

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

**Intervenções não farmacológicas que promovem o conforto da
pessoa com dispneia em situação paliativa e fim de vida**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Autor

Andreia Filipa Nobre Gonçalves

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

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS QUE PROMOVEM O CONFORTO DA PESSOA COM DISPNEIA EM SITUAÇÃO PALIATIVA E FIM DE VIDA

NON-PHARMACOLOGICAL INTERVENTIONS THAT PROMOTE THE COMFORT OF PEOPLE WITH DYSPNEA IN PALLIATIVE AND END-OF-LIFE SITUATIONS

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Orientador(es)

*Marisa da Conceição Gomes Lourenço
Professor Adjunto, Doutor*

Autor

Andreia Filipa Nobre Gonçalves

Porto, 2024

RESUMO

Introdução: Os Cuidados Paliativos (CP), conforme definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), desempenham um papel fundamental na melhoria da Qualidade de Vida (QV) de pessoas e suas famílias diante de doenças potencialmente fatais, abrangendo aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais. No contexto dos CP, a dispneia emerge como um sintoma debilitante, de etiologia multifatorial, resultante da complexa interação entre diferentes mecanismos fisiopatológicos. Este sintoma, prevalente e desconcertante, impõe limitações funcionais e impacta negativamente na QV da pessoa em situação paliativa. A intervenção precoce de uma equipa interdisciplinar especializada em CP, com ênfase em intervenções não farmacológicas, é crucial para o controlo da dispneia e para melhorar a QV da pessoa em situação paliativa e fim de vida. Este relatório explora o desenvolvimento de competências através de dois estudos de caso realizados em contextos reais de estágio, aprofundando a aplicação das intervenções não farmacológicas para promover o conforto da pessoa com dispneia em situação paliativa e fim de vida.

Objetivo: Apresentar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências comuns específicas do EE em Enfermagem Médico-cirúrgica (EMC) na área da pessoa em situação paliativa, realizado durante o Estágio de Natureza Profissional (ENP), ocorrido em contexto de Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) e Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP).

Metodologia: O presente relatório baseia-se numa metodologia descritiva, crítico-reflexiva do processo para obtenção de competências comuns e específicas recomendadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para o EE em EMC à Pessoa em Situação Paliativa. Destaca-se a intervenção especializada de enfermagem no controlo da dispneia, com foco em intervenções não farmacológicas, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação paliativa.

Resultados: As atividades realizadas na prática clínica contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE na área da Pessoa em Situação Paliativa. Destaca-se o desenvolvimento de habilidades específicas relacionadas ao controlo sintomático, comunicação eficaz, apoio à família e o trabalho em equipa. A revisão da literatura sobre as intervenções não farmacológicas para promover o conforto da pessoa com dispneia em situação paliativa e fim de vida foi crucial para fortalecer e adquirir competências na procura e aplicação de evidências diretamente na prática clínica, conforme as orientações da OE.

Conclusão: Os resultados obtidos da revisão da literatura permitem compreender que as intervenções não farmacológicas têm um papel fundamental no tratamento da dispneia. Estas medidas são benéficas terapêuticas iniciais e coadjuvantes na tentativa de melhorar a QV da pessoa em situação paliativa e fim de vida. A análise crítica das competências adquiridas revelou-se um processo crucial para compreender melhor os cuidados prestados e estabelecer uma base sólida para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Palavras-chave: enfermeiro especialista; cuidados paliativos; competências; intervenções não farmacológicas; dispneia; conforto; qualidade de vida

ABSTRACT

Introduction: Palliative Care (PC), as defined by the World Health Organization (WHO), plays a fundamental role in improving the Quality of Life (QoL) of people and their families in the face of potentially fatal illnesses, covering physical, psychological, social and spiritual. In the context of PC, dyspnea emerges as a debilitating symptom, with multifactorial etiology, resulting from the complex interaction between different pathophysiological mechanisms. This symptom, prevalent and disconcerting, imposes functional limitations and negatively impacts the QoL of the person in a palliative situation. Early intervention by an interdisciplinary team specialized in PC, with an emphasis on non-pharmacological interventions, is crucial for controlling dyspnea and improving the QoL of people in palliative and end-of-life situations. This report explores the development of skills through two case studies carried out in real internship contexts, delving deeper into the application of non-pharmacological interventions to promote the comfort of people with dyspnea in palliative and end-of-life situations.

Objective: Present the path of acquisition and development of common skills specific to EE in Medical-Surgical Nursing (EMC) in the area of people in palliative situations, carried out during the Professional Nature Internship (ENP), which took place in the context of a Palliative Care Unit (UCP) and Intra-Hospital Palliative Care Support Team (EIHSCP).

Methodology: This report is based on a descriptive, critical-reflexive methodology of the process to obtain common and specific skills recommended by the Order of Nurses (OE) for EE in CME for Persons in Palliative Situations. Specialized nursing intervention in the control of dyspnea stands out, with a focus on non-pharmacological interventions, with a view to improving the quality of care provided to people in palliative situations.

Results: The activities carried out in clinical practice contributed to the development of common and specific EE skills in the area of Persons in Palliative Situations. The development of specific skills related to symptom control, effective communication, family support and teamwork stands out. The review of the literature on non-pharmacological interventions to promote the comfort of people with dyspnea in palliative and end-of-life situations was crucial to strengthen and acquire skills in the search and application of evidence directly in clinical practice, according to the OE guidelines.

Conclusion: The results obtained from the literature review allow us to understand that nonpharmacological interventions have a fundamental role in the treatment of dyspnea. These measures are beneficial initial and supporting therapies in an attempt to improve the QoL of people in palliative and end-of-life situations. Critical analysis of acquired skills proved to be a crucial process to better understand the care provided and establish a solid basis for improving the quality of care.

Keywords: specialist nurse; palliative care; skills; non-pharmacological interventions; dyspnea; comfort; quality of life

ABREVIATURAS

AITL - Linfoma Angioimunoblástico de células T
ALCL - Linfoma Anaplásico de Grandes Células
ATS - American Thoracic Society
BiPAP - Pressão Positiva Bifásica Nas Vias Aéreas
CECP - Consulta Externa de Cuidados Paliativos
CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos
CP - Cuidados Paliativos
CPAP - Pressão Positiva Contínua Nas Vias Aéreas
CSC - Cateter Subcutâneo
CVP - Cateter Endovenoso Periférico
DGS – Direção-Geral da Saúde
DPI – Doença Pulmonar Intersticial
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
ECSCP - Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos
EDCP - Equipa Domiciliária de Cuidados Paliativos
EE - Enfermeiro Especialista
EIHSCP - Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica
ENP - Estágio de Natureza Profissional
ERPI - Estrutura Residencial para Idosos
ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto
IC - Insuficiência Cardíaca
ICC - Classificação de Consenso Internacional
ICN - International Council of Nurses
INE - Instituto Nacional de Estatística
IR - Insuficiência Respiratória
JBI - Joanna Briggs Institute
LNH - Linfoma Não Hodgkin
MAD - Máscara De Alto Débito
MEMCPSPA - Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONAF - Oxigenoterapia Nasal De Alto Fluxo
PBL - Linfoma Primário na Mama
PEDCP - Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos
PET - Tomografia por Emissão de Positrões
PH - Pneumonite de Hipersensibilidade
PTCL - Linfoma Periférico de Células T
PTCL-NOS - Linfoma Periférico de Células T sem outra especificação

QV - Qualidade de vida

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP - Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

TC - Tomografia Computadorizada

TEP - Tromboembolismo Pulmonar

TEV - Tromboembolismo Venoso

TVP - Trombose Venosa Profunda

UCP - Unidade de Cuidados Paliativos

VNI – Ventilação Não Invasiva

WHO-HAEM5 - Classificação de Tumores Hematolinfóides da Organização Mundial de Saúde

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	11
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	15
3. ESTUDO DE CASO - UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS	20
3.1. Enquadramento teórico.....	20
3.2. Clientes	25
3.3. Medicação	26
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	26
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	31
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	35
3.5. Domínios.....	36
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	36
3.6. Conceção de Cuidados	40
3.7. Síntese relativa ao caso	48
4. ESTUDO DE CASO - EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS	53
4.1. Enquadramento teórico.....	53
4.2. Clientes	59
4.3. Medicação	59
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	60
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	65
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	67
4.5. Domínios.....	68
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	69
4.6. Conceção de Cuidados	72
4.7. Síntese relativa ao caso	76
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	80
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO.....	107
7. BIBLIOGRAFIA	109
ANEXOS.....	119

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Genograma - Ilustração da estrutura familiar da jovem em situação paliativa com doença oncológica	21
FIGURA 2: Ecomapa - Representação das conexões familiares e sociais da jovem em situação paliativa com doença oncológica	22
FIGURA 3: Legenda de símbolos utilizados	22
FIGURA 4: Genograma - Ilustração da estrutura familiar da idosa em situação paliativa com insuficiência de órgão	54
FIGURA 5: Ecomapa - Representação das conexões familiares e sociais da idosa em situação paliativa com insuficiência de órgão	55
FIGURA 6: Legenda de símbolos utilizados	55
FIGURA 7: Fluxograma PRISMA do processo de seleção e inclusão dos estudos	98

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Mnemónica PCC de acordo com a questão de interesse	96
QUADRO 2: Quadro de extração de dados dos estudos incluídos na revisão rápida	99

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O envelhecimento demográfico da população portuguesa, aliado ao aumento da incidência de doenças oncológicas, neurológicas e insuficiências de órgãos, representa desafios significativos para os profissionais de saúde. Diante desta situação, é essencial uma formação contínua e especializada, para capacitar esses profissionais a prestar cuidados de qualidade aos doentes que enfrentam sofrimento, ao mesmo tempo que proporcionam apoio aos seus familiares e cuidadores. Nesse sentido, a especialização em CP surge como uma necessidade urgente. Essa especialização permite que os profissionais de saúde se habilitem a atender as necessidades específicas e complexas dos doentes em situação de doença incurável, avançada ou progressiva, bem como as necessidades das suas famílias (Regulamento n.º 429/2018).

Além disso, de acordo com as projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE), o envelhecimento demográfico em Portugal é uma realidade inegável, com previsões que apontam para um substancial aumento no número de idosos (com 65 anos ou mais), estimando-se que passe de 2,2 para 3,0 milhões até 2080. Esse fenómeno resultará num índice de envelhecimento praticamente dobrado, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens em 2080 (INE, 2020). Essa perspetiva reflete a redução da população jovem e o aumento da longevidade. Tais tendências têm implicações significativas para a economia, o sistema de saúde e as políticas sociais do país, destacando a necessidade de um planeamento e adaptação eficazes para enfrentar os desafios futuros.

Com o envelhecimento da população e o aumento de incidência de doenças não transmissíveis e algumas transmissíveis, a necessidade global de CP também tende a aumentar. Segundo dados da OMS, estima-se que anualmente cerca de 56,8 milhões de pessoas, incluindo 25,7 milhões no último ano de vida, necessitam de CP, porém apenas aproximadamente 14% delas têm acesso a estes cuidados (OMS, 2020). Diante destes dados é indiscutível a necessidade de expandir os recursos disponíveis na comunidade para enfrentar essas necessidades crescentes.

Os CP, desempenham um papel fundamental na melhoria da QV tanto da pessoa em situação paliativa quanto da sua família, diante dos desafios decorrentes de doenças ameaçadoras da vida, abrangendo aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais (OMS, 2020). Estes cuidados são holísticos, ativos e aplicáveis a todas as faixas etárias e tipos de doenças, estando acessíveis em todos os níveis de cuidados de saúde. Portanto, constituem uma responsabilidade ética global para aliviar o sofrimento. Além disso, são reconhecidos como um direito universal, devendo ser disponibilizados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) como parte do Direito à Saúde consagrado na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Esses cuidados, conforme delineado no Plano Estratégico para o Desenvolvimento de Cuidados Paliativos (PEDCP) em Portugal Continental, 2023–

2024, priorizam a pessoa, família e cuidadores, reconhecendo a vida e a morte como partes inevitáveis do ciclo vital.

O desenvolvimento dos CP em Portugal Continental para o biénio 2023–2024 prioriza quatro eixos principais para promover a qualidade e a acessibilidade dos CP em todo o país. O primeiro eixo, denominado “Cuidados Centrados na Pessoa”, destaca a importância de garantir cuidados aos doentes, famílias e cuidadores, independentemente do diagnóstico. O segundo eixo, relacionado à “Formação”, concentra-se no desenvolvimento de competências em CP em várias áreas profissionais. O terceiro eixo, “Qualidade”, envolve a realização de reuniões, além da implementação de uma plataforma de dados para monitorizar o desempenho da rede funcional de CP. Por fim, o quarto eixo “Organização” concentra-se na expansão da cobertura nacional, integração dos cuidados e gestão eficiente da rede de CP (CNCP, 2023).

O Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (MEMCPSPA), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), surge como uma oportunidade para os enfermeiros se especializarem nesta área da saúde, adquirindo conhecimentos, desenvolvendo competências e aprofundando domínios como compaixão, humanização e cuidado integral.

A decisão de me inscrever neste curso foi motivada pela procura de conhecimento e pelo desejo de melhorar a minha capacidade de cuidar e confortar aqueles que enfrentam momentos difíceis. Desde o início da minha trajetória profissional, enquanto trabalhava no serviço de Medicina Interna durante o período desafiador da pandemia Covid-19, comecei a desenvolver um interesse pelos CP. Este interesse surgiu envolto de situações terminais e diante da necessidade de proporcionar o máximo de conforto e dignidade aos doentes em fase terminal e suas famílias. Esta experiência foi uma revelação para mim, despertando a essência da enfermagem e o meu próprio ser. Posteriormente, fui direcionada para o serviço de Pneumologia, que, identifico como o ambiente ideal para o florescimento deste interesse. O aumento notável de doentes em situações terminais apenas reforçou a minha convicção na importância dos CP. Cada interação, cada momento compartilhado com esses doentes e suas famílias, serviu e continua a servir como um lembrete vívido da necessidade urgente de uma abordagem holística e compassiva.

Além disso, a possibilidade de colaborar temporariamente no serviço de Internamento de CP foi um ponto culminante no meu percurso profissional. Essa experiência proporcionou-me uma visão aprofundada das complexidades e das nuances envolvidas no cuidado de pessoas em situação paliativa, reforçando o meu respeito e apreço pela missão de proporcionar conforto e dignidade até ao último suspiro.

O presente relatório constitui o resultado do trabalho realizado no âmbito do ENP com relatório — Módulo II, parte integrante do segundo Curso de MEMCPSPA, da ESEP, no ano letivo 2023/2024. O objetivo do documento é fornecer uma análise crítica e reflexiva do meu percurso de desenvolvimento de competências como EE, com especial destaque para as competências específicas da área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, sob a orientação da Professora Doutora Marisa da Conceição Gomes Lourenço.

A procura pela excelência na prática profissional e a melhoria contínua das competências são pilares fundamentais na trajetória de qualquer profissional da área da saúde. Nesse contexto, este relatório pretende cumprir um requisito de avaliação curricular e obter a certificação de competências clínicas especializadas. Essa certificação reconhece ao profissional de enfermagem a capacidade científica, técnica e humana, com conhecimentos, habilidades e aptidões necessárias para fornecer cuidados de enfermagem especializados na área de EMC à pessoa em situação paliativa.

Este processo resulta na atribuição do título de EE, conforme estabelecido pelo Regulamento n.º 140/2019, e tem como objetivo também a consolidação de conhecimentos e competências para a prática profissional qualificada.

De acordo com Pires & Gonçalves (2021), os sintomas em CP são altamente prevalentes e exercem um impacto negativo na QV tanto do doente quanto da sua família. Esses sintomas são multidimensionais, variam ao longo do tempo e são influenciados por uma variedade de fatores. O *National Hospice Study* identificou que os cinco principais sintomas em CP são a anorexia, cansaço, dor, dispneia e obstipação, variando ligeiramente dependendo do tipo de doente.

A dispneia, segundo a *American Thoracic Society* (ATS), é um desconforto respiratório subjetivo descrito de várias formas pelos doentes, incluindo sensação de sufocamento, necessidade de mais ar ou aperto no peito. Esse desconforto pode manifestar-se como dificuldade em completar a expiração, aumento do esforço respiratório ou respiração acelerada (Barrios, 2019).

Na revisão integrativa conduzida por Zamparetti et al. (2022), a dispneia é abordada como um sintoma angustiante que limita as atividades diárias e impacta significativamente na QV. Descrita como uma experiência subjetiva, a dispneia é considerada um fenômeno complexo influenciado por aspetos fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais, podendo ser expressa como “falta de ar” e “angústia no peito”.

Estudos revelam que a dispneia é um sintoma comum em doentes com doenças crónicas e avançadas, sendo altamente prevalente em condições como doenças pulmonares, cancro e doenças cardíacas. O desconforto respiratório tende a aumentar com a progressão da doença, tornando-se especialmente prevalente na fase terminal da vida, afetando cerca de 80% dos doentes (Barrios, 2019).

Diante da complexidade do sintoma e da diversidade na sua perceção, a mensuração e compreensão da dispneia representam desafios significativos. A abordagem terapêutica, portanto, prioriza o alívio sintomático, com ênfase nas intervenções não farmacológicas, cuja eficácia tem sido comprovada (Gonçalves, 2022). Nesse sentido, para desenvolver competências que permitam tomar decisões efetivas, no contexto das intervenções não farmacológicas para o controlo da dispneia, o enfermeiro deve basear a sua prática e os seus conhecimentos em evidências científicas. Isso facilitará a tomada de decisões e ações de acordo com as necessidades individuais da pessoa em situação paliativa e fim de vida.

Para cumprir os objetivos estabelecidos, este documento está dividido em seis capítulos. Após a introdução, são apresentadas as características dos contextos clínicos onde ocorreram os ENP. Os terceiro e quarto

capítulos descrevem dois estudos de caso realizados durante os estágios nos contextos da UCP e da EIHS CP, respetivamente. O desenvolvimento de competências, tanto comuns como específicas em EMC à pessoa em situação paliativa, é abordado em capítulo próprio. O relatório conclui com uma síntese final e anexos de algumas atividades relevantes ao longo do ENP.

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

A Lei de Bases Dos Cuidados Paliativos, promulgada a 5 de setembro de 2012, regula o acesso e define os direitos relacionados aos CP em Portugal. Esta legislação estabelece a responsabilidade do Estado e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), que organiza a prestação desses cuidados por equipas especializadas em diferentes contextos, como UCP, EIHS CP e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).

O objetivo dessas equipas é garantir CP de alta qualidade em diversos contextos, incluindo internamento, apoio intra-hospitalar e domiciliário, contribuindo para a melhoria da QV de doentes em fase avançada e terminal (Lei n.º 52/2012). As UCP não vinculadas a hospitais de agudos e contratualizadas com o setor privado ou social também são incorporadas na RNCP. Estas unidades seguem determinados procedimentos em comum com a RNCP, conforme estabelecido na regulamentação da Portaria n.º 75/2017 de 22 de fevereiro (CNCP, 2021).

No contexto da pandemia COVID-19, entre 2021 e 2022, ocorreu uma realocação de recursos humanos e estruturais, resultando na necessidade de restaurar os recursos para as suas funções originais nas equipas de CP. Os PEDCP dos biénios 2017–2018 e 2019–2020 já haviam contribuído para a estruturação da RNCP, integrando-a nos diferentes níveis de cuidados de saúde em Portugal. No entanto, apesar da distribuição geográfica, a cobertura populacional ainda era limitada devido à escassez de recursos humanos e às necessidades formativas. Portanto, o PEDCP 2021–2022 destaca a importância da formação contínua dos profissionais de saúde, certificação e monitorização das equipas especializadas, melhoria dos sistemas de informação, sensibilização da população sobre CP, e incentivo à pesquisa científica nessa área (CNCP, 2021).

O PEDCP para o biénio 2023–2024 surge com o objetivo de melhorar e fortalecer os CP em Portugal Continental. Para isso, propõe o reforço dos recursos humanos, a capacitação das equipas especializadas e a melhoria das plataformas digitais para facilitar a comunicação e o registo de informações entre as equipas. Define critérios de qualidade e metas para promover a excelência na prestação de CP e garantir padrões uniformes em todo o território nacional, articulando-se com outras entidades e programas de saúde para garantir cuidados de qualidade e uma melhor QV para todas as pessoas com doenças limitantes (CNCP, 2023).

As recomendações da OE sobre os critérios para a atribuição do título de EE, determinam que o desenvolvimento de competências clínicas deve ocorrer em contextos clínicos específicos da área de atuação. Isso permite que o profissional compreenda as particularidades da sua intervenção, facilitando o processo de aprendizagem e consolidação de conhecimentos (OE, 2021). O ENP foi realizado em duas instituições do Norte do país, em duas valências específicas de prestação de CP, decorrendo entre 18 de setembro de 2023 e 26 de janeiro de 2024, totalizando 340 horas de atividades presenciais, conforme estipulado no plano de estudos

disponibilizado no Despacho n.º 9563/2021, publicado em Diário da República, 2.ª série — n.º 191, de 30 de setembro de 2021. Durante a primeira fase, o ENP teve lugar na UCP, enquanto na segunda fase, foi realizado na EIHS CP. Em cada contexto do ENP, foi selecionado um caso clínico com a finalidade de desenvolver a conceção de cuidados, melhorar e adquirir competências específicas na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. O foco direciona-se para intervenções não farmacológicas destinadas a aliviar a dispneia da pessoa em situação paliativa e fim de vida, destacando a importância de estratégias que promovam o conforto e a QV.

Unidade de Cuidados Paliativos

De acordo com a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, uma UCP é definida como um serviço específico para o tratamento de doentes que necessitam de CP diferenciados e multidisciplinares, especialmente em situações clínicas de complexidade aguda. Esta unidade presta cuidados em regime de internamento e pode estar integrada num hospital ou outra instituição de saúde com serviço de internamento. Além disso, tem a capacidade de oferecer outros tipos de cuidados, como apoio intra-hospitalar, serviços de centro de dia, apoio domiciliário e consulta externa conforme estipulado na Lei n.º 52/2012.

A Portaria n.º 340/2015 acrescenta que a UCP tem a responsabilidade de garantir cuidados médicos e de enfermagem de forma contínua, bem como oferecer intervenções psicológicas, espirituais, sociais e de apoio ao luto para doentes, familiares e profissionais envolvidos.

Por sua vez, a Portaria n.º 66/2018 estabelece que a UCP deve estar integrada num hospital ou outras unidades de saúde do setor público, social ou privado, podendo ser diferenciada com base nas patologias específicas, como doenças oncológicas, neurológicas, infecciosas ou pediátricas, e podem ser especializadas em atividades de docência ou investigação, sendo neste caso localizadas em hospitais centrais ou universitários.

O primeiro ENP ocorreu entre 18 de setembro e 20 de novembro com a duração de 170 horas numa UCP de uma instituição pública. Esta unidade, integrada num hospital do Norte de Portugal tem como missão fornecer cuidados de alta qualidade, humanizados e eficientes a pessoas com doença avançada, seguindo as diretrizes da OMS.

Como parte de um centro de elevada diferenciação, esta unidade segue as diretrizes do PEDCP de 2021, sendo uma referência em cuidados, formação e investigação. A sua equipa multidisciplinar abrange diversos profissionais de saúde e oferece uma série completa de serviços que incluem internamento, consulta externa, apoio domiciliário, consulta telefónica e equipa intra-hospitalar.

A equipa inclui médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos e assistente espiritual, juntamente com voluntários que oferecem apoio emocional e atividades recreativas para as pessoas em situação paliativa. Os enfermeiros estão particularmente comprometidos e disponíveis,

assegurando a prestação dos melhores cuidados possíveis. Estabelecem relações de apoio, avaliam regularmente as necessidades tanto da pessoa em situação paliativa como da família, e desenvolvem planos de cuidados personalizados para controlar sintomas, aliviar o sofrimento e promover o bem-estar, valorizando a humanização na prestação de cuidados.

A liderança da unidade está a cargo da enfermeira chefe, que trabalha na colaboração com os demais membros da equipa responsáveis pela gestão de recursos materiais e logísticos do dia a dia. Os turnos, essenciais para garantir a cobertura contínua, são organizados ao longo de 24 horas, em rotação de períodos de sete ou dez horas, assegurando a presença constante e o funcionamento eficiente da unidade.

O método de trabalho da UCP é individualizado, colocando a pessoa em situação paliativa no centro do cuidado. Cada enfermeiro é designado para um grupo específico de doentes, garantindo a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados. À admissão no serviço é realizada uma avaliação inicial de enfermagem focada nas necessidades da pessoa em situação paliativa e família. Deste modo, é definido um plano de cuidados individualizado e ajustado ao longo do internamento de acordo com as necessidades. A passagem de turno segue o método ISBAR, garantindo uma comunicação eficaz na transferência de informações conforme estabelecido pela Norma n.º 001/2017 de 08/02/2017, permitindo que as decisões sejam discutidas e tomadas em equipa diariamente.

Além disso, é realizada uma reunião multidisciplinar uma vez por semana para discutir o plano terapêutico, compartilhar dificuldades e discutir questões que requerem atenção em diversas dimensões, físicas, psicológicas, sociais e espirituais.

Relativamente aos recursos físicos e materiais, a UCP possui dois pisos com um total de 40 quartos individuais, equipados com todos os elementos necessários para garantir o conforto do doente. Alguns quartos têm janela virada para o jardim, proporcionando uma vista agradável num momento de grande fragilidade. Em termos de regulamento de visitas, a unidade permite a permanência de um acompanhante por 24 horas e visitas em outros períodos. A presença de crianças e animais de estimação são permitidas mediante acordo prévio e avaliação do estado do doente. Além disso, é permitida a saída temporária do internamento, seja por algumas horas ou dias, para retornarem às suas casas, fazerem passeios ou realizarem algum desejo especial, desde que tenham o apoio necessário da família e estejam em condições de saúde adequadas para tal. Essa flexibilidade proporciona aos doentes momentos de conforto e familiaridade, promovendo também uma sensação de normalidade e autonomia durante o processo de doença.

A alta hospitalar é cuidadosamente planeada, envolvendo ativamente o doente e família. Durante este processo, são fornecidas todas as informações essenciais para garantir uma transição de cuidados segura após a saída da UCP. Isso inclui orientações detalhadas sobre o plano de cuidados contínuo, medicação, cuidados específicos e acompanhamento necessário após a alta. Além disso, oferece suporte emocional e recursos adicionais, se necessário, para ajudar o doente e família a enfrentar essa transição com confiança e tranquilidade.

A formação contínua dos profissionais é uma prioridade, garantindo que a equipa esteja sempre atualizada com as melhores práticas e capacitada para fornecer o mais alto padrão de cuidados à pessoa em situação paliativa e sua família.

Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos

A área dos CP tem ganho destaque e reconhecimento crescente pela sua importância integral a pessoas com doenças graves e incuráveis, bem como às suas famílias. De acordo com a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, uma EIHS CP é caracterizada como uma equipa especializada que oferece orientação e suporte diferenciado em CP, a outros profissionais de saúde, serviços hospitalares, doentes e famílias. Além disso, a EIHS CP desempenha um papel essencial ao prestar assistência na implementação do plano de cuidados individualizado para doentes internados que enfrentam situações de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva, ou com prognóstico de vida limitado. Esta equipa desempenha uma função crucial no apoio aos profissionais de saúde, na melhoria da qualidade dos cuidados prestados e no suporte aos doentes e suas famílias durante o período de internamento hospitalar, conforme estabelecido na Lei n.º 52/2012.

A atuação da EIHS CP, conforme especificado na Portaria n.º 66/2018, abrange uma gama diversificada de serviços, incluindo consultadoria e acompanhamento personalizado aos doentes internados na instituição, tendo em consideração as suas necessidades e preferências, bem como as da família. A equipa facilita a comunicação entre os profissionais de saúde e os familiares, oferecendo intervenção psicológica e social, além de apoio espiritual, conforme necessário.

O ENP realizado na EIHS CP decorreu entre 21 de novembro e 26 de janeiro, totalizando 170 horas. Durante este período, pude vivenciar de perto o funcionamento e as responsabilidades desta equipa.

A EIHS CP é composta por uma equipa multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, e assistente espiritual, todos com um trabalho desenvolvido na base da interdisciplinaridade. Esta equipa articula-se com os profissionais de diversos serviços do hospital, prestando consultadoria, mas também com outras equipas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) com o objetivo de assegurar a continuidade de cuidados após alta hospitalar. Além disso, a equipa dedica-se a fornecer apoio às famílias, prestar atendimento em consulta externa e domiciliária, realizar formações em CP e contribuir para a investigação na área. Importa destacar que a EIHS CP também conta com três valências clínicas: a própria EIHS CP, a Consulta Externa de Cuidados Paliativos (CECP), e Equipa Domiciliária de Cuidados Paliativos (EDCP), esta última financiada por um programa específico com o objetivo de evitar o sofrimento associado à obrigação da pessoa em situação paliativa se deslocar ao hospital, e à constatação do aumento de número de doentes que a equipa tem vindo a acompanhar.

O processo de acompanhamento dos doentes tem início com uma reunião entre a equipa da EIHS CP, o médico assistente e o enfermeiro do serviço de referência, com o intuito de compreender as necessidades específicas

de cada doente e elaborar um plano de intervenção conjunto. A primeira avaliação é realizada, preferencialmente, nas primeiras 48 horas após a referência. Os principais motivos para a solicitação de colaboração da equipa incluem controlo sintomático, dor, dispneia, sintomas gastrointestinais, questões psicoemocionais, organização de cuidados e auxílio na tomada de decisões. Durante essa avaliação, é fornecido um plano de cuidados personalizado, no qual tanto a pessoa em situação paliativa quanto os seus familiares são ativamente envolvidos. A equipa procura manter todos informados e garantir a sua participação nas decisões. No entanto, devido à elevada afluência de pedidos de consultoria, nem sempre é possível realizar a primeira avaliação no prazo estabelecido, sendo agendada assim que houver disponibilidade pela EIHSCP.

Em algumas situações, são realizadas conferências familiares para assegurar uma abordagem mais ampla e adequada às necessidades individuais de cada doente, com o objetivo de garantir a continuidade adequada dos cuidados e registar detalhadamente todas as informações relevantes para esse fim.

É importante destacar o compromisso da EIHSCP com a excelência na prestação de cuidados, evidenciado pela realização de reuniões semanais para discussão dos planos avançados dos doentes acompanhados, bem como pela cooperação estabelecida com as equipas comunitárias para garantir a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar.

Para garantir a excelência na prestação de cuidados, a equipa promove programas de formação para profissionais de saúde, tanto internos quanto externos, com o objetivo de disseminar melhores práticas no campo dos CP (CNCP, 2021).

Durante o ENP, percebeu-se que a dispneia é uma preocupação comum em ambos os contextos clínicos. A maioria das pessoas em situação paliativa apresentava diagnóstico oncológico, mas também foram encontrados casos de insuficiência de órgãos e fragilidades. Muitos doentes já estavam debilitados devido a múltiplas comorbidades, o que aumentava a gravidade da dispneia. Foi perceptível que a QV dos doentes era severamente afetada pela dispneia, impactando tanto o aspeto físico quanto a saúde mental, com ansiedade e depressão frequentemente presentes. Diante disso, reconheceu-se a importância de identificar a extensão da condição e a necessidade de intervenções terapêuticas. A dispneia em CP não é apenas uma questão fisiológica, mas sim uma caminhada de compaixão, onde cada respiração é significativa.

3. ESTUDO DE CASO - UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

O caso retrata uma jovem de 27 anos, nascida em Angola, a mais velha de três irmãs, e residente em Portugal há cerca de três anos, diagnosticada com Linfoma Não Hodgkin (LNH). A sua condição de saúde deteriorou-se rapidamente, levando-a a uma situação paliativa e internamento na UCP em setembro de 2023. A dispneia tornou-se uma preocupação crucial, juntamente com o sofrimento existencial diante da finitude da vida. Destaca-se a importância dos CP não apenas no controlo sintomático, mas também na abordagem sensível das necessidades emocionais e espirituais da doente, além do suporte à sua família. Em agosto de 2022, começaram os sintomas, com dor na axila e na mama esquerda. Após tratamento medicamentoso sem melhorias, os exames revelaram suspeita de doença linfoproliferativa, derrame pleural bilateral e múltiplas adenopatias. A Tomografia por Emissão de Positrões (PET) confirmou a natureza hipermetabólica das adenopatias em novembro de 2022. A biopsia em dezembro de 2022 indicou LNH de células T, estadio IV. Após hospitalização e início de quimioterapia, apresentou uma melhoria temporária, mas uma nova avaliação em julho de 2023 indicou progressão da doença, levando à proposta de CP sintomáticos. A mãe da doente viajou para a apoiar neste período difícil. A doente emociona-se ao falar das irmãs, relutando em permitir que a vejam devido a questões relacionadas com a imagem. Além disso, destaca uma amiga que a acompanha desde o início dos sintomas. Apesar de estar ciente do diagnóstico, tem dificuldades em compreender o prognóstico e a abordagem filosófica dos CP. Admite a sobrecarga de informações num curto espaço de tempo, mas reconhece a necessidade de ajuda devido à intensidade dos sintomas, especialmente a dispneia e a dor torácica. Manifesta interesse em receber apoio psicológico, assim como a sua mãe.

3.1. Enquadramento teórico

A doença oncológica representa desafios emocionais e físicos para o doente, mas também para a sua família. A incerteza, a insegurança e o medo são sentimentos frequentes associados à doença, gerando impacto nas relações interpessoais e nas perspetivas futuras. Desde a fase de prevenção e diagnóstico até aos estadios avançados da doença, o cancro impõe um desafio constante, que muitas das vezes segue uma trajetória de declínio curto e previsível, onde semanas, meses ou anos podem significar uma perda progressiva de funcionalidade e autonomia. No entanto, através do diagnóstico precoce e da discussão sobre o prognóstico, é possível antecipar necessidades e planear os cuidados de fim de vida, garantindo suporte adequado tanto para o doente quanto para a família.

Família

Conforme definido pela OMS, a família é reconhecida como a “unidade básica da sociedade”, composta por pessoas que compartilham laços afetivos e sociais. O suporte à família é uma componente essencial dos CP, uma vez que compreender a dinâmica, características, contexto social, cultural e económico nos quais a pessoa em situação paliativa está inserida é fundamental para o planeamento das intervenções.

Nas figuras seguintes, apresento o genograma e ecomapa da pessoa em situação paliativa fornecendo uma perspetiva visual da dinâmica familiar e das interações com o meio envolvente. Na primeira figura, estão representados os elementos da família da jovem doente, incluindo aqueles que coabitam com ela, destacados dentro do círculo familiar. Na segunda figura, são identificados os membros que interagem com a família nuclear, e na terceira figura são explicadas as simbologias e os significados utilizados nesse tipo de representação.

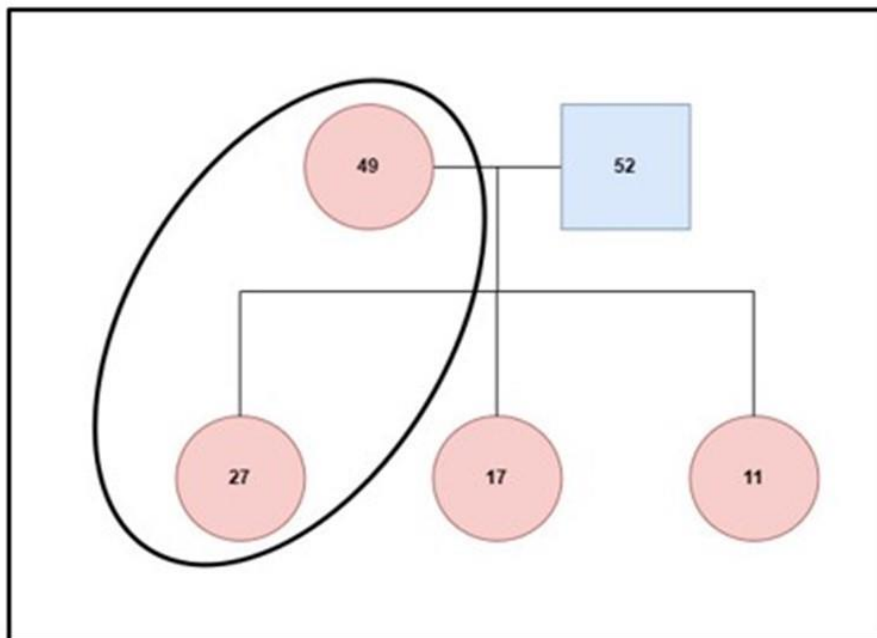


Figura 1: Genograma - Ilustração da estrutura familiar da jovem em situação paliativa com doença oncológica

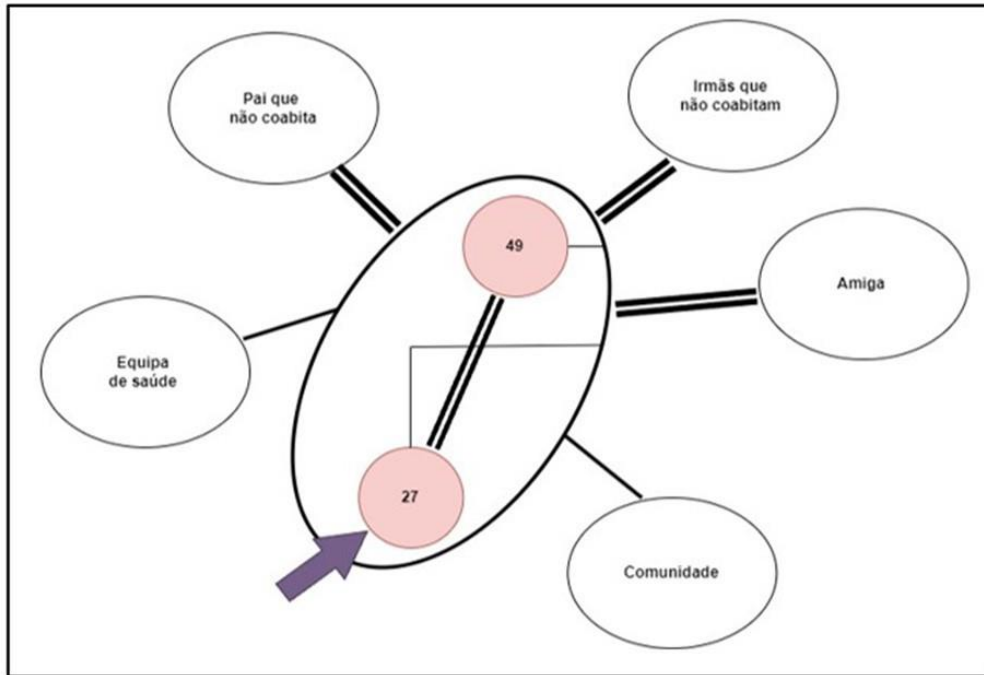


Figura 2: Ecomapa - Representação das conexões familiares e sociais da jovem em situação paliativa com doença oncológica

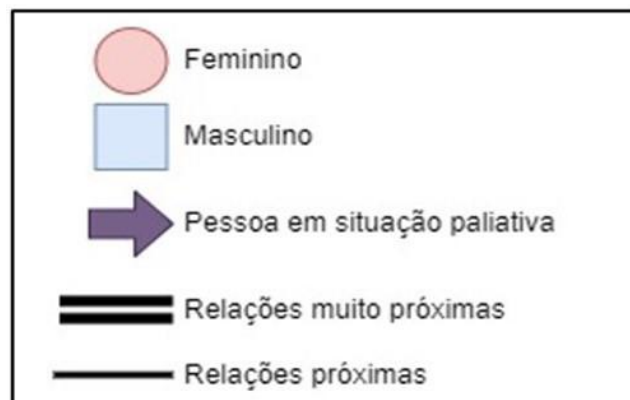


Figura 3: Legenda de símbolos utilizados

Linfoma não-Hodgkin

O LNH representa uma das formas mais comuns de neoplasias no sistema linfático, afetando uma parte significativa da população mundial. Conforme os dados do GLOBOCAN, 2020, as estatísticas refletem a extensão alarmante desta patologia em escala mundial. Com uma estimativa de 544.352 novos casos, o LNH ocupa a 11.ª posição tanto em incidência quanto em mortalidade, entre todos os tipos de doenças neoplásicas. Esses números evidenciam a magnitude da prevalência e a relevância significativa que tem na carga global de morbilidade.

Ao analisar a situação na Europa, os dados revelam 122.979 novos casos e 49.684 óbitos, posicionando o LNH em 11.º lugar em incidência e em 12.º lugar em mortalidade. Isso destaca a sua influência contínua no panorama oncológico do continente. Em Portugal, embora o LNH assuma uma posição relativamente menos prevalente, as estatísticas ainda exigem atenção. Com 2.098 novos casos e 962 óbitos relacionados, o país enfrenta o desafio de lidar com o 7.º cancro mais comum em incidência e o 10.º em mortalidade.

Dada a análise estatística, aliada à dimensão física e emocional frequentemente experienciada pelos doentes, destaca-se a importância da implementação de CP devidamente estruturados, garantindo o suporte adequado e a preservação da dignidade, sobretudo em situações que culminam em desfechos de curto prazo.

Linfoma Periférico de Células T

Os dados apresentados por Mulvey & Ruan (2020) evidenciam a complexidade do Linfoma Periférico de Células T (PTCL), revelando-o como um grupo de neoplasias linfoides diversificado e agressivo, representando entre 5% a 20% de todos os casos a nível global.

Frantz et al. (2022) contribuem para uma compreensão mais profunda ao destacar a raridade do PTCL, que se origina nas células responsáveis por combater infeções em todo o sistema linfático do organismo, com a peculiaridade de se desenvolver em qualquer região do corpo, sem uma predileção por um órgão específico.

Pinter-Brown (2022) destaca que a diversidade intrínseca ao PTCL é evidenciada pelos seus subtipos, como o PTCL sem outra especificação (PTCL-NOS), o Linfoma Angioimunoblástico de Células T (AITL) e o Linfoma Anaplásico de Grandes Células (ALCL), entre outros. Essa variedade não se limita apenas à sua manifestação em diferentes partes do corpo, mas também inclui variações em comportamento e gravidade. A pele, o sangue, os gânglios linfáticos e outras regiões corporais são suscetíveis de ser afetadas por esses subtipos distintos. Os autores mencionados salientam que compreender as diferenças entre os distintos subtipos do PTCL é crucial, visto que tal conhecimento exerce impacto direto no prognóstico e no plano terapêutico destinado aos doentes que enfrentam esta patologia.

A ilustre contribuição de Pinter-Brown (2022) destaca a relevância da mais recente edição da Classificação de Tumores Hematolinfóides da OMS (WHO-HAEM5), publicada em junho de 2022. Essa revisão substancial redefine o cenário do diagnóstico e classificação dos PTCL, e promove mudanças significativas para a redução da prevalência de classificações não específicas. Este avanço proporciona aos médicos a seleção de tratamentos mais direcionados e eficazes, refletindo a crescente necessidade de personalização terapêutica. Paralelamente, no mesmo ano, surge a Classificação de Consenso Internacional (ICC), reforçando a dinâmica inovadora do campo. Ambas as atualizações refletem a procura incessante por aprimorar a precisão diagnóstica e otimizar as estratégias terapêuticas.

Piccaluga & Khattab (2023) enfatizam que é importante comparar meticulosamente as classificações da OMS e da ICC, proporcionando um guia prático para o diagnóstico patológico das neoplasias maduras de células T.

Este guia fundamenta-se na análise das publicações oficiais da OMS e da ICC, assim como em pesquisas originais acerca de entidades específicas incluídas nessas classificações. Os autores evidenciam uma abordagem fundamentada e a necessidade de incorporar dados de fontes diversas para uma compreensão atualizada dessas neoplasias. Esta abordagem, em conformidade com as diretrizes estabelecidas, fortalece a fundamentação para diagnósticos mais precisos e estratégias terapêuticas eficientes diante da heterogeneidade dessa condição.

A detecção inicial do PTCL, conforme Frantz et al. (2022) destacam, vai além da simples presença de nódulos ou inchaços indolores no pescoço, axila ou virilha. Esses sinais iniciais sinalizam o aumento de um linfonodo, mas também a propensão do linfoma se manifestar em diversas regiões do organismo, caracterizando uma natureza extranodal multifacetada. Ao afetar órgãos como a medula óssea, baço, fígado, pulmões, rins, trato gastrointestinal e pele, essa complexidade extranodal destaca a amplitude das áreas afetadas pela patologia. Os autores enfatizam que além das áreas corporais afetadas, os sintomas típicos de PTCL, incluindo fadiga, febre, sudorese noturna, irritação cutânea e perda de peso inexplicável, desempenham um papel fundamental na identificação precoce desta patologia complexa e potencialmente grave.

Ao discutir a confirmação do diagnóstico e a avaliação das características clínicas, é vital reconhecer que a diversidade de manifestações do PTCL requer uma abordagem cuidadosa. A detecção de sinais específicos não apenas suscita a necessidade de confirmação, mas também destaca a importância de uma análise das características clínicas, morfológicas e imunofenotípicas para se estabelecer um diagnóstico preliminar. Em situações mais complexas, as análises da genética molecular desempenham um papel fundamental, sendo de grande utilidade para o diagnóstico e a classificação definitiva (Zhang et al., 2022).

O estadiamento da doença para determinar a sua extensão é importante. Este tipo de linfoma é geralmente classificado em estadios iniciais e avançados, numerados de um a quatro. No estadio um, a presença é identificada num linfonodo ou num único grupo de linfonodos; no estadio dois, é observada em dois ou mais grupos de gânglios linfáticos na mesma região do organismo; no estadio três, manifesta-se em gânglios linfáticos em diferentes partes do corpo ou na mesma região, associados ao baço; no estadio quatro, além das localizações mencionadas nos estadios anteriores, verifica-se presença em órgãos adicionais como fígado, pulmão, rins, trato gastrointestinal ou medula óssea (Frantz et al., 2022). Esta categorização em estadios representa um componente importante delineando não apenas a presença de doença, mas também a sua extensão e complexidade. A progressão de um estadio para outro reflete a disseminação gradual do linfoma. Assim, o estadiamento auxilia na formulação de estratégias terapêuticas personalizadas e fornece uma base crucial para a comunicação entre profissionais de saúde e doentes, permitindo uma compreensão clara da situação.

Atualmente, é frequente observar que a maioria dos doentes diagnosticados com PTCL se encontra em estadios avançados da doença, sendo uma realidade preocupante. Essa tendência pode ser atribuída à ampla distribuição do sistema linfático no corpo, facilitando uma disseminação generalizada do linfoma no momento do diagnóstico. É importante notar que, conforme mencionado pelos autores, a quimioterapia demonstra

menor eficácia nesses estádios avançados, resultando em taxas de sobrevivência global reduzidas. Essa constatação ressalta a necessidade da abordagem eficaz e personalizada para enfrentar os desafios específicos associados a estes estádios avançados, contribuindo para a melhoria da taxa de sobrevivência e QV dos doentes.

A variedade de manifestações do linfoma em diferentes órgãos ressalta a complexidade e diversidade da patologia. Enquanto as lesões linfomatosas pulmonares, conforme destacado por Vemuri et al. (2022), são uma ocorrência rara, o linfoma pulmonar primário de células T destaca-se como um desafio no diagnóstico devido à sua natureza agressiva, frequentemente subestimado nas avaliações diferenciais de lesões pulmonares. Por outro lado, a manifestação do Linfoma Primário na Mama (PBL), conforme apontado por Sakhri et al. (2023), adiciona uma camada de complexidade à compreensão dessa patologia. O PBL representa uma forma incomum da doença, desenvolvendo-se diretamente na mama, sem afetar órgãos adjacentes. A sua incidência é baixa, representando menos de 1-2% de todos os casos de LNH e menos de 0,5% das neoplasias malignas da mama. A natureza pouco distintiva das características de imagem das massas palpáveis, frequentemente requerendo a confirmação por biópsia, sublinha os desafios diagnósticos associados a essa variante específica.

MacRosty et al. (2023) sobre o derrame pleural maligno destaca um aspeto muitas vezes negligenciado em estudos anteriores, ao valorizar não apenas o prognóstico desfavorável associado a essa condição, mas também a importância da resolução do líquido pleural na sobrevida dos doentes. Esta pesquisa, realizada ao longo de quatro anos, preenche uma lacuna crucial ao proporcionar uma visão mais completa da evolução da patologia. Os resultados sugerem que a eficaz resolução do derrame pleural não só influencia positivamente a sobrevida dos doentes, mas também aponta para um elemento de esperança em contexto de CP sobre a possibilidade real de momentos preciosos e de qualidade ao lado dos entes queridos.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 28 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-09-28 15:00:00	Dexametasona 4mg Comprimido; Via de administração: oral; Dose: 4mg; Frequência: 12/12h	
2023-09-28 15:00:00	Hidroxizina 25mg Comprimido; Via de administração: oral; Dose: 25mg; Frequência: 1 vez dia	
2023-09-28 15:00:00	Lorazepam 2,5mg Comprimido; Via de administração: oral; Dose: 2,5mg; Frequência: 1 vez dia	
2023-09-28 15:00:00	Macrogol 10000mg Pó para solução oral; Via de administração: oral; Dose: 20000mg; Frequência: 1 vez dia	
2023-09-28 15:00:00	Metilfenidato 10mg Comprimido; Via de administração: oral; Dose: 10mg; Frequência: 1 vez dia	
2023-09-28 15:00:00	Metoclopramida 10mg/2ml Solução injetável; Via de administração: subcutânea; Dose: 10mg; Frequência: 6/6h	
2023-09-28 15:00:00	Morfina 10mg/ml Solução injetável; Via de administração: subcutânea; Dose: 2mg; Frequência: 6/6h	
2023-09-28 15:00:00	Picossulfato de sódio 7,5mg/ml Solução oral; Via de administração: oral; Dose: 15 gotas; Frequência: 1 vez dia	
2023-09-28 15:00:00	Trazadona 100mg Comprimido; Via de administração: oral; Dose: 50mg; Frequência: 1 vez dia	
2023-09-28 15:00:00	Midazolam 15mg/3ml Solução injetável; Via de administração: endovenoso; Dose: 2mg; Frequência: SOS 1/1 hora	
2023-09-28 15:00:00	Morfina 10mg/ml Solução injetável; Via de administração: subcutânea; Dose: 2mg; Frequência: SOS 1/1 hora	
2023-09-28 15:00:00	Ondansetrom 8mg/4ml Solução injetável; Via de administração: endovenoso; Dose: 8mg; Frequência: SOS 12/12 horas	
2023-09-28 15:00:00	Paracetamol 1000mg/100ml Solução injetável; Via de administração: endovenoso; Dose: 1000mg; Frequência: SOS 8/8h	

3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental no cuidado ao doente, utilizando as suas competências profissionais para garantir a administração adequada da terapêutica prescrita, monitorizando os efeitos dos tratamentos e intervindo em situações de emergência para assegurar a manutenção ou recuperação das funções vitais dos doentes. Além disso, contribuem ativamente para a elaboração e implementação de protocolos com objetivo de administrar tratamentos e medicamentos de forma segura (Decreto-Lei n.º 161/96).

A administração de medicamentos em CP requer uma avaliação criteriosa e monitorização constante dos sintomas, sendo fulcral compreender as preferências individuais e os objetivos de cuidados da pessoa em

situação paliativa. Conforme definido pela OMS (2020), os CP têm como principal objetivo melhorar a QV dos doentes que enfrentam condições potencialmente fatais, através da implementação de medidas preventivas ou de alívio dos sintomas que enfrentam.

Com base na situação apresentada, procede-se agora com uma análise da medicação prescrita à doente em estudo, de acordo com as informações fornecidas por Queirós et al. (2021) no Guia de Controlo Sintomático e pelas diretrizes da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. (Infarmed).

Dexametasona

A dexametasona é um glucocorticoide potente com uma variedade de usos terapêuticos. A sua ação anti-inflamatória, analgésica, antialérgica e imunossupressora tornam-na útil em várias condições, incluindo no tratamento paliativo de doenças neoplásicas e no controlo de sintomas como fadiga, anorexia, náuseas, vómitos refratários e dor. Além disso, ajuda a estimular o apetite e a controlar possíveis edemas. Nas doses iniciais de 3-20 mg/dia, a sua semivida biológica prolongada permite uma ação contínua. Os cuidados de enfermagem são essenciais para garantir a segurança e o bem-estar da jovem em situação paliativa, considerando a sua sensibilidade em relação à imagem corporal e ao impacto psicológico associado à doença. É importante a monitorização cuidadosa de possíveis efeitos secundários, como aumento de peso, alterações na aparência, insónia e alterações de humor, de forma a identificar e abordar precocemente qualquer problema. Além disso, é importante estar atento à pressão arterial pelo risco de hipertensão, e à glicemia capilar pelo risco de hiperglicemia.

Hidroxizina

A hidroxizina é um medicamento que pertence ao grupo farmacoterapêutico dos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, bem como aos anti-histamínicos H1 sedativos, sendo indicado para o tratamento da ansiedade e do prurido. Embora o cloridrato de hidroxizina não seja um depressor cortical, a sua ação pode ser atribuída à supressão da atividade em regiões específicas da área subcortical do sistema nervoso central. A hidroxizina foi prescrita com objetivo de tratar a ansiedade. A dose máxima recomendada para adulta é de 100 mg/dia. No que diz respeito aos cuidados de enfermagem, é essencial avaliar a profundidade da sedação e implementar medidas de segurança adequadas para prevenir quedas. Além disso, é importante monitorizar o estado mental, humor e comportamento da doente, e recomendar a manutenção da hidratação para controlar a xerostomia.

Lorazepam

O lorazepam pertence ao grupo farmacoterapêutico de psicofármacos, ansiolíticos, sedativos e hipnóticos. É uma benzodiazepina indicada para o tratamento da ansiedade e para o alívio dos sintomas associados, como a insónia decorrente da ansiedade ou em situações transitórias de stress. No caso da jovem em situação paliativa, que enfrenta insónia relacionada à ansiedade, é recomendada uma dose única de 1-2 mg ao deitar. Ao administrar lorazepam, os enfermeiros devem estar atentos aos possíveis efeitos indesejáveis, como sedação, sonolência diurna, confusão emocional, capacidade de reação diminuída, fadiga, cefaleias, tonturas e fraqueza muscular. É crucial considerar o estado geral da doente e a sua sensibilidade emocional, monitorizando de perto para assegurar o uso adequado do medicamento.

Macrogol

O macrogol, pertence ao grupo farmacoterapêutico de modificadores da motilidade gastrointestinal e laxantes osmóticos. É um polímero linear longo com alto peso molecular que retém as moléculas de água através de pontes de hidrogénio. Quando administrado por via oral, aumenta o volume dos fluídos intestinais sendo essencial uma hidratação adequada durante o tratamento. O volume de fluído intestinal não absorvido representa as propriedades laxantes da solução. Esta medicação foi prescrita devido à condição clínica da doente, caracterizada por limitações físicas, inatividade, diminuição do apetite e uso de medicamentos que podem causar obstipação, como opioides, incluindo a morfina. Em relação aos cuidados de enfermagem, é fundamental garantir a eficácia e a segurança do tratamento. Uma das principais preocupações é assegurar a ingestão adequada de líquidos, pois o Macrogol pode aumentar a perda de água através do intestino, o que pode levar à desidratação. Além disso, é necessário monitorizar a frequência e a consistência das evacuações e estar atento a sinais de desequilíbrio eletrolítico, como fraqueza muscular e alterações no ritmo cardíaco.

Metilfenidato

O metilfenidato pertence ao grupo farmacoterapêutico dos estimulantes inespecíficos que atuam no sistema nervoso central, com efeitos mais pronunciados nas atividades mentais do que nas atividades motoras. Embora o seu mecanismo de ação completo no corpo humano não seja completamente compreendido, acredita-se que bloqueie a recaptção de noradrenalina e dopamina nos neurónios pré-sinápticos, aumentando a sua libertação no espaço extraneuronal e estimulando certas partes do cérebro que estão em atividade reduzida. Esta medicação foi prescrita para ajudar a doente, que enfrenta significativas limitações, especialmente fadiga. O metilfenidato pode ser uma opção terapêutica para aumentar a atenção, concentração e reduzir comportamentos impulsivos. Geralmente administrado por via oral, inicia-se com uma dose de 5 mg a cada 12 horas, podendo ser ajustado gradualmente até ao máximo de 60 mg/dia. Durante a administração de metilfenidato, os cuidados de enfermagem incluem monitorização regular da pressão

arterial e da frequência cardíaca, devido ao potencial de aumento desses parâmetros. Além disso, é essencial avaliar o estado de humor e comportamento da doente para detetar possíveis alterações, como irritabilidade, ansiedade ou agitação, que podem surgir como efeitos colaterais do medicamento.

Metoclopramida

A metoclopramida pertence a dois grupos farmacoterapêuticos distintos, os modificadores da motilidade gastrointestinal e os antieméticos e antivertiginosos. Trata-se de uma benzamida substituída da classe dos neurolépticos, amplamente reconhecida pelas suas propriedades antieméticas. Foi prescrita devido às suas propriedades antieméticas, que são essenciais para prevenir ou tratar náuseas e vômitos, sintomas frequentemente associados à condição da doente. A dose recomendada via subcutânea é de 10 mg podendo ser repetida a cada 4 horas, com uma dose máxima de 120 mg. Durante a administração deste medicamento, os cuidados de enfermagem são essenciais e incluem a monitorização da pressão arterial e frequência cardíaca, devido ao potencial de efeitos adversos como hipotensão e bradicardia. Além disso, é importante observar atentamente a ocorrência de reações extrapiramidais, discinesias, tonturas, cefaleias e sonolência.

Morfina

A morfina pertence ao grupo terapêutico dos analgésicos estupefacientes, sendo indicada para o tratamento de processos dolorosos de intensidade severa e dispneia. Além de proporcionar alívio da dor, a morfina também reduz a ansiedade associada a quadros de dor intensa. Segundo Gonçalves (2022) é recomendada para o controlo da dispneia, especialmente em situações irruptivas relacionadas ao esforço, obstrução das vias aéreas por muco ou fatores psicológicos. As doses para o tratamento de dispneia variam de 2,5 a 5 mg a cada 4 horas, podendo ser administrada também por perfusão subcutânea contínua em casos mais graves. A administração de morfina requer cuidados específicos de enfermagem, incluindo a monitorização dos sinais vitais devido ao risco potencial de depressão respiratória. É importante instruir a doente a solicitar a medicação sempre que sentir dor ou dispneia e fornecer informações sobre possíveis efeitos colaterais, como náuseas, vômitos, obstipação, sonolência, confusão mental, hipersudorese e euforia. Ajustar as doses e a frequência de administração conforme necessário é fundamental para garantir um alívio eficaz dos sintomas. Além disso, é importante considerar o estado emocional da doente, especialmente diante da proximidade da morte, ressaltando a importância de proporcionar conforto físico e emocional. Neste contexto, a morfina desempenha um papel significativo no alívio dos sintomas de dor e dispneia, contribuindo para a melhoria da QV.

Picossulfato de sódio

O picossulfato de sódio é classificado como um laxante pertencente ao grupo farmacoterapêutico dos modificadores da motilidade gastrointestinal. A sua ação local dá-se no cólon, onde é metabolizado por bactérias. Esse processo estimula a mucosa intestinal, promovendo o peristaltismo, o que leva à acumulação de água e eletrólitos no intestino, resultando em fezes mais amolecidas e facilitando a defecação. Na situação da doente, este medicamento é prescrito devido à sua condição de inatividade, redução do apetite e ao uso de medicamentos como a morfina, que podem contribuir para a obstipação. É essencial que a equipa de enfermagem garanta uma ingestão adequada de líquidos para potencializar os efeitos do picossulfato de sódio. Além disso, é importante monitorizar as evacuações, e ter atenção a possíveis efeitos colaterais, como dor e cólica abdominal.

Trazadona

A trazadona pertence ao grupo farmacoterapêutico dos antidepressivos, indicada para o tratamento da depressão em doentes internados ou em ambulatório, independentemente da presença de ansiedade. As dosagens terapêuticas demonstram efeitos antidepressivos e ligeiramente ansiolíticos, especialmente no humor depressivo, ansiedade, apatia e distúrbios do sono, sem interferir significativamente no sono normal. Além disso, pode ter uma ação positiva na dor, possivelmente influenciando a estrutura nervosa e modificando a carga emocional anormal. A dose máxima recomendada é de 300 mg/dia. No caso específico, a trazadona foi prescrita para ajudar a tratar os sintomas de depressão, ansiedade e dificuldade para dormir. Durante o tratamento com trazadona, os cuidados de enfermagem incluem avaliar a resposta da doente ao medicamento e detetar quaisquer mudanças no humor, comportamento, padrão de sono e sintomas de ansiedade ou agitação. Também é importante ter atenção aos possíveis efeitos adversos mais frequentes, como a náusea, cefaleia, hipotensão ortostática e síncope.

Midazolam

O midazolam pertence à classe dos hipnóticos e sedativos, derivado das benzodiazepinas. Reconhecido pela sua ação rápida, é utilizado para induzir a sedação, aliviar a ansiedade e reduzir a tensão muscular. O midazolam foi prescrito em SOS indicando que deve ser administrado conforme necessário para controlar a ansiedade em momentos de crise ou necessidade aguda. A sua administração deve ser realizada apenas por profissionais de saúde, num local equipado para monitorizar e reconhecer os sinais e gerir os efeitos indesejáveis. Os cuidados de enfermagem a ter incluem a avaliação dos níveis de sedação e de consciência e atenção aos possíveis efeitos secundários como cefaleias, arritmias, soluços, náuseas, vômitos e espasmos musculares. É essencial monitorizar de perto esses efeitos, pois podem afetar a capacidade de comunicação

e interação, sendo um aspeto importante a ser valorizado, principalmente diante do sofrimento existencial que a doente enfrenta.

Ondansetrom

O ondansetrom é um medicamento classificado no grupo farmacoterapêutico dos antieméticos e antivertiginosos, atuando no controlo de náuseas e vômitos. Este medicamento foi prescrito em SOS, indicando que deve ser administrado conforme necessário. Devido ao estado clínico da doente, que pode estar suscetível a episódios recorrentes de náuseas e vômitos, esta prescrição oferece flexibilidade para administrar o medicamento quando os sintomas ocorrerem. É importante ter atenção aos possíveis efeitos colaterais como reações alérgicas, cefaleias, sensação de calor ou rubor, obstipação e bradicardia, além de monitorizar os efeitos extrapiramidais. Num contexto mais amplo, destaca-se que o ondansetrom pode agir em sinergia com o haloperidol e a dexametasona no tratamento das náuseas.

Paracetamol

O paracetamol pertence ao grupo farmacoterapêutico de outros analgésicos e antipiréticos. Atua no alívio da dor ligeira a moderada, 5 a 10 minutos após o início da administração. O pico do efeito analgésico é obtido 1 hora após a administração, com duração média de 4 a 6 horas. Além disso, é eficaz na redução da febre, começando a atuar em cerca de 30 minutos após a administração e mantendo o efeito pelo menos 6 horas. Foi prescrito em SOS, com a indicação de ser administrado em situação de dor ligeira a moderada ou febre. A administração endovenosa permite uma absorção rápida do medicamento, proporcionando um alívio mais rápido dos sintomas. Os cuidados de enfermagem incluem a monitorização regular da dor e da temperatura corporal da doente, bem como a observação de possíveis efeitos colaterais, como reações alérgicas ou hepatotoxicidade. Além disso, é importante não exceder a dose máxima recomendada de 4 gramas.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

28-09-2023 15:00

28-09-2023 15:00 - Oxigenoterapia

28-09-2023 15:00 - FiO2: 93 %.

29-09-2024 10:00 - FiO2: 92 %.

01-10-2024 10:00 - FiO2: 93 %.

28-09-2023 15:00 - Débito de oxigénio: 4.00 L/min.

29-09-2024 10:00 - Débito de oxigénio: 4.00 L/min.

01-10-2024 10:00 - Débito de oxigénio: 4.00 L/min.

28-09-2023 15:00 - Assegurar oxigenoterapia

28-09-2023 15:00 - Manter oxigenoterapia [sem horário]

28-09-2023 15:00 - Promover autogestão: oxigenoterapia

28-09-2023 15:00 - Conhecimento sobre oxigenoterapia

28-09-2023 15:00 - Dispositivo: Sonda de oxigénio - facilitador.

29-09-2024 10:00 - Conhecimento sobre oxigenoterapia

29-09-2024 10:00 - Dispositivo: Sonda de oxigénio – facilitador [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre oxigenoterapia

01-10-2024 10:00 - Dispositivo: Sonda de oxigénio - facilitador [MANTEVE].

28-09-2023 15:00 - Avaliar evolução da autogestão da oxigenoterapia [sem horário] [FIM]

01-10-2024 10:00

Sondas, Drenos e Cateteres

28-09-2023 15:00

28-09-2023 15:00 - Sonda de oxigénio

28-09-2023 15:00 - Características do dispositivo: Cânula nasal.

29-09-2024 10:00 - Características do dispositivo: Cânula nasal.

01-10-2024 10:00 - Características do dispositivo: Cânula nasal.

28-09-2023 15:00 - Assegurar funcionamento da sonda

28-09-2023 15:00 - Otimizar sonda de oxigénio [sem horário]

01-10-2024 10:00 - Promover adesão: medidas de otimização da sonda de oxigénio

28-09-2023 15:00 - Dreno

28-09-2023 15:00 - Localização do dreno

28-09-2023 15:00 - Tórax Direita(o)

28-09-2023 15:00 - Substância drenada: serosa.

28-09-2023 15:00 - Quantidade drenada pelo dreno de ferida: 600 ml.

28-09-2023 15:00 - Sem complicações no local de inserção do dreno.

29-09-2024 10:00 - Localização do dreno

29-09-2024 10:00 - Tórax Direita(o)

29-09-2024 10:00 - Substância drenada: serosa.

29-09-2024 10:00 - Quantidade drenada pelo dreno de ferida: 450 ml.

29-09-2024 10:00 - Sem complicações no local de inserção do dreno.

01-10-2024 10:00 - Localização do dreno

01-10-2024 10:00 - Tórax Direita(o)

01-10-2024 10:00 - Substância drenada: serosa.

01-10-2024 10:00 - Quantidade drenada pelo dreno de ferida: 550 ml.

01-10-2024 10:00 - Sem complicações no local de inserção do dreno.

28-09-2023 15:00 - Determinar evolução da drenagem pela sonda / dreno

28-09-2023 15:00 - Avaliar evolução da drenagem [sem horário]

28-09-2023 15:00 - Assegurar funcionamento do dreno

28-09-2023 15:00 - Otimizar dreno [sem horário]

28-09-2023 15:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o dreno

28-09-2023 15:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do dreno [3/3 dias/sos]

28-09-2023 15:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do dreno ao médico [sos]

28-09-2023 15:00 - Prevenir complicações relacionadas com dreno torácico 28-09-2023 15:00

- Executar tratamento ao local de inserção do dreno [3/3 dias/sos]

28-09-2023 15:00 - Promover adesão: medidas de segurança com dreno torácico

28-09-2023 15:00 - Conhecimento sobre medidas de segurança com dreno torácico: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-09-2024 10:00 - Conhecimento sobre medidas de segurança com dreno torácico: facilitador [MELHOROU].

01-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre medidas de segurança com dreno torácico: facilitador [MELHOROU].

28-09-2023 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre medidas de segurança com dreno torácico [RESOLVIDO] 29-09-2024 10:00 28-09-2023 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre medidas de segurança com dreno torácico [sem horário] [FIM] 29-09-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Ensinar sobre medidas de segurança com dreno torácico [sem horário] [FIM] 29-09-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Avaliar evolução da adesão a medidas de segurança com dreno torácico [sem horário] [FIM] 01-10-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Cateter venoso periférico

28-09-2023 15:00 - Localização do cateter venoso periférico

28-09-2023 15:00 - Braço Esquerda(o)

28-09-2023 15:00 - Características do dispositivo: G22.

29-09-2024 10:00 - Localização do cateter venoso periférico

29-09-2024 10:00 - Braço Esquerda(o)

29-09-2024 10:00 - Características do dispositivo: G22.

01-10-2024 10:00 - Localização do cateter venoso periférico

01-10-2024 10:00 - Antebraço Esquerda(o)

01-10-2024 10:00 - Características do dispositivo: G22.

28-09-2023 15:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter 28-09-2023 15:00

- Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [sem horário]

28-09-2023 15:00 - Assegurar funcionamento do cateter *28-09-2023 15:00 - Otimizar cateter venoso periférico [sem horário]*

28-09-2023 15:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

28-09-2023 15:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [sem horário]

28-09-2023 15:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [sos]

28-09-2023 15:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

28-09-2023 15:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [turno da manhã/sos]

28-09-2023 15:00 - Trocar cateter venoso periférico [4/4 dias/sos] **28-09-2023 15:00 -**

Cateter subcutâneo

28-09-2023 15:00 - Localização do cateter subcutâneo

28-09-2023 15:00 - Abdómen

28-09-2023 15:00 - Características do dispositivo: G24.

29-09-2024 10:00 - Localização do cateter subcutâneo

29-09-2024 10:00 - Abdómen

29-09-2024 10:00 - Características do dispositivo: G24.

01-10-2024 10:00 - Localização do cateter subcutâneo

01-10-2024 10:00 - Abdómen

01-10-2024 10:00 - Características do dispositivo: G24.

28-09-2023 15:00 - Assegurar funcionamento do cateter

28-09-2023 15:00 - Otimizar cateter subcutâneo [sem horário]

28-09-2023 15:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

28-09-2023 15:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter subcutâneo [sem horário]

28-09-2023 15:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter subcutâneo

28-09-2023 15:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo [sem horário]

28-09-2023 15:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [sos]

28-09-2023 15:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter subcutâneo

28-09-2023 15:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter subcutâneo [turno da manhã/sos]

28-09-2023 15:00 - Trocar cateter subcutâneo [4/4 dias/sos]

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

Os procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica são fundamentais para garantir a eficácia do tratamento e bem-estar da doente. Desde a deteção precoce de complicações até à promoção da autogestão e o uso adequado de intervenções terapêuticas, cada etapa é essencial. Ao abordarmos esses aspetos com sensibilidade, podemos fornecer um tratamento de qualidade, suporte emocional e dignidade à doente.

Como tal, segue-se uma descrição dos aspetos a considerar relacionados com a oxigenoterapia por cânula nasal, o Cateter Endovenoso Periférico (CVP), o Cateter Subcutâneo (CSC) e o dreno torácico.

A oxigenoterapia desempenha um papel importante no controlo da dispneia em doentes com derrame pleural, melhorando a oxigenação no sangue e reduzindo a dor associada à respiração. Para a sua implementação eficaz, os enfermeiros devem possuir competências para administrar oxigénio, monitorizar a saturação e ajustar as taxas de fluxo conforme necessário. A variedade de dispositivos disponíveis, destaca a flexibilidade da oxigenoterapia, mas a sua administração exige adaptação cuidadosa às necessidades específicas do doente para evitar complicações (Rezende et al., 2023).

Em relação à administração de medicamentos, optou-se pelo CSC devido à dificuldade em obter acessos endovenosos suficientes. Esta escolha permitiu uma administração estável de medicamentos, tanto por via oral quanto por via subcutânea, enquanto a via endovenosa permanecia disponível para situações que exigissem administração rápida de medicação. Segundo Gonçalves (2020), a via subcutânea é preferida por ser menos invasiva e mais confortável para os doentes, enquanto o CVP pode ser utilizado em diversas circunstâncias quando disponível, facilitando a administração de fármacos e aumentando a comodidade dos doentes.

De acordo com Rezende et al. (2023), no tratamento do derrame pleural maligno, que se manifesta através de sintomas como dor e dificuldade respiratória, são consideradas diferentes abordagens terapêuticas, incluindo procedimentos de drenagem e uso de antibióticos. Quando as intervenções convencionais não são viáveis, a administração de opioides, ansiolíticos ou oxigenoterapia é uma alternativa, ajustada às necessidades específicas de cada doente. Em casos de dispneia refratária, a sedação paliativa com morfina e midazolam é recomendada para proporcionar alívio adequado.

Os enfermeiros desempenham um papel essencial na gestão holística dos cuidados prestados à pessoa em situação paliativa, abordando diversas áreas fundamentais para o seu bem-estar. Para garantir a eficácia desses cuidados, é essencial uma equipa devidamente capacitada e comprometida em oferecer cuidados com compaixão e empatia, criando um ambiente de apoio e segurança à pessoa em situação paliativa. Isso implica manter uma comunicação aberta e honesta respondendo a dúvidas, preocupações e garantindo o envolvimento da pessoa em situação paliativa e sua família na tomada de decisões relacionadas com o tratamento.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
28-09-2023 15:00	Apetite	
28-09-2023 15:00	Sistema respiratório	
28-09-2023 15:00	Sono	
28-09-2023 15:00	Autoconceito	
28-09-2023 15:00	Emoção	
28-09-2023 15:00	Atitudes terapêuticas	
28-09-2023 15:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
28-09-2023 15:00	Sensações somáticas	

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

Na seleção dos domínios e na definição das prioridades dos cuidados, consideraram-se os elementos discutidos no enquadramento teórico sobre a doença, os objetivos dos CP e as informações obtidas durante o ENP. É essencial realizar uma avaliação dos domínios selecionados com base nas evidências mais recentes disponíveis, a fim de facilitar a tomada de decisão na prática de enfermagem.

Apetite

No presente estudo de caso, a doente demonstra uma diminuição significativa do apetite, o que representa um desafio considerável. De acordo com o ICN (2019), o apetite é definido como uma “sensação de desejo de satisfazer as necessidades orgânicas em nutrientes ou de um tipo particular de alimentos”. A anorexia, caracterizada pela perda de apetite, pode levar a uma deterioração do estado nutricional, comprometendo a QV da pessoa em situação paliativa (Gotfried, 2022). É crucial adotar uma abordagem individualizada e adaptada, considerando diversos fatores, como os sintomas presentes, o estadió da doença e as condições nutricionais (Moura et al., 2020).

Para o EE em CP, a diminuição do apetite assume um papel crítico, exigindo uma avaliação e gestão adequadas do sintoma. Como destacado por Moura et al. (2020), a assistência nutricional assume um papel crucial como abordagem não farmacológica principal para aliviar os sintomas associados à diminuição da ingestão alimentar. O EE deve possuir competências específicas para lidar com essa situação, com uma atuação ética e humanizada que respeite a vontade da pessoa em situação paliativa. Promover a dignidade e o bem-estar, em conformidade com os princípios fundamentais dos CP, é uma responsabilidade inalienável neste contexto.

Sistema Respiratório

A dispneia é caracterizada pelo ICN (2019) como o “movimento laborioso da entrada e saída de ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigênio no sangue circulante, sensações de desconforto e ansiedade”. Mori et al. (2023) ampliam essa definição, descrevendo a dispneia como uma experiência subjetiva de desconforto respiratório com diversas intensidades e dimensões físicas, emocionais, psicológicas e espirituais, comparável à “dor total”. Em pessoas com neoplasias avançadas, a dispneia é um sintoma frequente e angustiante que tende a piorar com a progressão da doença, impactando consideravelmente na QV (Hui et al., 2021). Portanto, torna-se crucial uma gestão eficaz da dispneia para aliviar o sofrimento associado e melhorar a QV da pessoa em situação paliativa.

O tratamento da dispneia é um aspecto crucial na prática clínica, especialmente em CP. Mori et al. (2023) destacam a importância de identificar e controlar as causas subjacentes da dispneia, como comorbidades exacerbadas, tratamentos oncológicos e os derrames pleurais malignos. Além disso, fatores como ansiedade, depressão e dificuldades cognitivas, especialmente nas últimas semanas de vida. Reconhecer a multiplicidade de causas subjacentes é fundamental para implementar intervenções específicas e otimizar o alívio de sintomas. Entre os sinais e sintomas associados à dispneia estão taquicardia, taquipneia, inquietação, agitação, ansiedade, medo, tontura, diminuição do nível de consciência, sensação de falta de ar, incapacidade de recuperar o fôlego, chiado e aperto no peito.

A complexidade intrínseca da dispneia destaca a necessidade de estratégias padronizadas e diretrizes clínicas específicas para assegurar uma prestação de cuidados mais consistente e eficaz (Krajnik et al., 2022). Capacitar os profissionais de saúde para compreender as diversas necessidades da pessoa em situação paliativa é crucial para fornecer cuidados personalizados. Com base na revisão rápida realizada, as intervenções não farmacológicas destacadas demonstram eficácia no alívio da dispneia, na redução da percepção de dispneia e no controle dos níveis de stresse e ansiedade associados, resultando na melhoria do bem-estar da pessoa em situação paliativa e na diminuição do sofrimento. Intervenções não farmacológicas como técnicas de relaxamento, distração e apoio psicossocial, adaptação das atividades diárias de acordo com a capacidade funcional da pessoa em situação paliativa, melhoria da nutrição, uso de ventiladores para direcionar o ar para o rosto, reabilitação pulmonar, fisioterapia, oxigenoterapia e ventilação não invasiva (VNI) têm-se mostrado eficazes (Cipriano et al., 2021). Além disso, o envolvimento de cuidadores e familiares é essencial para garantir o conforto e a QV.

Em relação às intervenções farmacológicas recomendadas para o tratamento da dispneia, destacam-se os opioides, como a morfina em esquema fixo ou em SOS, as benzodiazepinas para controlar a ansiedade associada à sensação de falta de ar, além dos broncodilatadores, corticosteroides e diuréticos (Cipriano et al., 2021). Ao seguir as diretrizes internacionais, que priorizam abordagens não farmacológicas e adotam uma visão holística do cuidado, é possível proporcionar uma assistência completa e eficaz à pessoa em situação paliativa e fim de vida com dispneia.

Sono

Os problemas de sono são um desafio significativo em CP, afetando o doente, família, e adicionando mais stress às preocupações já existentes relacionadas com a gestão da doença avançada e incurável. Especialmente quando o doente está mais confinado ao leito, o ciclo sono-vigília pode ser facilmente perturbado. De acordo com o ICN (2019) a insónia, caracteriza-se pela “incapacidade crónica de dormir ou de se manter a dormir a noite toda ou durante os períodos de sono planeados, apesar de estar posicionado confortavelmente num ambiente agradável”.

Al Maqbali et al. (2022) destacam uma prevalência alarmante de problemas de sono, afirmando que mais de 50% dos doentes oncológicos enfrentam esse problema. Esta estatística sublinha a urgência de estratégias eficazes de gestão do sono para mitigar os distúrbios associados e reforça a necessidade de integrar a avaliação e gestão do sono como elemento essencial nos cuidados à pessoa com doença oncológica. Chiriac & Moyoiu (2022) ressaltam a importância de documentar regularmente a qualidade do sono como parte do plano de cuidados. Essa prática permite monitorizar a evolução do sono do doente e identificar padrões e tendências que podem informar ajustes no tratamento e na intervenção clínica. Ao integrar a avaliação da qualidade do sono de forma contínua, os profissionais de saúde podem adaptar estratégias de cuidado de acordo com as necessidades específicas do doente. Jakobsen et al. (2022) destacam a fundamental relação entre a qualidade do sono e a QV relacionada à saúde. A má qualidade do sono, comum neste contexto, não apenas afeta a tolerância a outros sintomas, mas também influencia diretamente a capacidade de enfrentar os desafios do seu estado de saúde. Portanto, a abordagem integral do EE deve incluir estratégias específicas para melhorar a qualidade do sono, reconhecendo a sua importância na promoção do bem-estar da pessoa em situação paliativa.

Autoconceito

Uma doença ameaçadora de vida desafia o corpo, mas também afeta profundamente a perceção pessoal, desencadeando mudanças físicas, emocionais e sociais significativas. A dependência de cuidadores e a perda de independência são desafios frequentes, exigindo uma capacidade de adaptação reforçada por parte do doente. A complexidade do sofrimento decorrente da doença destaca a necessidade de abordagens holísticas e multidimensionais, que reconheçam o autocuidado como um elemento essencial (Noguez et al., 2022). Nesse contexto, a intervenção autónoma do EE em CP é crucial, promovendo uma autoimagem positiva e ajudando na aceitação das limitações humanas para fortalecer a resiliência psicológica da pessoa em situação paliativa. Tan et al. (2022) destacam a importância de os profissionais de saúde evitarem contribuir para o aumento do sofrimento, focando-se em apoiar familiares e cuidadores, promovendo internamentos mais breves, explorando estratégias para lidar com as questões cognitivas e emocionais associadas ao sofrimento, e incentivando a participação do doente em atividades de bem-estar. A avaliação do próprio sofrimento pelo doente é crucial para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes. Por fim, o diagnóstico de uma doença

terminal coloca a pessoa diante da perspectiva da morte iminente e das múltiplas perdas associadas. Neste caso, o sofrimento manifesta-se através de uma série de sintomas que envolvem uma visão negativa de si mesma. A doente apresenta sentimentos de desvalorização pessoal e expressa sentimentos negativos sobre si mesma, incluindo a sua aparência física e desempenho. É importante acrescentar que apesar disso, não desvaloriza as percepções positivas referidas por outras pessoas, o que sugere uma desconexão entre a sua própria visão e a percepção externa. Neste contexto, é fundamental promover uma mudança no processo de pensamento relacionado com o autoconceito, incentivando-a a adotar uma visão mais positiva e realista de si mesma. Além disso, ajudá-la a desenvolver habilidades de autocontrolo, para que possa lidar com maior leveza com esses pensamentos negativos e, assim, cultivar uma maior autoestima e autoconfiança.

Emoção

O conceito de ansiedade, conforme definido pelo ICN (2019), refere-se a uma “emoção negativa” caracterizada por “sentimentos de ameaça, perigo ou angústia”. A presença de ansiedade em doentes com doenças crónicas avançadas é uma reação comum e pode surgir em diferentes momentos cruciais da sua trajetória. No contexto dos CP, fatores como a falta de controlo adequado dos sintomas como dor ou dispneia, o medo do sofrimento, da dependência e da morte frequentemente contribuem para o desenvolvimento da ansiedade (Gonçalves, 2023). A relação entre ansiedade e dispneia cria um ciclo prejudicial que impacta negativamente a QV, especialmente quando se trata da aceitação da finitude da vida. Afonso et al. (2022) destacam que controlar a ansiedade em pessoas em fim de vida está relacionado à melhoria da QV e do bem-estar emocional. A ansiedade pode agravar o sofrimento e a angústia do doente em CP, destacando a importância de uma abordagem eficaz por parte dos profissionais de saúde para promover conforto, tranquilidade e dignidade durante o processo de fim de vida.

O EE em CP desempenha um papel fundamental na gestão da ansiedade, adaptando as intervenções de controlo de acordo com as necessidades individuais da pessoa em situação paliativa. Para isso, os profissionais de saúde devem realizar uma avaliação completa e personalizada, tendo em consideração as preocupações, medos, crenças e preferências do doente, além do contexto familiar e social (Afonso et al., 2022). Além disso, desenvolver habilidades avançadas em comunicação sensível e empática é fundamental para facilitar uma interação significativa, permitindo que a pessoa em situação paliativa e a sua família expressem abertamente as suas preocupações e emoções.

Sensações somáticas

O conceito de dor, conforme definido pelo ICN (2019), compreende uma experiência complexa que vai além da simples sensação física, envolvendo aspetos emocionais e comportamentais. Doentes com cancro que enfrentam dor podem apresentar alterações de personalidade, afetando a forma como relatam o sintoma.

Além disso, diferenças culturais podem influenciar a maneira como os doentes lidam com a dor, sendo que algumas culturas podem ensinar que expressar desconforto não é aceitável.

Raja et al. (2020) conceituam a dor como uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”. Por sua vez, Sousa et al. (2022) destacam a importância da gestão da dor, ressaltando o papel crucial dos enfermeiros na identificação de sinais e sintomas de dor devido ao seu contacto prolongado com os doentes. Além disso, também destacam a importância de incluir cuidadores e familiares no processo de tratamento para garantir qualidade.

A abordagem à dor requer cuidados individualizados e cientificamente fundamentados. Portanto, é essencial que os profissionais de enfermagem possuam conhecimento para estruturar intervenções eficazes, colaborando com os doentes na escolha do tratamento (Marques et al., 2023). No caso da dor torácica, cujas causas podem ser diversas, a gestão eficaz é crucial para melhorar a QV do doente e reduzir o sofrimento. O tratamento pode envolver o uso de medicamentos, juntamente com abordagens específicas para tratar a condição subjacente (Oliveira & Medeiros, 2020).

A dor experimentada pela doente pode impactar diversas áreas da sua vida, incluindo o apetite e o bem-estar geral. Além disso, desafios como a dispneia, ansiedade e autoconceito estão interconectados e devem ser considerados no plano de cuidados. Refletir sobre a conexão entre o conceito de “dor total” e a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba pode proporcionar insights valiosos para uma gestão mais eficaz do cuidado, evitando ações inadequadas que possam resultar em situações de sofrimento (Castro et al., 2021).

3.6. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

28-09-2023 15:00

28-09-2023 15:00 - Manifesta dor.

28-09-2023 15:00 - Dor

28-09-2023 15:00 - Localização da dor

28-09-2023 15:00 - Tórax

28-09-2023 15:00 - Intensidade da dor - 5.

28-09-2023 15:00 - frequência da dor - intermitente.

28-09-2023 15:00 - duração da dor - aguda.

28-09-2023 15:00 - dor de tipo - pontada.

29-09-2024 10:00 - Localização da dor

29-09-2024 10:00 - Tórax

29-09-2024 10:00 - Intensidade da dor - 2.

29-09-2024 10:00 - frequência da dor - intermitente.

29-09-2024 10:00 - duração da dor - aguda.

29-09-2024 10:00 - dor de tipo - pontada.

01-10-2024 10:00 - Localização da dor

01-10-2024 10:00 - Tórax

01-10-2024 10:00 - Intensidade da dor - 2.

01-10-2024 10:00 - frequência da dor - intermitente.

01-10-2024 10:00 - duração da dor - aguda.

01-10-2024 10:00 - dor de tipo - pontada.

28-09-2023 15:00 - Determinar evolução da dor

28-09-2023 15:00 - Avaliar evolução da dor [sem horário]

28-09-2023 15:00 - Diminuir dor

28-09-2023 15:00 - Gerir analgesia [sos]

28-09-2023 15:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [sos]

28-09-2023 15:00 - Posicionar para aliviar a dor [sos]

28-09-2023 15:00 - Promover autocontrolo: dor

28-09-2023 15:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-09-2024 10:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: facilitador [MELHOROU].

01-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: facilitador [MELHOROU].

28-09-2023 15:00 - Significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor: não dificultador.

29-09-2024 10:00 - Significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor: não dificultador [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor: não dificultador [MANTEVE].

28-09-2023 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 01-10-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [sem horário] [FIM] 01-10-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [sem horário] [FIM] 01-10-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Administrado SOS de morfina 2mg SC [sos] [FIM] 29-09-2024 10:00

29-09-2024 10:00

29-09-2024 10:00 - Manifesta dor [MANTEVE].

01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Manifesta dor [MANTEVE].

Apetite

28-09-2023 15:00

28-09-2023 15:00 - Ingeriu parte das refeições.

28-09-2023 15:00 - Apetite diminuído.

28-09-2023 15:00 - Paladar alterado.

28-09-2023 15:00 - Apetite comprometido

28-09-2023 15:00 - Determinar evolução da ingestão de alimentos às refeições

28-09-2023 15:00 - Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições [sem horário]

28-09-2023 15:00 - Determinar evolução do apetite

28-09-2023 15:00 - Avaliar evolução do apetite [sem horário]

28-09-2023 15:00 - Referenciar compromisso do apetite ao serviço de nutrição [sos]

28-09-2023 15:00 - Melhorar apetite

28-09-2023 15:00 - Planear dieta [sos]

28-09-2023 15:00 - Fornecido gelado de gelo [sos]

29-09-2024 10:00

29-09-2024 10:00 - Ingeriu parte das refeições.

29-09-2024 10:00 - Apetite diminuído [MANTEVE].

29-09-2024 10:00 - Paladar alterado [MANTEVE].

01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Não ingeriu as refeições.

01-10-2024 10:00 - Apetite diminuído [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Paladar alterado [MANTEVE].

Sistema respiratório

28-09-2023 15:00

28-09-2023 15:00 - Frequência respiratória: 19 ciclos/min.

28-09-2023 15:00 - Ritmo respiratório irregular.

28-09-2023 15:00 - Movimento respiratório assimétrico.

28-09-2023 15:00 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.

28-09-2023 15:00 - Saturação do oxigénio no sangue 28-09-2023 15:00 -

Periférico(a): 93 %.

28-09-2023 15:00 - Coloração da mucosa: pálidas.

28-09-2023 15:00 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico.

28-09-2023 15:00 - Dispneia

28-09-2023 15:00 - Determinar evolução da dispneia

28-09-2023 15:00 - Avaliar evolução da dispneia [sem horário]

28-09-2023 15:00 - Melhorar ventilação

28-09-2023 15:00 - Posicionar para otimizar a ventilação [sos]

28-09-2023 15:00 - Utilizar a ventoinha de mesa direcionada para o rosto [sos]

29-09-2024 10:00 - Elevar cabeceira da cama [sos]

29-09-2024 10:00 - Abrir a janela para permitir circulação do ar [sos]

29-09-2024 10:00 - Proporcionar um ambiente tranquilo [sem horário]

01-10-2024 10:00 - 12h - Administrado SOS de morfina 2mg SC

01-10-2024 10:00 - 13h - Administrado SOS de midazolam 2mg EV

28-09-2023 15:00 - Promover autocontrolo: dispneia

28-09-2023 15:00 - Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia:

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

29-09-2024 10:00 - Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia:

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

01-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

28-09-2023 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [RESOLVIDO] 01-10-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [sem horário] [FIM] 01-10-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia [sem horário] [FIM] 01-10-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da dispneia [sem horário]

29-09-2024 10:00

29-09-2024 10:00 - Frequência respiratória: 18 ciclos/min.

29-09-2024 10:00 - Ritmo respiratório irregular [MANTEVE].

29-09-2024 10:00 - Movimento respiratório assimétrico [MANTEVE].

29-09-2024 10:00 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais [MANTEVE].

29-09-2024 10:00 - Saturação do oxigénio no sangue

29-09-2024 10:00 - Periférico(a): 93 %.

29-09-2024 10:00 - Coloração da mucosa: pálidas.

29-09-2024 10:00 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico [MANTEVE].

01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Frequência respiratória: 21 ciclos/min.

01-10-2024 10:00 - Ritmo respiratório irregular [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Movimento respiratório assimétrico [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação.

01-10-2024 10:00 - Saturação do oxigénio no sangue

01-10-2024 10:00 - Periférico(a): 93 %.

01-10-2024 10:00 - Coloração da mucosa: pálidas.

01-10-2024 10:00 - Comunica falta de ar quando deitado em posição dorsal recumbente ou supina [PIOROU].

Sono

28-09-2023 15:00

28-09-2023 15:00 - Dormiu por períodos curtos.

28-09-2023 15:00 - Sono não reparador, com dificuldade em adormecer e intermitente.

28-09-2023 15:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 5 Hora.

28-09-2023 15:00 - Sono comprometido

28-09-2023 15:00 - Determinar evolução do sono

28-09-2023 15:00 - Avaliar evolução do sono [turno da noite]

28-09-2023 15:00 - Melhorar sono

28-09-2023 15:00 - Implementar estratégias de promoção do sono [turno da noite]

28-09-2023 15:00 - Gerir medicação [sos]

28-09-2023 15:00 - Promover adesão: estratégias promotoras do sono [FIM] 01-10-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Conhecimento sobre promoção do sono: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir. 29-09-2024 10:00 - Conhecimento sobre promoção do sono: facilitador [MELHOROU].

28-09-2023 15:00 - Significado atribuído ao compromisso do sono: não dificultador.

29-09-2024 10:00 - Significado atribuído ao compromisso do sono: não dificultador [MANTEVE].

28-09-2023 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono

[RESOLVIDO] 29-09-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção do sono [sem horário] [FIM] 29-09-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Ensinar sobre padrão de sono [sem horário] [FIM]

29-09-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Ensinar sobre complicações do sono comprometido [sem horário] [FIM] 29-09-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Ensinar sobre estratégias de promoção do sono [sem horário] [FIM] 29-09-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Avaliar evolução da adesão a estratégias promotoras do sono [sem horário] [FIM] 01-10-2024 10:00

29-09-2024 10:00

29-09-2024 10:00 - Dormiu por períodos curtos.

29-09-2024 10:00 - Sono não reparador e intermitente [MANTEVE].

29-09-2024 10:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 5 Hora.

01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Dormiu por períodos curtos.

01-10-2024 10:00 - Sono não reparador e intermitente [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 5 Hora.

Autoconceito

28-09-2023 15:00

28-09-2023 15:00 - Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal.

28-09-2023 15:00 - Revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho.

28-09-2023 15:00 - Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo.

28-09-2023 15:00 - Não desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas.

28-09-2023 15:00 - Expetativas ajustadas, projeta discurso para o presente e para os ganhos conseguidos

28-09-2023 15:00 - Autoconceito comprometido

28-09-2023 15:00 - Determinar evolução do autoconceito

28-09-2023 15:00 - Avaliar evolução do compromisso no autoconceito [sem horário]

29-09-2024 10:00 - Elogiar a doente pela sua atitude positiva em relação ao autocuidado

[sem horário] [FIM] 01-10-2024 10:00

29-09-2024 10:00 - Incentivar e apoiar a continuidade das atividades de autocuidado [sos]

[FIM] 01-10-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o autoconceito

28-09-2023 15:00 - Fornecer suporte emocional [sem horário]

01-10-2024 10:00 - Validar os sentimentos da doente

28-09-2023 15:00 - Promover autocontrolo: processo de pensamento relacionado com o autoconceito

28-09-2023 15:00 - Consciencialização sobre compromisso no autoconceito: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-09-2024 10:00 - Consciencialização sobre compromisso no autoconceito: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Consciencialização sobre compromisso no autoconceito: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

28-09-2023 15:00 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-09-2024 10:00 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

28-09-2023 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre o autoconceito

28-09-2023 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre o autoconceito [sem horário]

28-09-2023 15:00 - Assistir a analisar compromisso no autoconceito [sem horário]

28-09-2023 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito

28-09-2023 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito [sem horário]

28-09-2023 15:00 - Ensinar sobre estratégias promotoras do autoconceito [sem horário]

28-09-2023 15:00 - Avaliar evolução do autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o autoconceito [sem horário]

28-09-2023 15:00 - Fornecer orientações sobre estratégias de cuidado pessoal que podem melhorar a autoestima e promover uma imagem corporal positiva [sem horário] [FIM] 01-10-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Estabelecer uma relação terapêutica de confiança e empatia [sem horário]

[FIM] 29-09-2024 10:00

29-09-2024 10:00

29-09-2024 10:00 - Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal [MANTEVE].

29-09-2024 10:00 - Revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho [MANTEVE].

29-09-2024 10:00 - Não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo [MELHOROU].

29-09-2024 10:00 - Não desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas [MANTEVE].

29-09-2024 10:00 - Manifesta satisfação por hoje ter manicure

29-09-2024 10:00 - Manifesta vontade de realizar um piquenique familiar no jardim 29-09-2024 10:00 - Revela felicidade com a colocação de produtos capilares que a mãe lhe trouxe

01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Não revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho [MELHOROU].

01-10-2024 10:00 - Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Não desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Revela preocupação com a chegada do pai programada para esta noite, evidenciando uma ansiedade significativa em relação à situação

Emoção

28-09-2023 15:00

28-09-2023 15:00 - Verbaliza ansiedade.

28-09-2023 15:00 - Ansiedade

28-09-2023 15:00 - Determinar evolução da ansiedade

28-09-2023 15:00 - Avaliar evolução da ansiedade [sem horário]

28-09-2023 15:00 - Referenciar ansiedade ao médico [sos]

28-09-2023 15:00 - Diminuir ansiedade

28-09-2023 15:00 - Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade [sem horário]

29-09-2024 10:00 - Estimular atividades distrativas [sos] [FIM] 01-10-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Promover autocontrolo: ansiedade

28-09-2023 15:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-09-2024 10:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

28-09-2023 15:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-09-2024 10:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitador [MELHOROU].

01-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

28-09-2023 15:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-09-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

28-09-2023 15:00 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-09-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

28-09-2023 15:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-09-2024 10:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

28-09-2023 15:00 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador.

29-09-2024 10:00 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador [MANTEVE].

28-09-2023 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [RESOLVIDO] 29-09-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [sem horário] [FIM] 29-09-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade [sem horário] [FIM] 29-09-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 29-09-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [sem horário] [FIM] 29-09-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [sem horário] [FIM] 29-09-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento [sem horário] [FIM] 29-09-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 29-09-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade [sem horário] [FIM]

29-09-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade [sem horário] [FIM] 29-09-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade [RESOLVIDO] 29-09-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade [sem horário] [FIM] 29-09-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Analisar com o cliente a relação entre padrão do sono e ansiedade [sem horário] [FIM] 29-09-2024 10:00

28-09-2023 15:00 - Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

28-09-2023 15:00 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade [sem horário]

28-09-2023 15:00 - Instruir estratégias de relaxamento [sos]

28-09-2023 15:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade [sem horário]

29-09-2024 10:00 - Utilizar de técnicas de distração [sos] [FIM] 01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Verbaliza ansiedade [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Manifestação de inquietação.

3.7. Síntese relativa ao caso

A teoria das transições, conforme descrita por Meleis et al. (2000), fornece uma estrutura sólida para compreender e apoiar doentes em CP, que enfrentam doenças oncológicas em estadios avançados, como o caso desta jovem de 27 anos, cujo diagnóstico e progressão da doença foram extremamente rápidos. Nesse contexto desafiador, a teoria das transições destaca a importância de reconhecer e acompanhar as várias dimensões da experiência de transição da doente, incluindo a consciencialização sobre a sua condição de saúde, o envolvimento no processo de cuidado, mudanças físicas e emocionais rápidas, momentos críticos e eventos significativos relacionados à progressão da doença e à proximidade do fim de vida.

Devido à rápida evolução da doença e à idade da doente, a abordagem de enfermagem careceu de ser especializada e sensível, incluindo alívio da dor e dispneia, suporte emocional para lidar com a incerteza e o sofrimento, promoção da dignidade e autonomia, bem como apoio à família durante esse processo desafiante.

Na situação específica da doente, a mestria observou-se na capacidade de adquirir e demonstrar habilidades para lidar com os desafios associados à sua doença terminal, desde a gestão dos sintomas até a tomada de

decisões sobre os cuidados, passando pela comunicação de necessidades e desejos, e encontrando significado e conforto durante o processo de fim de vida. Além disso, a flexibilidade e integração da identidade foram igualmente importantes.

A doente enfrentou uma profunda reflexão sobre a sua identidade diante da proximidade da morte, adaptando-se às mudanças na sua saúde e encontrando significado e propósito até ao desfecho final, com ênfase no controlo sintomático, melhoria da QV, promoção do conforto, fortalecimento da comunicação eficaz, suporte emocional e preparação para o final de vida. Esse cuidado abrangente reflete a importância de uma abordagem holística e compassiva no enfrentamento da doença terminal.

Relativamente à dor, a doente manifestou uma melhoria substancial na intensidade, passando de moderada (5/10) para leve (2/10) enquanto a frequência e duração das crises permaneceram intermitentes e agudas. Observou-se também uma melhoria da sua compreensão relativamente a estratégias de alívio da dor, tanto farmacológicas quanto não farmacológicas, permitindo maior autocontrolo do sintoma. A gestão eficaz da dor contribuiu para uma melhoria significativa na QV, reduzindo o sofrimento físico, emocional e promovendo o bem-estar geral. As prioridades no planeamento dos cuidados envolveram a avaliação contínua da dor, a administração adequada de analgésicos conforme necessário e a implementação dessas intervenções.

O apetite representou um desafio considerável durante o acompanhamento da pessoa em situação paliativa. Priorizou-se a melhoria do apetite e da ingestão alimentar para garantir a uma nutrição adequada, promover o conforto e QV. Para tal, foram implementadas diversas estratégias individualizadas, como o fornecimento de alimentos atraentes e o planeamento de uma dieta personalizada. Apesar dos esforços, o apetite da doente continuou comprometido, resultando numa redução da ingestão alimentar. Mesmo diante dessa dificuldade, o sucesso das intervenções nutricionais foi possível graças à compreensão das suas necessidades individuais e ao envolvimento ativo da equipa de enfermagem, da nutricionista e dos familiares.

A dispneia representou um desafio persistente, exigindo medidas multifacetadas para aliviar o sofrimento da doente. O principal foco foi melhorar a ventilação, proporcionar conforto e promover o autocontrolo dos sintomas respiratórios. Apesar da progressão desfavorável da dispneia ao longo do tempo, o empenho da equipa em implementar diversas intervenções foi notável. Isso incluiu medidas farmacológicas como a prescrição de medicamentos como a morfina e o midazolam, bem como intervenções não farmacológicas, como a promoção de posições confortáveis para facilitar a respiração, o uso de mecanismos de fanterapia, as técnicas de respiração e relaxamento e o ensino de estratégias de autocontrolo e prevenção da dispneia. Estas intervenções proporcionaram à doente alívio do sofrimento, conforto e capacidade para lidar com sintomas de forma mais autónoma.

Desde a admissão, a doente apresentava sono não reparador e intermitente, com períodos curtos de descanso. O principal objetivo foi melhorar a qualidade do sono, aliviando sintomas de fadiga e contribuindo para uma melhor QV. Para tal, a prioridade foi identificar as causas subjacentes ao sono não reparador, desenvolver e implementar estratégias para promover um sono mais saudável, e avaliar continuamente a

eficácia dessas intervenções. Apesar dos esforços da equipa e da adesão da doente às medidas propostas, não foi possível observar melhorias significativas na qualidade do sono ao longo do período de acompanhamento.

O autoconceito foi outra preocupação significativa no plano de cuidados. Os principais objetivos foram promover uma imagem positiva de si mesma, melhorar a autoestima, estimular o autocuidado, e fornecer apoio emocional para lidar com os desafios associados à doença e ao tratamento. Desde o diagnóstico, a evolução do autoconceito foi marcada por sentimentos de desvalorização pessoal e pensamentos negativos sobre si mesma, incluindo a sua aparência. Apesar dos desafios, expressava contentamento em atividades simples do dia a dia, como cuidados pessoais e momentos com a mãe. Demonstrava interesse em atividades de autocuidado e interação social, reconhecendo aspetos positivos de si mesma e experimentando sentimentos de aceitação pessoal.

O controlo da ansiedade foi igualmente essencial para promover o bem-estar emocional e a QV da doente. Diante da manifestação verbal e comportamental de ansiedade, estabelecer objetivos claros e prioridades no plano de cuidados, foi relevante. Para tal, foram implementadas intervenções de enfermagem específicas, como ensinar técnicas de autocontrolo, promover a consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade, como pensamento positivo, padrões de sono adequados e atividades distrativas, além de proporcionar ferramentas para enfrentar os desafios emocionais associados ao diagnóstico.

O controlo eficaz dos sintomas proporcionou à doente e sua família a confiança necessária para que reconhecessem e validassem o valor do trabalho da equipa. Devido ao agravamento do estado de saúde da doente, foi realizada uma conferência familiar, para identificar necessidades familiares, esclarecer dúvidas e preocupações, além de preparar para o final de vida, envolvendo a família nas decisões.

A perda de autonomia da doente foi evidente, tornando o apoio incondicional da mãe fundamental durante todo o processo. Ambas beneficiaram de apoio emocional e psicológico prestado pela equipa de CP, proporcionando um ambiente seguro para expressar medos, ansiedades e preocupações.

A equipa priorizou a realização dos desejos da doente, como pintar as unhas, passar uma noite em casa com a mãe e desfrutar de um piquenique com as pessoas mais significativas no jardim da instituição. A relação próxima e de confiança estabelecida com a equipa contribuiu para um ambiente acolhedor e facilitou a comunicação. E, apesar da relutância inicial, a doente aproveitou momentos agradáveis e conversas prolongadas com as irmãs por videochamada.

A assistência social foi fundamental para viabilizar a viagem do pai para visitar a doente, que veio a falecer no dia seguinte, evidenciando a imprevisibilidade do curso da doença.

Este caso reforça a importância do apoio psicológico como parte integrante dos CP, reconhecendo as necessidades físicas, emocionais e psicossociais da pessoa em situação paliativa e da sua família. A atenção

contínua às preferências e necessidades individuais da doente garantiu uma abordagem personalizada e eficaz, sempre com o objetivo de melhorar a sua QV.

Apesar da perda de um ente querido ser um desafio imenso, especialmente a perda de um filho, a equipa observou que a família permaneceu serena. Essa serenidade pode ser atribuída à aceitação gradual da situação e ao apoio mútuo entre os membros da família, elementos essenciais para o processo de luto saudável. O cuidado e atenção contínuos da equipa de enfermagem foram fundamentais para ajudar a família a enfrentar esse momento difícil com resiliência e compreensão.

4. ESTUDO DE CASO - EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

O caso retrata o quadro clínico de uma senhora viúva de 81 anos, institucionalizada numa Estrutura Residencial para Idosos (ERPI) há aproximadamente 12 anos. A doente tem um filho, com quem mantém um relacionamento distante. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) devido ao agravamento do padrão habitual de dispneia, sem outras queixas, sinais ou sintomas associados. Entre os seus antecedentes pessoais relevantes, destacam-se a Pneumonite de Hipersensibilidade (PH), sendo acompanhada em consulta de Pneumologia, além de Insuficiência Cardíaca (IC), um episódio de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) bilateral há cerca de 3 meses e um diagnóstico de perturbação depressiva. Durante a estadia no SU, a doente apresentou vários episódios de dessaturação. Uma tentativa de utilizar VNI resultou em vômitos, acompanhados por novo episódio de dessaturação, levando-a a recusar VNI. A situação foi revertida com a colocação de Máscara de Alto Débito (MAD), seguida de terapêutica broncodilatadora. Devido ao prognóstico desfavorável e à não indicação de medidas invasivas, o filho foi contactado para explicar o mau prognóstico da mãe. A doente foi então internada no Serviço de Pneumologia com diagnóstico de Insuficiência Respiratória (IR) tipo 1 crónica, agravada em doente com PH. Iniciou-se Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo (ONAF) e foi solicitada colaboração da EIHS CP.

4.1. Enquadramento teórico

As insuficiências de órgão representam um desafio significativo no contexto dos CP, muitas vezes subestimadas quanto ao seu impacto e à necessidade de intervenção. De acordo com Araújo et al. (2017), os CP nestas situações têm o objetivo de atuar ativamente no alívio do sofrimento dos doentes, abordando os sintomas físicos, mas também os aspetos psicológicos e existenciais do seu sofrimento. É fundamental reconhecer que o sofrimento associado às insuficiências de órgão não é menos significativo do que o observado em doentes oncológicos, destacando a importância de uma abordagem abrangente e multidisciplinar para proporcionar cuidados holísticos e eficazes. A identificação precoce da pessoa com necessidades paliativas é importante para garantir uma intervenção oportuna e adequada, contribuindo para a melhoria da QV e alívio do sofrimento em todas as suas dimensões.

Família

As famílias desempenham um papel crucial no fornecimento de cuidados, proteção e apoio emocional, conforme salientado pela OMS. Uma família saudável é caracterizada pela presença de amor, respeito, apoio

e comunicação eficaz, elementos essenciais para enfrentar os desafios da vida, especialmente em situações de doença.

No entanto, quando a relação entre a pessoa em situação paliativa e a sua família não é harmoniosa, isso dificulta a prestação de cuidados adequados em casa, muitas vezes resultando na necessidade de institucionalização em ERPI. Conforme estabelecido pela Portaria n.º 349/2023 de 13 de novembro, as ERPI's são estabelecimentos destinados ao alojamento coletivo de idosos, de utilização temporária ou permanente, que oferecem apoio social e cuidados adequados às suas necessidades e das suas famílias.

O genograma é uma ferramenta que revela a estrutura familiar, destacando membros, relações e eventos críticos. Permite visualizar as dinâmicas familiares, identificar padrões de saúde e possíveis fatores de risco. Compreender o funcionamento familiar é essencial para planejar intervenções eficazes e oferecer suporte adequado, considerando as características e contexto social, cultural e económico da doente, que atualmente está institucionalizada numa ERPI.

A seguir, apresenta-se o genograma (Figura 4), o ecomapa (Figura 5) e a simbologia utilizada nas representações (Figura 6), que auxiliam na análise e compreensão da situação familiar.

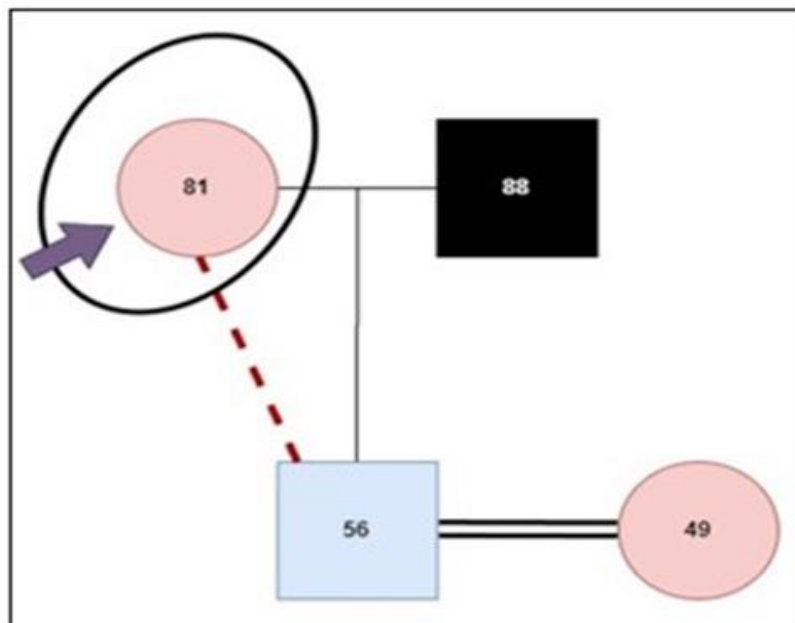


Figura 4: Genograma - Ilustração da estrutura familiar da idosa em situação paliativa com insuficiência de órgão

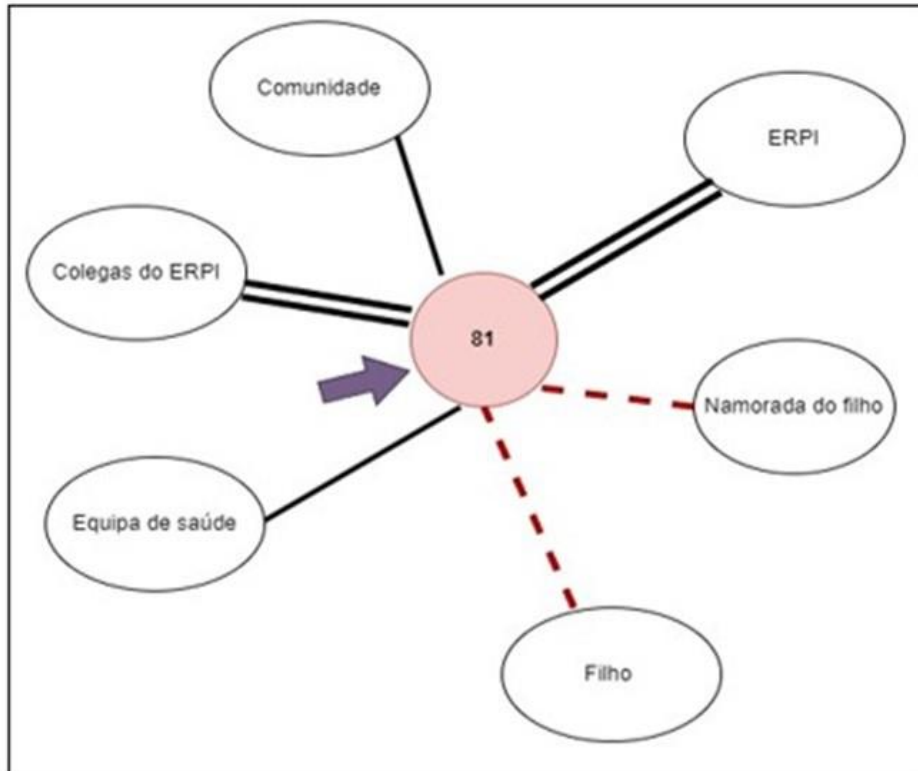


Figura 5: Ecomapa - Representação das conexões familiares e sociais da idosa em situação paliativa com insuficiência de órgão



Figura 6: Legenda de símbolos utilizados

Pneumonite de hipersensibilidade

A PH representa uma condição pulmonar intersticial desencadeada pela exposição a agentes, tais como poeira, mofo, bactérias ou produtos químicos, que provocam uma resposta imunológica no pulmão, principalmente em indivíduos predispostos (Chai et al., 2022; Nili et al., 2022). Esta condição complexa pode manifestar-se de duas formas distintas: aguda, predominantemente inflamatória, e crônica ou fibrótica, dependendo da intensidade e duração da exposição, além da predisposição genética do indivíduo (Barnes et al., 2022). Essa reação exagerada do sistema imunológico aos alérgenos inalados resulta em inflamação e fibrose nos pulmões, ocasionando sintomas debilitantes e, em casos mais graves, comprometimento significativo da função pulmonar (Wälscher et al., 2020).

A PH está associada a outras formas de pneumonias intersticiais idiopáticas, aumentando o risco de mortalidade e morbidade, especialmente em doentes que desenvolvem IR aguda (Chaaban et al., 2022). Esta inclusão da PH como uma Doença Pulmonar Intersticial (DPI), evidencia a substituição irreversível do tecido pulmonar normal por tecido cicatricial, prejudicando a eficiência das trocas gasosas, levando à IR (Goodwin & Saini, 2020).

Os sinais e sintomas da PH variam, incluindo tosse persistente, dispneia, sibilos, e sensação de opressão no peito, além de sintomas sistêmicos como febre, calafrios, fadiga, mialgias, e perda de peso, refletindo a natureza inflamatória e sistêmica da condição clínica (Bonamigo & Massucato, 2022).

O diagnóstico da PH requer uma análise cuidadosa da história clínica do doente, exames de imagem, como radiografias de tórax e Tomografia Computadorizada (TC), podendo exigir, em alguns casos, uma biópsia pulmonar para confirmação diagnóstica (Nili et al., 2022). O processo de diagnóstico é desafiante, especialmente considerando as comorbidades que podem complicar a avaliação e influenciar o prognóstico dos doentes (Wälscher et al., 2020).

Barnes et al. (2022) enfatizam a importância da estratificação de doentes e da avaliação da exposição ambiental, destacando novas abordagens diagnósticas, como o transcriptoma e o sequenciamento de RNA de célula única (scRNA-seq), para melhor compreensão e gestão da doença. A experiência multidisciplinar, especialmente na interpretação de resultados de TC e na possibilidade de confirmação histológica é fundamental para um diagnóstico preciso (Oliveira et al., 2020). Em suma, o diagnóstico de PH é um processo complexo que requer uma abordagem integrada e especializada para garantir uma avaliação precisa e uma gestão eficaz dessa condição clínica desafiadora.

O tratamento da PH requer uma abordagem multidisciplinar, incluindo a interrupção da exposição ao agente desencadeante, seja ele um alérgeno ambiental ou uma substância ocupacional (Bonamigo & Massucato, 2022). Além disso, é comum o uso de corticosteroides para controlar a inflamação e, em casos mais graves, imunossupressores (Barnes et al., 2022; Nili et al., 2022). A vigilância da saúde ocupacional é fundamental e as medidas de proteção coletiva e individual são essenciais para minimizar a exposição ao risco, incluindo a modernização dos processos de trabalho, ventilação adequada e rotatividade de tarefas (Oliveira et al., 2020).

O acompanhamento regular com um pneumologista é fundamental para monitorizar a progressão da doença e ajustar o tratamento conforme necessário (Nili et al., 2022).

A atuação dos enfermeiros revela-se crucial no reconhecimento precoce dos sinais e sintomas da PH, bem como na educação dos doentes sobre medidas preventivas (Pearce, 2022). A colaboração entre pneumologistas e médicos paliativistas é fundamental para identificar precocemente as necessidades de CP em doentes com PH (Chai et al., 2022). Essa cooperação permite o início de intervenções para aliviar sintomas como dispneia e ansiedade, contribuindo para uma melhoria na QV dos doentes. Goodwin & Saini, (2020) defendem a importância dos CP na gestão da PH, destacando a necessidade de abordar os sintomas, oferecer suporte tanto aos doentes quanto aos cuidadores e promover uma maior adesão ao planeamento antecipado de cuidados e ao uso de medicamentos para alívio da sintomatologia. A integração destes diversos aspetos demonstra a necessidade de uma abordagem holística e multidisciplinar para otimizar os resultados clínicos e garantir uma assistência completa e humanizada.

Tromboembolismo pulmonar bilateral

O Tromboembolismo Venoso (TEV), compreende tanto a Trombose Venosa Profunda (TVP) quanto o TEP, e ocorre quando um coágulo sanguíneo se forma numa veia profunda, podendo deslocar-se e obstruir vasos sanguíneos, resultando em complicações graves como o TEP (Allende-Pérez et al., 2022; Le Mao et al., 2022). Doentes com DPI apresentam um risco aumentado de TEV, sendo a TVP e TEP eventos frequentes nessa população. Diversos fatores de risco, como idade avançada, categorias específicas de DPI, IR e varizes, contribuem para o desenvolvimento de TEV. Esses fatores são considerados independentes e devem ser monitorizados de perto para prevenir complicações. Diante da relevância do TEV, é crucial reconhecer que a sua incidência pode ter um impacto significativo no tratamento e prognóstico desses doentes, aumentando a morbidade e mortalidade (Sun et al., 2023). Portanto, é importante identificar precocemente os sinais, adotar o tratamento adequado e implementar medidas preventivas para evitar recorrências, contribuindo assim para uma melhoria tanto no prognóstico quanto na QV desses doentes. Sun et al. (2023) recomendam uma abordagem multifacetada que inclua a identificação e controlo de fatores de risco, mobilização precoce, uso de meias de compressão, hidratação adequada, profilaxia farmacológica em casos selecionados e educação do doente sobre sinais e sintomas. É fundamental realizar uma avaliação individualizada do risco em cada doente e implementar estratégias de prevenção personalizadas.

O estudo conduzido por Le Mao et al. (2022) encontrou uma incidência anual de TEV recorrente de 19,2 eventos por 100 pessoas/ano após a interrupção da anticoagulação em doentes com DPI. Destaca-se, portanto, a importância da monitorização devido ao risco de complicações hemorrágicas, observando-se que a taxa de letalidade de recorrência triplica quando o TEV é TEP.

A personalização do tratamento é fundamental para doentes em CP devido à complexidade da sua situação clínica e fragilidade, que aumenta o risco de hemorragia. Deve-se equilibrar o risco de sangramento e os

benefícios da anticoagulação para prevenir ou tratar trombozes. A recorrência de trombozes pode causar complicações adicionais e piorar a QV, pelo que a personalização do tratamento pode ajudar a reduzir a morbidade associada e melhorar o conforto do doente (Allende-Pérez et al., 2022). Assim, cada doente é um ser único, com diferentes necessidades, tolerâncias e preferências, portanto, o tratamento deve ser personalizado tendo em consideração a individualidade da pessoa em situação paliativa, a condição física, a QV, preferências e expectativas durante essa fase delicada.

Insuficiência cardíaca

A IC é caracterizada como o desfecho comum de diversas doenças cardíacas estruturais e funcionais, que prejudicam a capacidade dos ventrículos encherem e/ou ejetarem o sangue de forma eficaz para responder às necessidades do corpo (Sobanski et al., 2020). Fatores de risco como hipertensão arterial, doença coronária, diabetes, obesidade e tabagismo contribuem significativamente para o seu desenvolvimento, tornando crucial o conhecimento desses fatores para a prevenção e gestão da condição (Jardim et al., 2022).

Estudos epidemiológicos evidenciam a alta prevalência e incidência da IC em todo o mundo, transformando-a numa epidemia global que afeta milhões de pessoas (Bagheri et al., 2022). Essa prevalência crescente é atribuída ao envelhecimento da população e ao aumento das taxas de doenças cardíacas (Hansen, 2021). Além disso, a IC apresenta altas taxas de reinternamento e mortalidade hospitalar, bem como sintomas impactantes na QV dos doentes, como dispneia, fadiga e dor (Mirshahi et al., 2024). Esses sintomas, muitas vezes acompanhados por sinais de alterações cardíacas estruturais e/ou funcionais, podem causar sofrimento físico e emocional nos doentes (Bagheri et al., 2022; Sobanski et al., 2020).

O aumento na incidência da IC destaca a importância de estratégias de prevenção e tratamento eficazes. O tratamento pode envolver uma abordagem multidisciplinar, incluindo medicamentos para controlar os sintomas, mudanças no estilo de vida, como dieta e exercícios, e intervenções cirúrgicas, como implante de dispositivos cardíacos (Hansen, 2021; Jardim et al., 2022). Além disso, a integração de CP na gestão da IC é crucial para melhorar a QV dos doentes e seus familiares, envolvendo-os no plano avançado de cuidados, na tomada de decisões compartilhadas e nos cuidados precoces (Nili et al., 2022; Nunciaroni et al., 2023). Os enfermeiros são identificados como profissionais capacitados para aplicar as evidências disponíveis na prática de enfermagem, contribuindo para a redução da carga de sintomas, melhoria da QV e a diminuição da readmissão e uso de serviços de saúde por parte dos doentes com IC (Hansen, 2021).

Síndrome Depressivo

A depressão é uma perturbação afetiva prevalente na União Europeia, afetando cerca de 50 milhões de pessoas, segundo a OMS. Estatísticas revelam que 11% da população sofre um episódio depressivo ao longo da vida, tornando-a na segunda maior causa de incapacidade. Em Portugal, aproximadamente 8% da

população está diagnosticada com depressão, situando o país em quinto lugar em termos de casos relatados. Caracterizada por sintomas como tristeza, falta de motivação, ansiedade, fadiga, alterações do sono e irritabilidade, a depressão afeta o humor, mas também a capacidade cognitiva e o interesse por atividades antes apreciadas, como o convívio social e o trabalho (Gonçalves, 2023).

De acordo com Xu et al. (2023), a prevalência de sintomas depressivos entre adultos de meia idade e idosos hospitalizados com doenças crônicas está a aumentar. Esses doentes muitas vezes enfrentam problemas de sono e saúde mental, o que destaca a importância de monitorizar de perto esses aspetos e promover resiliência psicológica. Verificou-se que a resiliência psicológica influencia significativamente a QV desses doentes, com a qualidade do sono e a depressão a agirem como mediadores nessa relação. Como tal, são necessárias estratégias para melhorar o bem-estar desses doentes, incluindo intervenções e tratamentos direcionados para problemas de sono e sintomas depressivos.

Além disso, os enfermeiros desempenham um papel fundamental na compreensão e no tratamento dessa condição, oferecendo orientação, CP e apoio emocional aos doentes e família. Embora não sejam especialistas em saúde mental, os enfermeiros estão capacitados para promover a humanização e o autocuidado, fundamentais no enfrentamento da depressão. As suas práticas baseiam-se em teorias como a do autocuidado e da adaptação, que destacam a importância da interação e do diálogo no processo de tratamento (Fernandes et al., 2021).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 81 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-01-03 10:00:00	Brometo de ipratrópio 20µg Inalador; Via de administração: inalação; Dose: 80µg; Frequência: 6/6h	
2024-01-03 10:00:00	Budesonida 200µg Inalador; Via de administração: inalação; Dose: 400µg; Frequência: 8/8h	

2024-01-03 10:00:00	Enoxaparina sódica 60mg/0,6ml Solução injetável; Via de administração: subcutânea; Dose: 60mg; Frequência: 12/12h
2024-01-03 10:00:00	Furosemida 20mg/2ml Solução injetável; Via de administração: endovenoso; Dose: 40mg; Frequência: 8/8h
2024-01-03 10:00:00	Metilprednisolona 60mg Pó para solução injetável; Via de administração: endovenoso; Dose: 60mg; Frequência: 24/24h
2024-01-03 10:00:00	Pantoprazol 40mg Pó para solução injetável; Via de administração: endovenoso; Dose: 40mg; Frequência: 24/24h
2024-01-03 10:00:00	Piperacilina/Tazobactam 4g/0,5g Pó para solução injetável; Via de administração: endovenoso; Dose: 4,5g; Frequência: 6/6h
2024-01-03 10:00:00	Risperidona 1mg Comprimido; Via de administração: oral; Dose: 100mg; Frequência: 1 vez dia
2024-01-03 10:00:00	Salbutamol 100µg Inalador; Via de administração: inalação; Dose: 200µg; Frequência: 6/6h
2024-01-03 10:00:00	Morfina 10mg/1ml Solução injetável; Via de administração: endovenoso; Dose: 1,5mg; Frequência: SOS 1/1hora
2024-01-03 10:00:00	Paracetamol 1000mg/100ml Solução injetável; Via de administração: endovenoso; Dose: 1000mg; Frequência: SOS 8/8hora
2024-01-03 10:00:00	Sertralina 100mg Comprimido; Via de administração: oral; Dose: 1mg; Frequência: 1 vez dia

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

No contexto de CP, o objetivo é garantir o conforto, bem-estar e a QV da pessoa em situação paliativa através do controlo eficaz dos sintomas, seguindo princípios éticos. Esse processo engloba intervenções farmacológicas e não farmacológicas. A EIHS CP, atua como consultora, não administrando medicamentos, mas orientando as equipas assistenciais na gestão do plano terapêutico. Neste caso, a equipa foi solicitada para ajudar no controlo sintomático, especialmente na gestão da dispneia, e na tomada de decisões. A seguir, são discutidos alguns medicamentos prescritos durante o acompanhamento da doente.

Broncodilatadores

No contexto de CP, a utilização de broncodilatadores desempenha um papel fundamental na melhoria da QV de doentes com doenças crónicas avançadas, procurando aliviar a dispneia e proporcionar conforto. De acordo com Queirós et al. (2021), o salbutamol é um broncodilatador comum no tratamento da broncoconstrição, além de possuir propriedades mucolíticas e expetorantes. Administrado por inalação, tem ação rápida, embora de curta duração. É importante estar atento a reações adversas como palpitações, taquicardia, nervosismo e cefaleia, sendo contraindicado em casos de hipersensibilidade ao iodo, hipertiroidismo e doença cardíaca grave. Para potencializar o seu efeito pode ser combinado com o brometo de ipratrópio, um broncodilatador anticolinérgico utilizado para aliviar a broncoconstrição, também com

propriedades mucolíticas e expetorantes. Administrado por inalação, tem início rápido, geralmente entre 15 a 30 minutos. No entanto, é fundamental observar reações adversas como midríase e aumento da pressão intraocular, sendo contraindicado em casos de glaucoma de ângulo estreito. A budesonida, um corticosteroide inalado, é utilizada para o tratamento da broncoconstrição devido à sua ação anti-inflamatória. As suas reações adversas incluem tosse e rouquidão, sendo contraindicado em casos de tuberculose pulmonar.

Após a administração da medicação, é crucial monitorizar reações adversas, observar sinais de melhoria da dispneia e acompanhar a resposta da doente. Educar sobre a técnica correta de administração e registar todas as administrações são passos essenciais para garantir uma gestão eficaz dos cuidados.

Enoxaparina sódica

A enoxaparina sódica é um agente anticoagulante essencial para prevenir e tratar eventos trombóticos, como a TVP. Ao lidar com pessoas em situação paliativa que já apresentaram eventos trombóticos durante a progressão da doença de base deve ser abordado com cautela. Dada a complexidade ética e a possibilidade de futilidade terapêutica, é fundamental que os profissionais de saúde considerem cuidadosamente a indicação de enoxaparina nestas situações. Num contexto em que o foco principal é o conforto e a QV, os benefícios da anticoagulação podem ser limitados, especialmente devido à expectativa de vida reduzida (Serranito & Reis-Pina, 2022). Portanto, antes de administrar enoxaparina, os enfermeiros devem estar atentos aos sinais e sintomas de possíveis complicações, como hemorragias, hematoma no local de administração, ou outros eventos adversos relacionados com o uso da enoxaparina. A monitorização cuidadosa e a avaliação regular do estado do doente são essenciais para garantir uma administração segura e eficaz da medicação.

Furosemida

Segundo Queirós et al. (2021), a furosemida, administrada por via endovenosa, é um diurético potente amplamente utilizado para tratar uma variedade de condições, incluindo hipervolemia, dispneia secundária à congestão pulmonar, hipertensão, hipercalemia e hipercalcemia. A dose inicial varia de 20 a 40 mg, com ajustes baseados na resposta individual do doente, podendo ser aumentada de 20 a 40 mg a cada 6-8 horas. As reações adversas podem incluir irritação e reação no local da injeção, além de desequilíbrios hidroeletrólíticos, que podem resultar em hipovolémia e desidratação. Outra possível reação é o rash cutâneo. A dosagem e a administração devem ser ajustadas de acordo com a condição clínica e a resposta individual. A comunicação eficiente com a equipa, e a educação do doente, incluindo a importância da adesão ao regime terapêutico e sinais de alerta de complicações, também são essenciais para garantir a administração eficaz e segura, promovendo melhores resultados clínicos.

Metilprednisolona

A metilprednisolona é destacada por Queirós et al. (2021) como um corticosteroide que com ampla gama de indicações terapêuticas, incluindo a capacidade de estimular o apetite, atuar como agente anti-edematoso e reduzir a pressão intracraniana. Adicionalmente, é reconhecida pela sua eficácia como antiemético e analgésico adjuvante em determinadas situações clínicas. A dose recomendada pode variar de 40 a 120 mg por dia, podendo ser administrada em dose única ou fracionada a cada 8 horas, dependendo da resposta do doente e da gravidade do estado clínico. Embora ofereça benefícios terapêuticos significativos, é fundamental estar ciente dos potenciais riscos associados ao seu uso. Efeitos adversos comuns incluem aumento de peso, aparência cushingóide, mioclonias, equimoses, estrias, acne, soluços, dispepsia, distúrbios do sono, sensação de queimadura genital, diabetes, miopatia proximal, e maior suscetibilidade a infecções, especialmente candidíase oral. Além disso, o uso prolongado pode levar a complicações mais graves, como úlcera péptica, perfuração gastrointestinal, hemorragia digestiva e até mesmo psicose. Portanto, a administração de metilprednisolona requer uma avaliação criteriosa, considerando os benefícios potenciais em relação aos riscos associados. É importante monitorizar de perto a pessoa em situação paliativa durante o tratamento, a fim de identificar precocemente qualquer sinal de complicação e ajustar a terapêutica conforme necessário.

Pantoprazol

O pantoprazol de acordo com o Infarmed (2023), pertence ao grupo farmacoterapêutico dos inibidores da bomba de prótons, utilizados para regular a secreção gástrica. Este medicamento é um benzimidazol substituído que atua inibindo a secreção de ácido clorídrico no estômago, bloqueando especificamente as bombas de prótons das células parietais. É prescrito para condições como esofagite de refluxo, úlcera gástrica e duodenal, entre outras condições gastrointestinais. A dose recomendada para adultos é de 40 mg/dia, dependendo da condição a ser tratada. Como todos os medicamentos, pode causar efeitos indesejáveis, entre os mais frequentes, flebites e formação de pólipos benignos no estômago. Efeitos menos comuns incluem cefaleias, tonturas, diarreia, vômitos, flatulência, xerostomia, dor abdominal, lesões da pele, prurido e distúrbios do sono. No contexto dos CP, desempenha um papel importante no alívio de sintomas que podem afetar a QV dos doentes com doenças avançadas. É frequentemente prescrito como uma estratégia de prevenção de complicações gastrointestinais. Os enfermeiros devem monitorizar atentamente a resposta da doente ao tratamento, incluindo a melhoria dos sintomas e a sua tolerância.

Piperacilina/Tazobactam

Conforme mencionado no folheto informativo do Infarmed, (2022), a piperacilina pertence à classe de medicamentos denominada “antibióticos da classe das penicilinas de largo espectro”. Este fármaco possui a capacidade de eliminar várias espécies de bactérias. O tazobactam, por sua vez, pode aumentar a eficácia da piperacilina ao tornar algumas bactérias resistentes mais suscetíveis aos seus efeitos. Quando administrados

em conjunto, são capazes de combater uma gama mais ampla de bactérias. Este medicamento é indicado para tratar infeções bacterianas que afetam diferentes áreas do corpo, tais como as vias respiratórias inferiores, vias urinárias, abdómen, pele ou sangue. Entre os efeitos indesejáveis mais frequentes estão a diarreia, cefaleias, insónia, náuseas, vômito e reações cutâneas.

A inclusão de terapêutica antibiótica na pessoa em situação paliativa suscita questões éticas e clínicas de grande relevância. Embora o tratamento de infeções possa proporcionar alívio dos sintomas e potencialmente prolongar a sobrevivência, os benefícios diretos da antibioterapia muitas vezes carecem de certezas. Além disso, o seu uso pode contribuir para o desenvolvimento de microrganismos resistentes, com implicações negativas a nível comunitário. Portanto, a decisão de iniciar ou descontinuar a antibioterapia em pessoas em situação paliativa deve ser cuidadosamente ponderada, considerando o equilíbrio entre os riscos e benefícios, e respeitando os princípios éticos da não maleficência e beneficência (Graça et al., 2019). A equipa de enfermagem deve estar atenta aos sinais de infeção, monitorizando a resposta à antibioterapia e comunicando prontamente qualquer preocupação.

Risperidona

Queirós et al. (2021) destacam que a risperidona é um medicamento amplamente utilizado para controlar a agitação e o delírio, especialmente em doentes com demência ou doenças psiquiátricas, sintomas que podem ser angustiantes tanto para os doentes quanto para os seus cuidadores. É importante garantir a administração correta da medicação, seguindo as instruções médicas quanto à dosagem e horário. Para doentes idosos, como é o caso da doente, é comum prescrever uma dose mais baixa, geralmente 1 mg, devido à sensibilidade aumentada aos efeitos da medicação. As reações adversas associadas podem incluir insónia, agitação, ansiedade, cefaleia, hipotensão e sedação. Por pertencer à classe dos antipsicóticos atípicos, a risperidona apresenta um menor risco de efeitos extrapiramidais em comparação com os antipsicóticos típicos. No entanto, é essencial que os enfermeiros estejam atentos a qualquer sinal de rigidez muscular, tremores ou movimentos involuntários, que podem indicar uma reação adversa à medicação.

Sertralina

A sertralina é um medicamento prescrito para diversas condições que afetam tanto a saúde mental quanto o bem-estar físico. Reconhecida pela sua eficácia no tratamento da depressão, dor crónica, dor neuropática e distúrbios de ansiedade, a dose inicial recomendada é de 25 mg, uma vez ao dia, podendo ser aumentada gradualmente até atingir 100 mg por dia. Apesar dos seus benefícios terapêuticos, pode ocasionar efeitos colaterais como cefaleias, sonolência, tonturas, obstipação, náuseas, vômitos e alterações do apetite. Em comparação com outros antidepressivos, a sertralina é geralmente melhor tolerada, o que pode contribuir para uma melhor QV (Queirós et al., 2021). A equipa de enfermagem deve avaliar a eficácia da medicação,

relatar quaisquer efeitos colaterais e avaliar a necessidade de ajustes na dose com base na resposta e tolerabilidade da doente.

Morfina

Para Queirós et al. (2021), a morfina, disponível na forma de solução injetável, é frequentemente utilizada no controlo da dor moderada a severa, bem como no tratamento de sintomas respiratórios como a dispneia, tosse refratária e até mesmo em casos de hemorragia maciça. Administrada por via endovenosa, a frequência de administração varia conforme a necessidade. Para doentes com dispneia, a dose varia de 2,5 mg a 5 mg a cada 4 horas. Em casos de dispneia intensa na fase terminal, pode ser indicada uma perfusão contínua. Apesar dos seus benefícios terapêuticos, a morfina pode causar uma série de efeitos adversos, como obstipação, náuseas, vômitos, tonturas, confusão, sedação, cefaleias, miose pupilar, hipotensão e depressão respiratória. É importante que os doentes estejam cientes desses possíveis efeitos colaterais e que a medicação seja administrada com cautela, especialmente em pessoas vulneráveis. Portanto, para doentes que não têm experiência prévia com opioides, é recomendado iniciar com uma dose baixa. No entanto, não há uma dose limite de morfina, sendo a dose determinada pelo controlo da dor ou toxicidade.

Neste caso, a doente tem prescrita a morfina em SOS, ou seja, sempre que necessário. Esta prescrição é indicada para proporcionar alívio rápido e eficaz da dispneia ou dor, sem esperar por horários fixos de medicação, evitando que a doente sofra desnecessariamente. Os enfermeiros devem estar atentos a sinais e sintomas de efeitos adversos, informando a equipa médica para ajustes, se necessário. É importante que expliquem os possíveis efeitos colaterais e orientem sobre medidas para minimizá-los, como aumentar a ingestão de líquidos para prevenir a obstipação. Os registos são de extrema importância para ajudar na avaliação do tratamento e na comunicação eficaz entre os membros da equipa.

Paracetamol

O paracetamol, é uma opção confiável para alívio sintomático da dor e da febre. A dose recomendada é de 1000 mg a cada 8 horas, independentemente da via de administração, com uma dose máxima de 4000 mg por dia. Geralmente bem tolerado, apresenta poucos efeitos adversos relatados, como náuseas ou vômitos. É importante salientar que o seu uso é contraindicado em doentes com doença hepática grave ou deficiência de glucose-6-fosfato, devido ao risco de toxicidade hepática (Queirós et al., 2021).

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

03-01-2024 10:00

03-01-2024 10:00 - Repouso no leito

03-01-2024 10:00 - Promover adesão: repouso no leito

03-01-2024 10:00 - Conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-01-2024 10:00 - Conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito: facilitador [MELHOROU].

03-01-2024 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito [RESOLVIDO] 05-01-2024 10:00

03-01-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito [sem horário] [FIM] 05-01-2024 10:00 03-01-2024 10:00 - Ensinar sobre necessidade de manter-se em repouso no leito [sem horário] [FIM] 05-01-2024 10:00

03-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da adesão ao repouso no leito [sem horário]

03-01-2024 10:00 - Oxigenoterapia

03-01-2024 10:00 - FiO₂: 92 %.

05-01-2024 10:00 - FiO₂: 91 %.

03-01-2024 10:00 - Débito de oxigénio: 50.00 L/min.

05-01-2024 10:00 - Débito de oxigénio: 50.00 L/min.

03-01-2024 10:00 - Assegurar oxigenoterapia

03-01-2024 10:00 - Manter oxigenoterapia [sem horário]

03-01-2024 10:00 - Promover autogestão: oxigenoterapia

03-01-2024 10:00 - Conhecimento sobre oxigenoterapia

03-01-2024 10:00 - Dispositivo: Sonda de oxigénio - necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-01-2024 10:00 - Conhecimento sobre oxigenoterapia

05-01-2024 10:00 - Dispositivo: Sonda de oxigénio - necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-01-2024 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre oxigenoterapia

03-01-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre oxigenoterapia [sem horário]

03-01-2024 10:00 - Ensinar sobre oxigenoterapia [sem horário]

03-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da autogestão da oxigenoterapia [sem horário]

Sondas, Drenos e Cateteres

03-01-2024 10:00

03-01-2024 10:00 - Sonda de oxigénio

03-01-2024 10:00 - Características do dispositivo: Cânula nasal de alto fluxo.

05-01-2024 10:00 - Características do dispositivo: Cânula nasal de alto fluxo. **03-01-2024 10:00 -**

Assegurar funcionamento da sonda

03-01-2024 10:00 - Otimizar sonda de oxigénio [sem horário]

03-01-2024 10:00 - Promover adesão: medidas de otimização da sonda de oxigénio

03-01-2024 10:00 - Capacidade para otimizar sonda de oxigénio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-01-2024 10:00 - Capacidade para otimizar sonda de oxigénio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-01-2024 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para otimizar sonda de oxigénio

03-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da capacidade para otimizar sonda de oxigénio [sem horário]

03-01-2024 10:00 - Instruir a otimizar sonda de oxigénio [sem horário]

03-01-2024 10:00 - Treinar a otimizar sonda de oxigénio [sem horário]

03-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da adesão a medidas de otimização da sonda de oxigénio [sem horário]

03-01-2024 10:00 - Cateter venoso periférico

03-01-2024 10:00 - Localização do cateter venoso periférico

03-01-2024 10:00 - Antebraço Direita(o)

03-01-2024 10:00 - Características do dispositivo: G20.

05-01-2024 10:00 - Localização do cateter venoso periférico

05-01-2024 10:00 - Antebraço Direita(o)

05-01-2024 10:00 - Características do dispositivo: G20.

03-01-2024 10:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

03-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [sem horário]

03-01-2024 10:00 - Assegurar funcionamento do cateter

03-01-2024 10:00 - Otimizar cateter venoso periférico [sem horário]

03-01-2024 10:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

03-01-2024 10:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [sem horário]

03-01-2024 10:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS]

03-01-2024 10:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

03-01-2024 10:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [4/4 dias/SOS]

03-01-2024 10:00 - Trocar cateter venoso periférico [4/4 dias/SOS]

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

Os procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica desempenham um papel fundamental para garantir a qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Aspetos como precisão diagnóstica, segurança do doente, respeito dos princípios éticos, obtenção do consentimento informado, abordagem personalizada, comunicação eficaz e avaliação contínua da resposta do doente ao tratamento são fundamentais. Ao adotar essas práticas, os profissionais de saúde podem oferecer cuidados de alta qualidade e alcançar os melhores resultados para o doente.

O repouso no leito representa uma parte essencial do tratamento para a doente em questão, proporcionando uma série de benefícios multifacetados. No contexto da dispneia, o repouso proporciona a oportunidade de descansar e conservar energia, promovendo uma respiração mais tranquila e menos forçada. Durante o período de repouso no leito, é essencial promover a adesão da doente a essa prática, garantindo que ela compreenda plenamente a importância e os benefícios associados. A avaliação contínua da evolução do conhecimento e da adesão permite ajustes nos cuidados prestados. Por outro lado, para prevenir complicações relacionadas à imobilidade, é importante implementar medidas preventivas, como mudanças de posição regulares e o uso de dispositivos de alívio de pressão. Além disso, incentivar a mobilidade dentro das suas possibilidades, através de exercícios e técnicas de respiração apropriadas, pode contribuir significativamente para a manutenção da saúde respiratória e prevenção de complicações.

A ONAF representa um avanço significativo no tratamento de doentes com comprometimento respiratório. Consiste no fornecimento contínuo de oxigénio aquecido e humidificado, com taxas superiores às da oxigenoterapia convencional (Omote et al., 2020). Este método é capaz de proporcionar até 100% de oxigénio humidificado e aquecido a uma temperatura de até 37°C (Guia et al., 2021; Ruangsomboon et al., 2020). Geralmente é administrado através de uma cânula nasal ou interface de traqueostomia, com taxas de fluxo que variam entre 30 a 50 L/min (Vega Pittao et al., 2023).

A decisão de utilizar ONAF deve ser individualizada, considerando a avaliação médica específica de cada doente. Destaca-se pela comprovada capacidade de melhorar a oxigenação, reduzir o trabalho respiratório e proporcionar maior conforto ao doente (Guia et al., 2021). Em doentes com doença pulmonar e sintomas respiratórios, a ONAF não apenas alivia a dispneia e melhora a oxigenação, como também facilita a comunicação e alimentação, além de reduzir lesões cutâneas e sensação de claustrofobia (Fonseca et al., 2022). Comparada à oxigenoterapia convencional, a ONAF demonstrou eficácia na redução da gravidade da dispneia em doentes com IR hipoxémica de diversas etiologias (Ruangsomboon et al., 2020). É considerada uma opção segura e eficaz em doentes terminais com tratamento sintomático exclusivo, podendo ser integrada a outras estratégias farmacológicas e não farmacológicas, desde que com avaliação cuidadosa, suporte adequado e acompanhamento pela equipa médica (Fonseca et al., 2022).

A adaptação da ONAF para a pessoa em situação paliativa requer uma avaliação cuidadosa, considerando a QV, os desejos e preferências em relação ao tratamento, bem como os objetivos dos cuidados. Portanto, a decisão de iniciar ONAF nesse contexto deve ser individualizada, considerando a situação clínica específica e a vontade do doente, enquanto a equipa médica deve discutir e avaliar os potenciais benefícios desta terapia (Omote et al., 2020).

Como enfermeira especializada em CP, é crucial realizar uma avaliação completa da pessoa em situação paliativa, baseada em critérios clínicos bem definidos. A monitorização contínua durante o procedimento é essencial para detetar precocemente quaisquer complicações. Fornecer orientações claras sobre o uso da ONAF e garantir o funcionamento adequado do equipamento são responsabilidades fundamentais. Nesse sentido, é importante reconhecer que a capacidade de otimizar esses dispositivos pode variar entre os membros da equipa de saúde tornando-se fundamental identificar oportunidades para melhorar e aprimorar essas habilidades, com vista a alcançar um nível de mestria na prestação de cuidados. Estas medidas asseguram a eficácia e segurança do tratamento, contribuindo para o bem-estar da pessoa em situação paliativa.

Relativamente à administração de medicação, existem diversas formas de o fazer. No entanto, em ambiente hospitalar, a via endovenosa é a mais comum. Na situação da doente, a utilização do CVP permite a administração de antibióticos e outros medicamentos necessários para alcançar os objetivos de tratamento estabelecidos. Neste contexto, a gestão e manutenção do dispositivo ficam sob a responsabilidade da equipa de enfermagem que presta cuidados à doente no serviço onde se encontra internada. A EIHS CP deve estar atenta e garantir uma via segura e adequada às necessidades da doente para evitar possíveis complicações relacionadas à administração de medicação.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
03-01-2024 10:00	Sistema respiratório	
03-01-2024 10:00	Pele e mucosas	
03-01-2024 10:00	Emoção	
03-01-2024 10:00	Atitudes terapêuticas	
03-01-2024 10:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
03-01-2024 10:00	Sistema cardiovascular	

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

A seleção cuidadosa de domínios específicos é essencial para compreender o quadro clínico da doente e orientar as intervenções terapêuticas de forma precisa e eficaz. Neste contexto, a relação entre esses domínios e o caso clínico é de suma importância, uma vez que cada um deles fornece insights valiosos sobre diferentes aspetos. O sistema respiratório, permite avaliar a função pulmonar e identificar possíveis distúrbios respiratórios, como a dispneia apresentada pela doente. Por outro lado, a análise dos aspetos emocionais revela a influência do estado psicológico no processo de adoecimento e na resposta ao tratamento, como evidenciado pela presença de uma perturbação depressiva. Além disso, a avaliação do sistema cardiovascular é fundamental para compreender a interação entre as condições cardíacas e respiratórias, como a IC.

Os domínios relacionados à utilização de sondas e cateteres fornecem informações cruciais sobre intervenções mais invasivas e o risco de complicações associadas. Além disso, as atitudes terapêuticas, como o repouso no leito, que reduz o esforço respiratório e promove a recuperação, e a ONAF que oferece suporte respiratório, melhorando a oxigenação e aliviando a dispneia, são essenciais para a gestão adequada dos sintomas da doente.

Portanto, a escolha e a inter-relação desses domínios enriquecem a compreensão do quadro clínico e oferece estratégias terapêuticas abrangentes, promovendo uma abordagem mais ampla e integrada para o tratamento.

Sistema respiratório

O sistema respiratório desempenha um papel vital na saúde geral, mas condições como as DPI comprometem significativamente a sua função. Estas condições, como a PH, apresentam sintomas como tosse, dispneia e fadiga, o que reduz drasticamente a QV dos doentes (Oliveira & Junior, 2020). A ventilação comprometida e a dispneia são indicadores preocupantes da variedade de condições respiratórias, desde DPI até IR. É importante ressaltar que a QV dos doentes com IR não depende apenas da gravidade da condição, mas também de diversos outros fatores, incluindo a presença de sintomas crónicos, a gravidade da doença subjacente, comorbilidades, situação socioeconómica e familiar, entre outros (Martins et al., 2022).

A IR é definida como qualquer condição clínica que resulte na incapacidade do sistema respiratório em realizar trocas gasosas adequadas. Dependendo da componente afetada do sistema respiratório, a IR pode ser hipoxémica, indicando predominantemente alterações funcionais no pulmão (Martins et al., 2022). A dispneia, definida pela ATS como “uma experiência subjetiva de desconforto em respirar”, não se correlaciona necessariamente com dados objetivos de função pulmonar. Portanto, é crucial adotar uma abordagem proativa na sua avaliação, questionando os doentes sobre a sua presença mesmo quando não aparentem sinais óbvios, pois um doente com dispneia pode estar tranquilamente em repouso, e, se não for questionado, pode não relatar esse facto (Gonçalves, 2022). Além disso, a dispneia, comum em várias condições

respiratórias, está diretamente relacionada à progressão da IR. Além das causas físicas, fatores psicológicos e socioambientais desempenham um papel importante na manifestação desse sintoma. O tratamento inicial concentra-se em tratar a causa subjacente, e, enquanto a VNI é destacada como uma estratégia para reduzir a sensação de falta de ar, a oxigenoterapia suplementar é recomendada para doentes com níveis baixos de oxigênio no sangue, a fim de aliviar sintomas e melhorar a QV (Oliveira & Junior, 2020).

No tratamento da dispneia, além das opções farmacológicas, as intervenções não farmacológicas desempenham um papel significativo no alívio dos sintomas (Gonçalves, 2022). Hui et al. (2021) destacam a ONAF, especialmente eficaz em doentes com IR tipo 1, melhorando a oxigenação, o conforto respiratório e reduzindo a sensação de falta de ar. As intervenções não farmacológicas desempenham um papel fundamental no alívio da dispneia e do sofrimento, contribuindo para uma melhor QV dos doentes com comprometimento respiratório. O posicionamento adequado é crucial para promover a expansão dos pulmões e otimizar a ventilação (Hui et al., 2021). Além disso, o suporte educacional pode ajudar os doentes a gerir a dispneia no dia a dia (Henson et al., 2020).

Pele e mucosas

A pessoa em situação paliativa frequentemente enfrenta condições orais dolorosas, como candidíase oral e boca seca, decorrentes de doenças subjacentes, tratamentos e efeitos colaterais de medicamentos (Kvalheim & Strand, 2022). Reconhecer a importância dos cuidados orais para a QV física e emocional é crucial. A higiene oral adequada desempenha um papel fundamental nesse sentido, envolvendo práticas como escovar os dentes pelo menos duas vezes ao dia com creme dental de flúor e remover eficazmente a placa bacteriana e detritos, além de utilizar próteses dentárias adequadamente (Amran et al., 2022).

Os profissionais de saúde que lidam com pessoas em situação paliativa devem estar conscientes da relevância dos cuidados orais adequados para garantir o conforto e a QV (Dhaliwal et al., 2020). No entanto, é lamentável que, em muitos hospitais, a atenção a essas questões seja negligenciada devido à falta de tradição na abordagem dos cuidados orais (Kvalheim & Strand, 2022).

A manutenção da saúde oral é importantíssima. Além de lidar com condições como candidíase oral e boca seca, é essencial prevenir e tratar problemas de membrana mucosa comprometida. A presença de infecções orais, como mucosite, estomatite, candidíase, queilite, pode não apenas causar desconforto significativo, mas também ter um impacto adverso na saúde geral do doente (Dhaliwal et al., 2020). Portanto, os CP devem incluir uma atenção especial aos cuidados orais, visando aliviar o desconforto imediato e promover a QV da pessoa em situação paliativa.

Emoção

O humor depressivo é uma emoção negativa caracterizada por sentimentos de tristeza e melancolia, acompanhados por diminuição da concentração, perda de apetite e insônia (ICN, 2019). A prevalência da

depressão em contexto de CP varia amplamente, situando-se entre 3,7% e 58%, dependendo de vários fatores, incluindo o tipo e estadió da doença (Gonçalves, 2023).

É crucial diferenciar entre tristeza ocasional e humor depressivo, pois este último é mais grave, persistente e interfere significativamente na vida diária de uma pessoa. Enquanto a tristeza pode ser uma resposta apropriada diante da morte iminente, a depressão requer diagnóstico específico, considerando sinais como isolamento, remorso, autodepreciação, desesperança e pensamentos suicidas (Gonçalves, 2023).

Estudos sobre humor depressivo em doentes em CP destacam a associação entre sintomas depressivos e estratégias negativas de enfrentamento espiritual. Gryscek et al. (2020) sugerem que as equipas de saúde incentivem os doentes espirituais/religiosos a adotarem estratégias mais positivas para lidar com a sua dor psicológica.

Em suma, identificar e tratar eficazmente o humor depressivo é fundamental para melhorar a QV e o bem-estar emocional da pessoa em situação paliativa. Em determinadas situações, intervenções terapêuticas centradas no relaxamento podem oferecer benefícios, enquanto em outros casos pode ser necessário recorrer ao tratamento farmacológico.

Sistema cardiovascular

Compreender a importância da perfusão dos tecidos periféricos comprometida no contexto do sistema cardiovascular requer uma avaliação das suas implicações e dos fatores que podem influenciá-la. Vários elementos podem comprometer a perfusão tecidual periférica. O diagnóstico precoce e a implementação de um tratamento adequado são essenciais para prevenir complicações graves e melhorar a QV dos doentes que enfrentam desafios adicionais, especialmente quando se aproximam do final de vida, já que o prognóstico nessa fase pode ser imprevisível. Especificamente, aqueles que sofrem de DPI estão em maior risco de desenvolver eventos tromboembólicos, como a TVP e TEP, devido a uma série de fatores de risco identificados, incluindo a idade avançada, categorias específicas de DPI, IR e presença de varizes (Sun et al., 2023).

Uma abordagem multifacetada é recomendada, envolvendo a identificação e controlo dos fatores de risco, mobilização precoce, uso de meias de compressão, hidratação adequada, profilaxia farmacológica e educação dos doentes sobre sinais e sintomas de TVP (Sun et al., 2023). A recorrência da trombose pode agravar a condição do doente e ter um impacto negativo na sua QV. Portanto, a personalização do tratamento é fundamental para reduzir a morbilidade associada à retrombose. Isso envolve proporcionar conforto e cuidados de qualidade aos doentes em CP especializados, conforme destacado por Allende-Pérez et al. (2022). Assim, ao individualizar o tratamento, é possível minimizar o sofrimento e melhorar a QV da pessoa em situação paliativa com comprometimento da perfusão dos tecidos periféricos.

4.6. Conceção de Cuidados

Sistema respiratório

03-01-2024 10:00

03-01-2024 10:00 - Frequência respiratória: 21 ciclos/min.

03-01-2024 10:00 - Ritmo respiratório irregular.

03-01-2024 10:00 - Movimento respiratório simétrico.

03-01-2024 10:00 - Saturação do oxigénio no sangue

03-01-2024 10:00 - Periférico(a): 92 %.

03-01-2024 10:00 - Coloração da mucosa: rosada.

03-01-2024 10:00 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico.

03-01-2024 10:00 - Ventilação comprometida

03-01-2024 10:00 - Determinar evolução da ventilação

03-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da ventilação [sem horário]

03-01-2024 10:00 - Referenciar ventilação comprometida ao médico [SOS]

03-01-2024 10:00 - Referenciar saturação do oxigénio no sangue ao médico [SOS]

03-01-2024 10:00 - Melhorar ventilação

03-01-2024 10:00 - Posicionar para otimizar a ventilação [sem horário]

03-01-2024 10:00 - Executar exercícios de controlo respiratório [sem horário]

03-01-2024 10:00 - Dispneia

03-01-2024 10:00 - Determinar evolução da dispneia

03-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da dispneia [sem horário]

03-01-2024 10:00 - Melhorar ventilação

03-01-2024 10:00 - Executar exercícios de controlo respiratório [sem horário]

03-01-2024 10:00 - Posicionar para otimizar a ventilação [sem horário]

05-01-2024 10:00 - 10h30 - Administrado SOS de morfina 1,5mg EV

05-01-2024 10:00 - 15h00 - Administrado SOS de morfina 1,5mg EV

03-01-2024 10:00 - Promover autocontrolo: dispneia

03-01-2024 10:00 - Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-01-2024 10:00 - Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-01-2024 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia

03-01-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [sem horário]

03-01-2024 10:00 - Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia [sem horário]

03-01-2024 10:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da dispneia [sem horário]

05-01-2024 10:00

05-01-2024 10:00 - Frequência respiratória: 20 ciclos/min.

05-01-2024 10:00 - Ritmo respiratório irregular [MANTEVE].

05-01-2024 10:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

05-01-2024 10:00 - Saturação do oxigénio no sangue

05-01-2024 10:00 - Periférico(a): 91 %.

05-01-2024 10:00 - Coloração da mucosa: rosada.

05-01-2024 10:00 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico [MANTEVE].

Sistema cardiovascular

03-01-2024 10:00

03-01-2024 10:00 - Temperatura das extremidades

03-01-2024 10:00 - Membro inferior: Temperatura das extremidades diminuída.

03-01-2024 10:00 - Coloração das extremidades

03-01-2024 10:00 - Membro inferior: Coloração pálida das extremidades.

03-01-2024 10:00 - Perfusão dos tecidos periféricos comprometida

03-01-2024 10:00 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos

03-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos [sem horário]

03-01-2024 10:00 - Referenciar compromisso da perfusão dos tecidos periféricos ao médico [SOS]

03-01-2024 10:00 - Melhorar perfusão dos tecidos periféricos

03-01-2024 10:00 - Posicionar para otimizar a perfusão periférica dos tecidos [sem horário]

03-01-2024 10:00 - Aplicar meias elásticas [manhã]

03-01-2024 10:00 - Manter temperatura corporal [sem horário]

05-01-2024 10:00 - Elevar os membros inferiores

05-01-2024 10:00

05-01-2024 10:00 - Temperatura das extremidades

05-01-2024 10:00 - Membro inferior: Temperatura das extremidades diminuída [MANTEVE].

05-01-2024 10:00 - Coloração das extremidades

05-01-2024 10:00 - Membro inferior: Coloração pálida das extremidades [MANTEVE].

Pele e mucosas

03-01-2024 10:00

03-01-2024 10:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

03-01-2024 10:00 - Membrana mucosa comprometida

03-01-2024 10:00 - Localização do compromisso da membrana mucosa

03-01-2024 10:00 - Cavidade oral

03-01-2024 10:00 - Coloração da mucosa: rosada.

03-01-2024 10:00 - Mucosa seca.

05-01-2024 10:00 - Localização do compromisso da membrana mucosa

05-01-2024 10:00 - Cavidade oral

05-01-2024 10:00 - Coloração da mucosa: rosada.

05-01-2024 10:00 - Mucosa seca.

03-01-2024 10:00 - Determinar evolução da integridade das membranas mucosas

03-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas [sem horário]

03-01-2024 10:00 - Reforçar a hidratação oral [sem horário]

03-01-2024 10:00 - Instruir a higienização oral regular [sem horário]

05-01-2024 10:00

05-01-2024 10:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

Emoção

03-01-2024 10:00

03-01-2024 10:00 - Com indícios de humor depressivo.

03-01-2024 10:00 - Humor depressivo

03-01-2024 10:00 - Tristeza persistente (há mais de uma semana).

05-01-2024 10:00 - Tristeza persistente (há mais de uma semana) [MANTEVE].

03-01-2024 10:00 - Labilidade emocional

05-01-2024 10:00 - Labilidade emocional

03-01-2024 10:00 - Determinar evolução do humor

03-01-2024 10:00 - Avaliar evolução do humor depressivo [sem horário]

03-01-2024 10:00 - Referenciar humor depressivo ao médico [SOS]

03-01-2024 10:00 - Pedir colaboração de psicologia [SOS] [FIM] 05-01-2024 10:00

03-01-2024 10:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o humor

03-01-2024 10:00 - Executar escuta ativa [sem horário]

05-01-2024 10:00 - Ajudar a identificar pensamentos negativos

03-01-2024 10:00 - Promover autocontrolo: humor

03-01-2024 10:00 - Conhecimento sobre humor depressivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-01-2024 10:00 - Conhecimento sobre humor depressivo: facilitador [MELHOROU].

03-01-2024 10:00 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-01-2024 10:00 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-01-2024 10:00 - 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.

05-01-2024 10:00 - 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 [MANTEVE].

03-01-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre a medicação e o equilíbrio de humor: facilitadora.

05-01-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre a medicação e o equilíbrio de humor: facilitadora [MANTEVE].

03-01-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre o sono e o equilíbrio de humor: facilitadora.

05-01-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre o sono e o equilíbrio de humor: facilitadora [MANTEVE].

03-01-2024 10:00 - Consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-01-2024 10:00 - Consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo: facilitadora [MELHOROU].

03-01-2024 10:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

05-01-2024 10:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador [MANTEVE].

03-01-2024 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre humor depressivo

[RESOLVIDO] 05-01-2024 10:00

03-01-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre humor depressivo [sem horário] [FIM] 05-01-2024 10:00

03-01-2024 10:00 - Ensinar sobre humor depressivo [sem horário] [FIM] 05-01-2024 10:00

03-01-2024 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor

03-01-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor [sem horário]

03-01-2024 10:00 - Ensinar sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor [sem horário]

03-01-2024 10:00 - Assistir o cliente no treino do autocontrolo das emoções [sem horário]

03-01-2024 10:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor

03-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor [sem horário]

03-01-2024 10:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [sem horário]

03-01-2024 10:00 - Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e equilíbrio de humor [sem horário]

03-01-2024 10:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo [RESOLVIDO] 05-01-2024

10:00

03-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo [sem horário] [FIM] 05-01-2024 10:00

03-01-2024 10:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [sem horário] [FIM] 05-01-2024 10:00

03-01-2024 10:00 - Analisar com o cliente os fatores concorrentes para o humor depressivo [sem horário] [FIM] 05-01-2024 10:00

03-01-2024 10:00 - Avaliar evolução do autocontrolo do humor [sem horário]

05-01-2024 10:00

05-01-2024 10:00 - Com indícios de humor depressivo [MANTEVE].

4.7. Síntese relativa ao caso

A trajetória de uma doença de insuficiência de órgão é caracterizada por uma progressão gradual e muitas vezes irreversível da disfunção do órgão afetado. De acordo com Araújo et al. (2017), a evolução das insuficiências de órgão é representada por um declínio na função do órgão ao longo do tempo, culminando eventualmente na morte. Durante essa trajetória, os doentes podem experimentar uma série de sintomas físicos e psicológicos que contribuem para o seu sofrimento.

Nesse contexto, os CP visam controlar os sintomas, mas também proporcionar suporte emocional, espiritual e social, melhorando a QV e o bem-estar da pessoa em situação paliativa e suas famílias.

O caso em específico da doente, que reside numa ERPI há 12 anos, reflete a trajetória desafiadora de uma pessoa que enfrenta uma doença crônica avançada. O distanciamento do seu único filho contribui para sentimentos de solidão e tristeza, agravando o quadro de humor depressivo da doente. Apesar disso, ela expressa desejo de regressar à ERPI, onde encontra conforto e afeto nas amizades estabelecidas.

Este caso ilustra os desafios do declínio funcional progressivo na fase final da doença e a importância da transição do tratamento curativo para paliativo, especialmente devido às múltiplas comorbidades que tornam a previsão do prognóstico complexa. A identificação precoce do prognóstico é crucial para adaptar o plano terapêutico e facilitar uma comunicação eficaz, evitando intervenções desnecessárias que possam aumentar o sofrimento. A EIHSOP foi envolvida devido ao prognóstico desfavorável da doente, implementando intervenções para melhorar a sua QV.

No contexto do sistema respiratório, foi fundamental compreender e abordar questões relacionadas à ventilação comprometida e à dispneia. Para a doente, que apresentava um quadro de ventilação comprometida e dispneia, evidenciado por sinais clínicos como o aumento da frequência respiratória e o relato de falta de ar durante atividades leves, os sintomas foram agravados por condições subjacentes, como a PH, IC e TEP. Assim, estabelecer objetivos claros, como melhorar a ventilação, reduzir a dispneia e estabilizar a doente foi crucial. Foram necessárias intervenções específicas, como a administração de oxigênio, posicionamento adequado, administração de medicamentos e educação sobre técnicas de controle respiratório e prevenção de episódios futuros de dispneia. A evolução da doente foi monitorizada de perto, com atenção especial à melhoria dos sintomas respiratórios. Os principais indicadores de resultados incluíram a estabilização da frequência respiratória, a redução da dispneia percebida, a capacidade de realizar pequenas atividades sem desconforto respiratório crescente e a melhoria do conhecimento sobre prevenção e controle da dispneia. O plano de cuidados foi ajustado continuamente, garantindo que as suas necessidades fossem atendidas da melhor forma possível. O impacto positivo da estabilidade respiratória proporcionada pela ONAF foi evidente, permitindo à doente desfrutar de momentos de maior conforto e alívio dos sintomas.

No contexto do sistema cardiovascular, foi essencial priorizar intervenções para melhorar a perfusão dos tecidos periféricos e prevenir complicações decorrentes da má circulação, considerando sinais como

temperatura diminuída e coloração pálida das extremidades. Para isso, foram implementadas intervenções direcionadas, como elevação dos membros inferiores para reduzir a estase venosa, uso de meias elásticas e manutenção da temperatura corporal adequada para promover vasodilatação. Foi importante monitorizar de perto a doente e fornecer feedback à equipa sobre a eficácia das intervenções realizadas. Além disso, a educação da doente sobre estas medidas desempenhou um papel importante no tratamento.

Em relação à pele e mucosas, os objetivos incluíam preservar a sua integridade, prevenir lesões e aliviar sintomas como a mucosa seca e possível irritação na cavidade oral. Foi essencial realizar uma avaliação contínua da mucosa oral para detetar precocemente quaisquer alterações e garantir intervenções oportunas. Para isso, foram implementadas intervenções como reforçar a hidratação oral e instruir sobre a higiene oral adequada, o que contribuiu significativamente para o bem-estar e conforto da doente.

A depressão em idosos, especialmente em ambiente institucionalizado, apresenta desafios complexos devido a vários fatores, como condições de saúde subjacentes e mudanças significativas na vida, como perdas e isolamento social. O principal objetivo foi reduzir a tristeza persistente e a instabilidade emocional da doente, promovendo uma melhoria do seu estado de humor. Foi essencial ensinar estratégias para ajudá-la a reconhecer e lidar com pensamentos negativos, além de promover a compreensão da relação entre pensamento positivo, equilíbrio de humor, medicação, sono e outros fatores que influenciam a depressão. Ao longo do acompanhamento da doente, observou-se uma melhoria no humor e uma maior estabilidade emocional. Isso foi alcançado com um ambiente de apoio para que pudesse expressar os seus sentimentos e preocupações, além de ensinar técnicas de relaxamento e pensamento positivo. Apesar das dificuldades emocionais decorrentes da falta de suporte familiar, a doente demonstrou resiliência e determinação em manter a esperança de regressar ao ambiente familiar da ERPI. No entanto, as perdas progressivas funcionais indicavam uma necessidade crescente de supervisão médica.

Com base nas informações fornecidas por Meleis et al. (2000), a teoria das transições emerge como um recurso valioso para entender e apoiar a doente durante esta fase de transição emocional, social e de saúde. A doente enfrenta perdas graduais das suas capacidades funcionais, o que representa um desafio significativo para ela. A teoria destaca a importância de adquirir habilidades e comportamentos para lidar com essa nova realidade. Os profissionais de saúde podem ajudar a desenvolver estratégias de adaptação e a encontrar maneiras de preservar a sua QV, mesmo diante das limitações físicas. Além disso, a doente expressa o desejo de retornar à ERPI, onde se sente confortável e acarinhada, destacando a sua capacidade de se adaptar e integrar diferentes aspetos da sua identidade em resposta às mudanças do seu ambiente e circunstâncias. A teoria das transições reconhece a resiliência como um componente crucial no processo de adaptação e destaca a importância de manter a esperança e a motivação durante momentos desafiadores. Os profissionais de saúde têm um papel fundamental em apoiar a pessoa em situação paliativa, incentivando a sua resiliência e ajudando-a a encontrar significado e propósito.

A equipa dedicou-se a otimizar o controlo dos sintomas, garantir conforto e melhorar a sua QV, ao mesmo tempo que oferecia apoio emocional e psicossocial, com o objetivo de prepará-la para uma transição segura e tranquila de volta à ERPI, assim que as condições para tal fossem reunidas.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O desenvolvimento contínuo de competências é fundamental para os enfermeiros, dada a constante evolução do conhecimento e da tecnologia na área da saúde. As diversas especialidades de enfermagem surgem para aprofundar o conhecimento em áreas específicas e responder às necessidades da pessoa em situação paliativa. É imperativo que os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, estejam constantemente atualizados, fundamentando a sua prática em evidências científicas e adaptando-se às exigências do campo. O Estatuto da OE estabelece a possibilidade de conceder o título de EE, reconhecendo a importância da formação diferenciada. No entanto, devido à amplitude da EMC e à exigência de competências específicas em diferentes contextos de cuidados, é fundamental distinguir diversas áreas de especialização dentro da EMC, conforme destacado no Regulamento n.º 429/2018.

Diante do atual contexto, os cuidados de enfermagem assumem um papel crucial, exigindo maior rigor técnico e científico para garantir a qualidade e eficácia dos serviços prestados. O EE, conforme definido pelo Regulamento n.º 140/2019 da OE, é reconhecido como um profissional que possui competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem em áreas especializadas. Além das competências específicas exigidas para cada área de especialização em enfermagem, é fundamental que esses profissionais adquiram um conjunto de competências comuns que sejam aplicáveis em qualquer ambiente de cuidados de saúde.

A atribuição do título de EE implica o desenvolvimento de aptidões que coadunam com uma prática avançada e diferenciada, incluindo um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, habilidade de julgamento clínico e tomada de decisão, capacidade de liderança, educação e orientação dos colegas de profissão, pessoas em situação paliativa e suas famílias, além da responsabilidade de contribuir para o desenvolvimento de pesquisa relevante que promova o crescimento e valorização da profissão. Essa capacidade não se restringe apenas ao conhecimento especializado, mas também à habilidade de gestão, supervisão e suporte profissional. Essas competências incluem igualmente o envolvimento ativo na formação, investigação e assessoria, evidenciando o compromisso do EE com o avanço contínuo da prática de enfermagem.

Este capítulo tem como objetivo analisar, refletir e detalhar o desenvolvimento das competências comuns, bem como das competências específicas do EE na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O EE ao explorar e desenvolver as competências comuns, fortalece a sua própria prática clínica e contribui significativamente para a excelência dos cuidados de enfermagem em todas as áreas de especialidade. Essa dedicação ao desenvolvimento profissional contínuo é essencial para enfrentar os desafios em constante evolução, garantindo, assim, o melhor atendimento possível à pessoa em situação paliativa. No contexto do Regulamento n.º 140/2019, o artigo 4.º define quatro domínios de competências comuns, sobre os quais é necessário refletir: responsabilidade profissional ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

- **Responsabilidade profissional, ética e legal**

No contexto da responsabilidade profissional, ética e legal, é fundamental que o EE em CP desenvolva uma prática alinhada com os princípios éticos e deontológicos da profissão, bem como com as normas legais estabelecidas. Espera-se que o enfermeiro assegure práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais conforme estipulado pelo Regulamento n.º 140/2019.

Esta competência está diretamente ligada à prestação de cuidados de enfermagem, que envolve o respeito ao Código Deontológico da profissão e a promoção de cuidados em conformidade com os direitos humanos. Durante o ENP, priorizou-se o cumprimento do código e dos princípios da bioética ao prestar cuidados. A Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (2005) fornece um fundamento importante nesse contexto, abordando questões éticas na medicina e destacando a importância do respeito à autonomia, dignidade, consentimento, igualdade, justiça, equidade, além do respeito pela vulnerabilidade humana e diversidade cultural.

Durante o ENP, a temática da responsabilidade profissional, ética e legal foi devidamente endereçada e foi essencial para garantir os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Desde o início, procurei orientar a minha prática de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, estabelecido na Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, que serve como guia fundamental, delineando os princípios gerais que regem a profissão, bem como os deveres e direitos que devem orientar a nossa prática diária.

Reconhecendo cada pessoa como uma totalidade única, inserida no seu contexto familiar e comunitário, direcionei os meus cuidados para respeitar os princípios éticos e deontológicos, destacando o respeito pela autonomia, justiça, beneficência e não maleficência. No entanto, a aplicação prática desses princípios pode ser desafiadora em situações delicadas, como a obstinação terapêutica e o cuidado em fim de vida, que exigem ponderação entre risco e benefício, além de respeito à autonomia da pessoa em situação paliativa.

Diante de dilemas éticos e complexos, promoveram-se momentos de reflexão em conferências familiares. Essas discussões envolveram a equipa multidisciplinar, incluindo a pessoa em situação paliativa e seus familiares, com o objetivo de garantir uma abordagem responsável e compassiva diante das questões

levantadas. Tanto durante as avaliações decorrentes de entrevistas clínicas quanto nas conferências familiares, houve ênfase no respeito pela autonomia da pessoa em situação paliativa conforme estabelecido no Artigo 5.º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.

A privacidade e confidencialidade da informação também foram aspetos relevantes em todas as interações, destacando-se a importância de proteger a privacidade dos doentes, garantindo que as informações fossem tratadas de forma confidencial e respeitando o direito à privacidade em conformidade com os princípios éticos e legais. Essas práticas foram adotadas tanto durante a prestação de cuidados no contexto da UCP, da EIHS CP, como nas discussões em equipa multidisciplinar, reforçando o compromisso com a ética e o bem-estar da pessoa em situação paliativa.

Em suma, a minha prática durante o ENP refletiu um compromisso sólido com a responsabilidade profissional, ética e legal, conforme delineado no Regulamento n.º 140/2019. Agindo em conformidade com as normas e princípios éticos, pude assegurar a prestação de cuidados de alta qualidade.

- **Melhoria contínua da qualidade**

A excelência nos cuidados de enfermagem é fundamental para garantir a segurança e eficácia no tratamento dos doentes. A melhoria contínua da qualidade é um dos pilares cruciais das Competências Comuns do EE, conforme estabelecido no Regulamento n.º 140/2019. Esta abordagem engloba a liderança em iniciativas estratégicas institucionais, desenvolvimento de práticas de qualidade, colaboração em programas de melhoria contínua e garantia de um ambiente terapêutico seguro.

De acordo com a OMS, (2020), cuidados de saúde de qualidade são eficazes, baseados em evidências, seguros, centrados no doente e adaptados às suas preferências, necessidades e valores. A avaliação da qualidade é fundamental para determinar a eficácia das atividades, levando a mudanças significativas nos resultados em saúde. Portanto, é imperativo desenvolver uma cultura de qualidade nas organizações de saúde, o que inclui liderança voltada para a qualidade, cultura de abertura, trabalho em equipa e responsabilização dos profissionais.

A OE em 2017 estabeleceu padrões de qualidade para os cuidados especializados em EMC, incentivando a reflexão e a implementação de projetos de melhoria contínua. Nos CP, cuidados contínuos e multidisciplinares são necessários para garantir o bem-estar, a QV e a dignidade do doente e família, independentemente do contexto (OE, 2017).

Durante o ENP, além de participar em projetos de melhoria contínua, identificando situações críticas e contribuindo para decisões da equipa, também foram realizados ensinamentos adaptados às necessidades da pessoa em situação paliativa sobre gestão do regime terapêutico e administração segura de medicamentos no domicílio. Isso incluiu técnicas como a administração de medicamentos via transdérmica, oral e até mesmo subcutânea, em situações que preferiam estar em casa com a família. Além disso, foram realizados ensinamentos

sobre estratégias de autocuidado para os doentes e familiares, de forma a minimizar o stress associado à dependência crescente ou à aproximação da morte, bem como a prevenir úlceras de pressão e quedas.

Quanto à organização de cuidados, foram promovidos momentos de reflexão crítica sobre os sistemas de registos e documentação, com vista à melhoria da continuidade de cuidados e documentação do trabalho realizado. Participei na formulação de diagnósticos e planos de cuidados, considerando sempre as necessidades da pessoa em situação paliativa e suas famílias. A promoção de uma cultura de notificação de incidentes e implementação de protocolos baseados em evidências foram essenciais para garantir a segurança dos cuidados prestados. Essas atividades foram integradas ao contexto amplo de cuidados prestados pelas equipas, com o objetivo de alcançar a excelência na prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa e fim de vida.

Além da atividade prática, e com o intuito de contribuir para a melhoria da qualidade, foi realizada uma revisão rápida da literatura sob o tema: "Intervenções não farmacológicas que promovem o conforto da pessoa com dispneia em situação paliativa e fim de vida". A revisão, apresentada posteriormente no ponto destinado ao desenvolvimento de competências em investigação, teve como objetivo mobilizar conhecimentos baseados em evidências e promover momentos de reflexão e partilha com a equipa, melhorando a prática clínica e criando impactos significativos na vida das pessoas em situação paliativa e suas famílias.

Em suma, a excelência nos cuidados de enfermagem implica uma participação ativa em processos de melhoria e promoção de um ambiente terapêutico seguro. Como EE, é meu dever liderar essas iniciativas e garantir cuidados humanizados e de alta qualidade. Deste modo, além de elevar os padrões dos cuidados oferecidos, fortalece-se a confiança dos doentes e famílias no sistema de saúde, contribuindo para resultados positivos e experiências satisfatórias de cuidado.

- **Gestão dos Cuidados**

No contexto da gestão dos cuidados, o Regulamento n.º 140/2019 destaca a importância da tomada de decisões, supervisão das tarefas, adaptação de liderança e gestão eficiente dos recursos, além de promover a qualidade na prestação de cuidados de enfermagem especializada. Em colaboração com uma equipa multidisciplinar, é essencial partilhar informações relevantes e reconhecer a necessidade de intervenção especializada. Uma comunicação eficiente enriquece a dinâmica de cuidado, possibilitando a troca de conhecimentos e contribuições para melhorar a qualidade dos cuidados.

Como parte da minha experiência em contexto de ENP, destaco o papel colaborativo junto das equipas multidisciplinares, participando na gestão de recursos humanos e materiais. Destaco a importância da liderança adaptativa, com compaixão e empatia, demonstrada pela necessidade da tomada de decisões eficazes em situações complexas. A participação em reuniões multidisciplinares e semanais permitiu uma análise aprofundada de casos clínicos complexos e a discussão de planos de cuidados. Reconheço a

importância da passagem de turno para garantir a continuidade e qualidade dos cuidados, especialmente através da técnica ISBAR, recomendada pela Norma n.º 001/2017 da DGS, para padronizar a comunicação em saúde durante essas transições.

Refletindo sobre estas experiências, reconheço o valor de cada oportunidade de aprendizagem na gestão de cuidados, proporcionando-me uma base sólida para enfrentar os desafios futuros com compaixão e excelência. Torna-se evidente a escassez de recursos para atender todas as necessidades de pessoas em situação paliativa e fim de vida, sugerindo a urgência de mais investimento em formação na área. Durante o ENP, pude testemunhar o peso que as equipas sentiam devido ao elevado número de doentes com necessidades paliativas. A gestão de recursos materiais também se mostrou desafiadora, com limitações nas instalações compartilhadas entre equipas, o que impacta diretamente na disponibilidade de salas para reuniões e um espaço mais reservado para a realização de conferências familiares.

Como futura EE reconheço a necessidade de melhorar a qualidade de cuidados, adotando uma abordagem que priorize a gestão eficiente dos recursos disponíveis. Isso envolve a utilização inteligente dos recursos e a procura de novas estratégias e soluções para otimizá-los, garantindo assim que as necessidades dos doentes sejam atendidas da melhor forma possível.

Além disso, destaco a colaboração interprofissional como parte fundamental desse processo.

- **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

No contexto do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o EE destaca-se pela sua capacidade de autoconhecimento e assertividade, tanto a nível pessoal quanto profissional e organizacional, conforme definido pelo Regulamento n.º 140/2019. Este reconhecimento pessoal, influencia diretamente a forma como são estabelecidas as relações terapêuticas e colaborativas, além de orientar as decisões clínicas com base em evidências científicas atualizadas. A crescente necessidade de CP em Portugal evidencia a importância de formação e especialização nessa área (OE, 2017). Este desenvolvimento é promovido através de momentos de reflexão pessoal e profissional, participação em atividades de equipa e orientações tutoriais.

Durante o ENP, várias ações foram realizadas para promover o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A orientação oferecida pelos orientadores académicos e enfermeiros foi crucial, criando um ambiente propício para o processo de autoconhecimento e para a construção de relações terapêuticas e multidisciplinares. Reconheço a necessidade de fundamentar a minha prática clínica em conhecimentos atualizados e pertinentes, tornando-me um agente ativo na pesquisa e na promoção de uma prática baseada em evidências. Nesse sentido, há o compromisso com a atualização contínua dos conhecimentos, incluindo o uso competente das tecnologias, aliado a uma formação permanente e aprofundada.

Durante este percurso, a reflexão pessoal e profissional foi incentivada através da participação ativa em atividades de equipa, reuniões com o orientador científico e a presença em eventos formativos. Os comprovativos de participação nesses eventos encontram-se em anexo, e incluem “Webinar -Cuidados

Paliativos, Projetos Liderados por Enfermeiros” promovido pela OE e o “Webinar - A importância da dimensão espiritual para a pessoa com doença incurável e/ou grave: o papel do enfermeiro” promovido pelo Trofa Saúde. O “I Encontro Científico em Saúde e Bem Estar”, organizado pela Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho e “1.º Encontro de Cuidados Paliativos da Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho”. Assisti à conferência sobre “Dilemas éticos em oncologia” realizada pela Liga Portuguesa Contra o Cancro. Procurei melhorar os meus conhecimentos por meio de cursos sobre “Ventilação Mecânica Não Invasiva”, “Terapia Alto-fluxo” e “Doença Neuromuscular — Cuidados Respiratórios e muito mais” promovidos pela Linde Saúde. Além disso, participei em programas de formação interna na instituição de saúde onde trabalho, nomeadamente “Conferências Familiares Dificuldades e Oportunidades”, “II Simposium em saúde — O doente médico: O Utilizador Frequente dos Cuidados de Saúde”, “Comunicação de más notícias — e-learning”, “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde: ISBAR”, “Mindfulness”, “Princípios dos Cuidados Paliativos”, “Abordagem da dor na enfermagem” e “Dor aguda — Formação teóricoprática”.

Para aprofundar os conhecimentos e melhorar as habilidades de cuidado em situações de dispneia em CP, destaca-se a realização de uma revisão já mencionada anteriormente, que proporcionou uma visão mais ampla das diferentes estratégias não farmacológicas disponíveis e permitiu melhorar a tomada de decisão neste contexto.

A habilidade de demonstrar empatia é fundamental no cuidado, reconhecendo que a qualidade dos cuidados está diretamente ligada ao desenvolvimento das competências comunicacionais. A capacidade de reflexão sobre situações vivenciadas permite identificar áreas de melhoria e promover o desenvolvimento profissional contínuo, constituindo uma importante fonte de aprendizagem. É indispensável aprofundar conhecimentos teóricos e práticos para a prestação de cuidados especializados, destacando-se a importância da reflexão sobre a prática e a partilha de experiências com as equipas. Considero que o desenvolvimento de habilidades de comunicação foi crucial nesse processo, facilitando a aquisição de conhecimentos e crescimento profissional.

Em suma, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais para o EE requer um compromisso constante com a atualização e aprofundamento dos conhecimentos, aliado a uma reflexão contínua sobre a prática clínica. O autoconhecimento, a assertividade e a comunicação interpessoal surgem como pilares fundamentais para o sucesso do desenvolvimento profissional e a garantia da qualidade dos cuidados prestados.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Paliativa

A OE advoga pela excelência na prestação dos cuidados especializados de Enfermagem à pessoa em situação paliativa, defendendo que estes devem ser de elevada qualidade e continuamente disponibilizados aos doentes e suas famílias, tanto em ambientes hospitalares como em serviços comunitários de saúde. Tais

cuidados especializados têm como propósito a melhoria dos resultados para os doentes com necessidades complexas, estabelecendo uma relação terapêutica com a unidade de cuidados doente/família. Essa relação baseia-se em limites previamente acordados e parcerias terapêuticas ajustadas a diferentes situações. Além disso, podem ser implementados num curto espaço de tempo, em estreita colaboração com outros profissionais da equipa multidisciplinar ou serviço de apoio (OE, 2017).

Na abordagem dedicada aos cuidados numa fase tão sensível da vida das pessoas, é essencial compreender e aplicar os quatro pilares fundamentais dos CP. Estes assentam no controlo dos sintomas, no suporte psicológico, emocional e espiritual, mediante uma comunicação eficaz e terapêutica, no cuidado à família e no trabalho em equipa, onde todos se concentram numa mesma missão e objetivos (Regulamento n.º 188/2015).

A área da EMC dedicada à Pessoa em Situação Paliativa requer um conjunto específico de competências para assegurar as necessidades complexas e sensíveis das pessoas em situação de doença grave ou incurável, bem como dos seus familiares e cuidadores. A compreensão e aplicação eficaz desses pilares são essenciais para garantir a prestação de cuidados de alta qualidade e centrados na pessoa em situação paliativa. O Regulamento n.º 9429/2018 delinea detalhadamente essas competências que incluem:

“Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores ou familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;

Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto.”

Contextualizando essas competências no âmbito legislativo e normativo em Portugal, a Lei de Bases Dos Cuidados Paliativos, emerge como um marco regulatório essencial que estabelece os princípios, direitos e deveres para garantir acesso a CP de qualidade para doentes em fase avançada e terminal. A criação da RNCP, composta por unidades e equipas especializadas que oferecem uma variedade de serviços, como internamento, apoio intra-hospitalar, centro de dia, apoio domiciliário e consulta externa, tem como objetivo garantir a oferta de CP de qualidade a todo o país. A Lei de Bases também estabelece critérios de admissão na RNCP e assegura a mobilidade dos doentes entre os diferentes serviços da rede.

Ao considerar as competências específicas do EE em EMC à Pessoa em Situação Paliativa, é essencial compreender os aspetos técnicos e clínicos, os contextos legislativos, normativos e éticos que moldam a prestação desses cuidados em Portugal. Esta intersecção entre conhecimento teórico e prático é fundamental para garantir uma abordagem holística e de qualidade no cuidado às pessoas em fim de vida e suas famílias.

Durante o ENP, pude desenvolver as competências mencionadas e compreender a relevância de uma abordagem sensível e empática às necessidades da pessoa em situação paliativa e seus familiares. Em algumas situações, deparei-me com doentes cujas necessidades paliativas não eram devidamente reconhecidas pelas

equipas de cuidados, destacando a importância da diferenciação no cuidado e a necessidade contínua de sensibilização sobre CP em todos os contextos de saúde.

- **Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida**

Durante o ENP, tive a oportunidade de prestar cuidados a pessoas com doenças incuráveis, graves, incapacitantes e terminais, bem como às suas famílias. Essas condições revelaram o impacto significativo que têm não apenas para a pessoa em situação paliativa, mas também para a família, desencadeando uma variedade de desafios emocionais e práticos. Como enfermeira, a minha responsabilidade foi compreender as necessidades físicas e emocionais dessas pessoas e suas famílias, desenvolvendo planos de cuidados personalizados para melhorar a sua QV e proporcionar conforto. Essa experiência permitiu-me aprofundar os conhecimentos e estabelecer uma base sólida para refletir sobre as competências específicas do EE no cuidado à pessoa e família em situação paliativa.

A eficácia da intervenção junto da pessoa em situação paliativa e sua família depende da identificação prévia das necessidades de cuidados, determinadas através do diagnóstico de enfermagem. Durante o ENP, pude avaliar e identificar essas necessidades em diferentes dimensões, registando-as nos sistemas de informação disponíveis, incluindo a plataforma E4nursing da ESEP.

Em ambas as instituições, pude constatar a importância da observação e avaliação contínua dos sintomas, promovendo uma comunicação constante com a pessoa em situação paliativa e os seus familiares para garantir a minimização de desconfortos físicos e emocionais.

Na UCP, foi possível aprofundar o meu entendimento sobre a complexidade dos cuidados necessários para pessoas com doença oncológica em situação paliativa e fim de vida. Neste caso, além de destacar o controlo de sintomas específicos associados ao cancro, como dor, fadiga, náuseas, vômitos e dispneia, destaco também a importância do suporte emocional e psicossocial à pessoa em situação paliativa e família.

Já na EIHS CP, a identificação das necessidades dos doentes foi realizada através da revisão diária dos registos clínicos nos sistemas de informação da instituição, a fim de identificar as necessidades emergentes e ajudar na priorização das visitas e reavaliações. Além disso, a identificação de necessidades também foi realizada por meio de chamadas telefónicas domiciliárias, fornecendo triagem da situação e controlo dos sintomas, e, quando necessário, encaminhando para o SU. Essas experiências proporcionaram-me uma visão mais ampla dos CP, pois, embora os casos predominantes fossem de origem oncológica, também tive a oportunidade enriquecedora de trabalhar com doentes que enfrentavam outras doenças graves e incuráveis, como insuficiências de órgãos, situações de fragilidade, e pessoas com demência. Este contacto com diversas trajetórias de doença ampliou a minha compreensão das necessidades específicas de cada doente e família, fortalecendo a minha capacidade de oferecer cuidados holísticos e compassivos.

As intervenções baseadas em evidências têm como objetivo melhorar a QV de pessoas em situação paliativa, bem como dos seus familiares, respeitando as suas preferências individuais. Isso é alcançado através de um plano individualizado que aborda as necessidades físicas, emocionais e espirituais, promovendo o autoconhecimento e a capacitação dos envolvidos. É essencial atuar prontamente em situações de agravamento de sintomas, prevenir infeções e utilizar medidas farmacológicas e não farmacológicas para aliviar o sofrimento. O plano de cuidados é dinâmico e revisto conforme necessário, garantindo uma abordagem centrada na pessoa em situação paliativa e na melhoria contínua da sua QV.

Durante o ENP, as atividades desenvolvidas foram guiadas por uma abordagem multidimensional da pessoa em situação paliativa. Colaborei no desenvolvimento de planos de cuidados individualizados, que serviram como base para a promoção do bem-estar e da QV. Implementei intervenções baseadas em evidências para o controlo de sintomas, garantindo um ambiente de conforto e tranquilidade.

Além da administração de medicamentos, implementei intervenções não farmacológicas individualizadas em colaboração com a equipa multidisciplinar. Estas incluíram técnicas de respiração profunda, relaxamento muscular, musicoterapia, posicionamento adequado, massagem corporal, fanterapia, cuidados com a pele, higiene e hidratação oral, nutrição e ensino de técnicas de autocuidado.

A aplicação dessas intervenções demonstrou diversos benefícios, como a facilidade de implementação em diversos ambientes de cuidado, inclusive no domicílio da pessoa em situação paliativa. Consideradas práticas e seguras, com baixo risco de efeitos adversos puderam ser adaptadas a diferentes necessidades e contextos, permitindo uma abordagem personalizada do cuidado. Diante dessas vantagens, as intervenções não farmacológicas assumem um papel crucial na gestão de sintomas em pessoas com doenças avançadas, complementando as intervenções farmacológicas e proporcionando um cuidado mais humanizado e centrado na pessoa.

Ao reconhecer a importância de prontidão diante de sintomas descontrolados, familiarizei-me com protocolos de intervenção para situações urgentes. Antecipei potenciais situações de agravamento do estado dos doentes, discutindo estratégias de cuidado com a equipa e atualizando-as conforme a evolução clínica. Utilizei escalas de avaliação de sintomas regularmente, adaptando-as ao estado cognitivo de cada doente.

Além disso, colaborei na educação e capacitação de cuidadores ou familiares sobre técnicas de cuidado, controlo de sintomas e administração de medicamentos, promovendo autonomia e segurança no ambiente domiciliário. Ao mesmo tempo, incentivei estratégias de autocuidado e bem-estar tanto para a pessoa em situação paliativa quanto para os seus familiares ou cuidadores, reconhecendo a importância do apoio emocional e do aconselhamento para lidar com os desafios emocionais e psicossociais associados ao processo de doença.

Para assegurar o conforto espiritual e religioso, quando desejado, foi possível oferecer suporte adequado, contribuindo para o conforto e a paz interior. Além disso, foram implementadas medidas preventivas para evitar complicações, como úlceras de pressão, desnutrição e infeções, através de cuidados adequados e

avaliação constante. Colaborei com outros profissionais de saúde, para garantir uma abordagem holística e coordenada do cuidado, adaptando continuamente o plano de cuidados às necessidades individuais de cada doente. Contribuí para a melhoria dos CP oferecidos, apoiei e acompanhei os colegas das equipas promovendo o bem-estar profissional.

Esta experiência, proporcionou-me um raciocínio profundo da importância de uma abordagem compassiva e centrada na pessoa, respeitando sempre a sua dignidade e os seus desejos ao longo do processo de fim de vida.

Envolver os familiares e cuidadores nesta etapa é fundamental para otimizar os resultados na satisfação das necessidades da pessoa em situação paliativa e dos seus entes queridos. Para isso, foi importante conduzir reuniões periódicas para avaliar as necessidades, conferências familiares para tomar decisões colaborativas, e atualizar o plano de intervenção em parceria com os cuidadores ou familiares. Esta abordagem assegura que todas as preocupações sejam ouvidas e abordadas adequadamente, promovendo um cuidado abrangente e compassivo que respeita a dignidade e o bem-estar de todos os envolvidos.

Com base nos resultados da avaliação inicial, foram desenvolvidos planos de cuidados individualizados, adaptados às necessidades específicas de cada doente e família. Identificar os principais focos diagnósticos personalizados foi parte integrante desse processo, garantindo que cada plano de cuidados fosse direcionado para abordar as preocupações mais relevantes para o doente e família. Ao desenvolver esses planos de cuidados, procurou-se validar as decisões com os doentes sempre que possível, reconhecendo a sua autonomia e envolvendo-os ativamente no processo de tomada de decisão. Foi importante estar disponível para ajustar os planos conforme necessário, respondendo a mudanças no estado de saúde ou surgimento de novas preocupações ao longo do tempo.

Durante as interações diárias, seguiram-se rigorosamente os planos de cuidados estabelecidos, sempre respeitando o ritmo individual de cada doente, a sua privacidade e as suas preferências. Além disso, consideraram-se todas as dimensões que poderiam influenciar os sintomas, incluindo aspetos físicos, emocionais, familiares e espirituais.

As visitas familiares foram uma parte fundamental, proporcionando oportunidades valiosas para estabelecer uma relação terapêutica com os familiares, entender as suas expectativas em relação ao processo de doença e esclarecer dúvidas sobre os CP. Durante as conferências familiares, pôde-se promover a partilha de informações, planear a transição de cuidados, capacitar os familiares ou cuidadores e identificar futuras necessidades. Foi possível reconhecer a importância de integrar a família no cuidado à pessoa em situação paliativa e fim de vida. No entanto, também foram enfrentados desafios como a “conspiração do silêncio”, que prejudicou a relação entre o doente e a família. Em tais situações, foi essencial compreender as motivações subjacentes e melhorar a comunicação para promover um ambiente de compreensão e apoio mútuo.

Ao longo do ENP, foram desenvolvidas habilidades comunicativas fundamentais para uma prestação de cuidados eficaz, reconhecendo que a comunicação aberta e empática é essencial para garantir o bem-estar tanto do doente quanto da sua família. Em suma, a minha experiência no ENP proporcionou uma compreensão mais profunda da importância de envolver os cuidadores ou familiares no processo de cuidado. É essencial promover uma intervenção multidisciplinar em colaboração com os serviços de apoio. Isso implica adaptar as estratégias de comunicação para todos os envolvidos e dinamizar o trabalho em equipa, promovendo a partilha e potencializando os contributos individuais no processo de tomada de decisão.

Uma atividade fundamental consiste no planeamento cuidadoso e na coordenação com diferentes profissionais e serviços de saúde. Isso inclui o processo de admissão e acompanhamento, que se inicia com a referência para a equipa especializada. Após esse procedimento, o doente é incluído numa lista de espera até à primeira avaliação pela equipa, sendo então acompanhado de acordo com as suas necessidades, tanto em ambiente hospitalar quanto domiciliário. No entanto, identificou-se durante o ENP a referência tardia de doentes, muitas das vezes já em fase terminal, resultando em falecimento antes da avaliação pela equipa.

Particpei na receção e acolhimento de doentes provenientes de diferentes origens, como SU, internamento, domicílio e consulta. O acolhimento da família foi sempre uma prioridade, com o objetivo de compreender e abordar as suas necessidades emocionais, sociais e práticas.

Durante as reuniões multidisciplinares, discutia-se o plano de cuidado de cada doente, garantindo uma abordagem personalizada e adaptada às suas preferências, valores e objetivos. Além disso, também foram fornecidas orientações sobre CP, ajudando os doentes e famílias a tomar decisões informadas sobre cuidados e planeamento avançado.

Em resumo, as atividades desenvolvidas durante o ENP tinham como objetivo garantir a transição suave entre os diferentes ambientes de cuidado, proporcionando suporte adequado tanto aos doentes como à família durante essa fase delicada da vida.

- **Estabelece relação terapêutica com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto.**

Na prática de enfermagem, a relação terapêutica é o elemento fundamental que ultrapassa o cuidado prestado. Essa relação envolve uma interação genuína entre o profissional de saúde e o doente, bem como com a sua família. Construída sobre o respeito mútuo pelos valores, crenças e desejos de cada um dos intervenientes, o objetivo principal é satisfazer as necessidades dos mesmos. Ao estabelecer esta conexão, promove-se o bem-estar físico e emocional, contribuindo para uma maior autonomia da pessoa em situação paliativa.

O envolvimento ativo do doente e família na elaboração e ajuste do plano de cuidados desempenha um papel crucial na consolidação desta relação terapêutica. Esse compromisso fortalece laços e reforça a confiança na

equipa de saúde. Os cuidados devem ser adaptados às necessidades reais e às preocupações específicas de cada um dos envolvidos. Comunicar de forma eficaz e empática são competências fundamentais para o sucesso dessa parceria e para a maior efetividade dos cuidados. É através dessa abordagem humanizada que se promove o respeito pela dignidade da pessoa em situação paliativa, garantindo cuidados personalizados e alinhados com as suas expectativas.

Durante o ENP, empenhei-me em estabelecer parcerias com o doente na construção de planos de cuidados, considerando também as necessidades dos seus familiares e cuidadores.

O respeito à singularidade e autonomia da pessoa em situação paliativa envolve compreender as suas necessidades individuais, assim como dos seus familiares ou cuidadores, em todas as fases do processo de morrer e de luto. Isso inclui mobilizar conhecimentos socioculturais e espirituais, estabelecer planos assistenciais adaptados ao estadio de luto, facilitar uma comunicação eficaz entre os envolvidos, oferecer apoio contínuo durante as perdas e encaminhar para recursos adicionais conforme necessário. O objetivo é garantir cuidados sensíveis e personalizados que respeitem as preferências e vontades da pessoa em situação paliativa.

Uma das principais atividades desenvolvidas foi a realização de avaliações multidisciplinares dos doentes, envolvendo a análise da sua condição clínica e compreensão da sua história de vida, valores, crenças e desejos. Essa abordagem permitiu-me desenvolver planos adaptados a cada estadio do processo de luto, garantindo cuidados personalizados e sensíveis às preferências da pessoa em situação paliativa.

O diálogo aberto e honesto foi essencial para garantir que as decisões fossem tomadas de acordo com as vontades do doente e para fornecer o apoio emocional necessário durante esse período difícil. Colaborei como intermediária, garantindo que a pessoa em situação paliativa e seus familiares ou cuidadores recebessem todo o suporte necessário para enfrentar os desafios associados à doença terminal e ao processo de luto. Isso incluiu uma cooperação com a equipa assistente na realização de planos de cuidados para controlo de sintomas físicos ou psicoemocionais.

Além disso, participei nas visitas diárias, oferecendo apoio emocional e ajudando-os a lidar com as perdas graduais e progressivas resultantes do avanço da doença. Também colaborei na promoção da conexão entre os doentes e famílias, respeitando as preferências e vontades dos mesmos. Isso envolveu uma colaboração com a equipa, desenvolvimento de técnicas comunicacionais, consciencialização dos familiares sobre a evolução da doença e encaminhamento para recursos na comunidade, quando necessário.

As parcerias terapêuticas entre doente, família e profissionais de saúde são essenciais para oferecer cuidados holísticos e centrados na pessoa. Isso envolve colaboração ativa em todas as etapas, desde o planeamento até a execução dos cuidados, garantindo que as preferências e desejos da pessoa em situação paliativa sejam respeitados. As metas e prioridades dos cuidados são estabelecidas em conjunto, em limites mutuamente acordados, para garantir que os cuidados prestados sejam verdadeiramente personalizados e compassivos. Essas parcerias permitem uma abordagem humanizada e significativa durante um momento desafiador.

Uma responsabilidade comum ao longo do ENP foi a de realizar entrevistas de admissão e avaliação, onde tive a oportunidade de conhecer os doentes e suas famílias. Durante essas entrevistas, ouvi atentamente, procurando compreender as suas necessidades, bem como as suas preferências e desejos em relação aos cuidados. Essa interação inicial permitiu estabelecer uma base sólida para o desenvolvimento de planos de cuidados personalizados.

Na elaboração desses planos de cuidados foram desenvolvidas estratégias que respondessem às necessidades individuais de cada doente, respeitando as suas metas e prioridades. Ao participar nas reuniões de equipa, o progresso dos doentes e o ajuste dos respetivos planos que eram o foco, permitiram-me contribuir com insights e perspetivas promovendo uma compreensão mais ampla.

O EE também desempenha um papel fundamental na educação da pessoa em situação paliativa, familiares e cuidadores. O fornecimento de informações educacionais e materiais informativos, permite uma melhor compreensão da natureza da doença, das opções de tratamento, do controlo de sintomas e de outros aspetos, facilitando decisões informadas e que se sintam mais preparados para enfrentar os desafios que surgem.

Facilitar a comunicação entre doentes, família e profissionais de equipa, é outra responsabilidade essencial. Garantir que todas as partes fossem ouvidas e que as suas preocupações e preferências fossem respeitadas, contribuiu para um ambiente de cuidado mais colaborativo, onde as parcerias terapêuticas floresciam e o bem-estar dos doentes era sempre priorizado.

Durante o ENP, colaborei no sentido de manter uma esperança realista, reconhecendo os desafios e limitações da situação. Ao mesmo tempo, destacava os aspetos positivos e as oportunidades de melhoria de conforto e QV através de conversas compassivas e de apoio emocional, respeitando as suas preferências e necessidades individuais.

Foi importante colaborar no ensino e capacitação dos familiares ou cuidadores na prestação de cuidados, garantindo que estivessem bem preparados para apoiar os doentes em casa. Isso incluiu a transmissão de conhecimentos práticos sobre cuidados básicos, administração de medicamentos e reconhecimento de sinais de alerta, além de os envolver na tomada de decisões relacionadas com o tratamento e bem-estar do doente.

Oferecer apoio emocional e prático aos cuidadores e membros da equipa também é fundamental para promover o bem-estar de todos os envolvidos. Isso inclui reconhecer e lidar com sinais de exaustão física e emocional, além de fornecer suporte adequado e praticar a escuta ativa.

Refletir em equipa sobre o estado emocional dos familiares ou cuidadores e identificar sinais de sobrecarga e exaustão foi uma atividade importante durante o ENP, permitindo oferecer apoio adequado, reconhecendo o trabalho realizado e fornecendo suporte emocional tanto à pessoa em situação paliativa quanto aos seus entes queridos.

Além disso, organizaram-se sessões educativas focadas no autocuidado do profissional de saúde. Isso é crucial para garantir que os enfermeiros mantenham um equilíbrio saudável, físico e emocional. Aprendendo técnicas

para lidar com o stress e relaxar, os profissionais podem enfrentar de maneira mais eficaz as pressões emocionais e físicas associadas a trabalho especializado em CP.

Desenvolvimento de competências em investigação

De acordo com as diretrizes estabelecidas no documento da OE de 2021 sobre 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”, é esperado que o EE demonstre competências para consultar e utilizar a evidência científica. Em resposta a essa exigência, foi realizada uma revisão rápida da literatura que se apresenta de seguida, conforme já mencionado anteriormente.

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS QUE PROMOVEM O CONFORTO DA PESSOA COM DISPNEIA EM SITUAÇÃO PALIATIVA E FIM DE VIDA - REVISÃO RÁPIDA

Introdução

A dispneia, ou falta de ar, emerge como um dos sintomas mais prevalentes e desafiadores para pessoas com doenças crônicas, progressivas e incuráveis, particularmente nas fases mais avançadas. O seu impacto físico e emocional é significativo, intensificando-se nas últimas semanas de vida e gerando angústia tanto para os doentes quanto para os seus familiares.

No contexto dos CP, definidos pela OMS (2022) como uma abordagem focada na melhoria da QV de doentes e suas famílias diante de doenças que ameaçam a vida, o controlo da dispneia desempenha um papel fundamental. A ênfase recai sobre o alívio do sofrimento e a promoção do conforto, proporcionando a melhor QV possível à pessoa em situação paliativa e sua família.

A gestão eficaz da dispneia em CP exige uma abordagem ampla e individualizada, com foco na eliminação ou, pelo menos no alívio do sintoma. Nesse sentido, as estratégias não farmacológicas assumem um papel fundamental, complementando as intervenções farmacológicas e contribuindo para o bem-estar físico, psicossocial e espiritual da pessoa com doença avançada e incurável.

A investigação em enfermagem destaca-se como um pilar essencial para o avanço da área da saúde, garantindo a prestação de cuidados de alta qualidade e segurança aos doentes. Através de pesquisas rigorosas e atualizadas, os profissionais de enfermagem podem melhorar as suas práticas e contribuir para a gestão eficaz de dispneia em CP, promovendo o conforto, a dignidade e a melhor qualidade de vida possível.

De acordo com Hamel et al. (2021), uma revisão rápida sintetiza o conhecimento de forma a agilizar o processo de uma revisão sistemática tradicional, simplificando ou omitindo diversos métodos para produzir evidências de forma mais eficiente em termos de recursos. Essa abordagem tem sido recomendada pela Cochrane, conforme destacado por (Garritty et al., 2021). O *Joanna Briggs Institute* (JBI) também reconhece esse método, caracterizando as revisões rápidas pela omissão, abreviação ou simplificação das etapas tradicionais de uma revisão sistemática (Tricco et al., 2022). Resumidamente, as revisões rápidas fornecem informações oportunas a baixo custo, simplificam os processos e permitem uma análise mais rápida, tornando-as altamente eficazes para responder às necessidades prementes na área da saúde.

Nesta revisão, exploram-se as principais intervenções não farmacológicas utilizadas no controlo da dispneia em pessoas em situação paliativa e fim de vida, destacando a importância dessas intervenções na gestão holística dos sintomas respiratórios. Ao compreender e implementar eficazmente essas intervenções, os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, podem desempenhar um papel fundamental na promoção do conforto e na melhoria da QV das pessoas em situação paliativa e fim de vida.

Justificação da problemática

A dispneia segundo o ICN (2019), é descrita como o “movimento laborioso da entrada e saída de ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, sensações de desconforto e ansiedade”. Por sua vez, a ATS define dispneia como “uma experiência subjetiva de desconforto respiratório que consiste em sensações qualitativamente distintas que variam na intensidade”.

De acordo com uma revisão integrativa conduzida por Zamparetti et al. (2022), a dispneia transcende uma simples resposta fisiológica ao esforço físico, sendo definida como uma percepção subjetiva que pode surgir independentemente da presença de doença e pode afetar significativamente a função e a QV das pessoas. Descrita em termos físicos, emocionais, socioeconómicos e ambientais, destaca-se pela sua complexidade e impacto vasto.

No contexto de CP, a dispneia é um sintoma de elevada incidência e constitui um dos sintomas mais angustiantes e desestabilizadores na pessoa com doença avançada, aumentando em prevalência e intensidade ao longo das últimas semanas de vida (Severino, 2021). Abrange cerca de 21 a 90% dos doentes com cancro, com ou sem envolvimento pulmonar, e uma porção considerável de 24% dos doentes não apresenta doença cardiopulmonar (Carvalho, 2012).

A dispneia não controlada gera angústia, medo e sofrimento, impactando significativamente a QV do doente, privando-o da sua autonomia e dignidade. A procura por um tratamento adequado e eficaz torna-se essencial para aliviar o sofrimento e assegurar o seu bem-estar. Compreender a dispneia como um fenómeno multifacetado, intrinsecamente ligado à experiência individual de cada doente, é essencial para o desenvolvimento de abordagens terapêuticas mais eficazes. Essa compreensão holística permite que os profissionais de saúde identifiquem as causas subjacentes da dispneia, além de fornecer suporte emocional e psicológico para lidar com o sintoma. A implementação de estratégias individualizadas, baseadas nessa compreensão é fundamental para garantir a QV daqueles que sofrem com este sintoma.

Segundo Severino (2021), “a gestão da dispneia em CP implica a integração de intervenções farmacológicas e não farmacológicas desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar de modo a dar resposta às múltiplas necessidades comprometidas na pessoa e cuidador/família”. Os enfermeiros fazem parte dessa equipa multidisciplinar e desempenham um papel fundamental no reconhecimento precoce da dispneia, desenvolvimento de estratégias de controlo, bem como no apoio psicossocial tanto ao doente quanto ao cuidador/família, enfrentando desafios que requerem habilidades técnicas e suporte emocional para lidar com dilemas éticos constantes (Severino, 2021).

O presente estudo é motivado pela necessidade de melhorar a QV das pessoas em diferentes fases da doença, considerando as suas necessidades específicas e as intervenções que exigem conhecimento e formação especializada. Pretende-se contribuir para a excelência nos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação paliativa que sofre com dispneia. Especificamente, pretende-se responder à seguinte questão de

pesquisa: Quais as intervenções não farmacológicas que promovem o conforto da pessoa com dispneia em situação paliativa e fim de vida?

Finalidade e objetivos do estudo

O estudo tem como objetivo identificar as intervenções não farmacológicas que promovem o conforto da pessoa com dispneia em situação paliativa e fim de vida. Os resultados desta pesquisa serão compartilhados com as equipas de enfermagem onde desenvolvo o meu ENP, de forma a contribuir para a melhoria da QV das pessoas com doença avançada e incurável. Acredita-se que este estudo possa ter impactos positivos na prática clínica, orientando os profissionais de saúde na prestação de cuidados mais humanizados e individualizados. Nesse sentido, espera-se identificar e analisar as intervenções não-farmacológicas mais eficazes para aliviar o sofrimento e promover o conforto da pessoa com dispneia em situação paliativa e fim de vida. Para uma compreensão mais aprofundada desse fenómeno, foi definido o seguinte objetivo específico:

- Identificar intervenções não farmacológicas disponíveis na literatura que promovam o conforto da pessoa com dispneia em situação paliativa e fim de vida.

Este estudo procura, portanto, ampliar o conhecimento sobre a atuação dos profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, na gestão e controlo da dispneia em pessoas em situação paliativa e fim de vida. Além disso, procura contribuir para a implementação adequada de cuidados técnicos e humanizados, com o objetivo de minimizar a dispneia em contexto de CP.

Estratégia de pesquisa

A pesquisa adota a mnemónica PCC, que envolve a análise da População, Conceito e Contexto. Estabelecemos os critérios de inclusão da seguinte forma: para a População consideramos profissionais da área da saúde; em relação ao Conceito concentramo-nos em Intervenções não farmacológicas para o controlo da dispneia da pessoa em situação paliativa e fim de vida; e no que diz respeito ao Contexto priorizamos os Cuidados Paliativos (Quadro 1).

População	Conceito	Contexto
Profissionais de saúde que cuidam de pessoas em situação paliativa e fim de vida	Intervenções não farmacológicas utilizadas para o controlo da dispneia da pessoa em situação paliativa e fim de vida	Cuidados Paliativos

Quadro 1: Mnemónica PCC de acordo com a questão de interesse

Definimos como critérios de exclusão estudos que não estão disponíveis em texto integral. Os critérios de elegibilidade seguem os seguintes parâmetros: consideramos publicações disponíveis em Inglês e dos últimos 5 anos. A pesquisa na base de dados ocorreu em outubro de 2023.

A estratégia de pesquisa utilizada para a presente revisão foi iniciada através da pesquisa genérica em bases de dados eletrônicas, com termos relacionados com o tema em análise e posterior leitura no sentido de identificar possíveis *searchterms* para a presente investigação. Posteriormente foram identificados descritores de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH) e *Medical Subject Headings* (MeSH).

A pesquisa foi conduzida apenas numa base de dados - MEDLINE Complete, disponível na EBSCOhost da biblioteca virtual da ESEP, obedecendo às recomendações do *Cochrane Rapid Review* (Garritty et al., 2021), utilizando a seguinte frase booleana: *"palliative care" OR "medicine palliative" OR "hospice nursing" OR "nursing hospice" OR "end of life care" OR "terminal care" AND "non-pharmacological interventions" OR "non pharmacology interventions" AND "breath*" OR "dyspnea" OR "shortness"*. A estratégia de pesquisa envolveu o uso da frase booleana, aplicada tanto ao título, quanto ao resumo ou aos termos de assunto, na base de dados referida.

Seleção do estudo

A seleção dos estudos foi realizada de forma independente por dois revisores através da plataforma informática *Rayyan* QCRI. Inicialmente, os artigos foram selecionados através do rastreamento de título e resumo por dois revisores independentes, e quaisquer discordâncias entre os dois revisores foram resolvidas por consenso. Em seguida, foi realizada a leitura do texto integral dos artigos que cumpriam os critérios de elegibilidade por apenas um revisor, que aplicou critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

Extração de dados

A extração de dados relevantes dos artigos selecionados foi realizada por apenas um revisor, e os dados extraídos foram sintetizados num quadro. Nesse quadro, foram identificados o nome do autor (ou autores), o ano e país da publicação, o objetivo do estudo, o tipo de estudo, os participantes e as intervenções não farmacológicas que promovem o conforto da pessoa em situação paliativa e fim de vida.

A pesquisa, conforme apresentada na (figura 1), identificou 343 estudos provenientes da base de dados mencionada anteriormente, que poderiam ser potencialmente incluídos nesta revisão. Foram removidos oito estudos por duplicação. Após a leitura do título e resumo, 320 estudos foram excluídos. Dos 15 estudos restantes, após leitura integral do texto, 11 foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão e exclusão pré-definidos, resultando um total de 4 estudos elegíveis para análise integral.

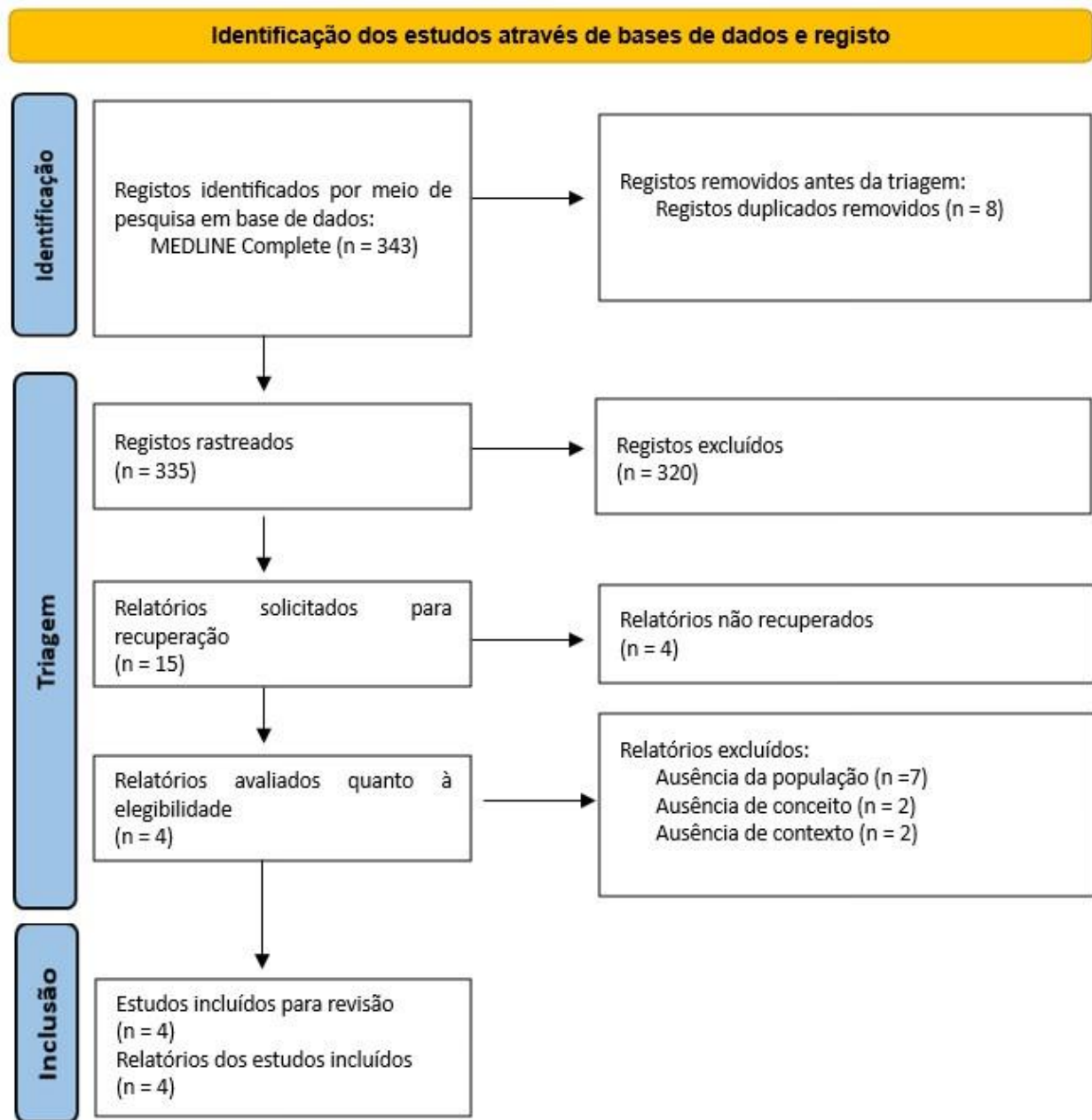


Figura 7: Fluxograma PRISMA do processo de seleção e inclusão dos estudos. *From: Page et al., (2021).*

Os 4 estudos elegíveis foram analisados integralmente, e os dados relevantes foram extraídos e Sintetizados para responder ao objetivo e à questão de investigação desta revisão. Esses dados extraídos encontram-se sumariados no quadro apresentado a seguir (Quadro 2).

Autor, Ano, País	Objetivo	Tipo de estudo	Participantes	Intervenções não farmacológicas que promovem o conforto da pessoa em situação paliativa e fim de vida
Ansari et al., (2019) Estados Unidos da América	Destacar as evidências mais recentes sobre a gestão de sintomas na DPOC grave e apresentar o papel do planeamento da preparação e dos cuidados de acordo com os objetivos, a fim de ajudar os médicos da linha de frente a fornecer CP primários aos doentes com DPOC grave.	Revisão da literatura	Médicos e prestadores de cuidados	<p>Ventiladores: Podem ajudar a melhorar a oxigenação e a respiração dos doentes, proporcionando alívio da dispneia e melhorando a qualidade de vida.</p> <p>Posicionamento adequado: A posição do doente pode influenciar a respiração e o conforto. Posicionar o doente de forma adequada, como elevar a cabeceira da cama, pode facilitar a respiração e reduzir a dispneia.</p> <p>Auxiliares de marcha: O uso de dispositivos de auxílio à marcha pode ajudar os doentes a movimentarem-se com mais facilidade, melhorando a capacidade de realizar atividades diárias.</p> <p>Treino cognitivo-comportamental: Pode ajudar os doentes a lidar com a dispneia por meio de técnicas de controlo da ansiedade, reestruturação cognitiva e estratégias de enfrentamento.</p> <p>Reabilitação pulmonar: Programa de exercícios e educação destinado a melhorar a capacidade pulmonar, a resistência física e a qualidade de vida dos doentes.</p>
Hui et al., (2021) Estados Unidos da América	Fornecer diretrizes e recomendações para a gestão da dispneia em doentes com cancro avançado.	Revisão sistemática da literatura	Profissionais de saúde, doentes e cuidadores informais envolvidos no processo de cuidado.	<p>Intervenções de fluxo de ar: O movimento do ar sobre o rosto pode estimular o nervo trigémeo e modular a sensação de dispneia, associado ao seu alívio rápido.</p> <p>Oxigénio suplementar padrão: Deve estar disponível para doentes com hipoxemia que apresentem dispneia, de forma contínua ou quando fazem maior esforço.</p> <p>Ventilação não-invasiva (VNI): Para doentes que apresentam dispneia significativa apesar das medidas padrão e não têm contraindicações. Pode melhorar a oxigenação e ventilação, fornecendo pressão expiratória final positiva e aumentando os músculos respiratórios. Deve ser utilizado com cautela, podendo ser mais penoso do que benéfico em alguns casos.</p> <p>Oxigenoterapia nasal de alto fluxo (ONAF): Para doentes com dispneia e hipoxemia significativas apesar do oxigénio suplementar. Consiste na administração de oxigénio aquecido e humidificado. Pode aliviar a dispneia por múltiplos mecanismos, como melhorar a ventilação, estimular os nervos trigémeos, aumentar a</p>

				<p>pressão positiva nas vias aéreas e reduzir o trabalho respiratório. O doente pode escolher a cânula nasal mais adequada, definir a temperatura que melhor tolera e o fluxo mais confortável.</p> <p>Programas de educação e autogestão: Envolvem educar os doentes sobre a natureza da dispneia, desenvolver estratégias de enfrentamento, aprender sobre técnicas e posturas respiratórias, fornecer apoio emocional e estabelecer metas.</p> <p>Técnicas de respiração: Consiste na respiração com lábios franzidos, respiração abdominal e cronometrada.</p> <p>Programas de fisioterapia, musicoterapia, atenção plena como imagens guiadas e meditação.</p> <p>Acupressão ou reflexologia.</p>
Krajnik et al., (2022) Reino Unido	Descrever e comparar as práticas de gestão dos médicos de medicina respiratória e cuidados paliativos em toda a Europa para a falta de ar nas doenças pulmonares crónicas e explorar a relação entre o conhecimento das diretrizes e a prática clínica.	Estudo observacional transversal	Médicos especialistas em medicina respiratória e em cuidados paliativos	<p>Treino físico: Para fortalecer os músculos respiratórios e melhorar a capacidade de exercício do doente.</p> <p>Reabilitação pulmonar: Consiste num programa de exercícios e educação destinado a melhorar a capacidade pulmonar, e a qualidade de vida.</p> <p>Técnicas respiratórias</p> <p>Posicionamento corporal</p> <p>Ventilador portátil</p> <p>Auxiliares de marcha</p> <p>Intervenções meditativas e cognitivas</p>
Obarzane k & Campbell, (2022) Estados Unidos da América	Fornecer aos enfermeiros oncológicos orientações sobre a dispneia em doentes com cancro avançado, incluindo avaliação adequada e abordagens para intervenções farmacológicas e não farmacológicas.	Revisão da literatura	Enfermeiros oncológicos	<p>Posicionamento: Intervenção simples que pode promover conforto respiratório. Consiste em posicionar o doente em posição vertical, utilizando almofadas para auxiliar se necessário e incentivar o doente a adotar a posição tripé, inclinando-se para a frente com as mãos nos joelhos para apoio. Este posicionamento auxilia na redução do diafragma e no aumento da capacidade de volume pulmonar.</p> <p>Intervenções de fluxo de ar: Consiste em direcionar um ventilador portátil ou de mesa para o rosto do doente por 5 a 10 minutos, ou posicionar o doente junto de uma janela aberta.</p>

				<p>Técnicas de respiração e relaxamento: Inclui a prática comumente utilizada de “cheirar as rosas e soprar as velas” e técnicas de relaxamento como meditação, oração, imagens guiadas ou musicoterapia.</p> <p>Educação do doente e da família: Consiste na orientação do doente e família sobre a dispneia e a experiência dos sintomas.</p>
--	--	--	--	---

Quadro 2: Quadro de extração de dados dos estudos incluídos na revisão rápida

Resultados

Com a presente revisão rápida, pretende-se explorar as intervenções não farmacológicas disponíveis na literatura que visam promover o conforto da pessoa em situação paliativa e fim de vida.

Para cumprir os objetivos delineados, foram selecionados quatro estudos relevantes, publicados entre 2019 e 2022, provenientes de diversas regiões geográficas, incluindo Estados Unidos da América, Reino Unido e Irlanda. A escolha desses estudos proporciona uma visão abrangente das intervenções não farmacológicas para o controlo da dispneia em CP, considerando contextos de pesquisa distintos e culturas de prestação de cuidados diversas.

A metodologia dos estudos abrange uma revisão da literatura, uma revisão sistemática, um estudo observacional transversal e uma revisão narrativa. Essa variedade de métodos de pesquisa contribui para uma compreensão mais ampla das intervenções não farmacológicas disponíveis na literatura e a sua eficácia no alívio da dispneia da pessoa em situação paliativa e fim de vida.

Todos os estudos fazem referência aos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros que prestam cuidados a pessoas em situação paliativa e fim de vida.

Interpretação e discussão dos resultados

A complexidade subjacente à dispneia, que abrange uma variedade de dimensões que influenciam tanto o corpo quanto o comportamento do doente, foi destacada por Wittry et al. (2018) e Patel (2018). Estes autores salientam a importância de considerar as dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais na gestão da dispneia. Nesse contexto, a fundamentação das intervenções em evidências científicas é crucial, dado que a dispneia é um sintoma comum e desafiador, que afeta os doentes, famílias, e profissionais de saúde envolvidos.

No Guia Prático do Controlo Sintomático, Cipriano et al., (2021) afirmam que a dispneia é comumente associada a um prognóstico desfavorável e destacam a necessidade de identificar e tratar as suas causas

reversíveis. Em casos onde as causas são irreversíveis, Severino (2021) destaca a importância de realizar uma anamnese detalhada, considerando todas as dimensões do doente e respeitando as suas preferências e objetivos de tratamento.

As diversas estratégias exploradas nesta revisão rápida proporcionam *insights* valiosos para aliviar a dispneia e melhorar a QV da pessoa em situação paliativa, contribuindo para a redução do seu sofrimento. O objetivo principal é responder à questão de pesquisa: “Quais as intervenções não farmacológicas que promovem o conforto da pessoa com dispneia em situação paliativa e fim de vida?”

Nos estudos analisados, respondendo à questão de pesquisa e corroborando com Severino (2021), as intervenções não farmacológicas são parte integrante do processo de gestão da dispneia em CP, sendo fundamentais para proporcionar conforto e QV à pessoa em situação paliativa e fim de vida, além de auxiliar no enfrentamento dos desafios físicos e emocionais associados.

Foram identificadas diversas intervenções não farmacológicas eficazes para promover o conforto e melhorar a QV da pessoa em situação paliativa com dispneia. Algumas das intervenções mencionadas nos estudos revisados incluem: ventiladores, intervenções de fluxo de ar ou fanterapia, oxigênio suplementar, VNI, ONAF, técnicas de respiração, técnicas de relaxamento e reabilitação respiratória, acupressão e reflexologia, treino físico ou fisioterapia, posicionamento adequado, auxiliares de marcha, treino cognitivo-comportamental, intervenções meditativas e cognitivas, e programas de educação e autogestão do doente e família.

A utilização de ventiladores e intervenções de fluxo de ar, conhecida como fanterapia, surge como uma abordagem significativa para o alívio da dispneia em CP. Ansari et al. (2019) destacam a eficácia dos ventiladores na melhoria da oxigenação e respiração em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) grave, proporcionando alívio da dispneia e melhorando a QV. Hui et al. (2021) fornecem diretrizes abrangentes para o controlo da dispneia em doentes com cancro avançado, ressaltando a eficácia das intervenções de fluxo de ar, como o movimento do ar sobre o rosto, que pode estimular o nervo trigêmeo e modular a sensação de dispneia, resultando em alívio rápido. A pesquisa de Obarzanek & Campbell, (2022) também ressalta a importância dessas intervenções no controlo da dispneia em doentes com cancro avançado, observando que direcionar um ventilador portátil ou de mesa para o rosto do doente por alguns minutos, ou posicioná-lo próximo a uma janela aberta, pode proporcionar alívio temporário. Krajnik et al. (2022) observam que médicos especialistas em medicina respiratória e CP frequentemente utilizam essas intervenções para proporcionar alívio aos doentes.

A fanterapia representa uma intervenção prática que incorpora elementos de estimulação sensorial, contribuindo para o bem-estar do doente e permitindo que mantenham certa mobilidade e autonomia, mesmo em ambientes externos ao hospital.

O oxigênio suplementar é destacado por Hui et al. (2021) como crucial para doentes com hipoxemia e dispneia, seja de forma contínua ou em momentos de maior esforço, essencial para garantir níveis adequados de oxigênio no sangue e melhorar a função pulmonar, aliviando os sintomas respiratórios, especialmente a

dispneia. Além disso, a VNI é mencionada como uma estratégia para doentes com IR hipercápnica, utilizando dispositivos como CPAP (pressão positiva contínua nas vias aéreas) ou BiPAP (pressão positiva bifásica nas vias aéreas), com o objetivo de melhorar as trocas gasosas e reduzir a dispneia, proporcionando conforto respiratório. A ONAF também é reconhecida como uma abordagem eficaz, fornecendo uma mistura precisa de ar e oxigénio diretamente nas vias aéreas do doente, melhorando a oxigenação e reduzindo a dispneia, além de proporcionar conforto respiratório e permitir uma correção mais eficaz da hipoxemia.

No entanto, é fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos aos sinais de desconforto, ansiedade ou dificuldades relacionadas com as intervenções, ajustando o plano de cuidados de acordo com as necessidades e preferências da pessoa em situação paliativa. A comunicação eficaz desempenha um papel fundamental na avaliação da perceção de conforto, tolerância e benefícios das intervenções, promovendo uma abordagem mais humanizada e centrada na pessoa em situação paliativa.

As técnicas de respiração, relaxamento e reabilitação respiratória desempenham um papel importante no controlo da dispneia em doentes em CP, segundo vários autores. Ansari et al. (2019) destacam a reabilitação pulmonar como um programa abrangente de exercícios destinado a melhorar a capacidade pulmonar, a resistência física e a QV dos doentes com DPOC grave. Através de exercícios específicos e orientação especializada, os doentes podem aprender a controlar melhor a sua respiração e a lidar mais eficazmente com a dispneia.

Adicionalmente, Hui et al. (2021) salientam técnicas de respiração específicas, como a respiração com lábios franzidos, respiração abdominal e respiração cronometrada, que ajudam a controlar a respiração e reduzir a sensação de dispneia. Krajnik et al. (2022) e Obarzanek & Campbell (2022) complementam essas abordagens com técnicas de respiração profunda, respiração diafragmática e respiração controlada, ressaltando a importância da reabilitação respiratória para melhorar a capacidade pulmonar e a QV.

Além disso, as técnicas de relaxamento também desempenham um papel significativo, conforme destacado por Hui et al. (2021), para reduzir o stress, a ansiedade e a tensão muscular, contribuindo para uma respiração mais tranquila e controlada. Essas práticas promovem o relaxamento do corpo e da mente, auxiliando no alívio da dispneia e na melhoria do conforto respiratório.

Krajnik et al. (2022) e Obarzanek & Campbell (2022) ampliam as técnicas de relaxamento, incluindo práticas de atenção plena, como imagens guiadas, meditação e musicoterapia. Ao promoverem a calma e a redução da resposta ao stress, estas técnicas contribuem para uma respiração mais tranquila e controlada, auxiliando no controlo da dispneia.

Além disso, Hui et al. (2021) destacam a acupressão e a reflexologia como terapias que estimulam pontos específicos do corpo para promover o alívio de sintomas e o bem-estar dos doentes. Essas terapias, ao serem aplicadas em pontos específicos ao longo dos meridianos de energia do corpo, como na acupressão, ou em áreas reflexas dos pés, mãos e orelhas, como na reflexologia, podem contribuir para o alívio da dispneia e o conforto respiratório dos doentes.

O posicionamento adequado é uma estratégia salientada por Ansari et al. (2019) e Obarzanek & Campbell (2022) para facilitar a respiração e reduzir a dispneia. Elevar a cabeceira da cama, conforme destacado por Ansari et al. (2019) pode melhorar significativamente a respiração e o conforto dos doentes. Além disso Obarzanek & Campbell, (2022) destacam a importância do posicionamento vertical, incentivando os doentes a adotar a posição tripé, inclinando-se para a frente com as mãos nos joelhos para apoio. Essa posição ajuda a reduzir a pressão no diafragma e a expandir a capacidade de volume pulmonar.

Quanto aos auxiliares de marcha, Ansari et al. (2019) destacam que o uso desses dispositivos pode facilitar a mobilidade dos doentes, melhorando a sua capacidade de realizar atividades de vida diárias. Da mesma forma, Krajnik et al. (2022) mencionam a utilização de auxiliares de marcha para manter a estabilidade, equilíbrio e segurança durante a locomoção, o que permite maior mobilidade e reduz o risco de quedas. Além disso, esses autores destacam a importância do exercício para fortalecer os músculos respiratórios e melhorar a capacidade de exercício do doente.

Ansari et al. (2019) destacam o treino cognitivo-comportamental como uma intervenção valiosa no controle da dispneia, oferecendo técnicas psicológicas e comportamentais para ajudar os doentes a lidar com a ansiedade associada a essa condição. Essas estratégias envolvem a identificação e modificação de padrões de pensamentos negativos, a redução da ansiedade e o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento. Durante o treino cognitivo-comportamental, os doentes aprendem técnicas de relaxamento e são incentivados a desafiar pensamentos distorcidos sobre a dispneia, promovendo uma visão mais realista da situação e facilitando a adaptação.

Por sua vez, Krajnik et al. (2022) destacam as intervenções meditativas, como a meditação mindfulness, como uma forma de aliviar o stress, a ansiedade e o desconforto emocional associado à dispneia e à doença avançada. A prática de meditação mindfulness promove a consciência plena do momento presente, permitindo aos doentes uma maior conexão com as suas sensações físicas, pensamentos e emoções. Esta consciência aumentada pode contribuir significativamente para diminuir a percepção de dispneia e a melhorar o bem-estar psicológico.

Por outro lado, as intervenções cognitivas visam abordar os aspetos cognitivos e emocionais relacionados à dispneia e à progressão da doença. Essas intervenções incluem terapias cognitivas comportamentais, técnicas de relaxamento, visualização criativa e estratégias de reestruturação cognitiva, que consistem em lidar com pensamentos negativos, medos e preocupações relacionados à dispneia. Ao trabalhar na percepção e interpretação dos sintomas respiratórios, as intervenções cognitivas podem ajudar os doentes a desenvolver habilidades de enfrentamento e a reduzir significativamente a ansiedade e o sofrimento psicológico.

Hui et al. (2021) destacam a educação e autogestão tanto para o doente tanto para a família, oferecendo ferramentas essenciais para compreender a dispneia, desenvolver estratégias de enfrentamento e promover a autogestão dos sintomas. Através da disponibilização de informações detalhadas sobre a dispneia e seus impactos emocionais e funcionais, esses programas capacitam os doentes a compreenderem melhor a sua

condição e a enfrentá-la de forma mais eficaz e autónoma. Normalmente conduzidos por profissionais de saúde qualificados, como enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais, esses programas fornecem orientações personalizadas e suporte contínuo aos doentes e familiares, podendo ser adaptados tanto para sessões individuais quanto em grupo, conforme as necessidades e preferências de cada doente.

Por fim, Obarzanek & Campbell, (2022) destacam que ao reconhecer os sinais precoces de dispneia e utilizar as ferramentas adequadas para o seu controlo, tanto o doente quanto a família se tornam ativos na gestão dos sintomas e na promoção do conforto e bem-estar. Além disso, esses programas são capazes de abordar aspetos emocionais, sociais e espirituais associados à dispneia, fornecendo suporte psicossocial, aconselhamento e recursos para lidar com o impacto emocional dessa condição na QV e nos relacionamentos familiares. Ao promover a comunicação aberta, a compreensão mútua e o apoio entre os membros da família, os programas de educação e autogestão fortalecem tanto o doente como os familiares, capacitando-os a enfrentar os desafios da dispneia de forma colaborativa e resiliente.

Conclusões

A presente revisão rápida realizada sobre intervenções não farmacológicas para promover o conforto de pessoas em situação paliativa e fim de vida destaca a necessidade de uma abordagem multidimensional para gerir eficazmente a dispneia nesses doentes. A dispneia é um sintoma complexo que afeta de forma física, psicológica, social e espiritual, impactando não só os doentes, mas também as suas famílias e os profissionais de saúde envolvidos.

Ao considerar as múltiplas dimensões da dispneia, torna-se evidente que as intervenções não farmacológicas desempenham um papel fundamental no alívio dos sintomas e na melhoria da QV. Essas intervenções complementam as opções farmacológicas, oferecendo benefícios significativos, como a melhoria da função respiratória, redução da ansiedade e do medo e aumento do bem-estar geral.

Os estudos analisados comprovam a eficácia de diversas intervenções não farmacológicas no controlo da dispneia. Essas intervenções abrangem diversas técnicas, desde suporte ventilatório até estratégias para otimizar o conforto respiratório e reduzir a ansiedade associada. Além disso, incluem medidas para fortalecer os músculos respiratórios, melhorar a capacidade pulmonar, promover o controlo respiratório e o relaxamento muscular, além de proporcionar conforto emocional e otimizar a oxigenação.

Desde o uso de ventiladores até técnicas de posicionamento adequado, treino cognitivo comportamental e programas de reabilitação respiratória, diversas abordagens demonstram eficácia no alívio dos sintomas e na melhoria da QV. Além disso, técnicas de respiração e relaxamento, bem como terapias sensoriais como acupressão e reflexologia, mostram-se úteis para proporcionar conforto respiratório e emocional à pessoa em situação paliativa. Outras intervenções, como a fanterapia, o fornecimento de oxigénio suplementar, a VNI e a ONAF, oferecem opções adicionais.

A educação e a autogestão tanto para a pessoa em situação paliativa e fim de vida quanto para os familiares surgem como componentes importantes no controlo dessa condição. Capacitando os doentes com informações detalhadas sobre o sintoma e fornecendo estratégias de enfrentamento, esses programas promovem a autonomia e a adaptação eficaz às mudanças na saúde.

É essencial reconhecer o papel da comunicação aberta e do apoio mútuo entre os membros da equipa de saúde, doentes e familiares. A colaboração multidisciplinar e a compreensão das necessidades individuais de cada doente são elementos-chave para fornecer cuidados compassivos e eficazes. As intervenções devem ser personalizadas, tendo em conta a condição clínica, preferências e contexto emocional. A equipa deve avaliar e implementar essas estratégias de forma holística, garantindo o máximo conforto e dignidade para a pessoa em situação paliativa e fim de vida.

Em suma, esta revisão rápida destaca a importância de uma abordagem holística e centrada no doente para o controlo da dispneia em situações paliativas e fim de vida. Integrando uma variedade de intervenções não farmacológicas e promovendo a educação e autogestão, é possível melhorar significativamente o conforto e a QV desses doentes em contextos tão delicados.

Limitações dos estudos incluídos

A revisão realizada segue as diretrizes da Cochrane Rapid Review (Garritty et al., 2021). Contudo, o facto de ser uma revisão rápida já constitui uma limitação, uma vez que, embora permita uma síntese do conhecimento, também pode levar à omissão, abreviação ou simplificação das etapas tradicionais de uma revisão sistemática (Tricco et al., 2022).

É importante reconhecer que essas limitações podem impactar a interpretação e aplicação dos resultados. Destacam-se dois principais grupos de limitações, as relacionadas à qualidade dos resultados e as relacionadas ao conteúdo dos resultados.

As limitações relacionadas à qualidade dos resultados envolvem os diversos tipos de estudos incluídos na análise. O tamanho das amostras em alguns estudos, pode ser relativamente pequeno, o que compromete a precisão e a generalização dos resultados. Além disso, a limitação temporal desses estudos pode não permitir a recolha completa dos efeitos a longo prazo das intervenções estudadas.

As limitações relacionadas ao conteúdo dos resultados são igualmente significativas. Destaca-se o foco predominante em doentes oncológicos, o que pode limitar a generalização dos resultados e outras populações de doentes em CP. Além disso, a falta de detalhes sobre as intervenções não farmacológicas, a ausência de consenso nas melhores práticas e a variação na percepção da dispneia entre os doentes podem também comprometer a aplicabilidade dos resultados na prática clínica.

Portanto, deve ter-se em mente essas limitações ao considerar os resultados deste estudo, a fim de interpretar corretamente as suas conclusões e aplicá-las de maneira apropriada ao contexto clínico.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O presente relatório representa não apenas a finalização de uma etapa significativa, mas também o início de um caminho de aprendizagem contínua, crescimento e dedicação à Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. Cada fase deste percurso, desde o objetivo inicial de obtenção do grau de Mestre até à vivência prática no ENP, foi marcada por um constante desenvolvimento, aprendizagem e superação de desafios.

A motivação intrínseca e profissional para me especializar nesta área foi impulsionada pela preocupação com a prática e pela crescente prevalência de doentes com necessidades paliativas. A procura por competências especializadas tornou-se uma meta, alinhada com o propósito de aliviar o sofrimento, promover o bem-estar e estabelecer relações terapêuticas significativas com os doentes e suas famílias.

Ao longo dessa trajetória, foi possível adquirir e desenvolver um conjunto diversificado de competências técnicas, científicas, humanas e relacionais. A vivência no ENP foi particularmente relevante, proporcionando um ambiente real de aplicação de conhecimentos teóricos, permitindo o desenvolvimento habilidades práticas essenciais para lidar com situações complexas e desafios éticos constantes. A importância da comunicação eficaz e do trabalho em equipa multidisciplinar foi destacada, reconhecendo a sua relevância no contexto dos CP.

A revisão da literatura realizada permitiu basear a prática clínica em evidências científicas, especialmente no que diz respeito às intervenções para o controlo da dispneia. Essas intervenções foram fundamentadas em resultados da pesquisa, garantindo uma abordagem informada e eficaz no cuidado ao doente em situação paliativa e fim de vida.

A conceção de cuidados centrada em estudos de caso específicos durante o ENP promoveu o desenvolvimento de competências de julgamento clínico especializado e complexo, com destaque para as intervenções destinadas a proporcionar conforto tanto à pessoa em situação paliativa quanto à sua família.

Apesar dos desafios enfrentados, como a gestão do tempo e as responsabilidades profissionais e académicas, o apoio recebido foi fundamental para superar essas dificuldades. O crescimento pessoal e profissional ao longo desse percurso é evidente, refletindo-se na aquisição de competências específicas e na construção de uma identidade profissional comprometida com a excelência e a humanização dos cuidados.

As experiências vivenciadas e as atividades desenvolvidas ao longo do curso e do ENP certamente contribuíram para um enriquecimento do conhecimento pessoal e para o aperfeiçoamento das habilidades necessárias para fornecer cuidados que atendam às necessidades reais dos doentes, suas famílias e da sociedade como um todo.

Ao projetar o futuro, as perspectivas são promissoras, com a expectativa de assumir um papel ativo na intervenção a doentes com necessidades paliativas. Pretendo contribuir para a gestão de cuidados complexos e para a melhoria da QV desses doentes e suas famílias, demonstrando um compromisso contínuo com a excelência na prática da Enfermagem em contextos de CP.

7. BIBLIOGRAFIA

Afonso, C., Domingues, D., Alves, R., Moutinho, L., & Valentim, O. (2022). Anxiety management on a person in palliative care: a case study. *Journal of Aging & Innovation*, 11(1), 84–97. <https://doi.org/10.36957/jai.2182-696X.v11i1-6>

Al Maqbali, M., Al Sinani, M., Alsayed, A., & Gleason, A. M. (2022). Prevalence of Sleep Disturbance in Patients With Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Nursing Research*, 31(6), 1107–1123. <https://doi.org/10.1177/10547738221092146>

Allende-Pérez, S. R., Cesarman-Maus, G., Peña-Nieves, A., Arcos, A., Baz-Gutiérrez, P., Robles, J., & LeBlanc, T. W. (2022). Venous Thromboembolism in Patients with Cancer Receiving Specialist Palliative Care. *Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis*, 28, 107602962210811. <https://doi.org/10.1177/10760296221081121>

Amran, N. A. H., Abdul Rahman, H., Bin Hj Awang, H. A. M. Z., Murang, Z. R., Nara, A., Teo, S. P., Dhaliwal, S. K. S., Patnaik, R. S., & Dhaliwal, J. S. (2022). Assessment of oral health problems and oral hygiene practices among palliative care patients using a new tool: A pilot study. *Palliative Medicine in Practice*, 16(1), 49–58. <https://doi.org/10.5603/PMPI.2021.0030>

Ansari, A. A., Pomerantz, D. H., Jayes, R. L., Aguirre, E. A., & Havyer, R. D. (2019). Promoting Primary Palliative Care in Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Symptom Management and Preparedness Planning. *Journal of Palliative Care*, 34(2), 85–91. <https://doi.org/10.1177/0825859718819437>

Araújo, M., Neto, I. G., abril, R., & Rodrigues, R. (2017). Cuidados Paliativos nas Insuficiências de Órgão Avançadas. *Medicina Interna*, 24(3). <https://doi.org/10.24950/rspmi/51/2017>

Bagheri, I., Yousefi, H., Bahrami, M., & Shafie, D. (2022). Quality of Palliative Care Guidelines in Patients with Heart Failure: A Systematic Review of Quality Appraisal using AGREE II Instrument. *Indian Journal of Palliative Care*, 29(7). https://doi.org/10.25259/IJPC_46_2022

Barnes, H., Troy, L., Lee, C. T., Sperling, A., Strek, M., & Glaspole, I. (2022). Hypersensitivity pneumonitis: Current concepts in pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Allergy*, 77(2), 442–453. <https://doi.org/10.1111/all.15017>

Barrioso, P. D. C. (2019). Dispneia em pacientes com doenças avançadas: ações da enfermagem. PEBMEB. <https://pebmed.com.br/dispneia-em-pacientes-com-doencas-avancadas-acoes-da-enfermagem/>

Bonamigo, J., & Alberto Massucato, C. (2022). PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE: DA CLÍNICA AO DIAGNÓSTICO. *Evidência, Saúde e Inovação*, 22(2), 149–230. <https://periodicos.unoesc.edu.br/evidencia>

Carvalho, R. T. (2012). Dispneia, tosse e hipersecreção de vias aéreas. In *Manual de Cuidados Paliativos Academia Nacional de Cuidados Paliativos 2a edição*, 151–167.

Castro, M. C. F., Fuly, P. D. S. C., Dos Santos, M. L. S. C., & Chagas, M. C. (2021). Total pain and comfort theory: implications in the care to patients in oncology palliative care. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 42. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200311>

- Chaaban, S., McCormick, J., Gleason, D., & McFarlin, J. M. (2022). Palliative Care for the Interstitial Lung Disease Patient a Must and Not Just a Need. *In American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 39(6), 710–715. SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/104990912111040232>
- Chai, G. T., Neo, H. Y., Abisheganaden, J., & Hum, A. Y. M. (2022). Impact of Palliative Care in End-of-Life of Fibrotic Interstitial Lung Disease Patients. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 39(12), 1443–1451. <https://doi.org/10.1177/104990912211083575>
- Chiriac, Dra. V.-F., & Moyoiu, Dra. D. (2022). Evaluarea tulburărilor de somn la pacienții cu cancer - un studiu transversal din sud-estul României. *Paliatia*, 15(3), 5–17. https://www.paliatia.eu/new/wp-content/uploads/2022/07/05_ORIGART_PaliatiaVol15Nr3Iulie2022.pdf
- Cipriano, P., Monteiro, N. F., Silva, S. V., & Freire, E. (2021). Dispneia. In E. Freire (Ed.), *Guia Prático de Controlo sintomático* (pp. 35–42). <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>
- Comissão Nacional Cuidados Paliativos. (2021). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf#:~:text=A%207%20de%20maio%20de%202021%2C%20pelo%20Despacho,dos%20Cuidados%20Paliativos%20%28PEDCP%29%20para%20o%20bi%C3%A9nio%202021-2022.>
- Comissão Nacional Cuidados Paliativos. (2023). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal Continental 2023-2024. https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP-2023_2024_signed.pdf#:~:text=O%20Plano%20Estrat%C3%A9gico%20para%20o%20Desenvolvimento%20dos%20Cuidados,generaliza%C3%A7%C3%A3o%20do%20modelo%20das%20Unidades%20Locais%20de%20Sa%C3%BAde.
- Comunicação Eficaz Na Transição de Cuidados de Saúde, Direção-Geral da Saúde. Retrieved April 4, 2024, from <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Costa, T. (2018). Controlo de sintomas na agonia. *Medicina Paliativa*.
- Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos, Organização das Nações Unidas para a Educação Ciência e Cultura (2005). https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7634449/mod_resource/content/1/Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20Bio%C3%A9tica%20e%20Direitos%20Humanos.pdf#:~:text=Pref%C3%A1cio%20Em%20Outubro%20de%202005%2C%20a%20Confer%C3%Aancia%20Geral,princ%C3%ADpios%20fundamentais%20da%20bio%C3%A9tica%20condensados%20num%20texto%20%C3%BAnico.
- Decreto-Lei n.o 161/96. (1996). Decreto-Lei n.o 161/96 do Ministério da Saúde. *Diário Da República: I Série – A*, No 205. <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Despacho no 9563/2021 de 30 de setembro. (2021). Plano de estudos do curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. *Diário da República*. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/191000000/0012600128.pdf>
- Dhaliwal, J., Murang, Z., Ramasamy, D. R., & Venkatasalu, M. (2020). Oral microbiological evidence among palliative patients: An integrated systematic review. *Indian Journal of Palliative Care*, 26(1), 110. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_178_19

Erin K. Frantz, Marilyn e James L. Mohler, & Warren Smedley. (2022). Peripheral T-Cell Lymphoma. NCCN Guidelines for Patients. <https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/PTCL-patient-guideline.pdf>

Fernandes, S. D. V., Lehmann, T. K., & Pacheco, I. C. (2021). Cuidados com a depressão sob a ótica da enfermagem. *Revista Multidisciplinar Do Nordeste Mineiro*, 3(2178–6925).

Fonseca, M., Santos, M., Gonçalves, I., & Alves, J. (2022). Oxigênio de Alto Fluxo em Contexto Paliativo no Domicílio, uma Nova Oportunidade? A Experiência de uma Equipe Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. *Séries de Casos*, 29, 261–266. <https://doi.org/10.24950/rspmi.647>

Garritty, C., Gartlehner, G., Nussbaumer-Streit, B., King, V. J., Hamel, C., Kamel, C., Affengruber, L., & Stevens, A. (2021). Cochrane Rapid Reviews Methods Group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews. *Journal of Clinical Epidemiology* 130, 13–22. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.10.007>

Gonçalves, F. (2020). Administração de medicação por via subcutânea em cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*. <https://medicinapaliativa.pt/Blog/Detail/141#:~:text=A%20via%20subcut%C3%A2nea%20%28SC%29%2C%20para%20a%20administra%C3%A7%C3%A3o%20de,catereter%20tipo%20butterfly%20ou%20outro%20de%20pequeno%20calibre.>

Gonçalves, F. (2022). Dispneia. *Medicina Paliativa*. <https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/220109133328.pdf>

Gonçalves, F. (2023). Ansiedade. *Medicina Paliativa*. <https://medicinapaliativa.pt/Blog/Detail/202>

Gonçalves, F. (2023). Depressão nos doentes em cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*. <https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/190219222702.pdf>

Goodwin, A. T., & Saini, G. (2020). Supportive care of patients with fibrosing interstitial lung disease: answering a great clinical need. *Breathe*, 16(3), 200066. <https://doi.org/10.1183/20734735.0066-2020>

Gotfried, J. (2022). Perda de apetite. *Manual MSD*. <https://www.msdmanuals.com/pt-br/casa/dist%C3%BArbios-digestivos/sintomas-de-dist%C3%BArbios-digestivos/perda-de-apetite>

Graça, C., Correia, I., & Gonçalves-Pereira, J. (2019). Infecção em Fim de Vida: Há Benefício da Terapêutica Antibiótica? *Medicina Interna*, 26(4), 335–339. <https://doi.org/10.24950/rspmi/P.Vista/126/19/4/2019>

Gryschek, G., Machado, D. D. A., Otuyama, L. J., Goodwin, C., & Lima, M. C. P. (2020). Spiritual coping and psychological symptoms as the end approaches: a closer look on ambulatory palliative care patients. *Psychology, Health & Medicine*, 25(4), 426–433. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1640887>

Guia, M., Alpay, N., Gerardo, A., Madney, Y., Abdelrahim, M., Saeed, H., Harb, H., Gonçalves, G., Cabrita, B., Alqahtani, J., Khatib, M. El, Ríos, M. G., Fakharian, A., Ciobanu, L., Reazaul Karim, H. M., Piervincenzi, E., Piervincenzi, M. S., Steiropoulos, P., LeMaster, W., ... Esquinas, A. (2021). High-Flow Nasal Oxygen Therapy in Acute Hypoxemic Respiratory Failure: Concise Review on Technology and Initial Methodology. *Turkish Thoracic Journal*, 22(6), 494–500. <https://doi.org/10.5152/TurkThoracJ.2021.20213>

Hamel, C., Michaud, A., Thuku, M., Skidmore, B., Stevens, A., Nussbaumer-Streit, 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.2020.09.041>

Hansen, M. P. (2021). Using the Evidence for Palliative Care to Improve Outcomes for Patients With Heart Failure. *American Journal of Critical Care, 30*(6), 479–482. <https://doi.org/10.4037/ajcc2021905>

Henson, L. A., Maddocks, M., Evans, C., Davidson, M., Hicks, S., & Higginson, I. J. (2020). Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. *Journal of Clinical Oncology, 38*(9), 905–914. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00470>

Hui, D., Bohlke, K., Bao, T., Campbell, T. C., Coyne, P. J., Currow, D. C., Gupta, A., Leiser, A. L., Mori, M., Nava, S., Reinke, L. F., Roeland, E. J., Seigel, C., Walsh, D., & Campbell, M. L. (2021). Management of Dyspnea in Advanced Cancer: ASCO Guideline. *Journal of Clinical Oncology, 39*(12), 1389–1411. <https://doi.org/10.1200/JCO.20.03465>

Infomed. (n.d.). Base de dados de medicamentos de uso humano. Infarmed®. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>

Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º156/2015 de 16 de setembro. (2015). Código Deontológico. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Instituto Nacional de Estatística. (2020). Projeções de População Residente 2018-2080. <file:///C:/Users/HP%2015s/Downloads/31ProjPop2018-2080.pdf>

Internacional Council of Nurses. (2019). Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem Browser. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Jakobsen, G., Gjeilo, K. H., Hjerstad, M. J., & Klepstad, P. (2022). An Update on Prevalence, Assessment, and Risk Factors for Sleep Disturbances in Patients with Advanced Cancer—Implications for Health Care Providers and Clinical Research. *Cancers, 14*(16), 3933. <https://doi.org/10.3390/cancers14163933>

Jardim, P. P., Cavalcanti, A. C. D., Borges, A. S., Flores, P. V. P., & Rosa, C. A. (2022). Signs and symptoms of patients with heart failure in palliative care: scoping review. *Escola Anna Nery, 26*(1), 9465-EAN-2022-0064en. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0064en>

Krajnik, M., Hepgul, N., Wilcock, A., Jassem, E., Bandurski, T., Tanzi, S., Simon, S. T., Higginson, I. J., Jolley, C. J., Arendt-Nowakowska, A., Bajwah, S., Bausewein, C., Bazata, J., Bolton, C., Bonelli, C., Brindle, R., Brown, S., Costantini, M., Currow, D., ... Walker, F. (2022). Do guidelines influence breathlessness management in advanced lung diseases? A multinational survey of respiratory medicine and palliative care physicians. *BMC Pulmonary Medicine, 22*(1). <https://doi.org/10.1186/s12890-022-01835-0>

Kvalheim, S. F., & Strand, G. V. (2022). A Narrative of Oral Care in Palliative Patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(10), 6306. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106306>

Le Mao, R., Ropars, T., Tromeur, C., Barnier, A., Hourmant, B., Guegan, M., Jimenez, D., Leroyer, C., Lacut, K., & Couturaud, F. (2022). Risk of recurrent venous thromboembolism and bleeding in patients with interstitial lung disease: a cohort study. *Journal of Thrombosis and Thrombolysis, 53*(1), 67–73. <https://doi.org/10.1007/s11239-021-02518-z>

Lei de Bases Dos Cuidados Paliativos, 1.a série Diário da República, 1.a série - N.º172 5119 (2012). <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>

- MacRosty, C. R., Wright, A., Ceppe, A., Ghosh, S., Burks, A. C., & Akulian, J. A. (2023). Pleural Fluid Resolution Is Associated with Improved Survival in Patients with Malignant Pleural Effusion. *Life*, 13(5), 1163. <https://doi.org/10.3390/life13051163>
- Marques, A., Gonçalves, B., Ferreira, E., Sarmiento, M., Goes, M., João, A., Coelho, A., Dias, A., & Lusquinhos, L. (2023). Gestão da dor em pessoas com necessidades paliativas. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 9(1), 22–46. [https://doi.org/10.60468/r.riase.2023.9\(1\).601.23-46](https://doi.org/10.60468/r.riase.2023.9(1).601.23-46)
- Martins, A., Fernandes, M., Maia, J. M., Cortesão, N., Ferrão, C., Neves, J., & Leuschner, P. (2022). Proposta de Definição e Classificação de Insuficiência Respiratória. *Medicina Interna, Revista Da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 29(4), 248–255. <https://doi.org/10.24950/rspmi.1359>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *In Adv Nurs Sci* 23(1), 12-28. <https://pt.scribd.com/document/435615497/ArtigoMeleis-pdf>
- Mirshahi, A., Bakitas, M., Khoshavi, M., Khanipour-Kencha, A., Riahi, S. M., Wells, R., Odom, J. N., Ghiyasvandian, S., & Zakerimoghdam, M. (2024). The impact of an integrated early palliative care telehealth intervention on the quality of life of heart failure patients: a randomized controlled feasibility study. *BMC Palliative Care*, 23(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01348-z>
- Mori, M., Miwa, S., Ikari, T., Kako, J., Hasegawa, T., Matsunuma, R., Suzuki, K., Matsuda, Y., Watanabe, H., Morita, T., & Yamaguchi, T. (2023). Current Management Options for Dyspnea in Cancer Patients. *Current Treatment Options in Oncology*, 24(6), 565–579. <https://doi.org/10.1007/s11864-023-01081-4>
- Moura, R. B. B., Brito, Â., Melo, P., Thamires, ;, Chaves, R., Luciana, ;, Martinez Vaz, M., Maciel Barbosa, J., Renan, ;, & Araújo, G. (2020). Management Approach for Anorexia in Palliative Care: An Integrative Literature Review. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12>
- Mulvey, E., & Ruan, J. (2020). Biomarker-driven management strategies for peripheral T cell lymphoma. *Journal of Hematology & Oncology*, 13(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s13045-020-00889-z>
- Néné, M., & Sequeira, C. A. da C. (2022). *Investigação em Enfermagem - Teoria e Prática*. (L. Lidel - Edições Técnicas, Ed.; 1a edição). <https://www.researchgate.net/publication/360088996>
- Nili, M., Singer, D., & Hanna, M. (2022). Care patterns of patients with chronic fibrosing interstitial lung disease (ILD) with a progressive phenotype. *BMC Pulmonary Medicine*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12890-022-01953-9>
- Noguez, P. T., Manfrin Muniz, R., & Vestena Zillmer, J. G. (2022). Narratives about self-care by people at the end of their lives. *Avances En Enfermería*, 40(1), 63–76. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v40n1.90912>
- Nunciaroni, A. T., Neves, I. F., Marques, C. S. G., Santos, N. D., Corrêa, V. F. A., & Silva, R. F. A. (2023). Palliative Care in Heart Failure: An Integrative Review of Nurse Practice. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 40(1), 96–105. <https://doi.org/10.1177/10499091221085276>
- Obarzanek, L., & Campbell, M. L. (2022a). Dyspnea in Patients with Advanced Stage Cancer: A Nurses Guide to Assessment and Treatment. *Seminars in Oncology Nursing*, 38(1), 151255. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2022.151255>

Oliveira, Á., Aguiar, F., Fernandes, B., & Rolo, R. (2020). Pneumonite de Hipersensibilidade Crónica: evolução de um Caso Clínico. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*, 10, 1–9. <https://doi.org/10.31252/rpso.09.10.2020>

Oliveira, E. P. de, & Medeiros Junior, P. (2020). Palliative care in pulmonary medicine. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 46(3), e20190280–e20190280. <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20190280>

Omote, N., Matsuda, N., Hashimoto, N., Nishida, K., Sakamoto, K., Ando, A., Nakahara, Y., Nishikimi, M., Higashi, M., Matsui, S., & Hasegawa, Y. (2020). High-flow nasal cannula therapy for acute respiratory failure in patients with interstitial pneumonia: a retrospective observational study. *Nagoya Journal of Medical Science*, 82(2), 301–313. <https://doi.org/10.18999/nagjms.82.2.301>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Parecer CJ/53 – 2017 – Relatório CEMBE - APIFARMA. Conselho Jurisdicional Da Ordem Dos Enfermeiros, 1–10. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17864/parecer_53_2017_cj_cembe-apifarma.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-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Organização Mundial da Saúde. (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde. Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. <http://apps.who.int/iris/>.

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Patel, M. S. (2018). Strategies for the Optimal Management of Dyspnea in Cancer Patients with Advanced Illness. *Oncology (Williston Park, N.Y.)*, 32(12), 583–585, 590. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30632127>

Pearce, L. (2022). Respiratory assessment: causes of symptoms. *JCN*, 36(6). <https://www.jcn.co.uk/journals/issue/12-2022/article/respiratory-assessment-causes-of-symptoms>

Peralta, T., Reis-Pina, P., Figueiredo, I. V., & Dourado, M. (2021). Prescrição Off-Label em Cuidados Paliativos. *Medicina Interna*, 28(4), 389–390. <https://doi.org/10.24950/rspmi.cd.131.4.2021>

Picaluga, P. P., & Khattab, S. S. (2023). A Comparison of the Fifth World Health Organization and the International Consensus Classifications of Mature T-Cell Lymphomas. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(18), 14170. <https://doi.org/10.3390/ijms241814170>

Pinter-Brown, L. C. (2022). Advances in the Classification and Management of Patients With T-Cell Lymphoma. *Clinical Advances in Hematology & Oncology*, 20, 591–593. <https://www.hematologyandoncology.net/archives/october-2022/advances-in-the-classification-and-management-of-patients-with-t-cell-lymphoma/>

Pires, C., & Gonçalves, E. (2021). Conceitos Gerais de Cuidados Paliativos em Controlo Sintomático. In Guia Prático de Controlo Sintomático (pp. 11–16). https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/2021/10/Guia-Pratico-Controlo-Sintomatico_v2.pdf

Portaria n.o340/2015, de 8 de outubro, Diário da República, 1.a série — N.o197 8732 (2015). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/10/19700/0873208738.pdf>

Portaria n.o349/2023 de 13 de novembro. (2023). Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Diário Da República, 1.a Série, 219, 27–51. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/11/21900/0002700051.pdf>

Portaria n.o66/2018, de 6 de março, Diário da República, 1.a série — N.o46 1177 (2018). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/03/04600/0117701182.pdf>

Queirós, A. R. R., Costa, A. S. R., Souto, M. M., & Cadavez, A. M. M. (2021). Principais Fármacos Utilizados em Cuidados Paliativos. In E. Freire & R. Fernandes (Eds.), Guia Prático de Controlo Sintomático (2a edição, pp. 193–203).

Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Regulamento Das Competências Específicas Do Enfermeiro Em Pessoa Em Situação Crónica e Paliativa, Diário da República, 2.a série — N.o78 9967 (2015). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/04/078000000/0996709968.pdf>

Regulamento no 140/2019. (2019). Diário da República, 2.a Série – N.o26. Ordem Dos Enfermeiros, 4744–4750. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Regulamento no 429/2018. (2018). Diário da República, 2.a série-N. º135-16 de julho de 2018. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

Rezende, L. M., Couto Filho, A. H. do, Pimenta, P. H. T., Pena, I. C., Santos, N. P. F., Andrade, D. H. M. de Gontijo, T. A. M., Freire, A. de P., Silva, J. F., & Bolela, A. (2023). Palliative care: general aspects, pain control and the role of the anesthesiologist. *Research, Society and Development*, 12(8), e6212842825. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i8.42825>

Ruangsomboon, O., Dorongthom, T., Chakorn, T., Monsomboon, A., Praphruetkit, N., Limsuwat, C., Surabenjawong, U., Riyapan, S., Nakornchai, T., & Chaisirin, W. (2020). High-Flow Nasal Cannula Versus Conventional Oxygen Therapy in Relieving Dyspnea in Emergency Palliative Patients With Do-Not-Intubate Status: A Randomized Crossover Study. *Annals of Emergency Medicine*, 75(5), 615–626. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.09.009>

Sakhri, S., Aloui, M., Bouhani, M., Bouaziz, H., Kamoun, S., Slimene, M., & Ben Dhieb, T. (2023). Primary breast lymphoma: a case series and review of the literature. *Journal of Medical Case Reports*, 17(1), 290. <https://doi.org/10.1186/s13256-023-03998-8>

Saúde, Diário da República, 1.a série — N.o 38 1047 (2017). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2017/02/03800/0104701049.pdf>

Serranito, L., & Reis-Pina, P. (2022). Pharmacological Prophylaxis of Venous Thromboembolism in Terminally Ill Patients: A Need or Futility? *Acta Médica Portuguesa*, 35(2), 147–149. <https://doi.org/10.20344/amp.12932>

Severino, R. (2021). Gestão da dispneia em Cuidados Paliativos: Intervenções Farmacológicas e Não Farmacológicas - Revisão Integrativa da Literatura. *Sinais Vitais - A Enfermagem Em Revista*, 132, 47–58. <http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/revista/sv132.pdf>

Sobanski, P. Z., Alt-Epping, B., Currow, D. C., Goodlin, S. J., Grodzicki, T., Hogg, K., Janssen, D. J. A., Johnson, M. J., Krajnik, M., Leget, C., Martínez-Sellés, M., Moroni, M., Mueller, P. S., Ryder, M., Simon, S. T., Stowe, E., & Larkin, P. J. (2020). Palliative care for people living with heart failure: European Association for Palliative Care Task Force expert position statement. *Cardiovascular Research*, 116(1), 12–27. <https://doi.org/10.1093/cvr/cvz200>

Sousa, D. A., Estevam, D. P. de A., Silva, H. P., Silva, J. K. I., & Crispim, L. F. (2022). The Nurse's Role in Pain Management in Oncologic Patients in Palliative Care. E-Scientia. <file:///C:/Users/HP%2015s/Downloads/O%20PAPEL%20DO%20ENFERMEIRO%20NO%20MANEJO%20DA%20ODOR%20NOS%20PACIENTES%20EM%20CUIDADO%20PALIATIVO%20ONCOLOGICO.pdf>

Sun, H., Liu, M., Yang, X., Xi, L., Xu, W., Deng, M., Ren, Y., Xie, W., Dai, H., & Wang, C. (2023). Incidence and risk factors of venous thrombotic events in patients with interstitial lung disease during hospitalization. *Thrombosis Journal*, 21(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s12959-023-00458-7>

Tan, S. B., Tan, T. T., Tan, M. P., Loo, K. K., Lim, P. K., Ng, C. G., Loh, E. C., & Lam, C. L. (2022). Contributing and Relieving Factors of Suffering in Palliative Care Cancer Patients: A Descriptive Study. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 85(3), 732–752. <https://doi.org/10.1177/0030222820942642>

Tricco, A. C., Khalil, H., Holly, C., Feyissa, G., Godfrey, C., Evans, C., Sawchuck, D., Sudhakar, M., Asahngwa, C., Stannard, D., Abdulahi, M., Bonnano, L., Aromataris, E., McInerney, P., Wilson, R., Pang, D., Wang, Z., Cardoso, A. F., Peters, M. D. J., ... Munn, Z. (2022). Rapid reviews and the methodological rigor of evidence synthesis: a JBI position statement. *JBI Evidence Synthesis*, 20(4), 944–949. <https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00371>

Vega Pittao, M. L., Schifino, G., Pisani, L., & Nava, S. (2023). Home High-Flow Therapy in Patients with Chronic Respiratory Diseases: Physiological Rationale and Clinical Results. *Journal of Clinical Medicine*, 12(7), 2663. <https://doi.org/10.3390/jcm12072663>

Vemuri, M., Rajaram, M., Malik, A., & Toi, P. (2022). Primary pulmonary T-cell lymphoma. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 18(3), 843. https://doi.org/10.4103/jcrt.jcrt_227_21

Wälscher, J., Gross, B., Morisset, J., Johannson, K. A., Vasakova, M., Bruhwylter, J., & Kreuter, M. (2020). Comorbidities and survival in patients with chronic hypersensitivity pneumonitis. *Respiratory Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12931-020-1283-8>

Wittry, S. A., Lam, N.-Y., & McNalley, T. (2018). The Value of Rehabilitation Medicine for Patients Receiving Palliative Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 35(6), 889–896. <https://doi.org/10.1177/1049909117742896>

World Health Organization. (2020). Global Cancer Observatory. <https://gco.iarc.fr/en>

Xu, J., Zhang, L., Sun, H., Gao, Z., Wang, M., Hu, M., Ji, Q., & Guo, L. (2023). Psychological resilience and quality of life among middle-aged and older adults hospitalized with chronic diseases: multiple mediating effects

through sleep quality and depression. *BMC Geriatrics*, 23(1), 752. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04473-1>

Zamparette, H. P., Wamosy, R. M. G., & Schivinski, C. I. S. (2022). Dispneia: revisão integrativa sobre o conceito da falta de ar. *ASSOBRAFIR Ciência*, 13, e44458. <https://doi.org/10.47066/2177-9333.AC.2022.0048>

Zhang, X., Zhou, J., Han, X., Wang, E., & Zhang, L. (2022). Update on the Classification of and Diagnostic Approaches to Mature T-Cell Lymphomas. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 146(8), 947–952. <https://doi.org/10.5858/arpa.2021-0143-RA>

8. ANEXOS

Anexo I



CENTRO
HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

Certificado

Certifica-se que **ANDREIA FILIPA NOBRE GONCALVES** foi Formando(a) do tema “**Princípios dos Cuidados Paliativos**”, com a duração de **02h00**, integrado na Formação em Serviço e apresentado no Serviço de **PNEUMOLOGIA** no dia **29-11-2022**.

Vila Nova de Gaia, 08 março de 2024

Responsável do Serviço de Formação

Paula Rangel



CENTRO
HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA|ESPINHO

Conteúdos programáticos:

Princípios dos Cuidados Paliativos

Noções gerais de Cuidados Paliativos

A via subcutânea na prática clínica

Discussão de caso clínico

Anexo II



CENTRO
HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA|ESPINHO

Certificado

Certifica-se que **ANDREIA FILIPA NOBRE GONCALVES** foi Formando(a) do tema “**Mindfulness**”, com a duração de **01h30**, integrado na Formação em Serviço e apresentado no Serviço de **PNEUMOLOGIA** no dia **30-03-2023**.

Vila Nova de Gaia, 08 março de 2024

Responsável do Serviço de Formação

Paula Rangel



CENTRO
HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA|ESPINHO

Conteúdos programáticos:

- Importância da respiração
- História do Mindfulness
- Conceitos do Mindfulness
- Mindfulness em contexto laboral
- Mindfulness para profissionais de saúde

Anexo III



CENTRO
HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA|ESPINHO

Certificado

Certifica-se que **ANDREIA FILIPA NOBRE GONCALVES** concluiu com aproveitamento o curso “**Comunicação de más notícias - e-learning**”, com a duração de **02h00**, integrado na Formação Contínua, na modalidade de e-learning, no dia **05-05-2023**.

Vila Nova de Gaia, 08 março de 2024

Responsável do Serviço de Formação

Paula Rangel

Anexo IV



CENTRO
HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA|ESPINHO

Certificado

Certifica-se que **ANDREIA FILIPA NOBRE GONCALVES** participou no Curso “**Dor aguda - Formação teórico-prática**”, que decorreu no(s) dia(s) **17-05-2023.**, com a duração de **05h00.**

Vila Nova de Gaia, 08 março de 2024

Responsável do Serviço de Formação

(Paula Rangel)



CENTRO
HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA|ESPINHO

Conteúdos programáticos:

Estruturas organizativas no tratamento da dor: normas e orientações em dor aguda; Papel do enfermeiro na avaliação e tratamento da dor; Unidade Funcional de Dor Aguda(UDA) no CHVNGE/EPE.; Avaliação da pessoa com dor: escalas de dor; Tratamento da dor: farmacologia básica dos analgésicos e adjuvantes; conceito de analgesia multimodal.; Analgesia não-convencional: endovenosa, neuroeixo e perineural; Dispositivos de analgesia não-convencional; Efeitos laterais e complicações; resolução de problemas associados à analgesia não convencional.; Protocolos da UDA; Patient Control Analgesia (PCA) e Disposable Infusion Balloon (DIB); Particularidades da analgesia epidural e perineural; Casos clínicos - trouble shooting

Anexo V



CENTRO
HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

Certificado

Certifica-se que **ANDREIA FILIPA NOBRE GONCALVES** foi Formando(a) do tema “**Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde: ISBAR**”, com a duração de **01h30**, integrado na Formação em Serviço e apresentado no Serviço de **PNEUMOLOGIA** no dia **18-05-2023**.

Vila Nova de Gaia, 08 março de 2024

Responsável do Serviço de Formação

Paula Rangel



CENTRO
HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA|ESPINHO

Conteúdos programáticos:

- Conceito de segurança do doente
- Plano de ação global - segurança do doente
- Plano Nacional de segurança de doentes
- Comunicação/técnica de transição de cuidados/ISBAR
- Operacionalização no serviço de pneumologia

Anexo VI

CONFERÊNCIA

**DILEMAS ÉTICOS
EM ONCOLOGIA**



CERTIFICADO

A Liga Portuguesa Contra o Cancro certifica que

ANDREIA FILIPA NOBRE GONÇALVES

esteve presente na Conferência **“DILEMAS ÉTICOS EM ONCOLOGIA”**, no dia 15 de junho de 2023, das 18 horas 30 minutos às 20 horas.

Rui Medeiros
Diretor do Centro de Formação do
Núcleo Regional do Norte da
Liga Portuguesa Contra o Cancro

Cristiana Fonseca
Coordenadora do Centro de Formação
do Núcleo Regional do Norte da
Liga Portuguesa Contra o Cancro

ORGANIZAÇÃO:



**LIGA
PORTUGUESA
CONTRA
O CANCRO**

Núcleo Regional do Norte

Anexo VII



I Encontro Científico em Saúde e Bem-Estar Escola Superior de Enfermagem Universidade do Minho

Certifica-se que **Andreia Gonçalves** participou no **I Encontro Científico em Saúde e Bem-Estar**, em formato híbrido, que decorreu na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, em Braga, no dia 21 de junho de 2023.

Ana Paula Macedo

Ana Paula Macedo
(Presidente da Comissão Organizadora)



Anexo VIII



CENTRO
HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA|ESPINHO

Certificado

Certifica-se que **ANDREIA FILIPA NOBRE GONCALVES** foi Formando(a) do tema “**Abordagem da dor na enfermaria**”, com a duração de **01h00**, integrado na Formação em Serviço e apresentado no Serviço de **PNEUMOLOGIA** no dia **26-07-2023**.

Vila Nova de Gaia, 08 março de 2024

Responsável do Serviço de Formação

Paula Rangel



CENTRO
HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA|ESPINHO

Conteúdos programáticos:

Abordagem da dor na enfermaria

Contextualização

Definição

Avaliação e intervenção na dor

Administração de paracetamol subcutâneo

Anexo IX



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ANDREIA FILIPA NOBRE GONÇALVES

membro nº **91230** desta Ordem, participou no(a) "**Webinar – Cuidados Paliativos, Projetos Liderados por Enfermeiros**", realizado no(s) dia(s) **no dia 20 de Setembro de 2023**, com duração total de **2h**, no(a) **Plataforma Cisco Webex**.

Lisboa, 20 de Setembro de 2023

Presidente do Conselho Directivo Regional

Sérgio Branco

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

Anexo X

CERTIFICADO

Certifica-se que **ANDREIA FILIPA NOBRE GONCALVES** participou no evento **II SIMPOSIUM EM SAÚDE «O DOENTE MÉDICO: O Utilizador Frequente dos Cuidados de Saúde»**, que teve lugar no Auditório Dr. António Correia de Campos, no(s) dia(s) 7 de Dezembro de 2023, no total de 08h00.

Comissão Organizadora
CHVNGE



Responsável do Serviço de Formação

08 março de 2024
Data de Emissão

Anexo XI



CERTIFICADO

O Trofa Saúde certifica que

Andreia Gonçalves

participou no Webinar “**A importância da dimensão espiritual para a pessoa com doença incurável e/ou grave: o papel do enfermeiro**” realizado no dia **7 de fevereiro de 2024**, com a duração de 1 hora.

Dr. José Vila Nova

Chief Medical Officer
Trofa Saúde

Anexo XII

DETALHES DO EVENTO

EVENTO

Difusão - Doença
Neuromuscular - cuidados
respiratórios e muito mais! |
Gravação

DATA E HORA

seg, 27 de Fevereiro, 16:45
qua, 31 de Dezembro, 21:30

LOCAL

Sessão Online

ATIVIDADES

Difusão - Doença
Neuromuscular - cuidados
respiratórios e muito mais! |
Gravação

27 FEVEREIRO, 16:45 — 31 DEZEMBRO, 21:30



C-65e98c4ac019a

Powered by
UpEvents[®]

INFORMAÇÃO PESSOAL

NOME

Andreia Gonçalves

DOC. DE IDENTIFICAÇÃO

14623086

Anexo XIII



CERTIFICADO

Certifica-se que o (a) Exmo(a). Sr(a) **Andreia Gonçalves**, com o documento de identificação 14623086, participou em E- Learning Essencial - Terapia de alto-fluxo, em formato assíncrono, com a duração de 2 horas, concluído no dia 18 de Fevereiro de 2024, promovido pela Academia Linde Saúde.

Maria João Vitorino

Homecare Business Manager Portugal

Código de certificado: C-65d109e2b75c0

Anexo XIV

DETALHES DO EVENTO

EVENTO

E-Learning Essencial -
Ventilação Não Invasiva

DATA E HORA

qua, 15 de Junho, 08:00
qua, 31 de Dezembro, 23:00

LOCAL

Sessão Online

ATIVIDADES

Ventilação Não Invasiva
|Geral

15 JUNHO, 08:00 — 31 DEZEMBRO, 23:00



C-65d1e7aa36444

Powered by
UpEvents[®]

INFORMAÇÃO PESSOAL

NOME

Andreia Gonçalves

DOC. DE IDENTIFICAÇÃO

14623086

Anexo XV



Certificado de Frequência de Formação Profissional

(Dec. Reg. N.º 35/2002 de 23 de abril)

Certifica-se que Andreia Filipa Nobre Goncalves, natural de Fafe, nascido(a) a 30-01-1994, portador(a) do documento de identificação n.º -8ZX1, válido até , frequentou de 27-02-2024 a 27-02-2024, com a duração total de 01h00, o Curso de Formação Profissional

Conferências Familiares: dificuldades e oportunidades

Vila Nova de Gaia, 10 de abril de 2024

O Responsável pela Entidade Formadora

Tiago André Gomes de Oliveira
Diretor do Serviço de Formação



Modalidade de Formação

Outras acções de formação contínua não inseridas no Catálogo Nacional de Qualificações

Plano Curricular

Conteúdo programático	Carga horária
Conferências Familiares: dificuldades e oportunidades	01h30

Observações

O curso não prevê nenhum processo de avaliação.