [1 vez turno]*

13-12-2023 08:00 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: fármaco.

13-12-2023 08:00 - Quantidade administrada pelo cateter venoso periférico: 100 ml.

**29-11-2023 08:00 - Assegurar funcionamento do cateter**

29-11-2023 08:00 - *Otimizar cateter venoso periférico [1 vez turno]*

**29-11-2023 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico**

29-11-2023 08:00 - *Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [1 vez turno]*

13-12-2023 08:00 - Localização do cateter venoso periférico

13-12-2023 08:00 - Antebraço Direita(o)

13-12-2023 08:00 - Ausência de dor.

13-12-2023 08:00 - Ausência de calor.

13-12-2023 08:00 - Ausência de rubor.

13-12-2023 08:00 - Ausência de tumefação.

13-12-2023 08:00 - Ausência de exsudado.

13-12-2023 08:00 - Ausência de infiltração.

29-11-2023 08:00 - *Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [sem horário/sos]*

**29-11-2023 08:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso**

**periférico**

29-11-2023 08:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [1 vez turno/sos]

29-11-2023 08:00 - Trocar cateter venoso periférico [sem horário/sos]

**4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.****Cateter venoso periférico**

O cateter venoso periférico (CVP) é um dos recursos mais utilizados no cuidado de pessoas que necessitam de terapêutica medicamentosa EV para o tratamento de diversas patologias, em diferentes contextos. Para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem, a segurança e o bem-estar dos doentes, a escolha de um cateter venoso deve fundamentar-se no julgamento clínico do enfermeiro e nas evidências científicas sobre indicações e contra-indicações. É importante considerar as características dos doentes e medicamentos EV prescritos; disponibilidade de veias para punção e tempo de terapêutica EV; preferências do doente; conhecimentos e competências dos enfermeiros para a prestação dos cuidados; e riscos e benefícios para o doente (Braga et al., 2019). Em CP a via de eleição é a oral (PO) e a subcutânea (SC) e só pontualmente endovenosa (EV) (Barosa et al., 2021). Neste caso optou-se por utilizar a via oral e EV, no entanto na perda de acesso EV seria utilizada a via SC.

**Sonda de oxigénio**

O recurso à oxigenioterapia foi no sentido de proporcionar conforto à doente e minimizar a sensação de dispneia.

**4.5. Domínios**

<b>Início</b>	<b>Domínios</b>	<b>Fim</b>
29-11-2023 08:00	Apetite	
29-11-2023 08:00	Sistema respiratório	
29-11-2023 08:00	Sistema cardiovascular	
29-11-2023 08:00	Sono	
29-11-2023 08:00	Transferir-se	
29-11-2023 08:00	Cuidar da higiene pessoal	
29-11-2023 08:00	Vestir-se ou despir-se	
29-11-2023 08:00	Andar	
29-11-2023 08:00	Alimentar-se	
29-11-2023 08:00	Eliminação intestinal	
29-11-2023 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	

<b>Início</b>	<b>Domínios</b>	<b>Fim</b>
29-11-2023 08:00	Atitudes terapêuticas	
13-12-2023 08:00	Emoção	

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

##### **Apetite - Appetite comprometido**

A perda de apetite e a dispneia são dos sintomas mais prevalentes nos doentes com neoplasia do pulmão (Li et al., 2023). A má nutrição é comum nos doentes com cancro, surgindo em 15 a 40% dos doentes na fase de diagnóstico de cancro, sendo que habitualmente, em 1/3 dos doentes há uma perda ponderal de 5% prévio ao diagnóstico da doença. É uma manifestação habitual nos doentes em situação de fase terminal, atingindo 80 a 90% dos doentes em situação de doença avançada (Gonçalves et al., 2006).

O apetite comprometido manifesta-se por um interesse reduzido por alimentos que, na sua forma mais grave, pode se manifestar como náusea, frequentemente está associado a alterações de paladar, pode aumentar (o apetite diminuir) à medida que o dia passa e pode estar relacionado a dificuldades de deglutição e saciedade precoce devido a estase gástrica (NHS, 2019c). O efeito paraneoplásico do cancro, medicação, maus cuidados de higiene oral, candidíase oral, ansiedade, depressão e delírio, também podem ser fatores que diminuem o apetite (NHS, 2019b). Tratar as causas reversíveis, explicar ao doente que pode ser um efeito da própria doença, perceber os medos e ansiedades do doente e família/cuidadores - deixar de comer pode gerar medo e conflito, pedir apoio de Nutricionista, fornecer porções de alimentos frequentes, pequenas e atraentes em ambientes agradáveis e sociais e reduzir o sofrimento psicológico com apoio e aconselhamento, pode melhorar o apetite do doente. A nível farmacológico a administração de corticoides, tem efeito positivo na melhora do apetite (NHS, 2019b; NHS, 2019c).

##### **Sistema respiratório - Dispneia**

De acordo com o ICN (2019), a dispneia é um processo do sistema respiratório comprometido: que se manifesta por um movimento laborioso da entrada e saída de ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, sensação de desconforto e ansiedade. Sendo a causa de uma sensação subjetiva e desconfortável da respiração que ocorre frequentemente no cancro avançado (NHS, 2019a). Tem uma incidência de 48 a 70% em doentes com doença avançada, progressiva e incurável, em doentes do foro oncológico em estadio muito avançado, a sua incidência aumenta para os 50 a 90% (Azevedo, 2006; NHS, 2019c). A dispneia é assustadora para o doente, família e equipa. A explicação do sintoma é parte vital do tratamento, seja qual for a causa. A

modificação do estilo de vida, o treino respiratório, o relaxamento e o exercício personalizado podem ser benéficos se instituídos precocemente conforme a tolerância do doente. O oxigénio humidificado pode ajudar na dispneia aguda apenas na presença de hipoxemia significativa (NHS, 2019a). Uma adequada abordagem terapêutica deste problema pode melhorar bastante a qualidade de vida dos doentes e família. A gravidade deste sintoma depende, não apenas dos fatores etiológicos que estão na sua origem, mas também da sensibilidade individual de cada doente que condiciona o grau de tolerância e aceitação desta manifestação clínica. O conceito de dispneia é muitas vezes utilizado, quando o doente pretende valorizar a sensação de limitação e perda de autonomia resultante da diminuição da tolerância ao esforço (Azevedo, 2006).

Para controlo da dispneia podemos recorrer a tratamento farmacológico como opioides, corticoides e benzodiazepinas, e tratamento não farmacológico como técnicas de relaxamento/distração e apoio psicossocial, ou uso de ventoinhas para direcionar ar para a face, e posicionamento do doente, elevando a cabeceira a 45° (Barosa et al., 2021).

A etiologia da dispneia que se manifesta na fase final da vida é multifatorial, são muitos os fatores que estão na génese da sensação subjetiva da dispneia, podendo ser fatores de natureza física, psíquica, social e espiritual (Azevedo, 2006; NHS, 2019c). Para além da identificação do sintoma, tendo por base a história clínica referida pelo doente e/ou família e o exame objetivo, é muito importante avaliar o impacto que esta manifestação clínica tem do ponto de vista funcional e de que forma condiciona a qualidade de vida do doente (Azevedo, 2006).

### **Emoção - Falta de Esperança**

Segundo o ICN (2019), a esperança é uma emoção que se manifesta pelo sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia. Por estar associada às várias dimensões da nossa existência seja na esfera pessoal, profissional, familiar e social, a esperança assume-se como um conceito multidimensional, particular e único para cada indivíduo, tendo um papel central na vida dos indivíduos, porque se desenvolve na relação com os outros (Dias et al., 2019).

A esperança não é estática, mas sim um conceito dinâmico, que assume níveis diferenciados, e acompanha o ser humano no seu processo de viver e de morrer condicionando ajustes nos momentos de crise, afetando e/ou sendo afetada pelo bem-estar e a qualidade de vida (Magão, 2020; Martins et al., 2017). Além desta possibilidade de flutuação, relativamente ao foco da esperança, uma das características deste conceito é que a mesma tem que ter sempre um objeto de desejo. Este pode ser uma coisa concreta, um acontecimento ou algo menos tangível (Magão, 2020).

A vulnerabilidade da pessoa humana emerge quando a doença surge como uma ameaça, provocando desmoralização, desespero e sofrimento. No caso dos doentes crónicos, estes sentimentos aumentam à medida que a doença evolui, com a instalação da debilidade física associada, incapacidade funcional, perda de papéis e conseqüentemente perda progressiva da esperança (Martins et al., 2017).

Olsman (2020), numa síntese de estudos de revisão sobre a esperança nos cuidados de saúde, sugere que “a esperança é conceptualizada como 1) uma expectativa: apreciação de um resultado futuro, 2) resiliência: resistência á adversidade e 3) um desejo: expressão de significado. Relações inspiradoras, em particular relações com pares, aumenta a esperança nos doentes. Perdas, por outro lado, como a perda de saúde ou relações, têm um impacto negativo na esperança. Os resultados também sugerem que uma questão ética central, é a tensão entre esperança e verdade nos CP”. A promoção da esperança é uma tarefa desafiante e da máxima importância no cuidar, uma vez que harmoniza no doente um sentido de bem-estar profundo (Martins et al., 2017).

Empoderar a pessoa significa ajudá-la a perceber que, embora não tenha escolhido ficar doente, ela possui o poder de escolher como irá lidar com aquilo que se está a passar com ela. Tal, significa que profissionais e a pessoa encontram-se numa relação de equidade no processo de tomada de decisão (Encarnação, 2021).

Conceitos opostos à esperança são o medo/ansiedade, desesperança, desespero e depressão (Olsman, 2020).

Segundo a Nursing Interventions Classification ([NIC], 2018) a desesperança (Falta de Esperança) é definida como “um estado subjetivo no qual um individuo não vê alternativas ou escolhas pessoais disponíveis ou encontra alternativas e é incapaz de mobilizar energias a seu favor”.

A Falta de esperança pode ser influenciada pelo abandono e isolamento, como consequência: da conspiração do silêncio; da falta de objetivos; dor e mal-estar não aliviados; e sentir-se desvalorizado (Twycross, 2001).

Como oposto da esperança, mas também referida com alguma frequência na literatura, encontramos a desesperança (Falta de Esperança). Carpenito (2009) citado por Pinto (2011, p. 34) *"define-a como um estado emocional subjetivo em que a pessoa não é capaz de perspetivar ou encontrar alternativas para os seus problemas pessoais ou para alcançar um bem que deseja. Neste sentido, não é capaz de mobilizar o esforço necessário para alcançar os objetivos definidos, mas também não acredita que alguém possa fazer algo para ajudá-la. Expressa-se numa apatia profunda, desoladora e duradoura e pode expressar-se a nível físico, emocional e cognitivo. Dentro das manifestações fisiológicas, a autora destaca as respostas retardadas ao estímulo, o aumento da sonolência, a falta de energia, a perda de apetite e de peso. A nível*

*cognitivo são apontadas as dificuldades em lidar com o passado e com o futuro, a rigidez de pensamento (o tudo ou nada), a incapacidade em estabelecer objetivos e metas e a lentificação do pensamento. Quanto às manifestações de ordem emocional aponta a dificuldade em vivenciar sentimentos, a sensação de perda e de vazio, os sentimentos de desamparo e de incompetência e, ainda, a falta de significado e propósito na vida."*

*"Quando a desesperança está presente a pessoa doente perde a iniciativa e envolvimento nos cuidados, adotando uma postura passiva, permitindo que os mesmos sejam cuidados sem a sua interação. É comum observar o virar as costas ao interlocutor e fechar os olhos aliados à diminuição da comunicação verbal. A diminuição da expressão dos afetos bem como perda do envolvimento com os que lhe são significativos também é um indicador da presença de desesperança. Há, desta forma, uma fuga ao que o rodeia associada a conteúdos de descrença"* (Doenges & Moorhouse, 1994, citado por Querido, 2005, p. 39).

No caso clínico exposto os dados que concorrem para a Falta de Esperança são: apatia, diminuição do apetite, sensação de perda e revolta em relação à doença, isolamento e alienação, diminuição da comunicação verbal, perda do envolvimento com os que lhe são significativos.

Segundo a NIC (2018) as intervenções para a resolução do problema Falta de Esperança assentam sobre:

- Apoiar na tomada de decisão;
- Apoio emocional: Discutir experiência emocional com o doente; auxiliar o doente a reconhecer os seus sentimentos como ansiedade, raiva; encorajar o doente a expressar os seus sentimentos;
- Controlar o humor;
- Facilitar o crescimento espiritual;
- Apoio espiritual;
- Promover a quantidade e qualidade do sono;
- Executar a terapia de recordações;
- Executar terapia de relaxamento;
- Promoção da esperança.

A promoção da esperança é definida segundo esta classificação como a melhoria da crença na capacidade do próprio indivíduo para iniciar e manter ações, conseguidas através das seguintes atividades:

- Auxiliar o doente e a família a identificar áreas de esperança na sua vida;

- Demonstrar esperança, reconhecendo o valor intrínseco do doente e vendo a doença do indivíduo apenas como uma parte e não como um todo;
- Auxiliar o doente a criar e rever objetivos relacionados com o objeto de esperança;
- Auxiliar o doente a expandir-se espiritualmente;
- Facilitar o doente e a família a reviver experiências do passado;
- Encorajar a manutenção de amizades;
- Envolver o doente nos seus próprios cuidados;
- Desenvolver um plano de cuidados que envolva metas atingíveis;
- Promover um ambiente que facilite a prática de religiosidade/espiritualidade, conforme apropriado (NIC, 2018).

A esperança dos enfermeiros tem uma grande influência na relação terapêutica, destacando que estes profissionais devem possuir elevados níveis de esperança para que sejam capazes de a promover e mantê-la (Dias et al., 2019).

As intervenções de enfermagem para a promoção da esperança, identificadas são: a criação de narrativas terapêuticas (incentivar uma revisão da sua vida); o desenvolvimento de estratégias de contacto com a realidade; as técnicas de orientação para o futuro estabelecendo objetivos realistas; implementação de programas de promoção da esperança assentes na identificação de recursos e ameaças à esperança, relembrar memórias de esperança do passado (reconstruir um significado em relação às perdas do passado e ajudar a identificar os frutos de cada etapa), aprender a viver melhor o presente (encontrar sentido, significado na própria vida, encontrar um significado e um propósito para a própria existência) (Dias et al., 2019).

É fundamental que os profissionais de saúde desenvolvam interesse e compreensão acerca da relação entre a esperança e o sentido de vida, uma vez que ambos proporcionam coragem e um estado de “imunidade” que se vai focalizar num futuro com legítimas possibilidades, ainda que nalguns casos breve (Martins et al., 2017).

Não temos dúvidas de que os enfermeiros estão numa posição privilegiada podendo influenciar os sentimentos de esperança de quem cuidam. Porém e para que isso seja possível, o enfermeiro terá de estar desperto e saber auscultar o significado que o doente atribui às ameaças, aos esforços adaptativos que abraça, aos contextos (pessoais, sociais e clínicos) promotores da esperança onde as suas intervenções especializadas podem atuar, no sentido do doente se adaptar a uma vida possivelmente reconstruída e modificada (Martins et al., 2017).

No caso clínico apresentado a perda de esperança manifestou-se nas últimas duas semanas de vida, as intervenções realizadas para promover a esperança foram as seguintes: apoio emocional no sentido de encorajar a Sra. M. F. a expressar os seus sentimentos; promover a

quantidade e qualidade do sono; envolver a Sra. M. F. nos seus próprios cuidados (era um aspeto muito valorizado pela doente, manter uma rotina de autocuidado o mais independente possível); auxiliar a Sra. M. F. a criar e rever objetivos relacionados com o objeto de esperança (que neste caso era a esperança de uma morte serena e sem sofrimento). Foi possível proporcionar um fim de vida sereno e minimizar o sofrimento desta senhora, que ao partilhar os seus receios e sentimentos foi se sentido mais apaziguada com toda a situação e apoiada por toda a equipa e família nos momentos mais desafiantes.

## 4.6. Conceção de Cuidados

### **Apetite**

29-11-2023 08:00

29-11-2023 08:00 - Ingeriu parte das refeições.

29-11-2023 08:00 - Apetite diminuído.

29-11-2023 08:00 - Paladar conservado.

#### **29-11-2023 08:00 - Apetite comprometido**

##### **29-11-2023 08:00 - Determinar evolução da ingestão de alimentos às refeições**

*29-11-2023 08:00 - Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições [Após as refeições]*

13-12-2023 08:00 - Ingeriu parte das refeições.

##### **29-11-2023 08:00 - Determinar evolução do apetite**

*29-11-2023 08:00 - Avaliar evolução do apetite [1 vez turno]*

13-12-2023 08:00 - Apetite diminuído [MANTEVE].

13-12-2023 08:00 - Paladar alterado [PIOROU].

*29-11-2023 08:00 - Referenciar compromisso do apetite ao médico [sem horário/sos]*

*29-11-2023 08:00 - Referenciar compromisso do apetite ao serviço de nutrição [sem horário/sos]*

##### **29-11-2023 08:00 - Melhorar apetite**

*29-11-2023 08:00 - Planear dieta [1 vez turno]*

##### **29-11-2023 08:00 - Promover papel do cuidador: gestão do regime dietético**

29-11-2023 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre regime dietético: facilitador.

29-11-2023 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético:

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

**29-11-2023 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético** [RESOLVIDO] 13-12-2023 08:00

29-11-2023 08:00 - *Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético [1 vez turno] [FIM]* 13-12-2023 08:00

13-12-2023 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: facilitador [MELHOROU].

29-11-2023 08:00 - *Ensinar cuidador sobre gestão do regime dietético [sem horário] [FIM]* 13-12-2023 08:00

**Sistema respiratório**

29-11-2023 08:00

29-11-2023 08:00 - Frequência respiratória: 18 ciclos/min.

29-11-2023 08:00 - Ritmo respiratório regular.

29-11-2023 08:00 - Movimento respiratório simétrico.

29-11-2023 08:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

29-11-2023 08:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

29-11-2023 08:00 - Sem adejo nasal.

29-11-2023 08:00 - Saturação do oxigénio no sangue

29-11-2023 08:00 - Periférico(a): 96 %.

29-11-2023 08:00 - Coloração da mucosa: pálidas.

29-11-2023 08:00 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico.

29-11-2023 08:00 - Reflexo da tosse: presente.

29-11-2023 08:00 - Expele as secreções das vias aéreas.

29-11-2023 08:00 - Sons respiratórios: síbilos.

29-11-2023 08:00 - Secreções em pequena quantidade.

29-11-2023 08:00 - Secreções normais.

29-11-2023 08:00 - Secreções esbranquiçadas.

**29-11-2023 08:00 - Determinar evolução da ventilação**

29-11-2023 08:00 - *Avaliar evolução da ventilação [1 vez turno]*

13-12-2023 08:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

13-12-2023 08:00 - Saturação do oxigénio no sangue

13-12-2023 08:00 - Periférico(a): 96 %.

**29-11-2023 08:00 - Dispneia**

**29-11-2023 08:00 - Determinar evolução da dispneia**

29-11-2023 08:00 - *Avaliar evolução da dispneia [1 vez turno]*

13-12-2023 08:00 - Frequência respiratória: 20 ciclos/min.

13-12-2023 08:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

13-12-2023 08:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

13-12-2023 08:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

13-12-2023 08:00 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico [MANTEVE].

13-12-2023 08:00 - Coloração da mucosa: pálidas.

**29-11-2023 08:00 - Melhorar ventilação**

29-11-2023 08:00 - Executar exercícios de controlo respiratório [1 vez turno]

29-11-2023 08:00 - Posicionar para otimizar a ventilação [sem horário/sos]

**29-11-2023 08:00 - Promover autocontrolo: dispneia**

29-11-2023 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**29-11-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia** [RESOLVIDO] 13-12-2023 08:00

29-11-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [1 vez turno] [FIM] 13-12-2023 08:00

13-12-2023 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: facilitador [MELHOROU].

29-11-2023 08:00 - Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia [sem horário] [FIM] 13-12-2023 08:00

29-11-2023 08:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da dispneia [1 vez turno]

13-12-2023 08:00 - Adota comportamentos de autocontrolo da dispneia.

13-12-2023 08:00 - Refere satisfação com o autocontrolo da dispneia.

**29-11-2023 08:00 - Promover papel do cuidador: gestão da dispneia**

29-11-2023 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-11-2023 08:00 - Capacidade do cuidador para otimizar a ventilação

29-11-2023 08:00 - Capacidade do cuidador para otimizar a ventilação: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-11-2023 08:00 - Autoeficácia do cuidador para otimizar a ventilação

29-11-2023 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**29-11-2023 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia** [RESOLVIDO] 13-12-2023 08:00

29-11-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de episódios de dispneia [1 vez turno] [FIM] 13-12-2023 08:00

13-12-2023 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de episódios de dispneia: facilitador [MELHOROU].

29-11-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção dos episódios de dispneia [sem horário] [FIM] 13-12-2023 08:00

**29-11-2023 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para otimizar a ventilação** [RESOLVIDO] 13-12-2023 08:00

29-11-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para otimizar a ventilação [1 vez turno] [FIM] 13-12-2023 08:00

13-12-2023 08:00 - Capacidade do cuidador para otimizar a ventilação

13-12-2023 08:00 - Capacidade do cuidador para otimizar a ventilação: facilitadora [MELHOROU].

29-11-2023 08:00 - Instruir cuidador a otimizar a ventilação através de posicionamento [sem horário] [FIM] 13-12-2023 08:00

29-11-2023 08:00 - Treinar cuidador a posicionar para otimizar a ventilação [sem horário] [FIM] 13-12-2023 08:00

**29-11-2023 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para otimizar a ventilação** [RESOLVIDO] 13-12-2023 08:00

29-11-2023 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia do cuidador para otimizar a ventilação [1 vez turno] [FIM] 13-12-2023 08:00

13-12-2023 08:00 - Autoeficácia do cuidador para otimizar a ventilação

13-12-2023 08:00 - facilitadora [MELHOROU].

29-11-2023 08:00 - Treinar cuidador a posicionar para otimizar a ventilação [sem horário] [FIM] 13-12-2023 08:00

29-11-2023 08:00 - Analisar com o cuidador os resultados alcançados [sem horário] [FIM] 13-12-2023 08:00

29-11-2023 08:00 - Elogiar o desempenho do cuidador [sem horário] [FIM] 13-12-2023 08:00

**Sistema cardiovascular**

29-11-2023 08:00

29-11-2023 08:00 - Localização do Pulso

29-11-2023 08:00 - Punho Esquerda(o)

29-11-2023 08:00 - Frequência do pulso: 77 pulsações por minuto.

29-11-2023 08:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

29-11-2023 08:00 - Pulso rítmico.

29-11-2023 08:00 - Pulso simétrico.

29-11-2023 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

29-11-2023 08:00 - Membro superior Esquerda(o)

29-11-2023 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 117 mmHg.

29-11-2023 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 80 mmHg.

**29-11-2023 08:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco**

29-11-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [1 vez turno]

13-12-2023 08:00 - Localização do Pulso

13-12-2023 08:00 - Punho Esquerda(o)

13-12-2023 08:00 - Pulso rítmico.

13-12-2023 08:00 - Frequência do pulso: 73 pulsações por minuto.

**29-11-2023 08:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea**

29-11-2023 08:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [1 vez turno]

13-12-2023 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

13-12-2023 08:00 - Membro superior Esquerda(o)

13-12-2023 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 115 mmHg.

13-12-2023 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 70 mmHg.

**Eliminação intestinal**

29-11-2023 08:00

29-11-2023 08:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

29-11-2023 08:00 - Ausência de massa palpável de fezes no reto.

29-11-2023 08:00 - Sem sensação de urgência para defecação.

29-11-2023 08:00 - Expulsão controlada de fezes.

**29-11-2023 08:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal**

*29-11-2023 08:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [1 vez turno]*

13-12-2023 08:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [MANTEVE].

**Sono**

29-11-2023 08:00

29-11-2023 08:00 - Dormiu por períodos longos.

29-11-2023 08:00 - Sono reparador.

**29-11-2023 08:00 - Determinar evolução do sono**

*29-11-2023 08:00 - Avaliar evolução do sono [1 vez turno]*

13-12-2023 08:00 - Dormiu por períodos longos.

13-12-2023 08:00 - Sono reparador [MANTEVE].

13-12-2023 08:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 6 Hora.

13-12-2023 08:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 2 Hora.

**Emoção**

13-12-2023 08:00

13-12-2023 08:00 - Manifesta apatia, diminuição do apetite, sensação de perda e revolta em relação à doença, isolamento e alienação, diminuição da comunicação verbal, perda do envolvimento com os que lhe são significativos.

**13-12-2023 08:00 - Falta de Esperança**

**13-12-2023 08:00 - Promover Esperança.**

**Transferir-se**

29-11-2023 08:00

29-11-2023 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

29-11-2023 08:00 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma segura e pronta.

**Cuidar da higiene pessoal**

29-11-2023 08:00

29-11-2023 08:00 - Não obtém objetos para o banho.

29-11-2023 08:00 - Abre a torneira.

29-11-2023 08:00 - Capaz de lavar e secar o corpo

29-11-2023 08:00 - Lava e seca o corpo.

29-11-2023 08:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

29-11-2023 08:00 - Lava e seca parte do corpo.

29-11-2023 08:00 - Lava a cavidade oral.

29-11-2023 08:00 - Aplica produtos de higiene.

29-11-2023 08:00 - Capaz de pentear-se

29-11-2023 08:00 - Penteia-se.

29-11-2023 08:00 - Limpa-se após usar o sanitário.

29-11-2023 08:00 - Ajusta a roupa após usar o sanitário.

**29-11-2023 08:00 - Cuidar da higiene pessoal comprometido**

**29-11-2023 08:00 - Assegurar atividades de higiene pessoal**

29-11-2023 08:00 - Assistir no arranjar-se [sem horário]

29-11-2023 08:00 - Assistir no tomar banho [sem horário]

29-11-2023 08:00 - Assistir no uso do sanitário [sem horário/sos]

**29-11-2023 08:00 - Promover autonomia para cuidar da higiene pessoal**

29-11-2023 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: facilitadora.

29-11-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se

29-11-2023 08:00 - facilitadora.

29-11-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

29-11-2023 08:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - facilitadora.

29-11-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para usar sanitário

29-11-2023 08:00 - Dispositivo: Cadeira sanita - facilitadora.

29-11-2023 08:00 - Capacidade para arranjar-se

29-11-2023 08:00 - facilitadora.

29-11-2023 08:00 - Capacidade para tomar banho

29-11-2023 08:00 - facilitadora.

29-11-2023 08:00 - Capacidade no uso do sanitário

29-11-2023 08:00 - facilitadora.

29-11-2023 08:00 - Autoeficácia para arranjar-se

29-11-2023 08:00 - facilitadora.

29-11-2023 08:00 - Autoeficácia para tomar banho

29-11-2023 08:00 - facilitadora.

29-11-2023 08:00 - Autoeficácia no uso do sanitário

29-11-2023 08:00 - facilitadora.

29-11-2023 08:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para cuidar da higiene pessoal

29-11-2023 08:00 - não dificultador.

**Vestir-se ou despir-se**

29-11-2023 08:00

29-11-2023 08:00 - Escolhe as roupas.

29-11-2023 08:00 - Retira roupa da gaveta ou armário.

29-11-2023 08:00 - Capaz de vestir-se

29-11-2023 08:00 - Veste todas as peças de roupa.

29-11-2023 08:00 - Capaz de abotoar-se

29-11-2023 08:00 - Abotoa.

29-11-2023 08:00 - Capaz de atar cordões

29-11-2023 08:00 - Ata cordões.

29-11-2023 08:00 - Capaz de calçar meias

29-11-2023 08:00 - Não calça as meias.

**29-11-2023 08:00 - Vestir-se ou despir-se comprometido**

**29-11-2023 08:00 - Determinar evolução do vestir-se ou despir-se**

29-11-2023 08:00 - *Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se [1 vez turno]*

13-12-2023 08:00 - Escolhe as roupas [MANTEVE].

13-12-2023 08:00 - Não retira roupa da gaveta ou armário [PIOROU].

13-12-2023 08:00 - Capaz de vestir-se

13-12-2023 08:00 - Veste a roupa da parte superior e não veste a roupa da parte inferior do corpo [PIOROU].

13-12-2023 08:00 - Capaz de abotoar-se

13-12-2023 08:00 - Abotoa [MANTEVE].

13-12-2023 08:00 - Capaz de atar cordões

13-12-2023 08:00 - Não ata cordões [PIOROU].

13-12-2023 08:00 - Capaz de calçar meias

13-12-2023 08:00 - Não calça as meias [MANTEVE].

**29-11-2023 08:00 - Assegurar atividades do vestir-se ou despir-se**

29-11-2023 08:00 - *Assistir no vestir-se ou despir-se [sem horário]*

**29-11-2023 08:00 - Promover autonomia para vestir-se ou despir-se**

29-11-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

29-11-2023 08:00 - facilitadora.

29-11-2023 08:00 - Capacidade para vestir-se ou despir-se

29-11-2023 08:00 - facilitadora.

29-11-2023 08:00 - Autoeficácia para vestir-se ou despir-se

29-11-2023 08:00 - facilitadora.

**Andar**

29-11-2023 08:00

29-11-2023 08:00 - Capaz de mover-se através da marcha

29-11-2023 08:00 - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas.

**29-11-2023 08:00 - Andar comprometido**

**29-11-2023 08:00 - Determinar evolução do andar**

29-11-2023 08:00 - *Avaliar evolução do andar [1 vez turno]*

13-12-2023 08:00 - Capaz de mover-se através da marcha

13-12-2023 08:00 - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas [MANTEVE].

**29-11-2023 08:00 - Prevenir queda**

29-11-2023 08:00 - *Assistir no andar [sem horário]*

29-11-2023 08:00 - *Deslocar o cliente em cadeira de rodas [sem horário]*

**29-11-2023 08:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas**

29-11-2023 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**29-11-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre**

**prevenção de queda [RESOLVIDO] 13-12-2023 08:00**

29-11-2023 08:00 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [1 vez turno] [FIM] 13-12-2023 08:00*

13-12-2023 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador [MELHOROU].

29-11-2023 08:00 - *Ensinar sobre prevenção de quedas [sem horário] [FIM]*

13-12-2023 08:00

29-11-2023 08:00 - *Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas [1 vez turno]*

13-12-2023 08:00 - Adota comportamentos de prevenção de quedas.

13-12-2023 08:00 - Refere satisfação com os comportamentos de prevenção de quedas.

#### **29-11-2023 08:00 - Promover papel do cuidador: satisfação de necessidades de mobilidade**

29-11-2023 08:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no andar: facilitadora.

29-11-2023 08:00 - Capacidade do cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas: facilitadora.

29-11-2023 08:00 - Autoeficácia do cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas: facilitadora.

#### **Alimentar-se**

29-11-2023 08:00

29-11-2023 08:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

29-11-2023 08:00 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

29-11-2023 08:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

29-11-2023 08:00 - Prepara os alimentos para a refeição.

29-11-2023 08:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

29-11-2023 08:00 - Organiza os alimentos para a refeição.

### **4.7. Especificação das intervenções**

Ensinar sobre prevenção de quedas

- Incentivar a pessoa a caminhar com o suporte de oxigenioterapia, e se necessitar a solicitar ajuda.
- Explicar à pessoa para caminhar devagar, e para ter cuidado com o prolongador de oxigénioterapia para não tropeçar.
- Informa a pessoa para escolher os momentos em que tem menos sensação de dispneia para andar.

Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia

- Assistir a pessoa posicionar-se de forma a otimizar a ventilação.
- Incentivar a pessoa a realizar as atividades sempre com suporte de oxigénioterapia, se necessário com recurso a bala de oxigénio.
- Explicar à pessoa que deve descansar e respirar calmamente assim que sentir intensificação da dispneia.
- Incentivar a pessoa a solicitar terapêutica em sos, se agravamento da dispneia.
- Informar sobre o uso de ventoinhas para direcionar ar para a face da doente.

Ensinar cuidador sobre prevenção dos episódios de dispneia

- Explicar à cuidadora que posicionar a pessoa com a cabeceira elevada otimiza a ventilação.
- Informar que manter a oxigenioterapia durante a realização das atividades pode minimizar os episódios de dispneia.

Instruir cuidador a otimizar a ventilação através de posicionamento

- Exemplificar como auxiliar a pessoa a posicionar-se de forma a otimizar a ventilação.

Treinar cuidador a posicionar para otimizar a ventilação

- Observar e auxiliar a cuidadora a posicionar a pessoa de forma a otimizar a ventilação.

Ensinar cuidador sobre gestão do regime dietético

- Explicar à cuidadora para privilegiar alimentos da preferência da pessoa.
- Respeitar as preferências da pessoa, e não insistir que a pessoa se alimente se não tiver vontade.

Executar exercícios de controlo respiratório

- Assistir a pessoa a sentar-se.
- Incentivar a pessoa a inspirar pelo nariz, calmamente, e expirar pela boca.
- Repetir estes exercícios respiratórios até ter controlo da respiração e diminuição da sensação de falta de ar.

#### **4.8. Síntese relativa ao caso**

No caso clínico exposto os objetivos de cuidados planeados, pretendem um melhor controlo de sintomas, a preservação da autonomia da pessoa e o envolvimento da família na satisfação das necessidades da pessoa em situação paliativa. Promover o autocontrolo da dispneia; a autonomia para cuidar da higiene pessoal e para vestir-se e despir-se, e a autogestão da prevenção de quedas, asseguram que a pessoa em situação paliativa mantém o controlo e autonomia na tomada de decisão dos seus cuidados, bem como o respeito pelas suas preferências.

O apetite comprometido, a dispneia e a falta de esperança foram os diagnósticos de enfermagem com mais impacto na qualidade de vida da pessoa, implementaram-se intervenções de enfermagem de forma a dar resposta às necessidades únicas da pessoa e assim minimizar os sintomas e o impacto no seu bem-estar.

A família que também faz parte da atenção dos CP, teve sempre uma atitude de interesse e envolvimento nos cuidados, com o intuito de proporcionar o maior conforto possível ao seu familiar. Com a família foram trabalhados os seguintes objetivos: promover papel do cuidador: na satisfação de necessidades de mobilidade, na gestão do regime dietético e na gestão da

dispneia, isto foi possível através da partilha de informação e do ensino de estratégias para potenciar a sua capacidade de gestão dos sintomas. Desta forma foram capazes de participar de forma ativa na resposta das necessidades do seu familiar, e fomentar momentos únicos de partilha e proximidade entre toda a família, o que foi muito valorizado por todos os intervenientes.

Apesar da pessoa, a uma certa altura, expressar sinais de falta de esperança, o ambiente de segurança, confiança e respeito criado com a equipa, permitiu-lhe expressar receios e preocupações que através da escuta ativa e uma comunicação honesta, por parte da equipa, proporcionou-lhe apoio e satisfação com todo o ambiente de cuidado, minimizando assim o seu sofrimento.



## 5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde. Neste sentido, enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem. A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Regulamento n.º 140/2019, p.4744).

### **Competências Comuns Enfermeiro Especialista**

As designadas Competências Comuns do enfermeiro especialista envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, p.4744).

As Competências comuns, são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019, p.4745).

### Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O enfermeiro especialista desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, e garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019, p.4745).

Neste domínio toda a intervenção e prestação de cuidados desenvolvida durante o estágio de natureza profissional (ENP) foi assente no respeito pela deontologia da profissão, respeitando sempre os direitos ético legais da pessoa. Em situações mais complexas foram vários os momentos de partilha e reflexão em equipa, para uma tomada de decisão consciente e com

consideração dos valores éticos e responsabilidade profissional.

#### Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

Tendo uma perspectiva de melhoria contínua da qualidade o enfermeiro especialista garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garante um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019, p.4747).

Durante a realização do ENP foi possível conhecer e observar a dinâmica das equipas na sua organização e envolvimento em iniciativas de melhoria da qualidade da instituição e da própria equipa. As reuniões de equipa eram o espaço onde estes assuntos eram discutidos e decidido como cada elemento podia colaborar, integrando o conhecimento de todos, com o objetivo de obter os melhores cuidados possíveis, mais atualizados e seguros.

Tendo como ambição a contínua melhoria da qualidade dos cuidados, foi realizada uma revisão da literatura sobre a comunicação/relação Enfermeiro-Pessoa em situação paliativa. Para obter mais informação de como a pessoa em situação paliativa vivência a relação/comunicação, foram realizadas conversas informais com alguns doentes e família/cuidador que expressaram o que era importante para eles no desenvolvimento da relação/comunicação com os profissionais por quem eram assistidos.

Além disso, foi possível discutir com os enfermeiros tutores esta temática e perceber de que forma desenvolviam a relação/comunicação com as pessoas de quem cuidavam, de forma torna-la eficaz e efetiva. Ao refletir com a equipa, envolvendo a pessoa e família/cuidador, foi possível fomentar, ainda mais, a sensibilidade necessária para conhecer e compreender as necessidades únicas da pessoa e família/cuidador, com pleno respeito pela cultura e espiritualidade da pessoa em situação paliativa, contribuindo assim para um ambiente em que a pessoa se sentisse segura, respeitada e valorizada.

#### Competências do domínio da gestão dos cuidados

Para uma otimização da gestão dos cuidados o enfermeiro especialista gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, p.4748).

A gestão dos cuidados é um desafio da Enfermagem, principalmente das equipas de CP, uma vez que as necessidades são superiores aos recursos existentes, no sentido de otimizar os recursos e assegurar os cuidados necessários, na ECSCP consoante a necessidade de cuidados e a complexidade de cada situação, era decidido uma abordagem de consultoria, em articulação com as equipas de saúde, ou um acompanhamento mais próximo e especializado, assegurado

pelas visitas da ECSCP. Para uma avaliação mais eficaz recorria-se ao uso da Palliative Performance Scale (PPSv2) – Versão Portuguesa/Portugal (PPS PT), que permitia perceber o estado funcional da pessoa em situação paliativa e possível prognóstico (Serenio et al., 2022). Na UCP era importante esta gestão de cuidados, no sentido de otimizar o tempo disponível para cuidar e estar com cada pessoa internada, e assim conseguir acompanhar e dar resposta às necessidades de todas as pessoas aos nossos cuidados.

### Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No aperfeiçoamento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019, p.4749).

O desenvolvimento da profissão é um dos deveres dos enfermeiros, nos serviços onde decorreu o ENP, são locais onde se desenvolvem estágios, quer de alunos de licenciatura de enfermagem, quer de alunos de especialidades de enfermagem, e de outros profissionais de saúde. Neste sentido são equipas com muita experiência em acompanhar o ensino e desenvolvimento profissional de vários alunos. Além disso, são equipas muito dinâmicas com uma atitude proativa e atualizada, que investem na formação dos próprios elementos e acompanham várias iniciativas para o desenvolvimento do conhecimento da própria equipa. Como promove o PEDCP (2023), perante as várias dimensões da complexidade que se colocam às equipas locais de CP e às equipas com quem trabalham, é fundamental a existência de oportunidades de formação em áreas específicas, a nível de reciclagem, atualização de conhecimentos e competências (p.14).

Ao realizar o ENP com uma equipa informada e sempre a par do conhecimento mais atual na área de CP, contribuiu para que o desenvolvimento das minhas aprendizagens profissionais fosse um processo gratificante e enriquecedor. De destacar a forma como me senti apoiada e incentivada no decorrer do ENP, pela atenção e dedicação dos enfermeiros que me acompanharam, sempre numa atitude de partilha de conhecimentos alertando-me para situações específicas na área de CP, como por exemplo a identificação de uma úlcera terminal de Kennedy, que se caracteriza por ser um tipo de lesão por pressão, que surge de forma espontânea em doentes com doença avançada (Dalmedico et al., 2022) ou uma situação de hiperalgesia induzida por opioides, que se manifesta por uma sensibilidade exagerada à dor devido ao uso de opioides (Sawntzy Junior et al., 2023).

Com o objetivo de desenvolver o meu autoconhecimento na área dos CP, procurei acompanhar a informação mais atualizada que tem surgido em algumas plataformas digitais, pela facilidade de acesso e disponibilidade de informação, foi um meio que facilitou o meu percurso durante a realização do ENP, destaco um Podcast desenvolvido pela APCP em Outubro de 2023, que se chama "*(N) As Voltas da Vida*", e que consiste em conversas com profissionais experientes em CP, sobre várias temáticas como: controlo de sintomas, contextos onde se desenvolvem os CP, tomada de decisão em CP e o processo de luto.

## **Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa**

A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção. As Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, são as que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento nº 429/2018, p.19359).

De acordo com o Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, a área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa tem como alvo dos seus cuidados a Pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal nos mais diversos contextos de atuação e respetivos cuidadores/familiares. O envelhecimento demográfico da população portuguesa, o registo crescente de doenças oncológicas, neurológicas, insuficiência de órgão, são fatores que têm vindo a contribuir para a existência de um vasto grupo de doentes que padecem de grande sofrimento, para os quais os enfermeiros devem estar devidamente habilitados a prestar assistência e cuidados adequados. A nível social e familiar são sobretudo a composição, estrutura e funções familiares que mais problematizam a situação das pessoas com doença avançada, realidade que deve ser igualmente equacionada e objeto de intervenção pelos profissionais que os assistem (Regulamento n.º 429/2018, p.19364). Pelo que o Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa deve adquirir e desenvolver as seguintes competências:

**1. Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e 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 n.º 429/2018, p.19365).

Para o desenvolvimento desta competência, durante o ENP as atividades realizadas foram as seguintes:

- Identificação das necessidades da pessoa em situação paliativa seguida pela ECSCP e internada na UCP, através da avaliação da pessoa, no momento de admissão e nas reavaliações. Dialogar com a pessoa em situação paliativa e familiar/cuidador, considerando todas as dimensões da pessoa: físico, psicoemocional, espiritual e sociofamiliar, tendo em consideração quais as dimensões importantes para a pessoa, através da escuta ativa dos seus medos e expetativas, sobre o processo de doença e fim de vida. Respeitando a sua diversidade

e valorização de aspetos que são únicos para a pessoa, podendo estes serem culturais e/ou espirituais.

Durante o decorrer do ENP foram analisados dois casos clínicos com recurso à plataforma e4nursing da ESEP, este sistema permite identificar as necessidades de cuidados da pessoa, fundamentadas em dados que inferem um diagnóstico de enfermagem, permitindo uma orientação da tomada de decisão do enfermeiro, centrada em indicadores de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. A conceção dos casos clínicos, teve como referencial teórico a Teoria das Transições de Afaf Meleis, na qual é baseada a dinâmica da plataforma e4nursing. A Teoria das Transições, de Afaf Meleis, refere que, durante a vida, a pessoa é alvo de transições que resultam de eventos críticos e de mudanças, tendo a enfermagem uma função importante no processo facilitador de transições promotoras de sentimentos de bem-estar, uma vez que os enfermeiros são muitas vezes, os principais cuidadores da pessoa/família que vivencia esta transição e desempenham um papel privilegiado, dado que também são responsáveis pela capacitação dos familiares/cuidadores, providenciando conhecimento e suporte e promovendo, desta forma, uma transição saudável, num período de grande vulnerabilidade e sofrimento (Meleis et al., 2000).

- Avaliação dos sintomas da pessoa em situação paliativa, durante a visita da ECSCP e no internado na UCP, através da comunicação com a pessoa/família e observação, identificando e usando estratégias junto da pessoa para minimizar ou eliminar os sintomas, tendo em conta as variáveis psicoemocionais, culturais e espirituais que podem ter impacto na intensidade dos sintomas identificados. Perceber de que forma os processos corporais e mentais alterados interferem no bem-estar e conforto da pessoa. Avaliar a capacidade de autocuidado da pessoa e de que forma a sua limitação é geradora de sofrimento e desconforto.

- Antecipação de sintomas e situações de agudização, como antecipação de situações de fim de vida.

- Identificação das necessidades da família/cuidador nas visitas diárias realizadas na ECSCP e na prestação de cuidados na UCP.

- Elaboração do plano de cuidados e organização de cuidados em colaboração com a equipa através da discussão diária com os elementos ECSCP e da UCP.

- Envolver e capacitar familiares/cuidadores no reconhecimento de sintomas e de estratégias farmacológicas e não farmacológicas a utilizar no domicílio, como a antecipação de agudização de sintomas como a dor, dispneia, confusão e situação de fim de vida.

- Realização de ensinamentos sobre estratégias para alívio de dispneia, dor, intolerância à atividade e humor depressivo, ensino de gestão do regime medicamentoso, ensinamentos e treino sobre colocação de medicação transdérmica, e cuidados a ter com a manutenção e bom funcionamento do DIB, incentivo à administração terapêutica para alívio de sintomas, com

desmistificação da utilização de morfina para alívio da dor e/ou dispneia, ensinamentos sobre os cuidados orais e estratégias para alívio da xerostomia, ensinamentos para melhorar obstipação e impactação fecal, ensinamentos sobre adaptação da dieta em caso de disfagia ou perda da capacidade de deglutição, ensinamentos sobre sinais e sintomas de fim de vida, nutrição e hidratação e priorização de cuidados e necessidades em situações de fim de vida, demonstrando disponibilidade da equipa para ser contactada em caso de necessidade, disponibilizando os contactos da equipa.

- Utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas nas situações de agudização de sintomas (gestão e administração de terapêutica em SOS em casos de agitação, dor, dispneia, náusea, febre, hipus).

- Reformulação do plano de cuidados de acordo com os resultados obtidos e da eficácia das intervenções, tendo como objetivo o conforto da pessoa em situação paliativa. Considerando as perdas progressivas que a pessoa em situação paliativa vai manifestando, com respeito pelos desejos e preferências da pessoa/família.

- Participação em reuniões multidisciplinares da ECSCP e da UCP, realizadas semanalmente, com discussão de casos complexos que envolvem a necessidade de apoio psicológico, social ou espiritual.

- Discussão diária com a equipa médica da UCP sobre: evolução clínica da pessoa; plano de cuidados instituído; identificação de necessidades e reformulação de planos de cuidados, de acordo com os objetivos delineados e alcançados pela pessoa e família/cuidador em situação paliativa.

**2. Estabelece relação terapêutica com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/famíliares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto** (Regulamento n.º 429/2018, p.19365).

Para o desenvolvimento desta competência, durante o ENP as atividades realizadas foram as seguintes:

- Participação nos momentos de informação à pessoa e família/cuidador da evolução da situação clínica, e auxílio na gestão realista das expectativas, utilizando comunicação empática, clara, honesta e compassiva, ajudando a pessoa e família/cuidador à consciencialização e aceitação do processo de fim de vida.

- Desenvolver técnicas comunicacionais durante as visitas da ECSCP e na UCP. Ouvir a pessoa, família/cuidador de forma empática e ativa. Respeitar os silêncios, comunicar de forma honesta e de acordo com o que a pessoa quer saber. Respeitar os limites da pessoa, família/cuidador. Validar as emoções e sentimentos como uma resposta ao processo de perda e luto.

- Priorizar os desejos e vontade da pessoa, envolvendo a família/cuidador, na planificação do plano de cuidados. Facultar a informação necessária para a tomada de decisão, de acordo com a vontade da pessoa em situação paliativa. Fomentando um ambiente de confiança e compromisso, de forma a que a pessoa e família/cuidador se sintam cuidados num ambiente de segurança.
- Apoiar a pessoa em situação paliativa nas perdas progressivas que vai apresentando, resultantes da progressão da doença e apoiar os familiares/cuidador na consciencialização das perdas, reorganização familiar e alteração de papéis, relativamente ao processo de fim de vida, encorajando o envolvimento dos familiares. Demonstrar uma atitude de escuta e aceitação, procurando ouvir as preocupações da pessoa, família/cuidador exprimindo interesse. Manter contacto visual. Falar com tom calmo, gentil e relaxado. Utilizar o toque, se adequado.
- Referenciar para os profissionais de saúde especializados, na área em que se manifestem mais necessidades, sempre que a pessoa e/ou família/cuidador demonstrem vontade de receber esse apoio.
- Envolver a pessoa e/ou família/cuidador na realização de tarefas importantes para a pessoa, de forma a satisfazer os seus desejos de fim de vida.
- Conversar com o familiar/cuidador no sentido de conhecer as suas necessidades, dificuldades e expectativas, analisar como se sente e como se tem adaptado ao papel de cuidador, bem como aconselhar estratégias de autocuidado, no sentido de prevenir o estado de exaustão. Incentivar o repouso e a alimentação correta do familiar/cuidador. Incentivar a realização de atividades/momentos de lazer, do gosto do familiar/cuidador.
- Refletir em equipa sobre o estado emocional do familiar/cuidador relativamente a situações de sobrecarga dos familiares/cuidadores. Providenciar apoio ao familiar/cuidador em caso de exaustão, validando todo o trabalho realizado, fornecendo suporte emocional e demonstrando disponibilidade.

As atividades realizadas permitiram uma prestação de cuidados centrada na pessoa e família/cuidador, indo ao encontro das necessidades destes, de forma a minimizar o impacto da doença nas suas vidas, integrando-a e potenciando a pessoa e/ou família/cuidador a adaptar-se à nova condição de saúde.

Segundo as *“Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista”*, elaboradas pela OE em 2021, o enfermeiro especialista deve evidenciar que possui competências para consultar e mobilizar a evidência científica (p.5) e o relatório de estágio deve integrar uma componente de investigação (p.2), de forma a dar resposta a estes requisitos, uma das atividades realizadas no decorrer do ENP, foi uma Revisão da Literatura - *Rapid Review*, centrada no tema: Aspectos relevantes para a efetividade na

relação/comunicação Enfermeiro-Pessoa em Situação Paliativa, que se apresenta de seguida.

## **Aspetos relevantes para a efetividade na relação/comunicação Enfermeiro-Pessoa em Situação Paliativa - *Rapid Review***

### **Introdução**

O cerne da enfermagem reside no cuidar. Essa abordagem de cuidado requer uma interação constante com o indivíduo ou grupo que necessita de cuidados. É imprescindível envolver de forma ativa o doente e/ou a sua família no processo de cuidado, viabilizando a comunicação como uma ferramenta para otimizar a reciprocidade inerente à interação (Allande Cussó et al., 2021). A relação enfermeiro-pessoa permite a prática e o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem. A dependência de cuidados torna-se mais fácil de aceitar quando a pessoa doente consegue contar com o enfermeiro e estabelecer com ele um relacionamento amigável e prazeroso. A relação enfermeiro-pessoa é uma interação contínua que molda a realidade percebida por cada participante. Cada ação neste relacionamento ganha significado a partir da ação de resposta do outro (Hechinger et al. 2019; Ozaras & Abaan, 2018). Relacionamentos eficazes entre enfermeiro e doente são indiscutivelmente a base de todos os cuidados (Cummings, 2018).

Ao iniciar uma abordagem centrada na pessoa, o enfermeiro visa ajudá-la a encontrar significado para a sua condição de saúde atual, independentemente das disfunções ou necessidades que possa enfrentar. Uma relação enfermeiro-pessoa doente, fundamentada no respeito mútuo, entendimento e compartilhamento de conhecimento, atitudes e valores é essencial para estabelecer um relacionamento produtivo. A interação do enfermeiro deve ser atenciosa, reconhecendo a singularidade de cada indivíduo e a sua percepção individual da doença (Uhrenfeldt et al., 2018).

Cuidar, portanto, envolve o encontro com a pessoa na sua vulnerabilidade decorrente da doença. Através da comunicação, parte integrante da prática de enfermagem, é possível construir uma relação de confiança que atenda às necessidades únicas da pessoa (Uhrenfeldt et al., 2018). Sendo a relação enfermeiro-pessoa um processo de troca de informações, onde ambos estão envolvidos na gestão das questões de saúde que afetam a pessoa (Xue & Heffernan, 2021). Estamos convictos, que estes profissionais sejam capazes de compreender a pessoa numa perspetiva única e adaptar o cuidado de acordo com as necessidades individuais. Empoderando-os no sentido de manter as habilidades para o autocuidado e sensação de bem-estar (Strandås & Bondas, 2018; Xue & Heffernan, 2021).

A relação enfermeiro-pessoa, também conhecida como relação de ajuda, relação de confiança, relação de cuidado ou aliança terapêutica (Feo et al., 2022; Strandås & Bondas, 2018), desempenha um papel crucial na prestação de cuidados fundamentais (Feo et al., 2022). Com o intuito de identificar a melhor evidência científica na literatura sobre os elementos pertinentes

para a efetividade da relação/comunicação enfermeiro-pessoa, realizou-se uma revisão da literatura seguindo as diretrizes do *Cochrane Rapid Reviews Methods Group* (Garritty et al., 2020), utilizando a metodologia da *Rapid Review*. O objetivo primordial foi identificar os fatores críticos que contribuem para a eficácia da relação/comunicação enfermeiro-pessoa. Mais especificamente, com o desígnio de responder à seguinte questão:

Quais os aspetos relevantes para a efetividade na relação/comunicação do Enfermeiro-Pessoa em situação paliativa?

### **Crítérios de elegibilidade**

Os critérios de elegibilidade serão definidos com base nos participantes, conceito e contexto (PCC), foram incluídos nesta revisão estudos cuja a população sejam adultos em situação paliativa, e que identifiquem aspetos importantes para a efetividade da relação/comunicação enfermeiro-pessoa em situação paliativa, sendo este o nosso conceito de interesse. Relativamente ao contexto, a revisão considerará estudos que tenham sido conduzidos em qualquer localização geográfica e em contextos de saúde que abordem a relação/comunicação do enfermeiro-pessoa em situação paliativa. Foram excluídos estudos que descrevam aspetos relevantes para a efetividade da relação/comunicação com outro profissional de saúde, que não sejam enfermeiros, e pessoas doentes que não estejam em situação paliativa.

### **Tipos de fontes**

Esta revisão considerará a inclusão de desenhos de estudos quantitativos, estudos qualitativos e revisões sistemáticas. Estudos observacionais descritivos, incluindo estudos de casos e estudos transversais descritivos. Serão igualmente considerados os estudos qualitativos que se centrem em dados qualitativos, incluindo, mas não se limitando, a fenomenologia, a teoria fundamentada, a etnografia, a descrição qualitativa e a investigação-ação. Além disso, serão também consideradas as revisões sistemáticas que satisfaçam os critérios de inclusão.

### **Estratégia de pesquisa**

A presente pesquisa obedece às recomendações do *Cochrane Rapid Review* (Garritty et al., 2020; Hamel et al., 2021) que orientaram esta pesquisa, na identificação dos termos descritores, segundo Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH), e a escolha de uma base de dados, a *MEDLINE Complete*, disponível através da *EBSCOhost* da biblioteca virtual da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Serão incluídos artigos publicados em inglês, data de publicação entre 01/01/2018 e 31/12/2023. A frase booleana que conduziu a nossa pesquisa ao nível do título (TI) foi a seguinte: ((*"nurs\* patient relations\*" OR "nurs\*-patient relations\*" OR "patient relations\* nurs\*" OR "relations\* nurs\*-patient" OR "relations\* nurs\* patient"*) AND (*"communication health"*) AND (*"hospice\*" OR "palliative care\*" OR "terminally ill"*)), realizada a 20 de outubro de 2023.

## Seleção dos estudos

A seleção dos estudos foi realizada por dois revisores, através do aplicativo informático *Rayyan QCRI*, que foi escolhido pela facilidade na exploração das pesquisas, a economia de tempo e a simplicidade no compartilhamento e comparação de decisões de inclusão e exclusão (Ouzzani et al., 2016). Realizou-se uma seleção dos artigos de forma independente, inicialmente por título e resumo e seguidamente a leitura do texto integral dos artigos que cumpriam os critérios de elegibilidade, foi realizada por um revisor, que aplicou os critérios de inclusão e exclusão definidos.

## Extração de dados

Foram identificados 172 estudos na base de dados selecionada *MEDLINE Complete*, que se mantiveram com a remoção de artigos duplicados. Após leitura de título e resumo, foram excluídos 145 estudos, restando 27 para leitura integral do texto, após a qual foram excluídos 20 por não cumprirem os critérios de elegibilidade, previamente definidos, resultando sete estudos elegíveis para análise e síntese, tal como apresentado na Figura 1.

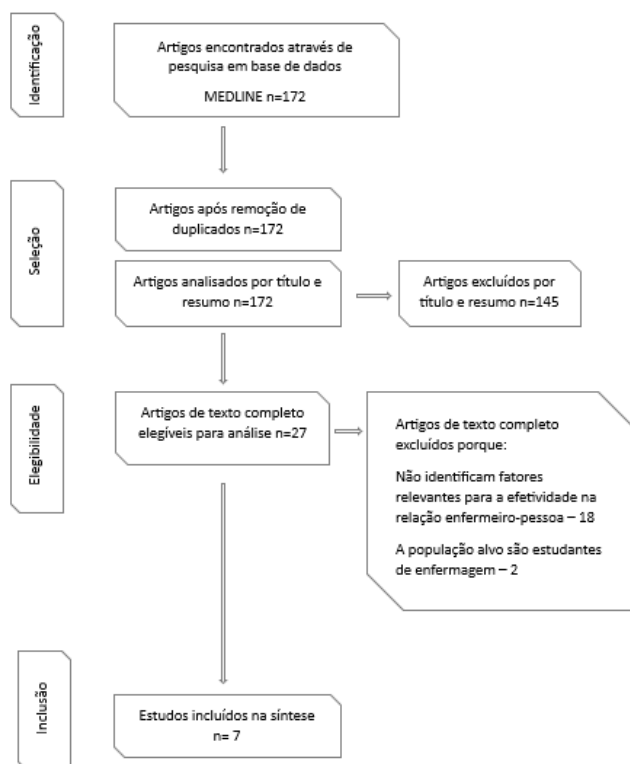


Figura 1 - Fluxograma PRISMA da seleção e inclusão dos estudos (adaptado Moher et al., 2009).

A extração de dados foi conduzida por um revisor, que sintetizou a informação pertinente em identificação do título, autores, país e ano de publicação, participantes, objetivo do estudo, tipo de estudo e aspetos relevantes para a efetividade da relação/comunicação do enfermeiro-

pessoa em situação paliativa (Quadro 3).

Título	Autores	País e Ano	Participantes	Objetivo do estudo	Tipo de estudo	Aspetos relevantes para a efetividade na relação enfermeiro Pessoa em situação paliativa
E2. Defining and characterising the nurse-patient relationship: A concept analysis	Allande-Cussó et al.	Espanha 2022	36 artigos	Analisar o conceito relação/comunicação enfermeiro-doente, para identificar os atributos que definem a relação enfermeiro-doente.	Revisão integrativa da literatura	<u>Valores presentes na relação:</u> Autenticidade, Confiança, Confidencialidade, Igualdade, Beneficência, Justiça, Autonomia. <u>Competências pessoais enfermeiro:</u> Empatia, Compaixão, Vulnerabilidade, Compreensão, Presença, Reciprocidade, Aceitação <u>Competências profissionais enfermeiro:</u> Comunicação, Escuta ativa, Segurança/Experiência profissional.
E7. Heideggerian structures of Being-with in the nurse-patient relationship: modelling phenomenological analysis through qualitative meta-synthesis	Gullick et al.	Austrália 2020	29 artigos + 417 participantes (123 doentes 13 cuidadores e 281 enfermeiros)	Reunir e sintetizar resultados de 29 relatórios de pesquisas fenomenológica sobre o Ser-com na relação enfermeiro-doente.	Metassíntese qualitativa	<u>Valores presentes na relação:</u> Confiança, Autenticidade <u>Competências pessoais enfermeiro:</u> Presença, Atenção, Disponibilidade, Aceitação, Vulnerabilidade <u>Competências profissionais enfermeiro:</u> Comunicação, Escuta ativa, Experiência profissional, Dedicção.
E11. Dimensions of good palliative nursing care: Expert panel consensus and perceptions of palliative professionals	Zulueta Egea et al.	Espanha 2023	Painel de 8 especialistas em Cuidados Paliativos; 9 participantes profissionais de saúde entre eles enfermeiros, 1 familiar cuidador	Analisar as dimensões da qualidade dos cuidados de enfermagem paliativos e explorar as percepções dos profissionais para o desenvolvimento e validação da Escala de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Paliativa.	Método misto, abordagem Delphi e estudo qualitativo exploratório	<u>Valores presentes na relação:</u> Autenticidade, Dignidade <u>Competências pessoais enfermeiro:</u> Compaixão, Empatia, Assertividade, Flexibilidade, Inteligência emocional, Disponibilidade <u>Competências profissionais enfermeiro:</u> Comunicação, Compromisso, Responsabilidade.
E14. Therapeutic relationship nurse-patient in hemodialysis therapy	Hreńczuk	Polónia 2021	77 doentes com doença renal crónica	O objetivo do estudo foi determinar a importância da relação terapêutica entre o enfermeiro e o doente de hemodiálise.	Estudo quantitativo e qualitativo	<u>Valores presentes na relação:</u> Confiança <u>Competências pessoais enfermeiro:</u> Empatia, Respeito, Compreensão, Presença plena, Honestidade, Sinceridade, Aceitação <u>Competências profissionais enfermeiro:</u> Segurança, Abordagem holística

E15. Investigation of the trust status of the nurse-patient relationship	Ozars & Abaan	Turquia 2018	356 doentes diagnosticados com cancro	Examinar a opinião dos doentes sobre o status de confiança em relação aos enfermeiros e os fatores importantes para o desenvolvimento da confiança na relação/comunicação enfermeiro-doente.	Estudo transversal descritivo	<u>Valores presentes na relação:</u> Confiança, Autenticidade, Confidencialidade <u>Competências pessoais enfermeiro:</u> Lealdade, Sinceridade, Amor, Cuidado, Compaixão, Empatia, Honestidade, Confiabilidade, Paciência, Consciência cultural, Sensibilidade, Respeito, Ternura, Consistência <u>Competências profissionais enfermeiro:</u> Experiência profissional, Conhecimento, Disponibilidade, Escuta ativa, Segurança
E21. The influence of engaging authentically on nurse-patient relationships: A scoping review	Pratt et al.	Austrália 2020	21 artigos	Compreender o papel do processo – “Envolver-se autenticamente” - desempenha no desenvolvimento de relações eficazes entre os enfermeiros e as pessoas cuidadas.	Scoping review	<u>Valores presentes na relação:</u> Autenticidade, Confiança <u>Competências pessoais enfermeiro:</u> Conexão, Respeito, Envolvimento mútuo, Honestidade, Disponibilidade, Presença, Compreensão <u>Competências profissionais enfermeiro:</u> Segurança, Competência profissional, Conforto, Comunicação, Escuta ativa.
E24. The nurse-patient relationship as a story of health enhancement in community care: A meta-ethnography	Strandas & Bondas	Noruega 2018	10 estudos	Explorar e melhorar a compreensão de como a relação enfermeiro-doente pode melhorar o bem-estar dos doentes.	Meta-etnografia	<u>Valores presentes na relação:</u> Confiança, Autenticidade <u>Competências pessoais enfermeiro:</u> Respeito, Carinho, Presença, Intimidade, Conectividade, Compaixão, Compreensão, Envolvimento, Disponibilidade <u>Competências profissionais enfermeiro:</u> Compromisso, Partilha, Conhecimento, Comunicação, “Visão existencial do doente” - Ser único

Quadro 3 – Quadro de extração de dados dos estudos incluídos na *rapid review*.

## Resultados

De forma a dar resposta à pergunta de investigação foram incluídos sete estudos, publicados em 2018, 2020, 2021, 2022 e 2023, provenientes, cinco da Europa (Espanha, Polónia, Turquia e Noruega) e dois da Austrália, verificando-se a pertinência do tema em diferentes culturas e contextos de cuidados. Relativamente à metodologia dos estudos, dois são estudos primários mistos e um primário do tipo qualitativo, e quatro são revisões da literatura, mais especificamente *scoping review*, uma revisão integrativa da literatura, uma metassíntese qualitativa e uma meta-etnografia qualitativa. Apesar dos estudos terem objetivos diferentes todos abordam aspetos relevantes para a efetividade da relação/comunicação do enfermeiro

com a pessoa que recebe os seus cuidados, e em todos os estudos participam pessoas com doença avançada, progressiva e incurável, que caracteriza o contexto dos Cuidados Paliativos (CP).

## **Discussão**

A relação/comunicação do enfermeiro-pessoa é a base dos cuidados de enfermagem e tem como objetivo atender às necessidades de saúde do indivíduo que recebe esses cuidados. Apesar da sua relevância para a profissão de enfermagem e para a prestação de cuidados, e das suas muitas implicações clínicas e éticas, não existe atualmente uma definição consensual do conceito, na literatura científica. No entanto Allande-Cussó et al., 2022 descreve-a como uma “interação de cuidado” uma vez que envolve o estabelecimento de interações humanas entre o enfermeiro e a pessoa doente e/ou família, e um intercâmbio baseado na comunicação interpessoal e na influência mútua, pelo que a relação enfermeiro-pessoa é uma habilidade e intervenção de enfermagem por si só, que sustenta o processo de cuidado. A enfermagem como profissão é fundamentalmente relacional (Gullick et al., 2020).

Com o objetivo de encontrar resposta para a pergunta de investigação: Quais os aspetos relevantes para a efetividade na relação/comunicação Enfermeiro-Pessoa em situação paliativa? após a análise dos artigos selecionados, emergiram três temas principais que descrevem os atributos essenciais para a efetividade da relação/comunicação. Sendo estes: i) - os valores éticos presentes na relação/comunicação, ii) - competências pessoais do enfermeiro, iii) - competências profissionais do enfermeiro.

### Valores éticos presentes na relação/comunicação

Os valores éticos identificados como cruciais para uma relação/comunicação positiva entre o enfermeiro e a pessoa com necessidade de cuidados, são a Confiança e a Autenticidade (Allande-Cussó et al., 2022; Gullick et al., 2020; Ozaras & Abaan, 2018; Pratt et al., 2020; Strandas & Bondas, 2018).

Envolver-se autenticamente é uma das principais abordagens reconhecidas na prática centrada na pessoa (Pratt et al., 2020). As relações/comunicação enfermeiro-pessoa, mais valorizadas pelos doentes são as em que o enfermeiro demonstra uma atitude de autenticidade, e de presença verdadeira, através do compromisso, da vontade de conhecer quem é o doente como pessoa - “conhecimento profundo do doente em toda a sua humanidade” (Gullick et al., 2020) e respeito pelos seus valores, o que leva ao desenvolvimento de um vínculo de confiança e conexão (Strandas & Bondas, 2018). Estar plenamente presente, significa sobretudo ser capaz de avaliar quando há necessidade de ser ativo, necessidade de ser observador, necessidade de falar honestamente e quando há necessidade de se abster de comentar (Hreýczuk, 2021).

A procura desta conexão permite que as relações sejam mútuas e reflexivas, e isso exige que o enfermeiro veja o seu papel como “mais do que apenas um trabalho”, permitindo uma ligação

profundamente significativa, com um nível de intimidade incomum em muitas relações profissionais. Quando não é possível estabelecer este tipo de ligação, o trabalho da enfermagem torna-se menos satisfatório e emocionalmente mais difícil de gerir (Gullick et al., 2020). A confiança é extremamente importante na relação de cuidado profissional e na satisfação da pessoa cuidada, as competências profissionais e os atributos de cuidado interpessoal dos enfermeiros emergiram como os mais importantes no desenvolvimento da confiança (Ozaras & Abaan, 2018).

### Competências Pessoais do enfermeiro

As competências Pessoais mais nomeadas nesta revisão, como facilitadoras e potenciadoras da relação/comunicação enfermeiro-pessoa são a Presença, o Respeito, a Empatia, a Compaixão, a Compreensão, a Disponibilidade e a Aceitação (Allande-Cussó et al., 2022; Hreńczuk, 2021; Pratt et al., 2020; Strandas & Bondas, 2018).

A enfermagem é um modo de ser distinto, resolutivo e caracterizado pelo cuidado, onde a presença e a preocupação operam como uma díade ontológica, estruturando a conduta fundamental da enfermagem como a prestação de cuidados, o enfermeiro faz um esforço consciente para se conectar com a pessoa, optando por eliminar a distância entre as suas humanidades compartilhadas, permitindo tornar-se vulnerável a essa autenticidade (Gullick et al., 2020).

A cooperação mútua baseia-se, em grande medida, na formação de uma relação adequada, ou seja, numa relação emocional positiva com a pessoa. Uma pessoa empática é aquela que tenta compreender e aceitar o ponto de vista do outro sem fazer julgamentos críticos, nem mostrando hostilidade. A empatia protege contra a duplicação de padrões, condições e rotinas no contato com a pessoa, é muitas vezes equiparada à capacidade de ser plenamente com a outra pessoa. Pode ser afirmado que a empatia não é apenas uma questão moral e filosófica, mas uma das competências mais importantes da enfermagem. Sem empatia não há confiança, sem confiança não há sinceridade e uma boa relação/comunicação enfermeiro-pessoa (Hreńczuk, 2021). O enfermeiro deve prestar um cuidado humano e de qualidade, praticando a compaixão, a empatia e a simpatia na relação de cuidado que estabelece com a pessoa (Ozaras & Abaan, 2018).

As relações enfermeiro-pessoa mais efetivas, envolvem a disponibilidade do enfermeiro para a pessoa, isso é interpretado como uma forma de estar em presença verdadeira com a pessoa, como resultado do contato repetido, comprometimento, conhecimento da pessoa, confiança, respeito, intimidade e conexão (Strandas & Bondas, 2018).

### Competência Profissionais do Enfermeiro

A Comunicação, Experiência profissional, Escuta ativa, Segurança e Compromisso foram as competências profissionais eleitas como elementos chave para uma relação enfermeiro-pessoa

eficaz (Allande-Cussó et al., 2022; Zulueta Egea et al., 2023; Gullick et al., 2020; Ozaras & Abaan, 2018; Pratt et al., 2020; Strandas & Bondas, 2018).

Uma doença crónica avançada e progressiva é, sem dúvida, uma fonte de stress que pode ser experienciada na vida humana. É uma situação difícil e complexa em muitos aspetos - cognitivo, emocional, social e existencial. O estabelecimento de uma relação enfermeiro-pessoa deve ser a ação básica de todo enfermeiro. Uma das necessidades importantes do homem, principalmente da pessoa doente, é a necessidade de se sentir seguro, uma pessoa que se sente vulnerável, dependente e em risco, geralmente procura informações, explicações e palavras que lhe transmitam segurança e compreensão (Hreýczuk, 2021).

A relação/comunicação do enfermeiro-pessoa pode ser definida como uma relação de ajuda com o indivíduo e/ou a sua família baseada na interação, comunicação, escuta ativa e compromisso mútuo (Allande-Cussó et al., 2022). O discurso cria potencial para significado compartilhado, o discurso pode ser verbal e não-verbal e tem carácter revelador e esclarecedor (Gullick et al., 2020). Na dinâmica da comunicação a escuta ativa tem um papel preponderante porque “o discurso também é ouvir” (Gullick et al., 2020). É através da escuta ativa que os enfermeiros procuram compreender a situação única da pessoa, a sua perspetiva e necessidades, fornecendo informações e apoio, na tentativa de envolver e encorajar a pessoa a ser participante nos seus próprios cuidados (Strandas & Bondas, 2018).

As relações interpessoais, a comunicação e o apoio espiritual são as dimensões que melhor representam a qualidade dos CP. Priorizar as necessidades e desejos da pessoa e da família, como um todo, é um critério de excelência nos cuidados de enfermagem e o centro de todos os cuidados de fim de vida. Os nossos resultados indicam que a empatia e a escuta ativa são as competências de comunicação mais importantes para a relação com a pessoa. A comunicação responsável envolve, não apenas saber gerir as informações, à pessoa, família e equipa, de forma empática e honesta, mas também aspetos intangíveis, como a presença e a disponibilidade do profissional (Zulueta Egea, 2023).

A experiência profissional facilita o uso de uma comunicação eficaz e aumenta a habilidade para a construção de relações enfermeiro-pessoa frutíferas e satisfatórias (Gullick et al., 2020; Ozaras & Abaan, 2018). Os cuidados são um esforço conjunto, que exige participação comprometida tanto do enfermeiro quanto da pessoa. Quando os doentes são participantes ativos, dispõe-se a convidar os enfermeiros para a sua vida, a confiar neles e a participar na partilha da vida pessoal. É através da participação ativa mútua, que a relação enfermeiro-pessoa ganha significado, esta interação surge como facilitadora da comunicação aberta e da partilha pessoal, o que, por sua vez, potencia sentimentos de bem-estar e fornece aos enfermeiros acesso a informações vitais. Os doentes percebem que ter uma relação humana com o enfermeiro melhora o seu estado físico e emocional. Sem uma relação/comunicação enfermeiro-pessoa eficaz, os enfermeiros podem ser superficiais e focados na realização de tarefas, fazendo com

que os doentes se sintam negligenciados (Strandas & Bondas, 2018).

## Conclusão

Da revisão rápida realizada podemos concluir que a relação/comunicação do enfermeiro-pessoa é central na prática de enfermagem, ela desempenha um importante papel para a pessoa com uma condição de doença, uma vez que quando esta relação se estabelece de forma positiva, proporciona uma assistência de qualidade, diminuindo o sofrimento e vulnerabilidade e potenciando o bem-estar. Foi possível perceber que vários aspetos são importantes para a efetividade da relação/comunicação do enfermeiro-pessoa, como os valores éticos que devem estar presentes na relação, as competências pessoais dos enfermeiros e as competências profissionais dos enfermeiros. A abordagem centrada na pessoa, com uma visão holística e integrada da pessoa para além da doença, ajuda a pessoa a sentir-se cuidada, melhorando a sua experiência de cuidado.

Dada a centralidade do tema na prática de enfermagem, embora o contexto de cuidados possa desempenhar um papel na forma como a relação/comunicação do enfermeiro-pessoa se desenvolve e mantém, os atributos considerados fundamentais para a construção de uma relação enfermeiro-pessoa efetiva e enriquecedora são transversais entre contextos, pelo que os aspetos considerados importantes para a eficácia da relação/comunicação do enfermeiro-pessoa no contexto de CP são análogos para a profissão em qualquer contexto de cuidados.

## Limitações da rapid review

O método de pesquisa *rapid review* é em si uma limitação, uma vez que ao permitir sintetizar o conhecimento e acelerar o processo de realização de revisão, omite métodos específicos da revisão sistemática tradicional (Tricco et al., 2017). Além disso, o facto de se recorrer a apenas uma base de dados, a seleção de apenas um idioma (Inglês) e a limitação temporal aos últimos cinco anos, limita a evidência encontrada. A seleção dos estudos por título e resumo ter sido realizada por dois revisores e um único revisor realizar a análise completa de texto, extração e síntese de resultados, bem como a omissão da avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos, contribuem para a limitação da pesquisa.

## Referências Bibliográficas

Allande Cussó, R., Siles González, J., Ayuso Murillo, D., & Gómez Salgado, J. (2021). A new conceptualization of the nurse-patient relationship construct as caring interaction. *Nursing Philosophy: An International Journal for Healthcare Professionals*, 22(2), e12335. <https://doi.org/10.1111/nup.12335>

Allande-Cussó, R., Fernández-García, E., & Porcel-Gálvez, A. M. (2022). Defining and characterising the nurse-patient relationship: A concept analysis. *Nursing Ethics*, 29(2), 462-484. <https://doi.org/10.1177/09697330211046651>

- Cummings, R. (2018). Recognition Theory in Nurse/Patient Relationships: The contribution of Gillian Rose. *Nursing Philosophy: An International Journal for Healthcare Professionals*, 19(4), e12220. <https://doi.org/10.1111/nup.12220>
- Feo, R., Conroy, T., Wiechula, R., Rasmussen, P., & Kitson, A. (2020). Instruments measuring behavioural aspects of the nurse-patient relationship: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(11-12), 1808-1821. <https://doi.org/10.1111/jocn.14947>
- Feo, R., Kumaran, S., Conroy, T., Heuzenroeder, L., & Kitson, A. (2022). An evaluation of instruments measuring behavioural aspects of the nurse-patient relationship. *Nursing Inquiry*, 29(2), e12425. <https://doi.org/10.1111/nin.12425>
- Garritty, C., Gartlehner, G., Nussbaumer-Streit, B., King, V. J., Hamel, C., Kamelf, C., Affengruber, L., & Stevens, A. (2020). Cochrane Rapid Reviews Methods Group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 130, 13-22. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.10.007>
- Gullick, J., Wu, J., Reid, C., Tembo, A. C., Shishehgar, S., & Conlon, L. (2020). Heideggerian structures of Being-with in the nurse-patient relationship: modelling phenomenological analysis through qualitative meta-synthesis. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 23(4), 645-664. <https://doi.org/10.1007/s11019-020-09975-y>
- Hamel, C., Michauda, A., Thukua, M., Skidmorea, B., Stevensa, A., Nussbaumer-Streitc, B. & Garritty, C. (2021). Defining Rapid Reviews: a systematic scoping review and thematic analysis of definitions and defining characteristics of rapid reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 129, 74-85. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.09.04>
- Hechinger, M., Mayer, H., & Fringer, A. (2019). Kenneth Gergen's concept of multi-being: an application to the nurse-patient relationship. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 22(4), 599-611. <https://doi.org/10.1007/s11019-019-09897-4>
- Hreńczuk, M. (2021). Therapeutic relationship nurse-patient in hemodialysis therapy. *Nursing Forum*, 56(3), 579-586. <https://doi.org/10.1111/nuf.12590>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., Altman, D., The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(210), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Ozaras, G., & Abaan, S. (2018). Investigation of the trust status of the nurse-patient relationship. *Nursing Ethics*, 25(5), 628-639. <https://doi.org/10.1177/0969733016664971>

Pratt, H., Moroney, T., & Middleton, R. (2021). The influence of engaging authentically on nurse-patient relationships: A scoping review. *Nursing Inquiry*, 28(2), e12388. <https://doi.org/10.1111/nin.12388>

Strandås, M., & Bondas, T. (2018). The nurse-patient relationship as a story of health enhancement in community care: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 74(1), 11-22. <https://doi.org/10.1111/jan.13389>

Tricco, A. C., Langlois, E. V., & Straus, S. E. (2017). *Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258698/9789241512763-eng.pdf>

Uhrenfeldt, L., Sørensen, E. E., Bahnsen, I. B., & Pedersen, P. U. (2018). The centrality of the nurse-patient relationship: A Scandinavian perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 27(15-16), 3197-3204. <https://doi.org/10.1111/jocn.14381>

Xue, W., & Heffernan, C. (2021). Therapeutic communication within the nurse-patient relationship: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 27(6), e12938. <https://doi.org/10.1111/ijn.12938>

Zulueta Egea, M., Prieto-Ursúa, M., Bermejo Toro, L., & Palmar-Santos, A. M. (2023). Dimensions of good palliative nursing care: Expert panel consensus and perceptions of palliative professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 32(13-14), 3746-3756. <https://doi.org/10.1111/jocn.16583>

## 6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A elaboração deste relatório de estágio, permitiu descrever todas as atividades realizadas nos dois contextos de estágio onde decorreu o ENP, bem como, retratar a caracterização de cada contexto, a nível de recursos humanos, físicos, método de trabalho e atividades de melhoria contínua.

Enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, a aspiração consiste em prestar cuidados holísticos e humanizados, centrados na pessoa e família/cuidador, que vivenciam uma situação de doença incurável, avançada e progressiva, minimizando o sofrimento e potenciando o bem-estar, conforto e qualidade de vida. Construindo uma relação/comunicação com a pessoa e família/cuidador, de modo a dar suporte nos processos de adaptação face às perdas, morte e luto. Contribuindo assim, para uma melhoria dos cuidados de enfermagem, no atual contexto de trabalho.

A conceção de cuidados realizada, para os dois casos clínicos apresentados, permitiu: a recolha de dados; a identificação dos diagnósticos de enfermagem, relacionando-os com o contexto clínico da pessoa; a descrição das intervenções e atividades que as concretizam e a apresentação dos resultados, face aos objetivos definidos, permitindo o desenvolvimento do juízo clínico especializado, que permite a análise da complexidade da pessoa em situação paliativa.

A seleção dos casos clínicos foi baseada na complexidade de cuidados e após reflexão e orientação do enfermeiro tutor, o facto dos dois casos clínicos apresentarem a mesma patologia, neoplasia do pulmão, não foi propositado, no entanto salienta-se que foi a patologia predominante em ambos os contextos clínicos, sendo também uma doença com muita expressão em Portugal e no Mundo (WHO, 2022).

O desenvolvimento dos cuidados foi centrado na pessoa e não na doença, conforme preconizam os CP, pelo que o diagnóstico terá um relevo secundário para a abordagem de cuidados, conforme salienta Lourenço et al. (2021) os cuidados centram-se numa abordagem de cuidados antecipatórios de forma a prevenir situações potenciais de sofrimento prolongado, insuportável ou destrutivo. Por isso, a conceção de cuidados é baseada nas múltiplas necessidades da pessoa e família e não apenas no prognóstico e ou no diagnóstico.

Tendo em consideração os cenários descritos, o enquadramento teórico e os objetivos dos CP, identificaram-se os domínios e a priorização dos cuidados, para cada caso clínico. Realizou-se uma análise dos domínios com mais impacto na qualidade de vida da pessoa, considerando as

necessidades identificadas e descrevendo as atividades realizadas para uma melhor prestação de cuidados, de forma a minimizar o sofrimento e potenciar o bem-estar e conforto da pessoa e família/cuidador, tendo por base a evidência científica encontrada.

Apesar do diagnóstico de doença comum, os problemas identificados foram diferentes para cada caso clínico, enquanto no caso um se evidenciou a dor, a intolerância à atividade e o humor depressivo, no caso dois o apetite comprometido, a dispneia e a falta de esperança foram os diagnósticos de enfermagem mais geradores de desconforto. Com a análise dos dois casos clínicos foi possível desenvolver o pensamento crítico face aos diagnósticos de enfermagem identificados e assim desenvolver competências do enfermeiro especialista.

O apoio à família/cuidador e a sua envolvência nos cuidados foi sempre salvaguardado e incentivado, de acordo com a vontade da pessoa e família/cuidador, através de uma comunicação honesta, clara e realista, adequada à pessoa e família/cuidador, foi facultada a informação necessária para capacitar os intervenientes nos cuidados necessários e na tomada de decisão informada, bem como na gestão de expectativas.

Toda a abordagem foi realizada em equipa, com o contributo multi e interdisciplinar, que caracterizam as equipas de CP, tendo como foco comum o bem-estar e conforto da pessoa em situação paliativa e família/cuidador.

Os contextos de estágio foram muito ricos em experiências e vivências no contexto de CP, permitiram muitas aprendizagens e o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, além disso foram muitos os momentos de partilha que permitiram o desenvolvimento pessoal e a satisfação profissional.

O mais desafiante deste percurso foi a gestão da vida profissional, pessoal, e o tempo de estudo e de estágio. O tempo pareceu sempre limitado e foram várias as ausências na vida pessoal. A exigência dos contextos, pela complexidade das situações clínicas e pela qualidade de cuidados que ali se praticam, exigiram uma atitude de rigor, interesse e dedicação. De realçar os excelentes profissionais com quem tive a sorte e o prazer de trabalhar durante o ENP, todos me acolheram, facilitando a minha integração, e mostraram-se sempre disponíveis para a partilha e reflexão de conhecimentos sobre a prática de cuidados, permitindo assim a consolidação de conhecimentos.

De salientar a ajuda da Professora Doutora Marisa Lourenço, pela sua disponibilidade e orientação de todo este percurso, que culmina com a elaboração deste documento.

## 7. BIBLIOGRAFIA

American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association: The official guide to APA style* (7th ed). APA.

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2024). *Cuidados Paliativos o que são?*. <https://apcp.com.pt/cuidados-paliativos/>

Azevedo, P. (2006). Dispneia. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*. (1ª ed., pp. 183). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Barosa, M., Gonçalves, T. N., Neto, I. G. (2021). *Guia sintético abordagem da agonia últimos dias e horas de vida*. <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2021/06/Guia-sinte%CC%81tico-abordagem-da-agonia.pdf>

Bartz, L., Klein, C., Seifert, A., Herget, I., Ostgathe, C., & Stiel, S. (2014). Subcutaneous administration of drugs in palliative care: results of a systematic observation study. *Elsevier Inc.*, 48(4). <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.10.018>

Bircan, H. A., Yalcin, G. S., Fidanci, S., Karaibrahimoglu, A., & Tuglu, H. C. (2020). The usefulness and prognostic value of Memorial Symptom Assessment-Short Form and Condensed Memorial Symptom Assessment Scale in assessment of lung cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 28(4), 2005–2014. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05003-9>

Braga, L. M., Salgueiro-Oliveira, A. S., Henriques, M. A. P., Arreguy-Sena, C., Albergaria, V. M. P., & Parreira, P. M. S. D. (2019). Peripheral venipuncture: comprehension and evaluation of nursing practices. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0018>

Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J. & Cheryl W. (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. (5ªed.). Elsevier.

Capelas, M. L., & Neto, I. G. (2006). Organização de serviços. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*. (1ª ed., pp. 491). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2023). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal continental biénio 2023 - 2024*. ACSS, 1 - 35. [https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP-2023\\_2024\\_signed.pdf](https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP-2023_2024_signed.pdf)

Dalmedico, M. M., Oliveira, K. R., Mattos, S. M. S., & Bocchi, E. S. (2022). Aspectos clínicos da úlcera terminal de Kennedy: uma revisão integrativa. *Revista Gestão & Saúde*, 24(2), 134-144. DOI: 10.17648/1984-8153-rgs-v1n24-20

Dias, C., Valentim, O., Seabra, P., & Nogueira, M. J. (2019). Intervenções promotoras de esperança em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica - uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 97-102. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0253>

Encarnação, P. (2021). Strengths-based care: uma filosofia para cuidar em enfermagem promotora do empowerment, da autoeficácia e da esperança. *Rev. Baiana Enfermagem*. <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/45203/24998>

Escalante, C. P. Uptodate. (2023). *Cancer-related fatigue: Treatment*. [https://www.uptodate.com/contents/cancer-related-fatigue-treatment?search=Cancer-related%20fatigue:%20Treatment&source=search\\_result&selectedTitle=1~34&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/cancer-related-fatigue-treatment?search=Cancer-related%20fatigue:%20Treatment&source=search_result&selectedTitle=1~34&usage_type=default&display_rank=1)

Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2023). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos em versão digital*. ESEP. [https://moodle.esenf.pt/2324/pluginfile.php/3910/mod\\_page/content/11/Normas\\_disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf](https://moodle.esenf.pt/2324/pluginfile.php/3910/mod_page/content/11/Normas_disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf)

Guedes, N. A. B., Melo, L. S., Santos, F. B. O., & Barbosa, J. A. G. (2019). Complicações da via subcutânea na infusão de medicamentos e soluções em cuidados paliativos. *Rev Rene*, 20(1), 1-9. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192040933>

Infomed - Base de dados de medicamentos do Infarmed consultada em [extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/index.xhtml](http://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/index.xhtml) (acedida em 24/02/2024).

Internacional Council of Nurses. (2019). Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem Browser. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Karakus, Z., Ozer, Z., & Bozcuk, H. (2022). The Effect of Web-Based Education on Symptom Management and Quality of Life of Patients with Lung Cancer. *International Journal of Caring Sciences*, 15(2), 1483-1492. <https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/63.%20karakus.pdf>

Keith, R. L. (2023). Carcinoma Pulmonar. In *Manual MSD*. Merck & Co, Inc. <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/dist%C3%BArbios-pulmonares/tumores-dos-pulm%C3%B5es/carcinoma-pulmonar>

Lei nº 52/2012 de 5 de Setembro. (2012). Diário da República, 1ª série — Nº 172. <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>

Li, Y., Wang, Q., Liu, C., & Hu, X. (2023). Symptom clusters and their impact on quality of life

among chinese patients with lung cancer: a cross-sectional study. *European journal of oncology nursing: the official journal of european oncology nursing society*, 67, 102465. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2023.102465>

Lilenbaum, R. C. Uptodate. (2023). *Overview of the initial treatment of advanced non-small cell lung cancer*. [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-initial-treatment-of-advanced-non-small-cell-lung-cancer?Search=lung%20adenocarcinoma%20treatment&source=search\\_result&selectedtitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-initial-treatment-of-advanced-non-small-cell-lung-cancer?Search=lung%20adenocarcinoma%20treatment&source=search_result&selectedtitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)

Lourenço, M., Encarnação, P., Lumini, M. J. (2021). Cuidados Paliativos, Conforto e Espiritualidade. In Escola Superior da Enfermagem do Porto. *O Autocuidado: um foco central para a Enfermagem* (pp. 85-98). ESEP. <https://doi.org/10.48684/6sk0-ff98>.

Magão, M. T. (2020). Pensar a Esperança. *Pensar Enfermagem*, 24(1), 1-4. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v24i1.164>

Martins, R., Domingues, M., Andrade, A., Cunha, M., & Martins, C. (2017). A Esperança em Doentes Internados em Unidades de Cuidados Continuados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5, 81-85. <http://dx.doi.org/10.19131>

Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E., Schumacher, K., & Messias, D. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Monahan, F. D., Sands, J. K., Neighbors, M., Marek, J. F., & Green, C. J. (2010). *Enfermagem médico-cirúrgica - Perspetivas de Saúde e Doença*. (8ª ed.). Lusodidata.

Murinello, N., & Capelas, M., L. (2018). Caracterização de doentes com neoplasia do pulmão referenciados e admitidos nas equipas de cuidados paliativos e a efetividade do controlo sintomático. *Cadernos de Saúde*. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.10.2>

Myers, D. J., & Wallen, J. M. Statpearls. (2023). *Lung Adenocarcinoma*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519578/>

Nascimento, H. (2006). Astenia. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*. (1ª ed., pp. 200-208). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

National Cancer Institute. (2023). *PDQ Non-Small Cell Lung Cancer Treatment*. <https://www.cancer.gov/types/lung/hp/non-small-cell-lung-treatment-pdq>.

National Health Service. (2019a). *A Guide to Symptom Management in Palliative Care*. <https://www.yorkhospitals.nhs.uk/seecmsfile/?id=1206>. NHS.

National Health Service. (2019b). *Palliative care pain & symptom control guidelines for adults for staff providing generalist palliative care*. <https://www.england.nhs.uk/north-west/wp-content/uploads/sites/48/2020/01/Palliative-Care-Pain-and-Symptom-Control-Guidelines.pdf>. NHS.

National Health Service. (2019c). *The palliative care handbook a Good Practice Guide*. [https://www.ruh.nhs.uk/for\\_clinicians/departments\\_ruh/palliative\\_care/documents/palliative\\_care\\_handbook.pdf](https://www.ruh.nhs.uk/for_clinicians/departments_ruh/palliative_care/documents/palliative_care_handbook.pdf). NHS.

Olsman, E. (2020). Hope in health care: A synthesis of review studies. In S. C. Van Den Heuvel (Eds.), *Historical and multidisciplinary perspectives on hope* (pp.197-214). Cham: Springer.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da ordem dos Enfermeiros e regulamento do exercício profissional dos enfermeiros*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-paraest%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Pacheco, A., Matos, L. S., & Madureira, M. M. (2006). Obstipação. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*. (1ª ed., pp. 148-149). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Pereira, C., Freitas, D., Brazão, I., Ferreira, T., & Vieira, F. (2003). Infusor Elastométrico - DIB. *Revista de Anestesia Regional e Terapia da Dor -IV Fórum da Dor das Ilhas Atlânticas*, 63-64. <http://hdl.handle.net/10400.26/32479>

Pereira, J. L. (2006). Gestão da dor oncológica. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*. (1ª ed., pp. 61-102). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Pereira, J. M., Silva, A. C., & Pereira, J. M. (2021). Administração De Fluidos Por via Subcutânea Em Pacientes Oncológicos. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 15(2), 1-15. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.246963>

Piccolo, D. P., & Fachini, M. (2018). The nurse's attention to the patient in palliative care. *Rev Ciênc Med*, 27(2), 85-92. <http://dx.doi.org/10.24220/2318-0897v27n2a3855>

Pinto, S. M. O. (2011). *A espiritualidade e a esperança da pessoa com doença oncológica estudo numa população de doentes em quimioterapia*. [Tese de mestrado, Faculdade de Medicina da

Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/63765/2/Sara%20PintoMCPDisserta8710o.pdf>

Planchard, D., Popat, S., Kerr, K., Novello, S., Smit, E. F., Faivre-Finn, C., Mok, T. S., Reck, M., Van Schil, P. E., Hellmann, M. D., & Peters, S. (2018). Metastatic non-small cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 29 (4), 192-237. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy275>

Pontalti, G., Rodrigues, E. S. A., Firmino, F., Fabris, M. M., Stein, M. R., & Longaray, V. K. (2012). Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos. *Clinical and Biomedical Research*, 32(2). <https://doaj.org/article/69595913dda74247acf8953a866316b5>

Portaria nº 66/2018 do Ministério da Saúde. (2018). Diário Da República nº 46/2018, Série I, 1177-1182. <https://dre.pt/home/-/dre/114822275/details/maximized>

Querido, A. I. F. (2005). *A Esperança em Cuidados Paliativos*. [Tese de doutoramento, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10400.8/120>

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), 278-89. <https://eprints.lancs.ac.uk/id/eprint/32714/>

Regulamento n.º 429/2018. (2018). Diário da República, 2ª Série - Nº 135, 19359-19370. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República, 2ª Série - Nº 26, 4744-4750. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Salvetti, M. G., Machado, C. S. P., Donato, S. C. T., & Silva, A. M. (2020). Prevalence of symptoms and quality of life of cancer patients. *Rev Bras Enferm*, 73(2). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0287>

Sawntzy Junior, D. T. F., Pimentel, I. C. P., Cardoso, M. G. M., & Fernandes, R. L. A. (2023). Anesthetic management of opioid-induced Hyperalgesia in a patient with chronic oncologic pain: a case report. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(5), 24026-24030. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n5-451>

Sereno, S., Matias, D., Trindade, I. I. D., Ressurreição, J. I. D., Araújo, R. J. C. S., Fernandes, S. L. T., Afonso, T. S., & Capelas, M. L. Observatório Português dos Cuidados Paliativos. (2022). *PPS PT - Escala de Avaliação do Desempenho do Doente em Cuidados Paliativo*. <https://fcse.lisboa.ucp.pt/asset/9536/file>

Shih, H. A. Uptodate. (2023). *Overview of the treatment of brain metastases*. [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-of-brain-metastases?Search=lung%20adenocarcinoma&topicref=114697&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-of-brain-metastases?Search=lung%20adenocarcinoma&topicref=114697&source=see_link)

Siddiqui, F., Vaqar, S., & Siddiqui, A. H. StatPearls. (2023). *Lung Cancer*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482357/>

Silva, P. R. C., & Santos, E. B. (2018). Cuidados Paliativos - Hipodermóclise Uma Técnica Do Passado Com Futuro: Revisão Da Literatura. *RECIEN: Revista Científica de Enfermagem*, 8(22), 53-63. 10.24276/rrecien2358-3088.2018.8.22.53-63

Solomon, B. Uptodate. (2023). *Brain metastases in non-small cell lung cancer*. [https://www.uptodate.com/contents/brain-metastases-in-non-small-cell-lung-cancer?Search=lung%20adenocarcinoma&topicref=5217&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/brain-metastases-in-non-small-cell-lung-cancer?Search=lung%20adenocarcinoma&topicref=5217&source=see_link)

Twycross, R. (2001). *Cuidados Paliativos*. (1ªed.). Climepsi.

Vallerand, A. H., Sanoski, C. A., & Deglin, J. H. (2018). *Guia Farmacológico para Enfermeiros*. (14ª ed.). Lusociência.

Vaz, S. C., Luz, I. C. S., Santos, A. A., Nunes, A. F., & Afiune, L. A. F. (2022). The role of sertraline in the treatment of depression. *Research, Society and Development*, 11(15). <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37108>

Wachter, C., Hackner, K., Groissenberger, I., Jutz, F., Tschurlovich, L., Le, N. S., & Kreye, G. (2022). A Retrospective, Single-Center Analysis of Specialized Palliative Care Services for Patients with Advanced Small-Cell Lung Cancer. *Cancers*, 14(20), 4988-N.PAG. <https://doi.org/10.3390/cancers14204988>

Westphal, S., Hertler, C., Blum, D., & Schettle, M. (2021). Subcutaneous levetiracetam application sustains therapeutic drug levels. *Palliative Medicine Reports*, 2(1), 157-159. <http://online.liebertpub.com/doi/10.1089/pmr.2020.0119>

World Health Organization. (2022). *Portugal*. The Global Cancer Observatory. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf>

World Health Organization. (2024). *Expanding palliative care*. <https://www.who.int/southeastasia/activities/expandingpalliative-care>

Xue, W., & Heffernan, C. (2021). Therapeutic communication within the nurse-patient relationship: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 27(6). <https://doi.org/10.1111/ijn.12938>