

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR NA PESSOA ADULTA
EM SITUAÇÃO PALIATIVA COM ALTERAÇÕES COGNITIVAS**

**PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM
À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA**

Autor

Maria da Conceição de Pinho Gomes

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR NA PESSOA ADULTA EM SITUAÇÃO PALIATIVA COM ALTERAÇÕES COGNITIVAS - PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

ASSESSMENT AND CONTROL OF PAIN IN ADULTS IN PALLIATIVE SITUATIONS WITH COGNITIVE CHANGES - PROJECT TO DEVELOP SPECIALIZED CLINICAL SKILLS IN THE AREA OF MEDICAL-SURGICAL NURSING, IN THE AREA OF NURSING FOR PEOPLE IN PALLIATIVE SITUATIONS

Orientador(es)

Paulo Alexandre Oliveira Marques

Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Autor

Maria da Conceição de Pinho Gomes

Porto, 2024

RESUMO

Num contexto onde a sociedade está a envelhecer progressivamente e a enfrentar um aumento nas doenças crónicas e terminais, os cuidados paliativos têm uma importância vital, tendo por objetivos prioritários a promoção da qualidade de vida e o bem-estar da pessoa.

Este relatório pretende descrever o trajeto realizado durante o período do ensino clínico. São concetualizados os Cuidados Paliativos, cuja unidade de cuidados é o doente/família e que assentam em quatro pilares fundamentais: controlo sintomático, comunicação adequada, apoio à família/cuidador e trabalho de equipa.

É realizada a caracterização dos contextos clínicos onde se desenvolveu o estágio, e são apresentados dois casos clínicos para o desenvolvimento de competências profissionais. Através da sua análise, em ambientes diferentes dos cuidados paliativos, foi possível compreender melhor a temática da avaliação e gestão da dor e de outros sintomas na pessoa em situação paliativa. Estes casos revelam que a avaliação sintomática deve ser avaliada individualmente de forma contínua, quantificada e documentada. A dor não detetada e mal controlada afeta significativamente a qualidade de vida e aumenta a morbilidade, sendo que o instrumento adequado para a sua avaliação deve corresponder às capacidades da pessoa. A gestão eficaz da dor requer habilidades específicas, e a sua gestão apropriada é uma medida de eficácia dos cuidados paliativos. Os casos clínicos permitiram ainda identificar as necessidades do doente e dos seus cuidadores/famíliares ao nível físico, psico emocional, espiritual e sociofamiliar; avaliar e controlar adequadamente os sintomas do doente, identificar e antecipar situações de agudização e atuar em conformidade; promover intervenções baseadas na evidência junto do doente e dos seus cuidadores/famíliares respeitando as suas preferências e valores; envolver os cuidadores/famíliares para otimizar resultados na satisfação das necessidades do doente; desenvolver uma ação interdisciplinar e em articulação com os outros serviços de apoio, utilizando estratégias de comunicação na relação com todos os intervenientes no processo de cuidar e dinamizando o trabalho em equipa; estabelecer relação terapêutica com o doente e seus cuidadores/famíliares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, no processo de morrer e de luto; promover parcerias terapêuticas com o doente e seus cuidadores/famíliares; negociar objetivos/metabol de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico; e reconhecer os efeitos da natureza do cuidar no(s) alvos dos cuidados e em todos os elementos da equipa.

É efetuada uma exposição e reflexão das atividades concretizadas durante a prática clínica, que permite dar conta das experiências que contribuíram para atingir os objetivos propostos, promovendo a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da pessoa em situação paliativa.

Através da combinação de competências comuns e específicas, o enfermeiro especialista em cuidados paliativos surge como uma figura central, sendo capaz de ter uma intervenção diferenciadora na vida da pessoa que enfrenta os desafios de uma doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal.

Durante a realização do estágio de natureza profissional surgiram algumas dificuldades, relacionadas nomeadamente com a gestão de tempo para conseguir conjugar o horário de trabalho com o horário de estágio, para a elaboração de trabalhos durante o estágio (revisão de literatura, casos clínicos e relatório de estágio) e a vida pessoal.

Palavras-chave: avaliação da dor, controlo da dor, alterações cognitivas, pessoa em situação paliativa.

ABSTRACT

In a context where society is progressively aging and facing an increase in chronic and terminal illnesses, palliative care is of vital importance, with the priority objectives of promoting the person's quality of life and well-being.

This report aims to describe the journey taken during the clinical teaching period. Palliative Care is conceptualized, whose unit of care is the patient/family and which is based on four fundamental pillars: symptomatic control, adequate communication, support for the family/caregiver and teamwork.

The clinical contexts where the internship took place are characterized, and two clinical cases are presented for the development of professional skills. Through its analysis, in environments other than palliative care, it was possible to better understand the topic of assessment and management of pain and other symptoms in people in palliative situations. These cases reveal that symptomatic assessment must be individually assessed in a continuous, quantified and documented manner. Undetected and poorly controlled pain significantly affects quality of life and increases morbidity, and the appropriate instrument for its assessment must correspond to the person's capabilities. Effective pain management requires specific skills, and appropriate pain management is a measure of palliative care effectiveness. The clinical cases also made it possible to identify the needs of the patient and their caregivers/family members at a physical, psycho-emotional, spiritual and socio-family level; adequately evaluate and control the patient's symptoms, identify and anticipate worsening situations and act accordingly; promote evidence-based interventions with the patient and their caregivers/family members, respecting their preferences and values; involve caregivers/family members to optimize results in meeting the patient's needs; develop interdisciplinary action in conjunction with other support services, using communication strategies in the relationship with everyone involved in the care process and boosting teamwork; establish a therapeutic relationship with the patient and their caregivers/family members, providing support in the process of adaptation to successive losses, in the process of dying and mourning; promote therapeutic partnerships with the patient and their caregivers/family members; negotiate mutually agreed care objectives/goals within the therapeutic environment; and recognize the effects of the nature of care on the care recipient(s) and all team members.

An exhibition and reflection of the activities carried out during clinical practice is carried out, which allows an account of the experiences that contributed to achieving the proposed objectives, promoting the acquisition of common and specific skills of the specialist nurse in

Medical-surgical Nursing in the area of the person in situation palliative.

Through the combination of common and specific skills, the nurse specialist in palliative care emerges as a central figure, being able to have a differentiating intervention in the life of the person facing the challenges of an incurable or serious illness, in an advanced, progressive and terminal phase. .

During the professional internship, some difficulties arose, particularly related to time management in order to combine working hours with internship hours, to prepare work during the internship (literature review, clinical cases and clinical report). internship) and personal life.

Keywords: pain assessment, pain control, cognitive changes, person in palliative situations.

ABREVIATURAS

AEN - Escala de Avaliação Numérica
AVD's - atividades de vida diária
BSC - Best supportive care
CCPOT - Escala Critical Care Pain Observation Tool
CE - Consulta externa
CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos
CP - Cuidados Paliativos
cpm - ciclos por minuto
CSPC - Escala de Consciência para Cuidados Paliativos
DGS - Direção Geral de Saúde
ECG - Escala de Coma de Glasgow
ECSCP - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
EE - estoma de eliminação
EIHSCP - Equipa Intra-Hospital de Suporte em Cuidados Paliativos
EONS - European Oncology Nursing Society
EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel
ESA - Escala Visual Analógica
EV - endovenosa
FM - feridas malignas
FR - frequência respiratória
h - horas
IASP - International Association for the Study of Pain
ICN - International Council of Nurses
IM - intramuscular
INE - Instituto Nacional de Estatística
IV - intravenosa
n.º - número
NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial da Saúde
p. - página
PAINAD - Escala Pain Assessment in Advanced Dementia SU - Serviço de Urgência
PCC - Participante, Conceito e Contexto
p.e. - por exemplo
PEDCP - Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos
PENPCDor - Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor

PNCD - Plano Nacional para Controlo da Dor
PNpaDO - Programa Nacional para as Doenças Oncológicas
PO - por via oral
QT - quimioterapia
RNCP - Rede Nacional de Cuidados Paliativos
SC - subcutânea
SCP - Serviço de Cuidados Paliativos
SL - sublingual
SIDA - Síndrome de imunodeficiência adquirida
SNC - Sistema Nervoso Central
SNS - Sistema Nacional de Saúde
SOS - si opus sit, que significa "se necessário"
Sra - Senhora
TCE - trauma crânio encefálico
TD - transdérmica
TM - transmucosa
TNM - Tumour-node-metastasis
TV - televisão
UCP - Unidade de internamento de Cuidados Paliativos
UCPED - Unidade de Cuidados Paliativos de Elevada Diferenciação
UP - úlceras de pressão
VIH - vírus de imunodeficiência humana
VO - via oral
WHO - World Health Organization
1ª - primeira
2ª - segunda
3ª - terceira

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	23
3. CASO CLÍNICO 1	27
3.1. Enquadramento teórico	27
3.2. Clientes	35
3.3. Medicação	35
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	36
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	38
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	40
3.5. Domínios	43
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	43
3.6. Conceção de Cuidados	63
3.7. Especificação das intervenções	69
3.8. Síntese relativa ao caso	70
4. CASO CLÍNICO 2	75
4.1. Enquadramento teórico	75
4.2. Clientes	92
4.3. Medicação	93
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	94
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	96
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	98
4.5. Domínios	98
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	99
4.6. Conceção de Cuidados	105
4.7. Especificação das intervenções	110
4.8. Síntese relativa ao caso	110
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	119
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	129
7. BIBLIOGRAFIA	133
ANEXOS	143

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: relação entre os diagnósticos, objetivos, indicadores de resultados e intervenções de enfermagem, relativos à Sra A	71
TABELA 2: relação entre os diagnósticos, objetivos, indicadores de resultados e intervenções de enfermagem, relativos à Sra B	111
TABELA 3: relação entre os diagnósticos, objetivos, indicadores de resultados e intervenções de enfermagem, relativos à família/cuidador	113

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Genograma da Sra A	28
FIGURA 2: Sistema digestivo	31
FIGURA 3: Taxas de mortalidade em Portugal, 2010-2021	32
FIGURA 4: Estadiamento do carcinoma colorretal, sistema TNM	33
FIGURA 5: Regiões para punção subcutânea	41
FIGURA 6: Escala de Coma de Glasgow	45
FIGURA 7: Escala do Nível de Consciência para Cuidados Paliativos	46
FIGURA 8: Estruturas da pele	47
FIGURA 9: Dimensões e nível de risco da Escala de Braden	49
FIGURA 10: Classificação de úlceras de pressão EPUAP/NPUAP	51
FIGURA 11: mnemónica HOPES, sugerida pela European Oncology Nursing Society (EONS) e a definição dos sintomas	53
FIGURA 12: Estratégias para controlo dos sintomas da Ferida Maligna	54
FIGURA 13: Localização do estoma a nível do trato gastrointestinal	56
FIGURA 14: Representação da dor basal e da dor episódica	58
FIGURA 15: As quatro dimensões da dor	58

FIGURA 16: As quatro dimensões da avaliação da dor	59
FIGURA 17: Escala PAINAD (Pain assesement in Advanced Demencia)	60
FIGURA 18: Abbey Pain Scale	60
FIGURA 19: Critical-Care Pain Observation Toll – CCPOT	61
FIGURA 20: Escada analgésica da OMS	62
FIGURA 21: Genograma da Sra B	76
FIGURA 22: Cuidados Paliativos	83

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente relatório, surge no âmbito do segundo curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Está inserido na Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II, que representa a continuidade do projeto elaborado na Unidade Curricular Módulo I (Anexo 1), que terminará com a apresentação e discussão pública.

O Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I e Módulo II, foram divididos em dois momentos distintos e decorreram em dois contextos diferentes. O Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I realizou-se de 24 de abril a 23 de maio de 2023, numa Equipa Intra-Hospital de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), e de 24 maio a 23 de junho, numa Unidade de Cuidados Paliativos de Elevada Diferenciação (UCPED), perfazendo 170 horas presenciais. O Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II decorreu de 18 de setembro a 20 de novembro de 2023, numa UCPED, e de 21 de novembro de 2023 a 26 de janeiro de 2024, numa EIHSCP, totalizando 340 horas presenciais. O somatório de horas presenciais em estágio do Módulo I e do Módulo II, foi de 510 horas. Os dois momentos de estágio decorreram na mesma instituição, num centro hospitalar, que é gerido pelo Serviço Nacional de Saúde, portanto, acessível a toda a população.

Este relatório de estágio tem como propósito documentar e refletir sobre a experiência adquirida nos estágios de ensinos clínicos na área de cuidados paliativos, com foco na aquisição de competências comuns e específicas de Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa de acordo com o regulamento n.º 429/2018.

Os Cuidados Paliativos têm o propósito de proporcionar acompanhamento profissional por uma equipa multidisciplinar, por forma a promover o conforto e reduzir o sofrimento. São cuidados de saúde rigorosos e humanizados, em que a intervenção é personalizada, e adaptada a cada caso, e destinam-se a pessoas em situação de doença crónica, avançada, irreversível, independentemente do prognóstico, da idade ou do diagnóstico. Podem ser aplicados durante anos ou meses, servem para ajudar a viver, entendem a morte como um processo natural e a referência para estes cuidados não significa que a pessoa esteja a morrer. São cuidados que não encurtam a vida, isto é, têm o objetivo de aumentar a qualidade de vida, por forma a reduzir o sofrimento para níveis suportáveis, e não incluem práticas de eutanásia ou de ajuda no suicídio. Os CP assentam na proteção da vida, estando centrados nos valores da pessoa doente, com o intuito de preservar e promover a sua dignidade e autonomia (Neto, 2020).

Os CP têm por base quatro pilares fundamentais que são: o controlo sintomático, em que se pode utilizar medidas farmacológicas e não farmacológicas, e diferentes tipos de tratamentos; a comunicação adequada e honesta com o doente/família/cuidador, recorrendo a várias estratégias de comunicação; o apoio à família/cuidador, identificando as suas necessidades e ajudando-os a lidar com as várias perdas, antes e depois da morte do doente; e o trabalho em equipa interdisciplinar, integrando o contributo de diferentes saberes para dar resposta às diversas necessidades dos doentes e dos seus familiares (Neto, 2020).

Os doentes em fim de vida apresentam uma variedade de sintomas que podem causar sofrimento aos próprios e à sua família. Esta carga sintomática (conjunto de sintomas observados num dado doente), varia nos doentes oncológicos e não oncológicos, mas existem alguns sintomas em comum. Os sintomas mais frequentes são: dor, dispneia, fadiga, anorexia, náuseas ou vômitos, obstipação ou diarreia, ansiedade e depressão. O controlo de sintomas é muito importante para os doentes, e é uma prioridade máxima em termos de bem-estar na fase final de vida, em que o objetivo do cuidado centra-se no conforto e na promoção da qualidade de vida (Alves et al., 2017).

Para se ser efetivo na gestão e controlo dos sintomas, podemos nos reger pelos seguintes princípios: avaliar de forma correta os sintomas, antes de tratar; monitorizar com regularidade os sintomas, de preferência com recurso a instrumentos; delinear um plano terapêutico misto (com estratégias farmacológicas e não farmacológicas); incentivar uma atitude preventiva, construindo um plano terapêutico com medicação regular e medicação de resgate; adequar a via de administração, privilegiando a via menos invasiva; estabelecer o plano de cuidados com o doente e a família; e estar atento aos detalhes do plano de tratamento (Barbosa et al., 2016).

A valorização e hierarquização dos sintomas é sempre individual, sendo que importa compreender a sua fisiopatologia; e o tratamento deve ter em consideração a dosagem, a via de administração, a posologia, e ainda, ser adaptado a cada doente. Os possíveis efeitos adversos devem ser antecipados. A medicação deve ser revista com regularidade e as alterações devem ser realizadas uma de cada vez para se avaliar o efeito da medida adotada (Alves et al., 2017). Pode-se utilizar a escala *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS), que avalia nove sintomas: dor, cansaço, sonolência, náusea, falta de apetite, depressão, ansiedade, falta de ar e bem-estar; a gravidade de cada sintoma é avaliada numa escala de 0 a 10, em que zero significa ausência do sintoma e 10 significa que o sintoma está na pior gravidade possível. A utilização desta escala pressupõe um registo regular, com vista a avaliar a carga sintomática, o impacto e a eficácia das medidas terapêuticas aplicadas no bem-estar do doente (Barbosa et al., 2016).

Quando não se consegue controlar um sintoma de forma adequada com medidas de primeira linha, este passa a denominar-se de sintoma refratário. A estratégia para controlo de sintomas refratários passa pela sedação paliativa, sendo que este é o tratamento de última linha que visa induzir uma redução do estado de consciência para aliviar os sintomas refratários; tendo essa particularidade em conta esta opção deve ser previamente discutida com o doente (se possível), antes da sua implementação (Alves et al., 2017).

De modo a alcançar uma prestação de cuidados de excelência são exigidos aos enfermeiros conhecimentos adequados, habilidades e atitudes em relação à dor, da sua avaliação e gestão (Wood, 2008). Sendo a dor um domínio essencial nos doentes paliativos ou com necessidades paliativas, é fundamental abordar a sua problemática, desenvolvendo em especial a competência de uma gestão diferenciada e eficaz da dor no doente em situação paliativa, motivo pelo qual direccionei o meu projeto para a avaliação e controlo da dor na pessoa adulta em situação paliativa com alterações cognitivas, e que foi explorado numa revisão e aplicado na prática clínica.

As razões que me levaram a escolher este tema, vão de encontro aos motivos que me levaram a frequentar este Mestrado. Ao longo do meu percurso profissional, no qual exerci funções em diversos contextos, começando pela radiologia de intervenção, passando pela cirurgia geral,

cuidados intermédios/intensivos e, neste momento, no serviço de neurocirurgia, fui-me deparando com doentes em situação paliativa, mas em alguns momentos o modelo biomédico e a obstinação terapêutica prevaleciam em detrimento da promoção do conforto, da dignidade ou da qualidade de vida do doente. Mediante estas situações, senti a necessidade de fazer formação avançada em cuidados paliativos, para melhor compreender e atuar em circunstâncias que apelam a um olhar diferente. Assim sendo, no meu contexto atual de trabalho, em que os doentes que se encontram em situação paliativa, são maioritariamente por Neoplasia do Sistema Nervoso Central e/ou por Traumatismo Craneoencefálico (TCE) grave, isso é muito relevante. O que significa que poderão apresentar alterações de consciência ou incapacidade na comunicação (verbal e não verbal). A dor é um sintoma muito frequente neste tipo de patologias e que é referido pelos doentes enquanto mantêm a capacidade de comunicação e cognição preservada, enquanto são capazes de fazer a autoavaliação da dor. O problema surge quando os doentes perdem essa capacidade, e esta avaliação está dependente da avaliação efetuada pela equipa (heteroavaliação), mais particularmente da equipa de enfermagem. O controlo ineficaz da dor tem implicações no estado clínico do doente, que poderá agravar, e deste modo aumentar o tempo de internamento, gerando maiores custos com a saúde, mas sobretudo tendo implicações na própria pessoa.

Sendo a dor é um dos sintomas mais comuns nos doentes em situação paliativa, o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) 2021-2022, descreve que “os cuidados paliativos procuram melhorar a qualidade de vida dos doentes, das suas famílias e cuidadores pela prevenção e alívio do sofrimento, através da identificação precoce, diagnóstico e tratamento adequado da dor e de outros problemas, sejam estes físicos, psicológicos, sociais ou espirituais” (PEDCP, 2021-2022, p.10). A Lei nº 52/2012, Base IV, descreve os princípios pelos quais se regem os cuidados paliativos, sendo um deles o “conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas” (Lei nº 52/2012, p.5120).

A dor tem sido contextualizada como sendo uma experiência individual subjetiva e multidimensional, em que existem vários fatores que intervêm e contribuem para essa subjetividade, que podem ser fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais (OE, 2008). A dor é referida como sendo uma “sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de auto proteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contato social, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite, compromisso do processo de pensamento, perturba e interfere na qualidade de vida da pessoa” (OE, 2008, p.11), pelo que o seu controlo é um objetivo prioritário, mas, para isso é necessário começar por se fazer a sua avaliação. A avaliação deve preceder e proceder sempre o tratamento (farmacológico e não farmacológico). O alívio da dor é uma obrigação ética e moral, é dever do profissional de saúde e um direito do doente que, na presença de dor, essa seja minimizada ou mesmo anulada (PNCD, 2015).

Os enfermeiros, enquanto profissionais privilegiados, pela proximidade e tempo de contato com o doente, encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor (OE, 2008). O enfermeiro para intervir no controlo da dor, pode implementar intervenções autónomas ou interdependentes, sendo que nas intervenções autónomas o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua prescrição, execução e avaliação, enquanto que as intervenções interdependentes são de complementaridade e iniciam-se na prescrição realizada por outro

profissional da equipa de saúde. A prestação de cuidados à pessoa com dor inclui a avaliação, o controlo e o ensino, devendo todas as intervenções ser documentadas (OE, 2008).

É recomendado, sempre que possível, que a avaliação da dor seja efetuada pelo próprio indivíduo, isto é, que seja uma autoavaliação, dado que a dor tem um carácter subjetivo, ou seja, a dor é aquela que o doente refere (Almeida, 2015; Rodrigues, 2013). A dor é um dos sintomas que mais afeta a pessoa em situação paliativa, o que faz com que a sua avaliação seja de real importância enquanto contribuição para a qualidade de vida, apesar de o seu diagnóstico estar aquém dos valores que se presumem existirem em doentes com dificuldades na comunicação, sendo possivelmente subdiagnosticada. Perante esta realidade, os profissionais de saúde em cuidados paliativos devem ter em atenção o controlo da dor, uma vez que é um dos sintomas mais frequentes nestes doentes (Rodrigues, 2013). O controlo da dor é um dos fatores considerado mínimo e indispensável para a qualidade de vida da pessoa em situação paliativa (Twycross, 2003). Assim, a dor que é subdiagnosticada, vai ter como consequência a diminuição da qualidade de vida do doente.

A dor foi classificada como o 5º sinal vital em 2003, mostrando assim, a importância que adquire na saúde do indivíduo e, “deste modo, passou a ser considerado como boa prática clínica e obrigatório, a avaliação e o registo regular da intensidade da dor, em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, à semelhança do que já acontece, há muito tempo, para os 4 sinais vitais ‘clássicos’ (frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura corporal)” (PNCD, 2008, p.8).

A Direção-Geral da Saúde afirma que o controlo da dor deve ser considerado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo também um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados. De acordo com o Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCD), “o alívio da dor deveria ser assumido como um dos direitos humanos fundamentais, de acordo com a proposta apresentada pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) por ocasião da celebração do 1º Dia Mundial Contra a Dor” (DGS_PNCD, 2003, p.3) e “deve ser dada especial atenção ao controlo da dor dos indivíduos com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal” (PNCD, 2003, p.8).

Para se avaliar a dor, é fundamental a sua quantificação, utilizando como recursos escalas ou outros instrumentos que, não só qualifiquem, mas que também permitam a comparação. No contexto da prática clínica e, na pessoa adulta, são utilizadas escalas de autoavaliação, como a Escala Visual Analógica (EVA), Escala Numérica (EN), Escala de faces, que pressupõem a presença de uma adequada consciência, capacidade cognitiva e não haver dificuldade na comunicação (Rodrigues, 2013). Assim, para os doentes com alterações cognitivas devem ser aplicadas escalas de heteroavaliação (observação de indicadores comportamentais, fisiológicos ou ambos), por outra pessoa que não a que experiencia a dor.

Avaliar a dor na pessoa com doença que afeta a cognição pode ser difícil, colocando obstáculos ao seu diagnóstico e controlo. Em cuidados paliativos, as alterações cognitivas, estão entre as complicações de maior incidência nos doentes em fim de vida (Rodrigues, 2013). Perante isto, este doente será incapaz de realizar uma autoavaliação da dor verbalmente, pela escrita, ou por outros meios, como o apontar de um dedo ou o piscar de olhos na resposta a questões de sim ou não. A incapacidade para comunicar a dor está presente no doente com alterações cognitivas (Herr et al., 2006), pelo que a sua avaliação, nestes doentes, deverá ser entendida como um desafio para os profissionais de saúde.

A Cognição é descrita pelo ICN (2019) como um “processo psicológico: processo intelectual que envolve todos os aspetos da percepção, pensamento, raciocínio e memória”. Quando ocorre compromisso da cognição, o doente pode apresentar: afasia (motora ou sensorial), conflito de decisões, ideação suicida, pensamento distorcido (pensamento abstrato ou processo de pensamento). Rodrigues (2013) refere que a cognição “abarca conceitos como a consciência, atenção, percepção, emoção, aprendizagem e memória. A disfunção de um destes elementos ou de vários faz com que o indivíduo fique confuso, deixando de pensar de forma coerente e clara, pondo em causa a comunicação da dor”. Gomes (2018), descreve a cognição como “a capacidade de trabalhar sobre a informação que lhes chega, isto é, de absorver os dados recebidos e desenvolver sobre eles um raciocínio, um julgamento”(Gomes, 2018, p.17).

No Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor, 2013), a dor é descrita como uma percepção individual que aparece num cérebro consciente e que, por norma, surge como resultado de um “estímulo nódico provocatório”, mas que nem sempre terá de estar associada a um estímulo. Assim, a dor assume-se como uma ameaça ao bem-estar físico e psicológico do indivíduo e requer uma abordagem multidisciplinar para a sua resolução. A Ordem dos Enfermeiros (2008), elaborou um guia orientador de boa prática, onde salienta que “um compromisso de equipa na abordagem da dor é fundamental para a sua avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento, devendo incluir a participação da pessoa que sente dor, do cuidador principal e família enquanto parceiros de cuidados” (OE, 2008, p.11). Em cuidados paliativos, a correta avaliação da dor é uma prática fundamental associada ao apoio psicológico, espiritual, emocional e no luto, tanto ao doente como à família, assentes num trabalho em equipa interdisciplinar (Gomes, 2018).

Alguns autores (Herr et al., 2011), sugerem uma hierarquia de técnicas de avaliação da dor, que se baseiam fundamentalmente em: obter autoavaliação e comunicação; procurar potenciais causas de dor; observar o comportamento do doente; obter a avaliação do ente querido (familiar, cuidador ou amigo); administrar analgesia e ajustar, segundo a escada analgésica recomendada.

Foi realizada uma revisão de literatura do tipo *scoping review* (Anexo 2), em que o objetivo foi mapear o conhecimento existente na evidência científica sobre a avaliação e controlo da dor na pessoa adulta em situação paliativa com alterações cognitivas. Em que se definiram os termos PCC, a população - pessoa com incapacidade em comunicar (alteração de consciência, défice cognitivo, dificuldade na comunicação, doente não verbal, doente não comunicante), o conceito - dor e o contexto - cuidados paliativos. Foram definidos como critérios de elegibilidade para a seleção dos estudos: os termos PCC, estudos analisados pelos pares, publicados em revistas académicas, com limite temporal 2017-2023. Nesta revisão foram identificados 12 instrumentos de heteroavaliação da dor, que são:

- Escala Algoplus – tem como objetivo avaliar a dor aguda em pessoas idosas com problemas de comunicação verbal, em que avalia, o rosto, o olhar, as queixas, o corpo e o comportamento.
- Escala Doloplus 2 – tem como objetivo avaliar a dor em pessoas idosas com problemas de comunicação verbal, em que avalia 10 itens (5 a reações somáticas, 2 a reações psicomotoras e 3 a reações psicossociais) queixas somáticas, posições antiálgicas em repouso, proteção de zonas dolorosas, expressão facial, sono, higiene e/ou vestir, movimento, comunicação, vida social e alteração de comportamento.
- *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate* (PACSLAC) – tem

como objetivo avaliar a dor em pessoas idosas com demência, em que avalia, 60 itens subdivididos em 4 subescalas: expressões faciais – 13 itens; movimento e atividade corporal – 20 itens; humor, personalidade, social – 12 itens; indicadores fisiológicos, comer, dormir, mudanças no sono e comportamentos vocais – 15 itens.

- *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD) – tem como objetivo avaliar a dor na pessoa idosa incapaz de se auto-avaliar, em que avalia, a respiração, a vocalização, as expressões faciais, a linguagem corporal e a consolabilidade (reação do doente à voz e toque do cuidador).

- *Abbey Pain Scale* – tem como objetivo avaliar a dor da pessoa com incapacidade para comunicar, em que avalia, a vocalização, a expressão facial, a alteração na linguagem corporal, a alteração comportamental, as alterações fisiológicas (temperatura, ritmo cardíaco, transpiração) e as alterações físicas (lacerações na pele, artrite, lesões anteriores).

- *Behavioural Pain Scale* (BPS), *Behavioural Pain Scale Non-Intubated* (BPS-NI) – tem como objetivo avaliar a dor no doente crítico incapaz de comunicar, em que avalia, a expressão facial, o movimento dos membros superiores e a adaptação ventilatória ou vocalização (na BPS-NI).

- *Critical Care Pain Observation* (CPOT) – tem como objetivo avaliar a dor no doente crítico incapaz de comunicar, em que avalia, a expressão facial, os movimentos corporais, a tensão muscular e a adaptação ventilatória ou a vocalização.

- *Bolton Pain Assessment Tool* (BPT) – tem como objetivo avaliar a dor no doente incapaz de comunicar, em que avalia, a vocalização, a expressão facial, a alteração linguagem corporal, a alteração comportamental, a alteração fisiológica e a alteração física.

- *Checklist of Nonverbal Pain Indicators* (CNPI) – tem como objetivo avaliar a dor em pessoas com declínio cognitivo severo, em que avalia, as vocalizações não verbais, a expressão sisuda, a dificuldade em executar o movimento sem recorrer a apoio, massajar o local onde dói, a inquietação e as queixas vocalizadas.

- *Brain Injury Nociception Assessment Measure* (BINAM) – tem como objetivo avaliar a nociceção em doentes não comunicativos com TCE grave, em que avalia, a excitação, a pressão arterial diastólica, a frequência cardíaca, a pressão arterial sistólica, o tamanho pupilar, a vocalização, o movimento, a postura, a expressão facial e a cor da pele.

- *Nociception Coma Scale – Revised* (NCS-R) – tem como objetivo avaliar a dor em doentes com distúrbios da consciência, em que a avaliação é composta por 3 subescalas: resposta motora (não flácido, postura anormal, retirada da flexão e localização), resposta verbal (não verbalização, gemidos, vocalização e verbalização inteligível) e expressão facial (resposta reflexiva/sobressalto não oral, careta e choro).

- *Multidimensional Observational Pain Assessment Tool* (MOPAT) – tem como objetivo avaliar a dor na pessoa em situação paliativa incapaz de comunicar, em que avalia, indicadores comportamentais (expressões faciais, gemidos e tensão muscular) e indicadores fisiológicos (frequência cardíaca, pressão arterial e sudorese).

As primeiras 5 escalas encontram-se validadas para português europeu (Capelas & Ferreira, 2020). As escalas acima descritas, podem ser consultadas no Anexo 3.

Na mesma revisão, para o controlo da dor são sugeridas duas abordagens:

- não farmacológica – em que se pode recorrer ao descanso, movimentos suaves, uso de calor/frio, musicoterapia, aromaterapia, massagem e toque terapêutico.

- farmacológica – é recomendada que a gestão da analgesia seja feita pela Escada Analgésica indicada pela OMS, seguindo os 6 princípios, a medicação deve ser administrada por via não

invasiva (PO, TD, SL, TM, ou SC), pelo relógio, para o indivíduo, pela escada, utilizando fármacos adjuvantes e dando atenção aos detalhes.

Estas estratégias podem ser utilizadas de forma isolada ou combinada. A morfina é referida como sendo o fármaco mais regularmente utilizado no tratamento da dor moderada a severa, num doente em situação paliativa, devido à sua eficácia analgésica, tolerabilidade e relação custo-benefício. Num doente em situação de últimas semanas e dias de vida, os fármacos de eleição para o controlo da dor são os opioides fortes.

Assim, a avaliação da dor deve ser individualizada, contínua, quantificada, monitorizada e documentada. Qualquer avaliação da dor também deve envolver as pessoas significativas para o doente. A dor não detetada e mal controlada pode afetar significativamente a qualidade de vida e aumentar a morbilidade (Cluxton, 2019).

As escalas ideais para avaliação da dor devem ser simples, precisas, com variabilidade interpessoal mínima e devem discernir e quantificar a resposta ao tratamento da dor. A utilização de escalas ajuda a padronizar a avaliação da dor e a monitoriza-la de forma adequada e objetiva. Existem vários instrumentos para avaliação da dor, sendo importante selecionar um que corresponda às capacidades da pessoa, uma vez que estes influenciarão a sua capacidade de resposta. É importante reconhecer, avaliar e controlar a dor utilizando uma abordagem sistemática e contínua (Dening, 2023).

Por um lado, não é suficiente disponibilizar um instrumento válido e fiável sem se associar formação nesta área do conhecimento, sugerindo assim que seja feita formação aos profissionais que cuidam de doentes em situação paliativa com incapacidade para comunicar a dor, isto porque, a gestão eficaz da dor requer habilidades específicas. De acordo com Raposo et al. (2016), os enfermeiros que possuem um conhecimento sólido sobre a dor e adotam uma atitude adequada em relação ao seu controlo oferecem cuidados de melhor qualidade. Cluxton (2019), refere ainda que, melhorar a educação na avaliação e gestão da dor em todos os níveis de educação profissional pode fornecer aos profissionais de saúde o conhecimento, a experiência e a confiança para tratar adequadamente a dor (Cluxton, 2019). A gestão adequada da dor é uma medida de eficácia dos cuidados paliativos (Kaiser et al., 2021).

Por outro lado, releva como importante a comunicação, que é um processo pelo qual as pessoas compartilham informações sobre si mesmas e o ambiente ao seu redor. Envolve a transmissão e receção de mensagens, com recurso à linguagem verbal, linguagem não verbal, escrita, gestos, expressões faciais, entre outros. A comunicação não se limita apenas à troca de palavras ou informações, mas envolve a compreensão mútua, a interpretação do significado das mensagens e a resposta apropriada a elas. A comunicação é essencial para a vida em sociedade e para o funcionamento eficaz das relações humanas. Sendo a comunicação um dos pilares de CP, funciona como uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e controlo de sintomas associados à doença avançada, progressiva e terminal. A sua eficácia consegue-se através de formação padronizada e de treino de todos os elementos da equipa. Independentemente da estratégia adotada para se conseguir uma comunicação eficaz, “deve-se ter em conta que cada doente é único, assim como é única e particular a situação em que se encontra e o momento em que vive” (Barbosa et al., 2016, p.830).

Podem existir barreiras no processo de comunicação que passam por erros de conteúdo (quando há erros ou distorções na mensagem transmitida, incluindo ambiguidade, uso de linguagem técnica ou jargões, falta de clareza na comunicação e informações incompletas ou

imprecisas); as emoções como dificuldade de comunicação (o stress, a ansiedade, a raiva, o medo ou a tristeza, podem interferir na capacidade de uma pessoa em comunicar de forma clara e eficaz, e estas emoções podem distorcer a mensagem, dificultar a expressão de pensamentos ou causar mal-entendidos); e dificuldades de comunicação na relação (a falta de empatia, a má comunicação prévia, conflitos não resolvidos ou divergências culturais podem criar barreiras significativas na comunicação). Para superar essas barreiras, é importante praticar habilidades de comunicação eficazes. Barbosa et al. (2016) enunciam como competências básicas de comunicação em CP, as seguintes: escuta ativa (desenvolve-se em quatro etapas, ouvir, codificar, interpretar e responder); a compreensão empática (permite identificar a emoção que a pessoa está a vivenciar e a sua causa); e o feedback (permite controlar a eficácia da comunicação, perceber a intenção do recetor e a sua reação).

Na comunicação a linguagem não-verbal divide-se em duas grandes áreas que são: a linguagem corporal (a expressão facial; contato visual; postura e movimentos corporais; contato físico e toque) e a linguagem paraverbal ou paralinguagem (qualidade de voz e segregados vocais).

As aptidões de comunicação não-verbal não são intuitivas; para se estabelecer uma comunicação clínica benéfica na prática diária, é fundamental realizar formação e treino em comunicação, nomeadamente os aspetos da linguagem não-verbal (Barbosa et al., 2016).

A linguagem é uma parte fundamental da vida de todas as pessoas, sendo frequentemente tomada como garantida. A linguagem permite comunicar pensamentos, emoções, opiniões e sentimentos aos outros. Em alguns indivíduos podem surgir alterações da linguagem - a perturbação da linguagem mais frequente é a afasia, que pode ser devido a TCE, a acidente vascular cerebral, a tumor cerebral ou a infeção cerebral. A afasia é uma perturbação de linguagem que resulta de uma lesão no cérebro e que afeta vários aspetos da comunicação, nomeadamente a expressão oral, a compreensão de linguagem, a leitura e a escrita. Pode manifestar-se como dificuldade em: perceber mensagens faladas ou escritas; identificar imagens e objetos; e/ou comunicar através da fala, escrita e/ou de gestos (Ribeirinho, 2022). Algumas estratégias de comunicação com pessoas com afasia são: escrever as palavras mais importantes; apontar e usar gestos; eliminar ruídos ou distrações; falar sobre um tema de cada vez; falar frente a frente; usar frases curtas; entre outras (Ribeirinho, 2022).

O apoio à família/cuidadores é parte integrante da prática das equipas de CP. Isto faz-se conhecendo quem são as famílias e os cuidadores, identificando quem é o cuidador principal, que poderá ser o interlocutor entre a família e a equipa. A avaliação e identificação das necessidades da família deve ser abrangente e considerar várias características tanto do doente como dos membros da família. Algumas das principais áreas a serem consideradas são: a condição de saúde do doente, o contexto familiar, os recursos e capacidades da família, as necessidades emocionais e psicossociais e a cultura e valores familiares (Barbosa et al., 2016). É necessário ainda, conhecer as expectativas, a informação de que dispõem bem como o grau de comunicação entre os seus elementos. Avaliar a família é muito importante, uma vez que alguém poderá ser responsável pelo “cuidar” e terá de ter capacidade física, psíquica, emocional, económica e condições habitacionais, quando o doente em situação paliativa permanece no domicílio. Para a família ser integrada na equipa multidisciplinar/prestadora de cuidados é indispensável prepará-la adequadamente, através da educação/informação; suporte emocional; ajuda na reorganização dos seus elementos e dinâmicas, prevenção e tratamento do processo de luto. Assim, a família assume um papel de recetora e prestadora de cuidados. Em

algumas situações as famílias precisam de se reajustar através de estratégias de coping para conseguirem lidar com situações complexas e adquirirem competências para o apoio efetivo ao doente (Barbosa et al., 2016; Neto, 2003).

Na planificação e implementação de cuidados é necessário ter uma comunicação adequada/eficaz com o doente/família, que deve ser efetuada de acordo com as necessidades de informação do doente/família, das suas preocupações e expectativas. Uma forma de promover a comunicação entre a equipa e a família/cuidadores é a utilização da conferência familiar, que é uma forma estruturada de intervenção na família em CP, em que se pode promover a adaptação emocional à perda e ao processo de luto (Neto, 2003).

O trabalho em equipa é parte integrante da prática das equipas de CP, em que equipa deve funcionar com uma metodologia comum, partilhando um projeto assistencial e objetivos comuns. Para Twycross (2003) uma equipa em CP deve ser constituída por um médico, um enfermeiro e um assistente social.

A dinâmica da equipa é influenciada pelo seu tamanho, por quem a compõe, como está organizada e como os membros interagem, tendo em conta o estatuto de cada indivíduo, as expectativas mútuas de comportamento e os padrões sociais comuns (Barbosa et al., 2016).

O líder da equipa, tem como finalidade satisfazer as expectativas dos seus membros, em relação ao crescimento profissional, organização de atividades de lazer em grupo, e ser facilitador da resolução de desafios que possam surgir. Um elemento primordial de desenvolvimento de competências dentro da equipa, passa pela aquisição de conhecimentos, o que pode ser feito através de formação interna (reuniões de serviço, estudos de caso, revisão de temas, entre outros) e formação externa (congressos, workshops, cursos de atualização, seminários, reuniões, entre outros), promovendo o seu empoderamento. Assim, a equipa tem a iniciativa e a capacidade de tomar decisões, e todos se sentem responsáveis pelas decisões do grupo (Barbosa et al., 2016).

Deste modo, a equipa partilha alguns valores comuns tais como: trabalho com o mesmo objetivo, responsabilidade partilhada, comunicação aberta e de confiança com escuta ativa e feedback, ajuda mútua e boas relações interpessoais (Neto, 2020).

Este documento está organizado em seis capítulos, no primeiro é feita a introdução ao relatório; no segundo são caracterizados os contextos clínicos; no terceiro e no quarto capítulos é feita a descrição de dois casos clínicos em contextos paliativos distintos; no quinto capítulo são descritos os contributos para o desenvolvimento das competências gerais e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, adquiridas e aperfeiçoadas ao longo dos ensinamentos clínicos efetuados e pelos conhecimentos técnico-científicos adquiridos no percurso de aprendizagem deste Mestrado, analisando também a sua relevância para a prática do cuidado e, por último, na síntese final onde serão apresentadas reflexões críticas sobre a importância da avaliação e controlo da dor no doente em situação paliativa com alterações cognitivas, os desafios e superações vivenciados, a importância da aquisição de competências especializadas e o previsível para a prática clínica futura.

Do ponto de vista metodológico, para a elaboração deste relatório de estágio, utilizou-se uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, apoiada numa revisão de literatura recorrendo a livros científicos, bases de dados científicas e literatura cinzenta, considerando a evidência científica mais atual.

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

O Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II, foi dividido em dois momentos distintos e decorreram em dois contextos diferentes. O primeiro realizou-se de 18 de setembro a 20 de novembro de 2023, numa Unidade de Cuidados Paliativos de Elevada Diferenciação (UCPED), e o segundo decorreu de 21 de novembro de 2023 a 26 de janeiro de 2024, numa Equipa Intra-Hospital de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP). Os dois momentos de estágio decorreram na mesma instituição, um centro hospitalar, que é gerido pelo Serviço Nacional de Saúde, portanto, acessível a toda a população.

O Serviço de Cuidados Paliativos (SCP) do centro hospitalar, onde decorreu o estágio, foi criado com o objetivo de atender pessoas com doenças graves e ameaçadoras da vida, oncológicas e não oncológicas, estejam ou não a fazer tratamento modificador de prognóstico. Tem como missão: prestar cuidados paliativos rigorosos e humanizados aos doentes com sofrimento intenso resultante de doenças incuráveis, avançadas e progressivas (oncológicas ou não) e acompanhar os seus cuidadores no processo de adaptação à doença até ao luto, quando tal for solicitado pelo médico assistente do doente no centro hospitalar; colaborar com outros profissionais de saúde que atendem doentes com sofrimento intenso resultante de doenças graves e ameaçadoras da vida em regime de partilha de cuidados ou consultadoria; formar profissionais de saúde e estudantes de cursos da área da saúde em matéria de cuidados paliativos; divulgar a filosofia e princípios dos cuidados paliativos à população em geral; demonstrar cientificamente os benefícios dos cuidados paliativos; e participar na organização e implementação dos cuidados paliativos em Portugal.

Na atualidade, para dar resposta às necessidades dos doentes o SCP deste centro hospitalar, apresenta três valências, que são: Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), Consulta Externa de Cuidados Paliativos e Unidade de Cuidados Paliativos de Elevada Diferenciação (UCPED).

A EIHSCP, funciona em regime de consultadoria ou acompanhamento partilhado de doentes internados em qualquer serviço do centro hospitalar, podendo estes doentes estar a fazer tratamento para diminuir a doença principal, nomeadamente quimioterapia ou outro tratamento específico.

A Consulta Externa de Cuidados Paliativos, destina-se ao acompanhamento de doentes em regime ambulatorio, referenciados pelo médico assistente no centro hospitalar, podendo os doentes estar a fazer tratamento específico para diminuir ou controlar a doença, nomeadamente quimioterapia.

A UCPED dá resposta a doentes com necessidades de CP de elevada complexidade, até que a situação clínica que desencadeou o internamento seja controlada e o doente possa ter alta. Esta pode ser para o exterior, ou então, para o serviço de origem, ou outro serviço de internamento que melhor se adegue às necessidades clínicas do doente, mantendo-se nas duas últimas opções o acompanhamento pela EIHSCP. De acordo com o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2017-2018, pelo nível de diferenciação dos cuidados, o serviço enquadra-se nos Cuidados Paliativos Especializados.

Que doentes podem aceder ao SCP deste centro hospitalar? Para os doentes terem acesso à consulta externa de CP, o médico assistente pode fazer o pedido para consulta externa de CP, ou então, o doente já ser seguido previamente pela EIHSCP, que após alta hospitalar continua com seguimento de CP pela consulta externa. Os doentes para terem acesso à EIHSCP, têm que estar internados no centro hospitalar e o médico assistente tem que fazer um pedido de colaboração ao SCP. Os doentes para serem propostos à UCPED, tratando-se de uma unidade de internamento para doentes com necessidade de CP de elevada complexidade, o internamento na UCPED é decidido pelos médicos do SCP da instituição, após avaliação do doente na consulta externa de CP, no serviço de urgência ou noutro serviço de internamento da instituição e/ou discussão do caso com médico assistente do doente.

A nível da estrutura física, a UCPED é composta por cinco enfermarias (uma enfermaria com duas camas, duas enfermarias com três camas e duas enfermarias individualizadas); destas enfermarias, duas apresentam casa de banho. Para além destas, existem duas casas de banho para banho assistido. O serviço dispõe ainda de duas salas de trabalho de enfermagem, uma sala de desinfeção, uma sala de arrumos, uma copa para os doentes, uma copa para os profissionais, dois gabinetes (um para o gestor de enfermagem e outro para o gestor do serviço), uma casa de banho para os profissionais de saúde, uma sala de reuniões, onde fica alocada a EIHSCP. Uma vez que esta UCP se encontra numa unidade hospitalar, tem um espaço físico independente, tem recursos próprios, com profissionais a ela alocados a tempo inteiro e com uma lotação de 10 camas, cumprindo o que está delineado pelo Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022 (PEDCP, 2021-2022). O serviço não dispõe de espaço próprio destinado à família, para realizar as conferências familiares, ter conversas mais sensíveis que sejam necessárias para o doente, ou até mesmo, entre o doente e família, uma vez que a maioria dos doentes está em enfermarias partilhadas e não se consegue promover a privacidade das conversas.

Em relação aos recursos humanos, no serviço de cuidados paliativos, a equipa multidisciplinar é composta por: 24 enfermeiros, 9 médicos, 10 assistentes operacionais, 1 psicóloga (a tempo parcial), 2 assistentes sociais (1 a tempo inteiro e outra a tempo parcial), 1 assistente espiritual e 1 assistente técnica. Dos 24 enfermeiros, 18 têm formação avançada em CP. Para além deste facto, na equipa contabilizam-se 13 enfermeiros com o título profissional de Especialista (2 em Reabilitação, 2 em Comunitária e 9 em Médico-cirúrgica). Em relação aos médicos, todos eles

têm a competência médica em CP.

A UCPED tem alocado 19 enfermeiros, 8 médicos (que estão na UCPED e EIHSCP, não asseguram os turnos da noite e fins de semana), 10 assistentes operacionais, 1 psicóloga e 1 assistente social. De acordo com o PEDCP, 2023-2024, o serviço cumpre as dotações mínimas exigidas de recursos humanos para as equipas de CP que está preconizado no plano (em hospitais com 8-20 camas, está definido, médicos ≥ 2 , enfermeiros ≥ 11 , psicólogo ≥ 1 , assistente social ≥ 1 , assistentes operacionais ≥ 7). Não cumpre a medida em que refere que as UCP hospitalares devem manter o apoio médico especializado nas 24 horas de todos os dias da semana. Quando era necessário apoio médico, durante a noite e/ou fim de semana, a equipa de enfermagem contactava a equipa médica da medicina interna.

A Consulta Externa (CE) tem designado 2 enfermeiros e 1 médico exclusivo (fica na valência da CE durante 3 meses, todos os médicos passam por esta valência). A EIHSCP tem atribuído 3 enfermeiros, 8 médicos (que estão na UCPED e EIHSCP), 1 psicóloga (que colabora nas 3 valências) e 1 assistente social (que colabora na CE e EIHSCP). De acordo com o PEDCP, 2023-2024, o serviço não cumpre as dotações mínimas exigidas de recursos humanos para as equipas de CP que está preconizado no plano (números de profissionais por 250 camas, está definido, 2 ou 3 médicos, 2 ou 3 enfermeiros, 2 psicólogos, 2 assistentes sociais).

O método de trabalho utilizado pela equipa de enfermagem na unidade de internamento é o método individual de trabalho. Os enfermeiros passam pelas 3 valências. A equipa de enfermagem, no internamento, utiliza com alguma frequência a passagem de turno para discutir alguns casos mais complexos ou que causem alguma inquietação nos diferentes membros da equipa.

As reuniões formais para discussão de casos clínicos entre toda a equipa multidisciplinar, ocorre no início do turno da manhã em dias alternados, na sala de reuniões da EIHSCP; nestas reuniões podem ser discutidos casos clínicos do internamento, do intra-hospitalar ou da consulta.

De momento a equipa não tem em desenvolvimento nenhum projeto de melhoria contínua, uma vez que estava a decorrer uma coesão e organização de cuidados, a ser implementado um novo paradigma de desempenho do SNS, em resultado da generalização do modelo das Unidades Locais de Saúde (PEDCP, 2023-2024).

Foram selecionados dois casos clínicos da prática para serem explorados, um referente à UCPED e outro à EIHSCP, que serão apresentados nos capítulos seguintes.

3. CASO CLÍNICO 1

Sra A, 77 anos, diagnosticada com adenocarcinoma do reto estadio IV no início de 2023. Antecedentes patológicos: Diabetes Mellitus, insuficiência venosa periférica e litíase renal. Alergia medicamentosa à Metformina.

3.1. Enquadramento teórico

Neste capítulo, começa-se por se descrever a história da doença atual da cliente que motivou o internamento, de seguida faz-se o enquadramento teórico dos cuidados paliativos, nomeadamente na valência de internamento numa unidade de CP, é seguido do enquadramento da patologia e, para terminar, faz-se uma breve referência aos cuidadores.

3.1.1. História da doença atual

A Sra A foi diagnosticada com adenocarcinoma do reto estágio IV, após ser internada num centro hospitalar, em fevereiro de 2023, por retorragias. Durante esse internamento ainda foi detetado que apresentava nódulos a nível do pulmão, fígado, suprarrenais e com envolvimento ganglionar. Em março de 2023, foi internada novamente por dor não controlada, para ajuste terapêutico. Em abril de 2023, foi internada eletivamente para confeção de colostomia derivativa, pela neoplasia do reto (apresentava volumosa massa vegetante), pós radioterapia paliativa (para controlo da dor e controlo de hemorragia). Seguida posteriormente em consulta externa pela Cirurgia Geral, que decidiu tratamento de suporte dado o mau estado geral da cliente e foi solicitada colaboração de cuidados paliativos para fazer seguimento na modalidade de consulta externa.

A Sra A foi seguida em consulta externa de cuidados paliativos do centro hospitalar até junho de 2023 e posteriormente foi orientada para a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) da sua área de residência; teve a primeira visita dessa equipa a 2 de agosto de 2023.

A 6 de outubro a ECSCP entrou em contato com a Equipa de Cuidados Paliativos de centro hospitalar, e a cliente foi admitida na Unidade de Cuidados Paliativos de Elevada Diferenciação

(UCPED) para controlo de sintomas e gestão terapêutica, uma vez que detetaram que a cuidadora se apresentava “desgastada” e com dificuldade em gerir a terapêutica/medicação injetável, nomeadamente a que estava prescrita em SOS.

Neste caso clínico a valência assistencial foi a equipa de internamento de cuidados paliativos. À admissão na UCPED, a 6 de outubro durante a tarde, a Sra A apresentava-se sonolenta, mas facilmente despertável, com abertura ocular à chamada, conseguia identificar que estava num hospital e reconhecia a filha. Foi incapaz de objetivar queixas. Sem sinais de desconforto. Apresentava a via oral instável, pela oscilação de estado de consciência. Eupneica, mas com respiração superficial. Abdómen com colostomia e indolor à palpação. Trazia perfusão contínua por via SC (DIB para 72h - colocado em 04/10 - com morfina 7,5mg + metoclopramida 30mg + levomepromazina 37,5mg) e fentanilo TD 75 mcg/h. O DIB é uma bomba elastomérica para infusão de fármacos, que permite administrar quantidades predeterminadas de fármacos aos doentes de forma contínua e precisa, tanto em meio hospital como domiciliário; esta bomba de infusão não depende de nenhuma fonte de alimentação externa ou baterias; a medicação é libertada devido à pressão positiva gerada pela bomba elastomérica; o fluxo é dado pela combinação da ação do regulador de fluxo e da pressão positiva exercida pela membrana elastomérica.

Os problemas identificados à admissão da cliente foram: cliente com neoplasia do reto, para medidas de conforto; agitação e inquietude no domicílio; via oral instável, dependência total nas atividades de vida diária (AVD's); e cuidadora (filha) com dificuldade em gerir a medicação no domicílio (esta também é cuidadora de uma irmã adulta com patologia psiquiátrica), ver genograma da Sra A, representado na Figura 1.

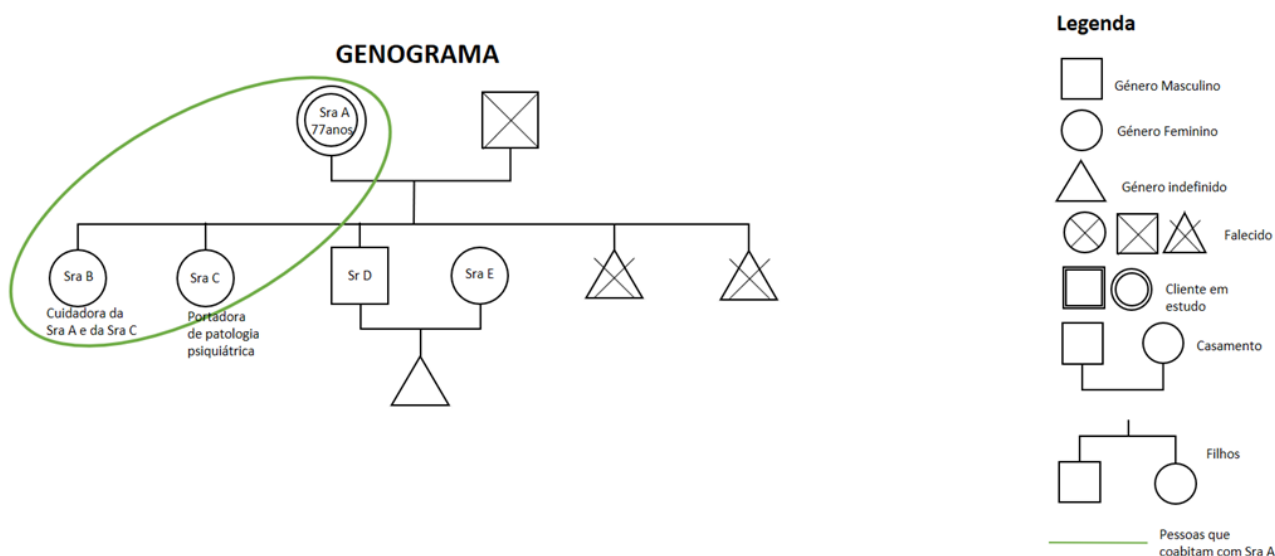


Figura 1 - Genograma da Sra A

3.1.2. Enquadramento dos Cuidados Paliativos

Os **Cuidados Paliativos** foram legislados pela Lei de Bases de Cuidados Paliativos (CP), Lei n.º 52/2012, que consagra o direito e regula a acessibilidade de CP aos cidadãos e define a responsabilidade do Estado em matéria de CP, criando a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP). Na referida Lei, CP estão definidos como “cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e no tratamento rigoroso da dor e outros sintomas físicos, mas também psicossociais e espirituais” (Base II, alínea a). Assim, numa perspetiva cooperativa, os CP devem estar organizados numa estrutura coordenada, integrada e funcional que deve operacionalizar-se desde unidades de internamento (equipas hospitalares) até à comunidade (equipas comunitárias).

A mesma Lei, afirma que os CP “regem-se pelos seguintes princípios: a) Afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica; b) Aumento da qualidade de vida do doente e sua família; c) Prestação individualizada, humanizada, tecnicamente rigorosa, de cuidados paliativos aos doentes que necessitem deste tipo de cuidados; d) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados paliativos; e) Conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas; f) Consideração pelas necessidades individuais dos pacientes; g) Respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas; e h) Continuidade de cuidados ao longo da doença”. (Lei nº52/2012, p.5120)

A Portaria nº 165/2016, determina que “os cuidados paliativos são considerados essenciais a um SNS de qualidade, devendo ser prestados em continuidade nos cuidados de saúde, a todas as pessoas com doenças muito graves e/ou avançadas e progressivas, que deles necessitem, e onde quer que se encontrem, designadamente nos cuidados de saúde primários, hospitalares ou continuados integrados”, sendo “reconhecido a nível internacional que, aplicados em tempo adequado, os CP diminuem os tempos de internamento hospitalar, os reinternamentos, o recurso aos serviços de urgência, aos cuidados intensivos e à obstinação terapêutica e, consequentemente melhoram a qualidade de vida dos doentes e diminuem os custos inapropriados em saúde”. O Artigo 2.º afirma que “as equipas locais de âmbito hospitalar podem organizar-se em termos de resposta assistencial, de forma integrada, agregando as valências de cuidados paliativos, nomeadamente a equipa de apoio intra-hospitalar, unidade de internamento, quando existente, hospital de dia, consulta externa e consulta domiciliária”. O Artigo 4.º refere que “as equipas locais de cuidados paliativos integram, no mínimo,

profissionais das áreas da medicina, enfermagem, psicologia e serviço social, todos com formação específica em cuidados paliativos, devendo integrar outros profissionais sempre que a complexidade dos cuidados prestados o justifique, nos termos a definir pela CNCP e ouvidas as respectivas Ordens e Associações Profissionais” (Capítulo II, secção I, p.1821 e 1823).

Na mesma portaria, no capítulo II, secção IV, artigo 6.º - caracteriza a Unidade de internamento de Cuidados Paliativos (UCP) como “1 - é um serviço específico de tratamento em regime de internamento para doentes que necessitam de cuidados paliativos diferenciados e multidisciplinares, nomeadamente em situação clínica aguda complexa; 2 — A UCP deve estar integrada num hospital ou noutra unidade de saúde do setor público, social ou privado; 3 — As UCP podem diferenciar-se em função de patologias específicas, nomeadamente na área das doenças oncológicas, neurológicas rapidamente progressivas, da infeção VIH/SIDA e na área pediátrica; 4 — As UCP podem diferenciar-se ainda em razão do desenvolvimento de atividades de docência e de investigação, devendo neste caso estar sediadas em hospitais centrais ou universitários. No artigo 7.º refere que a “UCP deve assegurar, designadamente: a) Cuidados médicos e de enfermagem permanentes; b) Intervenção psicológica para doentes, familiares e profissionais; c) Intervenção e apoio social; d) Apoio e intervenção no luto; e) Intervenção espiritual; f) Exames complementares de diagnóstico; g) Prescrição e administração de fármacos que constem do Formulário Nacional de Medicamentos, no respeito pelas normas de orientação clínica da Direção -Geral da Saúde; h) Higiene, conforto e alimentação; i) Convívio e lazer; j) Formação em cuidados paliativos; e l) Assessoria na área dos cuidados paliativos a profissionais de saúde, designadamente dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados, da respetiva área de influência da instituição de saúde onde a UCP se encontra integrada” (Capítulo II, secção IV, p.1824).

3.1.3. Enquadramento da patologia

Neste subcapítulo irá ser descrito, inicialmente, a composição e função do sistema digestivo, posteriormente será abordado o cancro, nomeadamente, o do cólon e reto.

O **sistema digestivo** é constituído pelo tubo digestivo e pelas glândulas anexas. O tubo digestivo é constituído pela boca, faringe, esófago, estômago, intestino delgado (duodeno, jejuno e ílio), intestino grosso (ceco, cólon ascendente, cólon transversal, cólon sigmóide e reto) e ânus. As glândulas anexas são órgãos que produzem substâncias que atuam sobre o alimento ao longo do tubo digestivo. As glândulas anexas são: as glândulas salivares (parótida, sublingual e submaxilar), glândulas gástricas, glândulas intestinais, pâncreas e fígado (Rothrock, 2008); ver a constituição do sistema digestivo na Figura 2.

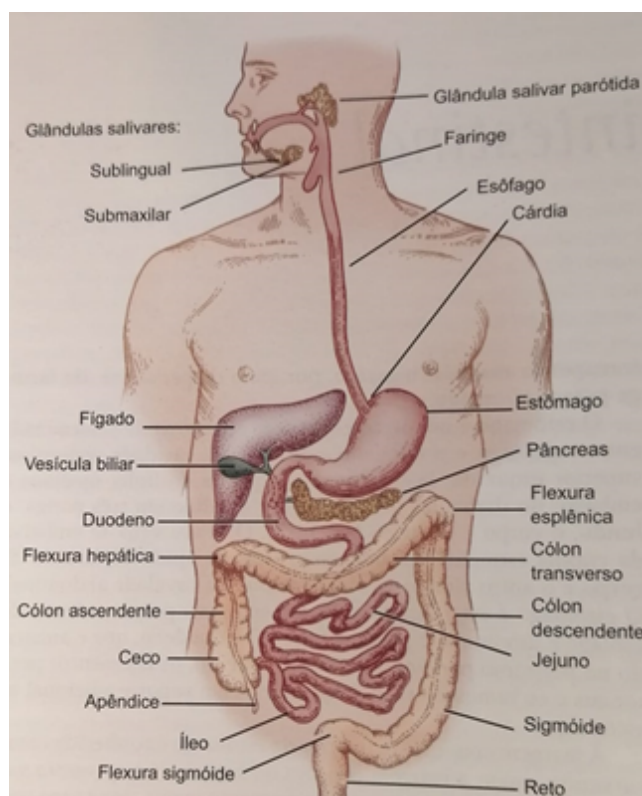


Figura 2- Sistema digestivo (adaptado de Rothrock, 2008)

As principais funções do sistema digestivo são: ingestão de alimentos através da boca; transformação mecânica (mastigação) e química (digestão) de substâncias complexas – macromoléculas, em substâncias simples – micromoléculas, para permitir a sua absorção pelas células do intestino e eliminação de fezes do trato gastrointestinal (Rothrock, 2008).

O **câncer**, também denominado como neoplasia maligna ou tumor maligno, é conhecido como uma doença crónica degenerativa, em que ocorre um crescimento desordenado das células; este crescimento invade tecidos e órgãos que se dividem rapidamente. Esta divisão tende a ser agressiva e incontrolável, determinando a formação de tumores malignos com potencial para desenvolver metástases em diferentes órgãos do corpo.

Segundo a DGS, ao longo dos últimos anos tem-se assistido a um crescimento constante da incidência do cancro no nosso país. Este aumento resulta do envelhecimento da população, devido aos avanços nos tratamentos, tanto do cancro como de outras patologias, contribuindo assim para um maior número de diagnósticos de cancro (PNpaDO, 2017).

Os tumores malignos constituem a segunda causa de morte em Portugal, ver Figura 3. Representado assim 22,1% da mortalidade em Portugal, em 2021; desta percentagem 2,9% representam os tumores malignos do cólon, reto e ânus. A média de idade no óbito é de 73,6 anos (INE, 2023).

Taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, por tumores malignos e por doenças do aparelho respiratório, por 100 mil habitantes, Portugal, 2010-2021

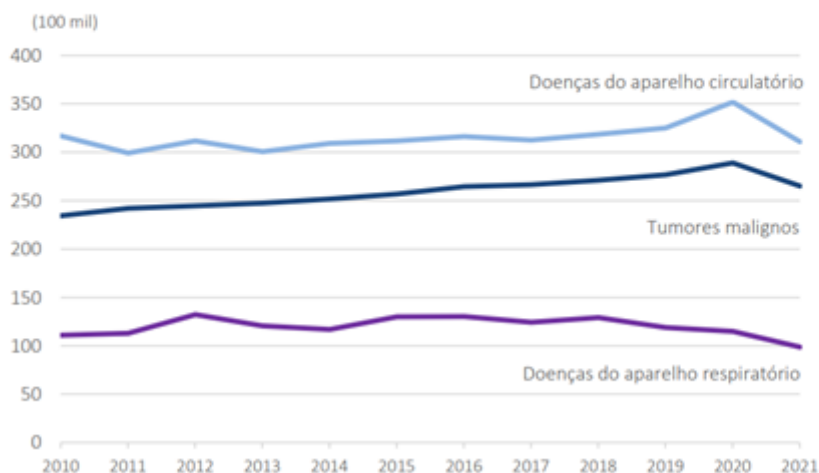


Figura 3 - Taxas de mortalidade em Portugal, 2010-2021 (fonte: INE, óbitos por causas de morte)

O **cancro do cólon e reto** são, predominantemente (cerca 95%), adenocarcinoma, ou seja, surgem no epitélio interno do intestino. Estes podem aparecer inicialmente como um pólipo benigno, mas podem se tornar malignos, invadindo e destruindo os tecidos normais e estenderem-se pelas estruturas ao seu redor. As células cancerosas podem partir para longe do tumor primário e espalhar-se para outras partes do corpo, mais frequentemente para o fígado (Smeltzer & Bare, 2002).

O estadiamento do cancro colorretal pode ser clínico ou patológico. Apesar de existirem vários sistemas, o *Tumour-node-metastasis* (TNM), definido pelo *American Joint Committee on Cancer*, é o mais utilizado para o estadiamento deste tipo de cancro. T representa a profundidade da penetração do tumor, N define o atingimento de gânglios linfáticos e M a presença de metástases à distância. O estágio I (T1-T2, N0, M0), define um tumor que invade apenas a submucosa (T1) ou a muscular própria (T2), sem atingimento de gânglios regionais. Os tumores que penetram através da muscular própria (T3), perfuram o peritoneu visceral (T4a) ou invadem diretamente outros órgãos ou estruturas (T4b), mas ainda sem acometer gânglios são, respetivamente, classificados como estágio IIA (T3, N0, M0), estágio IIB (T4a, N0, M0) ou IIC (T4b, N0, M0). O envolvimento de gânglios regionais, sem metastização à distância constitui o estágio III. Estão definidas três categorias para o acometimento de gânglios, sendo que N0 significa que não há envolvimento linfático, N1 indica o acometimento de 1 a 3 gânglios (N1a: um gânglio envolvido, N1b: 2 a 3 gânglios regionais e N1c: depósitos tumorais no tecido adiposo pericólorretal sem evidência histológica de gânglio residual no nódulo), e N2 indica metastização em 4 ou mais gânglios (N2a: 4 a 6 e N2b: 7 ou mais gânglios afetados). O estágio IIIA é constituído por tumores T1 ou T2, N1, M0 ou por T1, N2a, M0; já o estágio IIIB engloba tumores T3, T4a, N1, M0 ou T2, T3, N2a, M0 ou T1, T2, N2b, M0. Do estágio IIIC fazem parte os tumores T4a, N2a, M0 ou T3, T4a, N2b, M0 ou ainda os tumores T4b, N1, N2, M0. A deteção de

metástases à distância define o estágio IV. M1a refere-se a metástases confinadas a um órgão (fígado, pulmão ou outros), enquanto M1b implica metástases em mais do que um órgão ou no peritoneu. O estágio IV engloba os estádios IV A (qualquer T, qualquer N, M1a) e o estágio IV B (qualquer T, qualquer N, M1b). À medida que a neoplasia invade estruturas adjacentes, o risco de disseminação ganglionar e metalização à distância aumenta, ver Figura 4 (Sobin, 2010).

Estadio 0	Tis	N0	M0
Estadio I	T1, T2	N0	M0
Estadio II	T3, T4	N0	M0
Estadio IIA	T3	N0	M0
Estadio IIB	T4a	N0	M0
Estadio IIC	T4b	N0	M0
Estadio III	qualquer T	N1, N2	M0
Estadio IIIA	T1, T2	N1	M0
	T1	N2a	M0
			M0
Estadio IIIB	T3, T4a	N1	M0
	T2, T3	N2a	M0
	T1, T2	N2b	M0
Estadio IIIC	T4a	N2a	M0
	T3, T4a	N2b	M0
	T4b	N1, N2	M0
Estadio IVA	qualquer T	qualquer N	M1a
Estadio IVB	qualquer T	qualquer N	M1b

Figura 4 – Estadiamento do carcinoma colorretal, sistema TNM (adaptado de Sobin, 2010)

Os fatores de risco para o cancro colorretal são: idade superior a 40 anos; história de pólipos retais ou do cólon; presença de pólipos adenomatosos ou adenomas vilosos; história familiar de cancro do cólon ou polipose familiar; história de doença intestinal inflamatória; e dieta rica em gordura, proteínas e pobre em fibras (Smeltzer & Bare, 2002).

Em geral, os sintomas surgem em estádios avançados da doença e dependem da localização e tamanho do tumor, sendo que, os sintomas mais comuns são: alterações do trânsito intestinal, aparecimento de sangue nas fezes, anemia inexplicada, emagrecimento e astenia. Os tumores do cólon direito (cego, cólon ascendente e cólon transversal proximal) podem causar perda hemática crónica (as fezes podem ser pretas – melenas), podendo originar uma anemia ferropénica e sintomas como fadiga, angina de peito e palpitações. Os tumores podem crescer e atingir grandes dimensões sem dar sintomatologia no cólon direito por este ter um maior diâmetro e as fezes serem mais líquidas. Os tumores com origem no cólon esquerdo (transverso distal, descendente e sigmóide) podem causar dor abdominal, obstrução intestinal e perfuração. Os tumores do reto podem manifestar-se por tenesmo, alterações do calibre das fezes e hematoquécia (Pinto, 2010; Smeltzer & Bare, 2002).

O aumento do tumor pode causar obstrução parcial ou completa do intestino. O crescimento e

ulceração também podem invadir os vasos sanguíneos, causando hemorragia. Pode ainda ocorrer perfuração do intestino, podendo levar a formação de abscessos, peritonite, ou até a um choque séptico (Smeltzer & Bare, 2002).

O tratamento depende do estadió da doença e pode consistir em cirurgia para remoção do tumor e terapia de adjuvante (quimioterapia, radioterapia e/ou imunoterapia). A cirurgia é o principal tratamento para a maioria dos cancros do cólon e do reto. A cirurgia pode ser curativa ou paliativa. O tipo de cirurgia depende da localização e do tamanho do tumor. Se o tumor estiver espalhado e envolvido em estruturas vitais ao seu redor, é considerado inoperável.

Os procedimentos cirúrgicos incluem: ressecção segmentar com anastomose; ressecção abdominoperitoneal com colostomia sigmoide permanente; colostomia temporária seguida de uma ressecção segmentar e anastomose e subsequente reanastomose da colostomia; colostomia permanente ou ileostomia (forma paliativa de lesão obstrutiva sem possibilidade de ressecção). A colostomia é uma criação cirúrgica de uma abertura (estoma) no cólon. Pode ser criada como uma derivação temporária ou permanente, permitindo a drenagem ou a evacuação das fezes para o exterior do corpo. A consistência da drenagem está relacionada ao local da colostomia, que é ditada pela localização do tumor e a extensão da invasão nos tecidos ao seu redor (Pinto, 2010; Smeltzer & Bare, 2002).

No estágio IV, o principal objetivo da terapêutica é melhorar a qualidade de vida através do controlo da dor. A cirurgia é habitualmente realizada com a finalidade de palição, para evitar complicações como a obstrução ou a perfuração intestinal e hemorragia. A radioterapia paliativa está indicada apenas para o cancro do reto, enquanto a quimioterapia representa a principal abordagem terapêutica para o cancro colorretal irresssecável (Pinto, 2010).

No caso clínico em estudo a doente foi diagnosticada, em fevereiro de 2023, com adenocarcinoma do reto estágio IV, sendo submetida a confecção de colostomia derivativa eletiva, após 2 meses do diagnóstico inicial, para controlo da dor e hemorragia, e prevenir uma futura oclusão intestinal (massa neoplásica volumosa).

3.1.4. Os Cuidadores

Para os cuidadores pode ser difícil aceitar que outros que não eles, por exemplo os profissionais de saúde, cuidem dos seus familiares melhor do que eles, o que pode resultar em exaustão emocional e física do cuidador, por persistirem no cuidado exclusivo. A história de cada família faz-se de várias etapas e vivências; algumas famílias carregam feridas profundas sendo impossível, num curto espaço de tempo, encontrar a tranquilidade. A equipa deve ser capaz de reconhecer esta realidade e ajudar a clarificar, mobilizando meios para apoiar devidamente a

família cuidadora.

Cuidar de alguém enfermo, dependente ou que está a morrer exige não só esforço físico e emocional, como também o compartilhar de afazeres, decisões e ajustes, que não são fáceis. Muitas vezes, o papel de cuidador surge na decorrência imposta por uma situação inesperada, não se tratando de uma escolha, de uma opção. Tais mudanças na estrutura familiar mostram a necessidade de atenção e cuidado aos familiares, o que é preconizado pela filosofia de cuidados paliativos, que procura compreender situações-limite (Coelho & Ferreira, 2015).

Acompanhar um ser humano que está a sofrer ou a morrer é um dos maiores desafios que o cuidador pode enfrentar. Trata-se de um processo agregado por crises de medo e insegurança. Não há receita ou maneira correta de acompanhar esses doentes, porque o morrer de cada um é tão singular quanto o seu viver. Daí a importância dos cuidados paliativos, que procuram promover a qualidade de vida na terminalidade, com atenção integral ao doente e aos seus familiares (Coelho & Ferreira, 2015).

O sofrimento é uma característica ontológica do ser humano, enquanto “consciente de si” e confrontado com a sua vulnerabilidade e finitude. O sofrimento é inerente à vida. Mesmo na ausência de doença, ele acompanha o ser humano em toda a sua jornada, e depende de cada um a forma como é vivenciado, como se apresenta e se manifesta. Todo ser humano sofre, principalmente quando está doente e, nesse momento, é importante ter ao seu lado pessoas disponíveis para cuidar, de forma a compreender aquilo por que está a passar.

A intensidade do sofrimento varia conforme a cultura, os valores, o mundo afetivo e social, os sentimentos de pertença, as ideias e as escolhas do próprio sujeito, na sua intimidade e relação com o último mistério da vida. Sendo assim, o que se espera dos cuidadores familiares ou dos profissionais é a percepção dessa singularidade e complexidade, a fim de que o cuidado se configure integral (Coelho & Ferreira, 2015).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 77 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-10-07 08:00:00	Levomepromazina 25mg, via SC, às 21h	
2023-10-07 08:00:00	Metoclopramida 10mg, SC, em SOS (se náusea/vômito, até 8/8h, no máximo 3xdia)	
2023-10-07 08:00:00	Midazolam 5mg, SC, em SOS (se agitação, até 2/2h, no máximo 6xdia)	
2023-10-07 08:00:00	Paracetamol 1gr, EV, em SOS (se febre, até 8/8h, no máximo 3xdia)	
2023-10-07 08:00:00	Morfina 7,5mg, SC, em SOS (se sinais de dor/dispneia, até 2/2h, no máximo 6xdia e se frequência respiratória > 12cpm)	
2023-10-07 08:00:00	Fentanilo 75mcg/h, sist. Transdérmico (trocar de 3 em 3 dias), às 18h	
2023-10-10 08:00:00	Midazolam 2,5mg, via SC, às 22h e às 2h	

3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Os cuidados paliativos assentam em 4 pilares fundamentais: controlo adequado dos sintomas, comunicação eficaz, trabalho em equipa, apoio aos familiares e cuidadores. Tendo em foco o controle sintomático, o tratamento farmacológico é uma das ferramentas a ser utilizadas para o seu controlo (Neto, 2020).

Neste capítulo será feito um resumo das principais características da medicação prescrita, aspectos de enfermagem a considerar a seu respeito, uma vez que os enfermeiros, de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, artigo 9.º, alínea e) “procedem à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade”.

Morfina - analgésico opiáceo. Está indicada no tratamento da dor aguda da cliente. A morfina liga-se aos recetores opiáceos do Sistema Nervoso Central (SNC), alterando desta forma a perceção do estímulo da dor e a resposta a estímulos dolorosos, enquanto produz depressão do SNC generalizada. Reações adversas e efeitos laterais: sedação, confusão, depressão respiratória, hipotensão, taquicardia, náuseas, vômitos, obstipação, retenção urinária, sudorese, rubor, prurido, tolerância, dependência física ou psicológica.

Implicações para a enfermagem: avaliar a dor (tipo, localidade e intensidade), antes e 20 minutos após a administração. Monitorizar o nível de consciência, tensão arterial, pulso e frequência respiratória (se for < 10cpm, monitorizar o grau de sedação). Avaliar a eliminação intestinal, para prevenção da obstipação; pode ser implementada a ingestão de líquidos e fibras, ingestão de emoliente de fezes e administração de laxantes (Deglin & Vallerand, 2009). Neste caso, a Morfina foi utilizada para controlo da dor e/ou dispneia, em SOS, por via SC, e com os seguintes critérios: 2/2h, no máximo 6xdia e se frequência respiratória > 12cpm.

Metoclopramida – antiemético e estimulante gastro intestinal. Está indicado na prevenção de vômito, tratamento de estase diabética (gastroparésia diabética) e tratamento de refluxo esofágico. Reações adversas e efeitos laterais: agitação, sonolência, fadiga, reações extrapiramidais, depressão, discinésia tardia, irritabilidade, ansiedade, arritmias, hipotensão, hipertensão, obstipação, diarreia, náuseas, boca seca e ginecomastia.

Implicações para a enfermagem: avaliar a náusea e o vômito, distensão abdominal e sons intestinais, antes e após a administração (Deglin & Vallerand, 2009). Neste caso, a Metoclopramida seria utilizada se náusea/vômito, por via SC, em SOS; podia fazer até 8/8h, no máximo 3xdia.

Paracetamol – antipirético e analgésico não opiáceo. Inibe a síntese de prostaglandinas que podem servir como mediadores da dor e da febre, primariamente no SNC. Reações adversas e efeitos laterais: insuficiência hepática, hepatotoxicidade, insuficiência renal, erupção cutânea e urticária.

Implicações para a enfermagem: se dor - avaliar (tipo, localidade e intensidade), antes e 30-60 minutos após a administração; se febre - avaliar a temperatura e sinais e sintomas associados ao aumento da temperatura (diaforese, taquicardia, mal-estar, *shivering*). Os efeitos do paracetamol podem ser revertidos com acetilcisteína (Deglin & Vallerand, 2009). Neste caso, o Paracetamol estava prescrito só para o caso de febre, por via EV, em SOS; podia ser administrado até 8/8h, no máximo 3xdia.

Fentanil (transdérmico)– analgésico opiáceo. Estava indicado no tratamento da dor da cliente. O Fentanil liga-se aos recetores opiáceos do SNC, alterando a resposta à dor e à sua percepção. Reações adversas e efeitos laterais: sedação, confusão, fraqueza, tonturas, agitação, depressão respiratória, apneia, cefaleia, laringoespasma, broncoconstrição, obstipação, secura da boca, náuseas, vômitos, anorexia, suores, eritema. podem fazer reação no local da aplicação.

Implicações para a enfermagem: avaliar a dor (tipo, localidade e intensidade), antes e 24 horas após a administração. Monitorizar o nível de consciência, tensão arterial, pulso e frequência respiratória (se for <10cpm, monitorizar o grau de sedação). Avaliar a eliminação intestinal (para prevenção da obstipação, pode ser implementada com aumento de ingestão de líquidos e fibras, ingestão de emoliente de fezes e administração de laxantes) (Deglin & Vallerand, 2009). Neste caso, o Fentanil utilizado era o da formulação transdérmica, que tem indicação para ser trocado de 3 em 3 dias.

Levomepromazina – neuroléptico. Altera os efeitos da dopamina no SNC. Tem uma significativa atividade bloqueadora adrenérgica alfa e anticolinérgica (Deglin & Vallerand, 2009). Está indicado nos casos em que haja necessidade de uma ação neuroléptica e sedativa, em doentes psicóticos e na terapia adjuvante para o alívio do delírio, agitação, inquietação, confusão, vômito, associados com a dor em doentes terminais. Reações adversas e efeitos

colaterais: sedação, confusão, alucinações, hipotensão e distonia (Barbosa, et al., 2016).

Implicações para a enfermagem: avaliar o estado mental, antes e periodicamente durante a terapêutica. Monitorizar a pressão arterial, o pulso e a frequência respiratória, antes e durante a o período de ajustamento de terapêutica (Deglin & Vallerand, 2009). Neste caso, era utilizado para ter uma ação sedativa; administrado por via SC, no início da noite.

Midazolam – Ansiolítico, sedativo/hipnótico (benzodiazepina). Está indicado para provocar sedação (por via SC e IV, são usadas para: indução anestésica, sedação para pequenas intervenções, controlo de convulsões e agitação em doentes cuja morte está eminente). Atua em vários níveis do SNC, produzindo depressão generalizada do SNC. Reações adversas e efeitos laterais: cefaleias, excesso de sedação, espasmos da laringe, depressão respiratória, apneia, paragem cardíaca, soluços, náuseas e vômitos. O sumo de toranja diminui o metabolismo e pode aumentar os efeitos do midazolam (Deglin & Vallerand, 2009; Twycross, 2003).

Implicações para a enfermagem: avaliar os níveis de sedação e de consciência durante a terapêutica e 2-6 horas após o seu fim. Em caso de toxicidade ou sobredosagem fazer a monitorização contínua da pressão arterial, do pulso e da respiração. Manter as vias respiratórias desimpedidas. Os efeitos do midazolam podem ser revertidos com flumazenil (Deglin & Vallerand, 2009). Neste caso, era utilizado para ter uma ação sedativa, administrado por via SC, às 22h e às 2h.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas Sondas, Drenos e Cateteres

07-10-2023 08:00

07-10-2023 08:00 - Cateter urinário

07-10-2023 08:00 - Quantidade de urina: 500 ml.

07-10-2023 08:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

07-10-2023 08:00 - Transparência da urina: Límpida.

07-10-2023 08:00 - Características do dispositivo: silicone, n14Fr.

07-10-2023 08:00 - Determinar evolução da drenagem pelo cateter urinário

07-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da drenagem pelo cateter urinário [sem horário]

07-10-2023 08:00 - Assegurar funcionamento do cateter

07-10-2023 08:00 - Otimizar cateter urinário [sem horário]

07-10-2023 08:00 - Determinar sinais de infeção do sistema urinário

07-10-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de infeção do sistema urinário [sem

horário]

10-10-2023 08:00 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

11-10-2023 09:00 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

10-10-2023 08:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

11-10-2023 09:00 - Cor da urina: alaranjada.

10-10-2023 08:00 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

11-10-2023 09:00 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

07-10-2023 08:00 - *Referenciar sinais de infecção do sistema urinário ao médico [SOS]*

07-10-2023 08:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter urinário

07-10-2023 08:00 - Trocar cateter urinário [30 em 30 dias]

07-10-2023 08:00 - Remover cateter urinário [SOS]

07-10-2023 08:00 - Cateter subcutâneo

07-10-2023 08:00 - Localização do cateter subcutâneo

07-10-2023 08:00 - Abdómen

07-10-2023 08:00 - Características do dispositivo: nº22.

07-10-2023 08:00 - Braço Direita(o)

07-10-2023 08:00 - Características do dispositivo: nº22.

07-10-2023 08:00 - Assegurar funcionamento do cateter

07-10-2023 08:00 - *Otimizar cateter subcutâneo (Abdómen, Braço Direita(o)) [sem horário]*

07-10-2023 08:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

07-10-2023 08:00 - *Avaliar evolução da administração pelo cateter subcutâneo [sem horário]*

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

10-10-2023 08:00 - Quantidade administrada pelo cateter subcutâneo: 1 ml.

11-10-2023 09:00 - Substância administrada pelo cateter subcutâneo: fármaco.

07-10-2023 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter subcutâneo

07-10-2023 08:00 - *Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo (Abdómen, Braço Direita(o)) [sem horário]*

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

10-10-2023 08:00 - Abdómen

10-10-2023 08:00 - Ausência de dor.

10-10-2023 08:00 - Ausência de calor.

10-10-2023 08:00 - Ausência de rubor.

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

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

11-10-2023 09:00 - Localização do cateter subcutâneo

11-10-2023 09:00 - Abdómen

11-10-2023 09:00 - Ausência de dor.

11-10-2023 09:00 - Ausência de calor.

11-10-2023 09:00 - Ausência de rubor.
11-10-2023 09:00 - Ausência de tumefação.
11-10-2023 09:00 - Ausência de exsudado.
10-10-2023 08:00 - Braço Direita(o)
10-10-2023 08:00 - Ausência de dor.
10-10-2023 08:00 - Ausência de calor.
10-10-2023 08:00 - Ausência de rubor.
10-10-2023 08:00 - Ausência de tumefação.
10-10-2023 08:00 - Ausência de exsudado.
11-10-2023 09:00 - Braço Direita(o)
11-10-2023 09:00 - Ausência de dor.
11-10-2023 09:00 - Ausência de calor.
11-10-2023 09:00 - Ausência de rubor.
11-10-2023 09:00 - Ausência de tumefação.
11-10-2023 09:00 - Ausência de exsudado.

07-10-2023 08:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter subcutâneo

07-10-2023 08:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter subcutâneo (Abdómen, Braço Direita(o)) [2 em 2 dias]

07-10-2023 08:00 - Trocar cateter subcutâneo (Abdómen, Braço Direita(o)) [SOS]

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

A terapêutica farmacológica e a via através da qual é instituída devem subjugar-se ao princípio de provocar o menor sofrimento possível ao doente, sendo rápida e eficaz quanto às ações pretendidas.

A via oral (VO) é a mais indicada para a administração de fármacos, por ser mais fisiológica e menos invasiva. Contudo, quando a pessoa em situação paliativa apresenta a via oral indisponível ou insegura (por recusa de alimentos e líquidos por VO, alteração do nível de consciência, delirium, situações que conduzam a marcada redução de absorção gastrointestinal, náusea e/ou vômitos) ou existir a necessidade de, em crises sintomáticas, utilizar um fármaco para rápido início de ação, é necessário recorrer a outra via de administração alternativa, que deve atender, também, ao objetivo de priorizar o conforto. Como alternativa, pode-se recorrer à via subcutânea (SC), à via transdérmica (TD), à via intravenosa (IV) ou à via retal, sendo que as duas últimas são utilizadas com menor frequência. A via intramuscular (IM) deve ser evitada por provocar mais dor e desconforto para o doente (Neto, 2008; Barbosa et al, 2016; Siqueira et al, 2021).

A **via subcutânea** traz grandes benefícios para o doente, seja para administração de fármacos

- em bólus ou infusão contínua, seja para administração de fluidos - hipodermóclise (Neto, 2008).

A via subcutânea é uma técnica simples, segura e menos invasiva, uma vez respeitadas as condições para seu uso. O índice de absorção de fármacos é semelhante ao da via IM mas com menos desconforto local associado; a biodisponibilidade é sobreponível à da via IV mas com menos complicações (Neto, 2008).

Os locais de punção mais adequados são: as regiões do deltoide, a região anterior do tórax (subclavicular), a região interescapular, a região abdominal e as faces anterior e lateral das coxas, conforme ilustrado na Figura 5. A região interescapular é menos usada, porém, é muito útil em casos de agitação pela dificuldade de acesso, impedindo o doente de conseguir remover (Siqueira et al, 2021).

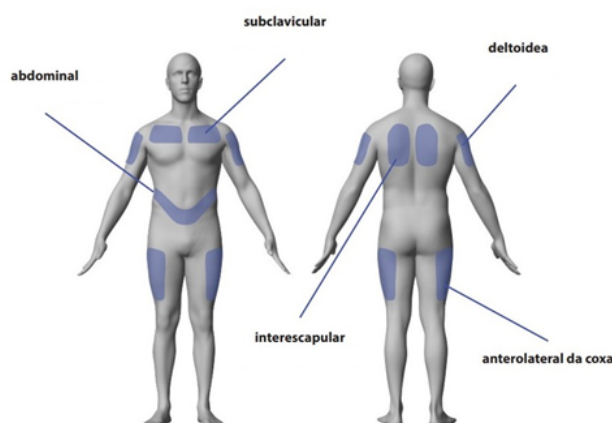


Figura 5 - Regiões para punção subcutânea (Azevedo, 2016)

A técnica consiste, numa primeira parte, na colocação de um cateter, desejavelmente de baixo calibre (22G-26G), introduzido a 45º numa prega cutânea, nos locais referidos anteriormente. A colocação do cateter deverá ser tão proximal quanto possível, por forma a permitir uma difusão medicamentosa mais rápida, favorecida pela gravidade. Para uma punção adequada, o cateter deve apontar para o centro do corpo, pois é a direção da drenagem linfática e, com isso, diminui a possibilidade de formar edema local (Neto, 2008). O espaço subcutâneo permite a administração de volumes que podem atingir 1000-1500ml em 24h, sendo a região torácica e a abdominal aqueles que possuem maior capacidade de absorção de fluidos (Siqueira et al, 2021).

Os locais que apresentem cicatrizes operatórias e/ou já irradiados estão contraindicados, uma vez que, tanto as incisões cirúrgicas como a radioterapia destroem a circulação linfática, comprometendo, deste modo, a capacidade de absorção dos fármacos ou fluidos administrados (Neto, 2008). As complicações locais que podem surgir associadas ao cateter subcutâneo são: induração (endurecimento anormal do tecido subcutâneo), hemorragia ligeira, prurido e déficit de absorção (Neto, 2008).

A administração de fármacos pela **via transdérmica** é um método indolor, conveniente e com grandes potencialidades para atingir o efeito terapêutico desejado, uma vez que permite a obtenção de um perfil de liberação constante (Dias, 2013).

Os sistemas transdérmicos proporcionam a passagem de fármacos através da pele até à circulação sistêmica, tendo sido desenvolvidos por forma a contornar algumas limitações das vias de administração convencionais e aumentar a eficácia terapêutica. Estes sistemas permitem manter o nível plasmático de fármaco por um maior período de tempo, proporcionando uma liberação controlada e prolongada dos princípios ativos (Dias, 2013).

Os sistemas transdérmicos, também denominados por patches, têm como objetivo proporcionar uma liberação prolongada do fármaco no sentido de manter concentrações plasmáticas constantes ao longo do tempo. Os patches transdérmicos requerem alguns cuidados para que a terapêutica seja eficaz: devem ser aplicados sobre a pele saudável num dos locais recomendados (parte superior ou inferior das costas, parte superior do braço ou peito), o adesivo anterior deve ser retirado antes da aplicação de um novo num outro local da pele, a fim de minimizar o risco de irritação cutânea (Dias, 2013).

Existem fatores que podem afetar a biodisponibilidade dos fármacos, tais como: fatores fisiológicos (local de aplicação; condição da pele – descamação, pH da superfície da pele, espessura, grau de hidratação, limpeza e concentração de lípidos; idade; fluxo sanguíneo) e fatores de formulação (fármaco; veículos; promotores de permeação; design; método de aplicação) (Dias, 2013).

Os sistemas transdérmicos têm como vantagens: administração não-invasiva; liberação contínua de fármaco, o que leva a que não existam picos plasmáticos e, consequentemente, a probabilidade de efeitos adversos é reduzida; aumento da adesão ao tratamento devido à diminuição da frequência de tomas e de efeitos adversos; evitam o efeito de primeira passagem hepático, aumentando a biodisponibilidade dos fármacos; evitam fatores que afetam a absorção dos fármacos no trato gastrointestinal, como o pH, a atividade enzimática e as interações com os alimentos; permitem a administração de fármacos a doentes com comprometimento da via oral, com náuseas ou inconscientes; baixa variabilidade inter e intra-individual; possibilitam o término do tratamento a qualquer momento, por remoção do patch. Tem como desvantagens: custos elevados de produção; possível irritação no local de aplicação do patch, bem como eritema, prurido e edema local que podem dever-se ao fármaco, adesivo ou excipientes; limitação do tipo de fármacos utilizados, devido à baixa permeabilidade cutânea; e dosagens limitadas (Dias, 2013).

O cateter urinário também pode ser denominado de sonda vesical ou algália. O cateterismo vesical consiste na introdução de um cateter de borracha ou silicone através da uretra até o

interior da bexiga com o intuito de esvaziamento vesical. Esse procedimento permite o esvaziamento contínuo da bexiga pelo uso do cateter urinário adaptado a um saco coletor de urina (Ogliari & Santos, 2021). Deve-se vigiar o aspeto da urina que está a sair para o saco coletor e estar atento para alterações das características da urina. Para além de ter atenção a alguns sintomas do cliente que possam surgir tais como: mal-estar geral, febre, dor, quantidade reduzida de urina no saco coletor e bexiga endurecida à palpação (poderá ter obstrução interna da sonda vesical, p.e., por sedimento urinário, ou apresentar obstrução mecânica, isto é, tubuladura clampada).

De acordo com a DGS (2022), a colocação de cateter urinário está indicado em diversas situações, nomeadamente, em doentes que apresentem lesões ou úlceras por pressão nas regiões sagrada e/ou perianal, e para promoção do conforto em cuidados de fim de vida. Segundo esta norma, a Sra estava incluída nos critérios para estar algaliada, isto porque apresentava uma ferida maligna na região anal, uma úlcera por pressão na nádega esquerda e estava em cuidados de conforto. Uma vez que a doente tinha a sonda vesical para conforto, realizou-se o registo de diurese para prognóstico.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
07-10-2023 08:00	Consciência	
07-10-2023 08:00	Deglutição	
07-10-2023 08:00	Eliminação intestinal	
07-10-2023 08:00	Eliminação urinária	
07-10-2023 08:00	Pele e mucosas	
07-10-2023 08:00	Estoma	
07-10-2023 08:00	Atitudes terapêuticas	
07-10-2023 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
07-10-2023 08:00	Sensações somáticas	
11-10-2023 09:00	Sistema respiratório	

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

Os domínios selecionados estão relacionados com as necessidades em cuidados, fazem referência ao caso clínico em análise e têm relação concetual e teórica com os cuidados paliativos e a sua adequação a clientes, seus cuidadores e famílias, que sofrem com doenças oncológicas, neste caso em particular neoplasia colorretal. A relação dos domínios selecionados não se esgota no enquadramento teórico referido, resultando também da relação concetual com

a aquisição e desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (Regulamento n.º 429/2018, Diário da República: II Série, n.º 135).

No doente oncológico terminal, como na situação clínica da Sra A, a morte pode ocorrer de modo inesperado, contudo é mais frequentemente precedida por uma deterioração gradual do estado funcional (Fassbender et al., 2009). O reconhecimento de que o doente entrou na fase ativa e irrevogável deste processo (últimos dias de vida) pode ser difícil. Segundo Ellershaw & Ward (2003), a probabilidade de morte eminente é maior, na presença de dois ou mais dos seguintes critérios: doente acamado, agravamento da astenia, doente semi-comatoso, diminuição do estado de consciência, ingestão mínima de fluidos, incapacidade para a administração de fármacos por via oral. Para doentes hospitalizados, Bailey et al. (2005), acrescentam os indicadores preditivos que se seguem: otimização da terapêutica curativa específica; deterioração geral sem causa reversível identificada; declínio da função renal; ausência de melhoria em 2 a 3 dias de admissão; tempo de internamento superior a 7 dias; e pré-existência de testamento vital com indicação de não-reanimação.

Quando se refere ao conforto nos doentes em situação paliativa, quer significar o cuidado integral e multidimensional oferecido para aliviar o sofrimento físico, emocional, social e espiritual associado à doença avançada e à proximidade da morte. Envolve a promoção do bem-estar e da qualidade de vida do doente, garantindo que ele se sinta o mais confortável e tranquilo possível, durante todo o processo de fim de vida. Isso pode incluir o controlo adequado da dor e de outros sintomas, apoio emocional para o doente e seus familiares, assistência espiritual, respeito aos desejos e preferências do doente, e proporcionar um ambiente físico e emocional acolhedor e seguro. O conforto nos cuidados paliativos é uma prioridade para assegurar uma transição serena e digna para o doente no fim da vida. No caso clínico 2, será abordado o tema conforto de forma mais aprofundada.

Consciência

A consciência é descrita pelo ICN como sendo uma "resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos; mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior". Andrade et al. (2007) definem a consciência como "a capacidade do indivíduo de reconhecer a si mesmo e aos estímulos do ambiente". A consciência é fundamental para a cognição, a tomada de decisões, a introspeção e a interação social. O ICN descreve a cognição com sendo um "processo intelectual que envolve todos os aspetos da perceção; pensamento; raciocínio e memória". Podendo-se afirmar assim que, a consciência e a cognição envolvem a capacidade de perceber, sentir, interpretar e estar ciente de si mesmo e do mundo ao seu redor. É a qualidade da mente que permite a um indivíduo reconhecer a sua própria existência, experiências e sensações, bem como a realidade externa.

As alterações do nível de consciência podem variar, e podem ser provocadas por uma diversidade de fatores, nomeadamente, uma variedade de condições médicas, como lesões cerebrais, doenças neurológicas, intoxicação por substâncias, uso de drogas, infeções ou distúrbios metabólicos. Andrade et al. (2007) fazem a seguinte distinção nas alterações no nível de consciência: vigília e alerta – estado normal de consciência, no qual a pessoa está acordada, alerta e capaz de interagir com o ambiente; sonolência/letargia – estado de diminuição do nível de consciência, em que a pessoa consegue acordar com estímulos brandos; estupor – estado de sonolência mais profundo em que a pessoa só desperta com estímulos vigorosos e repetidos; e coma – estado de inconsciência de si mesmo e do ambiente, em que a pessoa permanece de olhos fechados e não responde a estímulos de diversas modalidades e intensidades. Os mesmos autores ainda fazem referência ao *delirium*, estado de alteração do conteúdo da consciência, que é caracterizado por desorientação, défice de atenção, sensação de medo, irritabilidade e alterações da percepção de estímulos sensoriais, como alucinações visuais e/ou auditivas.

Neste caso clínico, o domínio consciência foi identificado como foco de intervenção, uma vez que a cliente apresentava oscilação do nível de consciência que poderá estar relacionado com a progressão da doença (presença de metástases cerebrais), medicação e situação de finitude.

Para se avaliar a evolução do estado neurológico pode-se recorrer à utilização da Escala de Coma de Glasgow (ECG), ver Figura 6. Esta escala baseia-se na quantificação da resposta ocular, verbal e motora; a pontuação varia entre 3 a 15 pontos e, deste modo, poderemos determinar o nível de consciência, mediante o valor obtido. Esta escala foi desenvolvida e publicada na década de 1970, por dois neurologistas, *Graham Teasdale* e *Bryan Jennett* (Sousa & Santos, 2021).

Escala de Coma de Glasgow		
Parâmetros	Resposta observada	Pontuação
Abertura Ocular	Espontânea	4
	Com estímulo verbal	3
	Com estímulo doloroso	2
	Nenhuma	1
Melhor resposta verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Palavras impróprias	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Melhor resposta motora	Obedece aos comandos	6
	Localiza e retira o estímulo	5
	Localiza o estímulo	4
	Responde em flexão	3
	Responde em extensão	2
	Nenhuma	1

Figura 6 – Escala de Coma de Glasgow (adaptada do artigo “Escala de Coma de Glasgow – subestimação em pacientes com respostas verbais impedidas” de Koizumi & Araújo, 2005).

É reconhecida como um instrumento valioso na avaliação do estado neurológico de pessoas vítimas de trauma, trauma crânio encefálico (TCE) e em doentes críticos com disfunção do

Sistema Nervoso Central, choque ou que estejam sob efeito de outros fatores que possam deprimir o nível de consciência (Koizumi & Araújo, 2005; Sousa & Santos, 2021).

Com a aplicação da ECG, pode-se identificar disfunções neurológicas, acompanhar a evolução do nível de consciência, predizer prognósticos e padronizar a linguagem entre os profissionais de saúde (Sousa & Santos, 2021).

Em 2008, Gonçalves et al., realizaram um estudo, sendo que o objetivo principal desse estudo foi validar uma Escala de Consciência para ser utilizada em cuidados paliativos, denominada de Escala de Consciência para Cuidados Paliativos (CSPC), ver Figura 7. Apesar de ser utilizada com regularidade pelos profissionais de saúde no Serviço de Cuidados Paliativos, o sistema de registos informáticos, não contempla esta escala, tendo apenas disponível a ECG, sendo a que os profissionais recorrem para avaliar a consciência.

Nível	
1	Acordado/a
2	Acorda quando chamado/a pelo seu nome e permanece acordado/a durante a conversação
3	Acorda quando chamado/a pelo seu nome, mas adormece durante a conversação
4	Reage com movimentos ou abrindo brevemente os olhos, mas sem contato visual, quando chamado/a pelo seu nome
5	Reage a beliscão no trapézio
6	Não reage
Procedimentos para a avaliação	
O doente está acordado, calmo ou agitado sem necessidade de estimulação externa.	Nível 1
O doente não está acordado espontaneamente. É chamado alto pelo seu nome.	Nível 2,3 ou 4, de acordo com a reação observada
O doente não está acordado espontaneamente nem reage à voz. Apertar firmemente o músculo trapézio entre o polegar e o indicador.	Nível 5 ou 6, de acordo com a reação observada

Figura 7 – Escala do Nível de Consciência para Cuidados Paliativos (adaptado de Barbosa et al, 2016)

Deglutição

O ICN define deglutir como o ato de comer ou beber: implicando a passagem de líquidos e de alimentos, fragmentados pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago. A alteração na deglutição, é considerado um sintoma que dificulta ou impede a ingestão segura, eficiente e confortável, relacionado com a alteração no ato de deglutir; pode ocorrer em diferentes faixas etárias, decorrente de variadas condições médicas e até psicológicas ou psíquicas (Ferreira et al, 2018). De acordo com a *World Gastroenterology Organization* (2014), uma em cada sete pessoas apresenta alguma forma de disfagia ao longo da vida, que pode ocorrer por diversas etiologias: neoplasias, lesões obstrutivas, alterações neuromusculares, perturbações metabólicas, doenças infecciosas, causas iatrogénicas, variações anatómicas, idade avançada, entre outras (Jotz & Dornelles, 2012). A identificação precoce dos doentes com esta alteração é importante, uma vez que a manifestação mais relevante são as sequelas respiratórias (Ferreira et al., 2018). A equipa de enfermagem tem grande importância nesta área de cuidados, uma vez que está presente 24 h/dia, participando e supervisionando na alimentação e na hidratação, podendo identificar os sinais e sintomas que a caracterizam (Santos, 2014). Neste caso, a deglutição foi identificada,

como foco de intervenção, uma vez que a Sra A apresentava oscilação do estado de consciência e nem sempre apresentava uma via oral segura.

Pele e mucosas

Neste domínio será explanado o que é a pele e as suas funções; e algumas lesões da pele. Posteriormente será abordado a temática sobre a mucosa oral e a sua alteração.

A pele é o maior sistema orgânico do corpo, e é indispensável para a vida humana. A pele forma uma barreira entre os órgãos internos e o ambiente externo e participa em muitas funções vitais do organismo. A pele é contínua com as mucosas nas aberturas externas dos sistemas digestivo, respiratório e urogenital (Smeltzer & Bare, 2002). A pele é constituída por três camadas: a epiderme (camada mais externa), a derme (camada intermédia) e o tecido subcutâneo ou hipoderme (camada mais interna da pele), ver Figura 8.

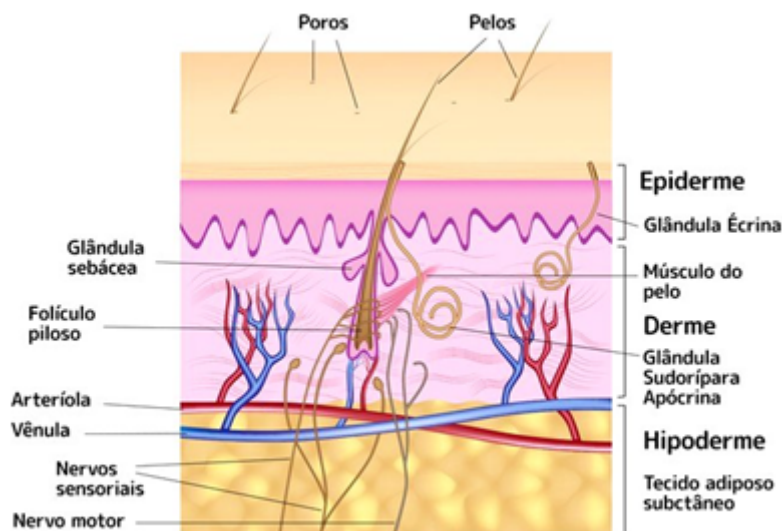


Figura 8 – Estruturas da pele (adaptado de <https://www.todamateria.com.br/pele-humana/>)

A pele tem como funções: proteção, sensação, regulação da temperatura, produção de vitamina D e excreção. A pele intacta proporciona uma proteção física que evita a entrada de microrganismos e outras substâncias estranhas para o interior do corpo. As secreções das glândulas da pele são ligeiramente ácidas e produzem um ambiente impróprio para alguns microrganismos; a pele contém, também, componentes do sistema imunitário que atuam contra os microrganismos. Representando uma barreira de permeabilidade, determinando que certas substâncias se podem difundir para dentro ou para fora da superfície do corpo e é particularmente importante na prevenção da perda de água (Seeley et al., 2001).

As terminações recetoras dos nervos, na pele, permitem que o corpo monitorize

constantemente as condições do ambiente imediato. As funções primárias dos recetores, na pele, são as de sentir o frio, o calor, a dor e a pressão na derme e em tecidos mais profundos. As diferentes terminações nervosas respondem a cada um dos diferentes estímulos. Embora as terminações nervosas estejam distribuídas por todo o corpo, encontram-se mais concentradas em algumas áreas do que em outras (Seeley et al., 2001; Smeltzer & Bare, 2002).

A temperatura da pele tende a aumentar como resultado de exercício físico, febre ou aumento da temperatura ambiente. A homeostasia é mantida pela perda de excesso de calor. Os vasos sanguíneos da derme dilatam-se e permitem que flua mais sangue através da pele, transferindo assim o calor de tecidos mais profundos para a pele. Para contrariar o ganho de calor do meio ou para libertar o excesso de calor produzido pelo corpo, é produzido o suor; à medida que o suor se evapora, o corpo perde calor. Se a temperatura do corpo começa a diminuir abaixo do normal, o calor pode ser conservado por uma diminuição do diâmetro dos vasos sanguíneos, reduzindo assim o fluxo de sangue para a pele (Seeley et al., 2001).

A síntese da vitamina D inicia-se na pele exposta a radiação ultravioleta. A vitamina D funciona como uma hormona para estimular o consumo de cálcio e fosfato dos intestinos, para promover a sua libertação nos ossos e para reduzir a perda de cálcio a partir dos rins, originando o aumento dos níveis de cálcio e fosfato no sangue. O cálcio é necessário para o funcionamento normal de nervos e músculos (Seeley et al., 2001).

A excreção pela pele, também conhecida como transpiração ou sudorese, é um processo pelo qual o corpo elimina toxinas e regula a temperatura interna. Consiste na produção e eliminação de suor pelas glândulas sudoríparas da pele. O suor é composto principalmente por água, mas também pode conter pequenas quantidades de sais, ureia e outras substâncias. (Seeley et al., 2001).

São várias as causas que podem provocar dano, interferindo na integridade e função da pele. O envelhecimento da pele é um processo contínuo que afeta a aparência e a função da pele. A epiderme fica gradualmente menos espessa, oferecendo menos resistência às forças de torção. A redução de colagénio e elastina também contribuem para uma maior suscetibilidade à fricção e à torção; assim como o desequilíbrio enzimático altera a remodelação e reparação da matriz dérmica contribuindo para a perda de tecido conjuntivo e atrofia da pele. A diminuição de tecido subcutâneo em algumas partes do corpo também aumenta a suscetibilidade de danos (Barbosa et al., 2016).

As pessoas mais afetadas são os idosos: que sofrem de doenças crónicas (principalmente as do foro oncológico), os debilitados pelas patologias ou pelos tratamentos, e aqueles em fim de vida. Desenvolvem feridas crónicas, sendo as mais habituais as úlceras por pressão e as feridas malignas (Barbosa et al., 2016).

No fim de vida, a pele está sujeita a alterações, observáveis na cor, turgor ou integridade.

Segundo Barbosa et al. (2016), é frequente visualizar equimoses (contusões) em vários locais do corpo, devido à diminuição da perfusão cutânea e hipoxia (associadas à alternância de decúbitos). Os danos cutâneos provocados por pressão podem ser inevitáveis em alguns indivíduos (Galvin, 2002, como citado em Barbosa et al., 2016).

As **úlceras por pressão** (UP) desenvolvem-se devido a alterações da perfusão da pele e do tecido subcutâneo. A redução do fluxo sanguíneo, leva a redução de oxigénio, dando origem a anoxia, isquemia tecidual e necrose (Barbosa et al., 2016).

Existem vários fatores que podem contribuir para o aparecimento de UP, que podem ser intrínsecos ou extrínsecos. Os fatores intrínsecos derivam das patologias do doente, nomeadamente as que originam o compromisso do sistema microvascular, alterações degenerativas, inflamatórias ou metabólicas. A limitação da mobilidade e/ou sensibilidade, compromisso do nível de consciência, imunossupressão, desidratação, desnutrição, anemia, hipotensão arterial, febre, edema, xerose ou outros fatores (como agitação, movimentos involuntários, espasticidade), que concorrem para o desenvolvimento de UP. Os fatores extrínsecos podem ser a pressão, as forças de deslizamento, a fricção e a humidade (Barbosa et al., 2016).

A avaliação do risco é fundamental para o planeamento e implementação de medidas de prevenção e tratamento das UP. Deve-se utilizar uma abordagem estruturada, que pode ser obtida através do uso de escalas. A avaliação deve ser contínua e documentada.

A DGS, em 2011, emitiu a Orientação nº 017/2011 sobre a avaliação de risco de desenvolvimento de UP, indicando como instrumento para usar a escala de Braden. A escala de Braden visa quantificar o risco, avaliando seis dimensões: perceção sensorial, humidade da pele, atividade, nutrição e fricção/forças de deslizamento. O valor atribuído a cada dimensão varia entre 1-4, ver Figura 9. O valor total varia entre 6-23. Considera-se alto risco de UP, se pontuação ≤ 12 ; risco moderado, se pontuação 13-14; baixo risco, se pontuação 15-16; sem risco, se pontuação ≥ 16 .

Escala de Braden					Pontuação
Perceção sensorial	1. Completamente limitada	2. Muito limitada	3. Ligeiramente limitada	4. Nenhuma limitação	
Humidade da pele	1. Constantemente húmida	2. Muito húmida	3. Ocasionalmente húmida	4. Raramente húmida	
Atividade	1. Acamado	2. Sentado	3. Anda ocasionalmente	4. Anda frequentemente	
Nutrição	1. Muito pobre	2. Provavelmente inadequada	3. Adequada	4. Excelente	
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema	2. Problema potencial	3. Nenhum problema	-	

Figura 9 – Dimensões e nível de risco da Escala de Braden (adaptado de Barbosa et al., 2016)

Algumas das estratégias para prevenção de úlceras de pressão passam pelos cuidados à pele, pela nutrição e pela redução de interface de pressão. Nos cuidados de higiene deve-se utilizar

água tépida, agentes de limpeza suaves e secar bem a pele, por forma a não ficar húmida. A pele seca deve ser hidratada, usando emolientes, a fim de reduzir o risco de dano. A pele deve proteger-se de exposição à humidade excessiva, podendo-se usar produtos-barreira ou apósitos, de forma a reduzir o risco de lesão. No doente acamado, a roupa da cama deve estar limpa, sem humidade e sem rugas (Barbosa et al., 2016).

A nutrição é um aspeto de grande importância, e deve constar de qualquer plano de prevenção de tratamento de UP. As pessoas, no decurso da sua doença, podem necessitar de formas distintas de nutrição. Os suplementos alimentares parecem estar associados a uma redução significativa de UP. No caso clínico em análise, não era viável aplicar esta estratégia, uma vez que a cliente estava com a via oral instável e em possível situação de últimas semanas/dias de vida (Barbosa et al., 2016).

Na redução de interface de pressão, uma das medidas preventivas passa pela diminuição da carga mecânica. Deste modo, é fundamental evitar a imobilidade. Pode-se realizar alguns exercícios físicos terapêuticos, através da mobilização ativa e passiva, com o intuito de aumentar a circulação sanguínea, prevenindo alterações do tônus muscular e das articulações (Barbosa et al., 2016).

Deve-se realizar a alternância de decúbito para reduzir o tempo e a quantidade de pressão a que o doente está exposto. O posicionamento deve ser realizado por forma a que a pressão seja aliviada ou redistribuída, evitando sujeitar a pele a forças de torção ou fricção. A frequência dos posicionamentos é determinada pela condição geral do doente, nível de atividade e mobilidade, condição da pele e segundo os objetivos de tratamento. Pode ser necessário administrar analgesia para a dor episódica, 20-30 minutos antes do posicionamento (Barbosa et al., 2016).

Nos doentes em estado agónico, o objetivo principal dos cuidados de saúde pode ser proporcionar conforto e alívio dos sintomas, em vez de focar na prevenção ou no tratamento ativo de feridas ou outras condições. É importante reavaliar continuamente as necessidades e preferências individuais do doente, adaptando os cuidados de acordo com a sua situação clínica e desejos pessoais. Isso pode significar priorizar medidas que promovam o conforto físico e emocional, mesmo que isso signifique diminuir a ênfase em intervenções curativas ou invasivas. O objetivo final é garantir que o doente esteja o mais confortável possível durante o processo de fim de vida (Barbosa et al., 2016). A gestão das úlceras por pressão deve ser consistente com os objetivos de cuidados para o doente, as prioridades de tratamento e o cuidado integral.

A avaliação da ferida deve ser sistemática, compreendendo vários parâmetros: tecido circundante, localização, tamanho (comprimento/largura/profundidade), leito, presença de sinais e sintomas (como exsudado, hemorragia, sinais de infeção, dor e odor).

As UP podem ser classificadas por categorias, segundo a EPUAP (*European Pressure Ulcer Advisory Panel*) e a NPUAP (*National Pressure Ulcer Advisory Panel*), ver Figura 10 – Classificação

de úlceras de pressão EPUAP/ NPUAP (adaptado).

Categoria/ Definição	Descrição	Descrição Adicional
Categoria I / Eritema não branqueável	Pele intacta com eritema não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea. Descoloração da pele, calor, edema, tumefação ou dor podem estar presentes.	A área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria comparativamente com o tecido adjacente. Na pele escura pigmentada pode não ser visível o branqueamento.
Categoria II / Perda Parcial da Espessura da Pele ou flitena	Perda parcial da espessura da derme que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho-rosa sem tecido desvitalizado (crosta). Pode também apresentar-se como flitena fechada ou aberta preenchida por líquido seroso ou sero-hemático.	Apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca, sem tecido desvitalizado ou contusões. Esta categoria não deve ser usada para descrever fissuras da pele, queimaduras por abrasão, dermatite associada à incontinência, maceração ou escoriação.
Categoria III / Perda Total da Espessura da Pele	Perda total da espessura dos tecidos. O tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, mas os ossos, tendões ou músculos não estão expostos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina húmida). Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento (fistulas). O osso ou o tendão não são visíveis nem são diretamente palpáveis.	A profundidade varia de acordo com a localização anatómica. A asa do nariz, as orelhas, a região occipital e os maléolos não têm tecido subcutâneo, apresentando uma lesão superficial (rasa). Em zonas com adiposidade significativa podem desenvolver-se UP profundas.
Categoria IV / Perda total da espessura dos tecidos	Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou dos músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e/ou tecido necrótico (seco). Frequentemente são cavidades e fistuladas.	Consoante a localização anatómica podem atingir grande profundidade afetando as estruturas de suporte (ex. fáscia, tendão ou cápsula articular). O osso e o músculo estão expostos e diretamente palpáveis.
Não graduáveis/ Inclassificáveis: Perda total da espessura da pele ou tecidos - profundidade indeterminada	Perda total da espessura dos tecidos, na qual a base da úlcera está coberta por tecido desvitalizado (amarelo, acastanhado, cinzento, verde ou castanho) e/ou necrótico (amarelo escuro, castanho ou preto) no leito da ferida.	A verdadeira profundidade só pode ser determinada quando removido o tecido necrótico suficiente para expor a base da ferida.
Suspeita de lesão profunda dos tecidos: profundidade indeterminada	Área vermelha escura ou púrpura localizada em pele intacta e descolorada ou flitena preenchida com sangue. São provocadas por danos (pressão e/ou cisalhamento) no tecido subjacente. A ferida pode evoluir adicionalmente ficando coberta por uma fina camada de tecido necrótico. A sua evolução pode ser rápida expondo outras camadas de tecido adicionais, mesmo que estas recebam o tratamento adequado.	A área pode estar rodeada por tecido mais doloroso, firme, mole, húmido, mais quente ou mais frio comparativamente ao tecido adjacente. A lesão dos tecidos profundos pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros. A evolução pode incluir uma pequena flitena sobre o leito de uma ferida.

Figura 10 – Classificação de úlceras de pressão EPUAP/NPUAP (adaptado).

Os cuidados a uma UP têm, por norma, o objetivo de promover a cicatrização da lesão. O plano de intervenção passa por estratégias convencionais de cuidados à ferida: otimizar o *status* funcional, reduzir a interface de pressão, preparar o leito da ferida (o que implica a limpeza e o desbridamento), gestão de sintomas (infecção, exsudado, odor, hemorragia e dor), e gestão de questões associadas. No entanto, a cura ou o encerramento da ferida, em doentes em situação paliativa é, por vezes, improvável. Nas feridas sem capacidade de cura, a abordagem terapêutica passa por cuidados básicos e promoção do conforto (Barbosa et al., 2016).

A gestão de tecido não viável inclui duas técnicas como a limpeza e desbridamento da ferida. A limpeza visa remover resíduos e microrganismos do leito da ferida. O desbridamento é realizado para remover o tecido desvitalizado e/ou necrótico, tendo impacto direto na gestão do tecido não viável, mas também, na gestão da carga bacteriana e do exsudado. Existem vários tipos de técnicas de desbridamento, que devem ser usadas em função do tipo de ferida, dos objetivos e tratamento. As técnicas de desbridamento são: autolítico, enzimático, biocirúrgico, mecânico e cirúrgico (Barbosa et al., 2016).

A seleção de penso deve dar resposta às necessidades identificadas, pelo que deve cumprir alguns quesitos básicos, tais como: ser adaptável e confortável, manter o exsudado contido, não traumatizar os tecidos ao ser removido, favorecer o mínimo de trocas possível, e ser custo-eficaz (Barbosa et al., 2016).

As UP causam sofrimento e diminuição da qualidade de vida dos doentes e dos seus cuidadores. A etiologia das UP é complexa, assim como as circunstâncias e os fatores concorrentes para o seu desenvolvimento. A cura da UP pode não ser uma meta alcançável, apesar das estratégias de prevenção mais adequadas, pode haver algum dano inevitável. Os cuidados aos doentes com UP de difícil cura ou incuráveis visam estabilizar a lesão existente, prevenir novas lesões e fazer

a gestão dos sintomas com o objetivo de qualidade de vida da pessoa/conforto (Barbosa et al., 2016).

As **Feridas Malignas** (FM) podem ser também denominadas de feridas tumorais ou feridas fungóides, e resultam da infiltração cutânea por células neoplásicas originárias de um tumor primário (cutâneo ou outro) ou de metástases. Existem ainda causas menos frequentes para o aparecimento de FM, que podem surgir num local onde ocorreu uma ferida crónica (úlceras de Perna) ou após um traumatismo importante (queimaduras), sendo, nesse caso, designadas de úlceras de Marjolin (Barbosa et al., 2016; Vicente et al., 2021).

O primeiro sinal de envolvimento cutâneo surge com o aparecimento de um nódulo cutâneo ou subcutâneo resultante da proliferação do tumor. Evoluem aumentando de tamanho, com ulceração ou com o crescimento de mais nódulos. Podem apresentar-se como crateras ulceradas (processo destrutivo) ou como nódulos elevados e erodidos com uma aparência semelhante a uma couve-flor (proliferação) ou numa combinação de ambos os processos. Quanto ao crescimento, este pode ser muito rápido, por vezes com aumento visível em 24h. As FM podem-se estender por estruturas mais profundas, desenvolvendo fístulas e cavidades no interior do corpo, exacerbando os problemas de odor e exsudado, nomeadamente quando incluem fezes, urina ou outros fluidos orgânicos (Barbosa et al., 2016; Vicente et al., 2021).

Se a doença de base estiver controlada com os tratamentos antineoplásicos, as FM podem ser controláveis. No entanto, se não se verificar este controlo, assiste-se à extensão implacável da doença local e ao agravamento dos sintomas associados, tais como a hemorragia, o odor, a dor, o prurido, o exsudado e a infeção (Barbosa et al., 2016; Vicente et al., 2021).

Sendo feridas que têm na sua origem neoplasias, apenas os tratamentos antineoplásicos tratam total ou parcialmente a FM. Existem abordagens terapêuticas dirigidas à FM como a cirurgia (em casos raros de lesões únicas e de pequenas dimensões), a radioterapia (controlo hemostático em lesões de maiores dimensões), realizada de forma isolada ou combinada com quimioterapia (QT), havendo ainda casos de resposta completa, induzida pela QT, hormonoterapia e também a electroquimioterapia. Efetivamente, só estes tratamentos, isolados ou combinados, revelam algum efeito na cicatrização da FM, sendo frequente a sua utilização com o objetivo de controlar a ferida ou os seus sintomas (Barbosa et al., 2016; Vicente et al., 2021). Para ajudar a sistematizar os sintomas mais presentes na FM, a *European Oncology Nursing Society* (EONS) sugere a utilização da mnemónica – HOPES, Figura 11.

H	Haemorrhage- Hemorragia	O tecido de granulação da FM é extremamente friável devido à estimulação dos fatores de crescimento endoteliais vasculares, resultando em neovascularização frágil, pelo que a aplicação e remoção inapropriadas do material de penso favorecem a hemorragia. O desequilíbrio fisiológico das células derivado do crescimento tumoral, erosão dos vasos sanguíneos pelo tumor ou necrose dos tecidos são os responsáveis pela hemorragia espontânea das FM.
O	Odour- Odor	O mau odor na FM pode estar relacionado com vários fatores causais: vascularização pobre dos tecidos, elevada carga bacteriana (colonizante), infeção, elevado nível de exsudado (saturação/fuga de exsudado dos pensos). As FM são colonizadas por organismos aeróbios e anaeróbios, que produzem um odor fétido intensamente nauseante.
P	Pain/Pruritus- Dor/Prurido	A presença de dor na FM pode advir da erosão e quebra das terminações nervosas da lesão que não podem ser reparadas. As células tumorais produzem fatores de crescimento verificando-se um aumento do tumor que pressionam estruturas e terminações nervosas, e surge edema resultante do comprometimento capilar e linfático. Outros fatores como a exposição das terminações nervosas da derme, procedimentos inadequados no tratamento da ferida, infeções recorrentes, também podem causar dor. A dor psicoemocional é comum no doente oncológico, traduzindo-se na dor total. O prurido surge pela pressão dos nódulos tumorais subcutâneos que desencadeiam irritação das terminações nervosas.
E	Exsudate- Exsudado	A produção excessiva do exsudado relaciona-se tendencialmente com a progressão da doença oncológica e com o crescimento anárquico e descontrolado da FM. Para isso contribuem diversos fatores que se interrelacionam entre si: a alta permeabilidade vascular do tumor, inflamação, infeção e degradação tecidual pelo aumento de proteases. Na presença de sinus ou fistulas, o exsudado da ferida pode ser contaminado com saliva, líquido peritoneal, fezes ou urina.
S	Superficial Infection- Infeção superficial	A colonização bacteriana local da FM é expectável e deverá ser tratada com agentes tópicos de limpeza, desbridamento se apropriado, e agentes antimicrobianos. Apenas na presença de sinais inflamatórios sistémicos deve ser considerada a administração de antibióticos.

Figura 11 - mnemónica HOPES, sugerida pela *European Oncology Nursing Society* (EONS) e a definição dos sintomas (Vicente et al., 2021)

Quando se cuida de uma pessoa com FM, deve-se ter sempre presente, que se deve: conhecer a pessoa e as suas prioridades; conhecer o estadio da doença e respetivo tratamento; conhecer a ferida e os seus sintomas; conhecer/elaborar o plano de tratamento local, e verificar se está de acordo com os objetivos. Controlar sintomas na FM é, primeiramente, aceitar que apenas se pode controlar o que é controlável. Não conseguindo reduzir ou eliminar o sintoma, deve-se ajudar o doente a viver o mais confortável e dignamente possível com esse sintoma (Vicente et al., 2021).

O conforto de uma Pessoa com FM será multidimensional, já que existe uma doença oncológica em curso e habitualmente em progressão. No entanto, a perícia e a competência do enfermeiro na gestão dos sintomas da FM são um contributo fundamental e que exige conhecimento e persistência. Ser o mais efetivo possível neste controlo é um contributo relevante ao resultado desejado ou objetivo pretendido no cuidado prestado à pessoa com FM, que é o conforto do doente. Isso implica adotar medidas que ajudem a aliviar a dor, minimizar o sofrimento e promover o bem-estar geral da pessoa que está a lidar com uma FM. A eficácia no controlo dos sintomas pode ter um impacto significativo na qualidade de vida do doente durante o curso da doença. Vicente et al.(2021), sugerem algumas estratégias para o controlo dos sintomas da FM, descritos na Figura 12.



Figura 12 – Estratégias para controlo dos sintomas da FM (Vicente et al., 2021)

A **mucosa oral** está presente na cavidade oral. A cavidade oral ou boca é formada pelas bochechas (paredes laterais da face), palato duro (formado pelo maxilar e pelos ossos palatinos), palato mole (divisória muscular em forma de arco entre a orofaringe e a nasofaringe) e língua (Rothrock, 2008). A língua é o órgão principal do sentido do paladar, desempenha um papel importante na fala, e também auxilia na mastigação e deglutição dos alimentos (Barbosa et al., 2016).

As alterações da mucosa oral podem afetar a comunicação, nutrição, sentido do paladar, causar dor e infeção. São problemas prevalentes nas pessoas com doenças crónicas progressivas, quer pela patologia em si, quer pelos tratamentos adicionais (fármacos - opióides, tricíclicos, antimuscarínicos, antidepressivos, corticoides; quimioterapia; e radioterapia). Estas alterações podem levar a internamento hospitalar (Barbosa et al., 2016). Neste sentido, é importante avaliar a cavidade oral (dentes, próteses, língua, membranas da mucosa, tipo e volume de saliva), o estado nutricional (qualidade da dieta e adequação da ingestão hídrica) e o estado cognitivo (vai determinar a capacidade e a vontade do doente na participação no seu cuidado).

A Sra A, quando consciente referiu xerostomia, ou seja, sensação de secura da boca. Ela apresentava alguns fatores que poderiam contribuir para esse problema, tais como, redução da ingestão oral de líquidos, estava sob o efeito de opióides e mantinha a boca aberta por períodos prolongados. A bibliografia consultada indica que a xerostomia pode ser devido: a medicação (anticolinérgicos, diuréticos, anti-hipertensores, analgésicos, relaxantes musculares, anti-histamínicos, anticonvulsivantes, antidepressivos e ansiolíticos), a radioterapia, a progressão do

cancro oral, a infeções orais, a desidratação, a ansiedade, a depressão, e a distúrbios imunológicos. A xerostomia é um dos problemas mais frequentes em cuidados paliativos (Barbosa et al., 2016).

As medidas gerais de tratamento passam por: promover uma boa higiene oral (escovar os dentes com uma escova sensível, pasta dentífrica adequada e utilização de elixir); minimizar o uso de fármacos xerogénicos, se possível; incentivar a hidratação oral, quer através da ingestão ou por aplicação local, no caso de impossibilidade de ingestão oral, aplicar na mucosa oral várias vezes ao longo dia; as próteses dentárias devem ser retiradas após as refeições e adequadamente higienizadas; a dieta alimentar requer alguma atenção, tanto na sua consistência, líquida ou liquifeita, como cremes, purés, e de temperatura fria (gelados, iogurtes, pudins, sopas, gelatinas), lâminas de frutas naturais (de ananás, de laranja e de limão, auxiliam na produção de saliva e no conforto da mucosa oral, se não houver aftas), deve-se evitar alimentos duros ou secos; o leite está recomendado por ter certas propriedades físicas e químicas semelhantes à saliva (tem a capacidade de lubrificar a mucosa e de neutralizar os ácidos) (Barbosa et al., 2016).

Estoma

A confeção de um estoma de eliminação (EE) poderá ocorrer em diferentes momentos da trajetória da doença neoplásica, nomeadamente na fase ativa do tratamento em que se pretende controlar a doença, ou numa fase avançada (paliativa) sendo o principal objetivo promover/manter a qualidade de vida da pessoa ou aliviar sintomas como a dor, obstrução ou perfuração. Nesta situação (paliativa) o objetivo não é prolongar a vida, mas sim otimizar o conforto do doente (Barbosa et al., 2016).

A tomada de decisão para a realização de um EE nas situações de doença avançada, incurável e progressiva exige uma ponderação cuidadosa dos eventuais ganhos (qualidade de vida e bem-estar), face às perdas (resultantes de um procedimento invasivo e mutilante com consequências multidimensionais para a pessoa doente e seu cuidador principal/família). As intervenções paliativas complexas, possivelmente mais invasivas, devem ser colocadas em discussão quando o ganho espetável na sua realização é o alívio do sofrimento, sempre com o menor dano para o doente. A confeção de um EE intestinal paliativo é um procedimento terapêutico recorrente na abordagem de carcinomas irressecáveis do trato gastrointestinal baixo, ou nos tumores localmente avançados da região pélvica, principalmente quando se verifica infiltração/invasão do reto (Barbosa et al., 2016). No presente caso, este domínio foi identificado como foco de intervenção, uma vez que a Sra A apresentava uma colostomia paliativa.

Os estomas intestinais são classificados de acordo com a técnica cirúrgica utilizada, com a função (temporária ou permanente) e com a localização anatómica do trato gastrointestinal:

ileostomia ou colostomia, ver Figura 13.

Localização no trato gastrointestinal	Ileostomia	Estoma a nível do intestino delgado - ileon. As fezes são líquidas e irritantes para a pele por serem ricas em enzimas digestivas
	Colostomia	Estoma posicionado em qualquer segmento do intestino grosso. - Ascendente ou direita – eliminação semelhante à do intestino delgado, com material fecal líquido, contínuo, rico em enzimas digestivas, irritantes para a pele; - Transversa ou Transversostomia – eliminação varia de acordo com a proximidade ao intestino delgado, normalmente as dejeções ocorrem em intervalos frequentes, sendo as fezes malformadas, pastosas, irritantes para a pele; - Descendente ou esquerda – a consistência das fezes é semissólida a firme, pouco irritantes para a pele, a frequência da eliminação poderá ser regular ou regulada; - Sigmoideia – a consistência das fezes é firme, sendo pouco irritantes para a pele, a frequência da eliminação poderá ser regular ou regulada (irrigação para treino do cólon – colostomia descendente ou sigmoideia).

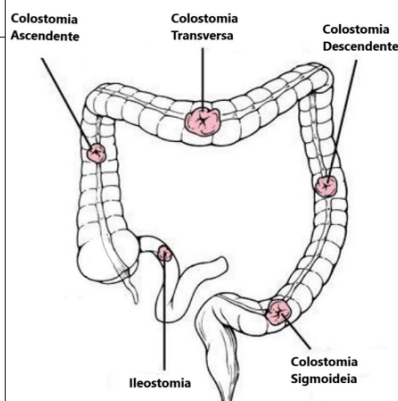


Figura 13 - Localização do estoma a nível do trato gastrointestinal

Os cuidados ao estoma incluem: observação do estoma para avaliar a coloração (vermelho vivo ou rosa escuro), a forma (corpo e base do estoma), o nível de protusão, o tamanho, a integridade da mucosa (ausência de lesões), a humidade (aspeto brilhante-muco); observação da pele periestomal (íntegra, limpa e hidratada) (Barbosa et al., 2016).

As complicações com os estomas de eliminação podem ocorrer quer na pele circundante ao estoma, quer no próprio estoma. Estas podem surgir no pós-operatório imediato ou tardio. As complicações mais comuns são: separação mucocutânea, isquemia ou necrose, estenose do estoma, retração do estoma, prolapso do estoma, hérnia peri-estoma, hemorragia, perfuração e quebra cutânea ou irritação cutânea peri-estoma (Barbosa et al., 2016).

Sensações somáticas

São as sensações percebidas pelo corpo em resposta a estímulos externos ou internos. Estas sensações incluem o tato, temperatura, dor, propriocepção (perceção da posição e movimento do corpo) e vibração. As sensações somáticas são transmitidas através do sistema nervoso somático, que inclui os nervos sensoriais que conduzem sinais do corpo para o sistema nervoso central (cérebro e medula espinhal) e os nervos motores que transmitem sinais do sistema nervoso central para os músculos esqueléticos, permitindo movimento e resposta às sensações.

Neste caso, o domínio sensações somáticas foi identificado como foco de intervenção, uma vez que a Sra A apresentava dor. A **dor** é descrita pelo ICN como sendo "uma perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto

social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite". Deste modo, pode-se afirmar que a dor pode gerar sofrimento físico e psíquico, acarretando fadiga, anorexia, dificuldade de concentração, alterações de sono e libido (Barbosa et al., 2016).

Twycross (2003) classifica a causa da dor, no cancro, em quatro categorias: 1) do próprio cancro (invasão visceral, invasão óssea, compressão nervosa); 2) dos tratamentos (mucosite relacionada com a quimioterapia, cirurgia); 3) da debilidade (obstipação, tensão/espasmo muscular); e 4) de doenças concomitantes (p.e. espondilose, osteoartrite).

A ativação dos nociceptores periféricos provoca uma dor, dita nociceptiva, que normalmente pode ser aliviada com opioides e anti-inflamatórios. Esta categoria compreende a dor somática, que é a mais frequente (dor óssea, cutânea, muscular) e a dor visceral. A dor pode ainda ser de origem neuropática se for secundária em relação a uma infiltração ou a lesões das fibras nervosas, ou se resultar de uma hiperatividade neuronal ao nível do sistema nervoso central. Este tipo de dor responde apenas parcialmente aos opioides e aos anti-inflamatórios, e necessita, geralmente, de recurso aos co-analgésicos para alívio da dor. É necessário estabelecer a causa da dor antes de empreender qualquer tratamento para a dor (Foucault & Mongeau, 2018).

O doente pode apresentar uma dor "basal" que pode ser avaliada em: dor mínima, dor máxima, dor média, dor neste momento. De acordo com as *Guidelines* internacionais esta dor deve ter um tratamento adequado conforme a intensidade e o mecanismo que a sustenta. O mesmo doente pode ter "episódios" de dor inseridos numa dor "basal". Estes episódios referem-se a agudizações, que podem ser denominados de dor episódica, e esta pode ser incidental ou irruptiva, ver Figura 14. Na dor incidental o doente percebe e refere, os motivos de desenvolvimento da dor (mobilização no leito, tosse, micção, defecação, deambulação, cuidados de higiene, tratamento de uma ferida, etc). Nesta situação, os profissionais de saúde e o doente capacitado pode(m) e deve(m) antecipar a medicação, antes que se iniciem as atividades e/ou procedimentos causadores da dor. No caso da dor irruptiva, esta acontece sem que os fatores causais possam ser identificados, ou seja, surge sem que seja expectável. Geralmente, aparece de forma rápida, atinge um pico elevadíssimo e pode desaparecer rapidamente. O aparecimento deste tipo de dor faz com que o doente apresente um sofrimento lancinante e fique receoso de ter outro momento de dor igual. O tratamento desta dor é mais complexo e deve ser extremamente rápido (Barbosa et al., 2016).

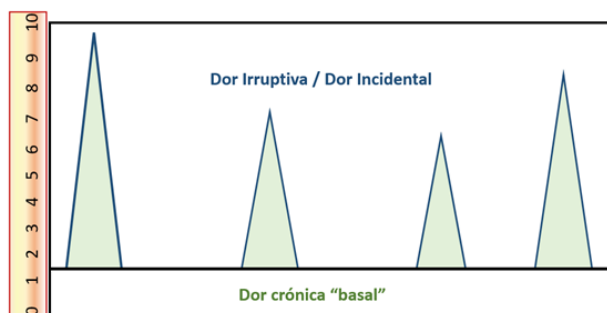


Figura 14 - Representação da dor basal e da dor episódica - Escala Numérica de 0-sem dor, a 10-dor máxima (adaptado de Barbosa et al., 2016, p. 74)

A abordagem inicial da dor inclui uma investigação qualitativa, ao nível da intensidade, localização, padrão temporal, fatores agravantes e etiologia, procurando reverter as causas possíveis, desde que esta avaliação não implique um atraso excessivo na palição deste sintoma (Walling et al., 2008).

A avaliação e registo da dor devem ser efetuados de forma contínua e regular, utilizando, para o mesmo doente, a mesma escala de mensuração da intensidade da dor. Deve-se utilizar uma linguagem uniforme e perceptível pelo doente, assegurando que este compreende a escala da dor que está a ser utilizada. As escalas formais de avaliação da dor permitem monitorizar as alterações de intensidade da dor e a eficácia dos tratamentos de uma forma simples e válida. Este é um método individual e subjetivo (Barbosa et al., 2016).

Nessa avaliação da dor é necessário ter em mente as componentes sensoriais, psicológicas, afetiva, emocional e cognitiva da dor. Tal como as quatro dimensões da dor, descritas na Figura 15.

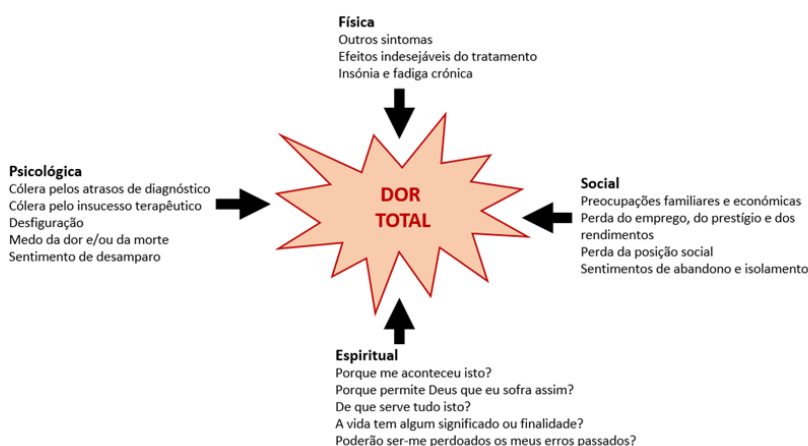


Figura 15 - As quatro dimensões da dor (adaptado de Twycross, 2003, p.84)

A medição do sintoma deve ser feita antes e depois de se aplicar qualquer tipo de intervenção antiálgica (farmacológica e/ou não farmacológica). Sempre que possível, deve-se explorar as características da mesma, isto é, tipo de dor, localização/irradiação, duração, fatores de alívio e precipitação, consultar Figura 16 sobre as quatro dimensões de avaliação da dor.

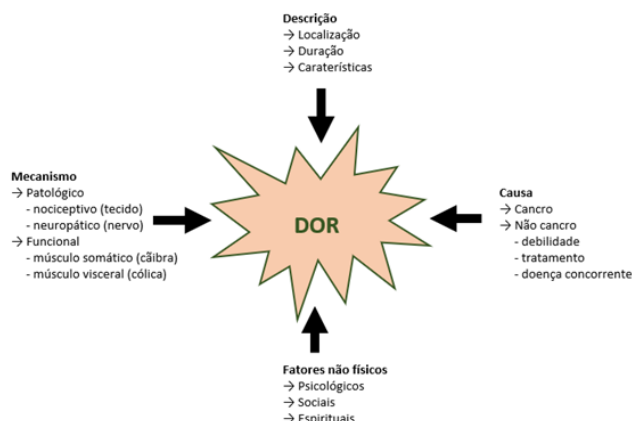


Figura 16 – As quatro dimensões da avaliação da dor (adaptado de Twycross, 2003, p.86)

A aplicação de um instrumento de medida depende do estado clínico do doente e da sua compreensão. Quando existe comprometimento cognitivo, muitas vezes os sintomas são avaliados indiretamente, através da perceção dos familiares e cuidadores e também através de uma avaliação observacional dos sintomas (Carvalho & Persons, 2012). Assim sendo, existem escalas de auto e heteroavaliação da dor no adulto.

Alguns exemplos de escalas de autoavaliação:

- Escala de Faces – é pedido ao doente para classificar a intensidade da dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que a expressão de felicidade corresponde a classificação “sem dor” e a expressão de extrema tristeza corresponde a classificação “dor máxima”; é pontuada de 0 a 5;
- Escala de Avaliação Numérica (AEN) – é pedido ao doente que atribua um número à dor que sente, sendo que o número poderá estar compreendido entre 0 e 10, onde zero corresponde a “sem dor” e dez a “pior dor possível”; aparece associada à componente qualitativa (sem dor, ligeira, moderada, intensa e máxima);
- Escala Visual Analógica (ESA) – avalia a intensidade da dor sentida pelo doente, sendo que as extremidades da régua representam polos opostos: um corresponde a “sem dor” e o outro a “pior dor possível”; o sítio assinalado pelo doente com o cursor corresponde, no lado oculto da régua, a um número da Escala Numérica, o qual deve ser registado.

Foi consultada bibliografia nacional e internacional para encontrar evidência científica para avaliar a dor no adulto incapaz de se auto-avaliar, sendo identificadas as seguintes escalas de heteroavaliação: Escala *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD) - versão portuguesa; Escala *Abbey Pain Scale* - Versão Portuguesa; e Escala *Critical Care Pain Observation Tool* (CCPOT).

A escala PAINAD foi adaptada culturalmente e traduzida para o português europeu em 2012, ver Figura 17. É baseada na avaliação do estado fisiológico e comportamental: respiração,

vocalização, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade, com pontuações que variam de 0 a 2 para cada uma das cinco áreas avaliadas. É uma ferramenta simples. A sua pontuação varia de 0 a 10, onde 1 a 3 pontos refere-se a uma dor leve, 4 a 6: dor moderada e 7 a 10: dor forte (Almeida, 2015; Batalha et al., 2012).

Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)		
Categoria	Item	Pontuação
Respiração (independente da vocalização)	Normal	0
	Respiração ocasionalmente difícil ou curtos períodos de hiperventilação	1
	Respiração ruidosa e difícil, longos períodos de hiperventilação ou respiração de Cheyne-Stokes	2
Vocalização negativa	Nenhum	0
	Gemidos/gemidos ocasionais ou fala de baixo nível com qualidade negativa	1
	Gritos repetidos e perturbados, gemidos/gemidos/choro altos	2
Expressão facial	Sorrindo ou inexpressivo	0
	Triste / assustado / carrancudo/sobranceiras franzidas	1
	Careta/esgar facial	2
Linguagem corporal	Relaxado	0
	Ritmo/agitação tenso e angustiado	1
	Rígido, punhos cerrados, joelhos puxados para cima, puxando/empurrando/batendo	2
Consolabilidade	Não há necessidade de consolar	0
	Distraído ou tranquilizado pela voz/toque	1
	Incapaz de consolar, distrair ou tranquilizar	2
0 → sem dor 1 a 3 → dor leve 4 a 6 → dor moderada 7 a 10 → dor forte		

Figura 17 – PAINAD (Pain assesement in Advanced Demencia) – versão portuguesa (adaptado da dissertação “A avaliação da dor no doente cirúrgico com alterações cognitivas” de Vera Almeida, 2015)

A escala *Abbey Pain Scale* foi adaptada e traduzida para o português europeu em 2013, ver Figura 18. É constituída por 6 itens de avaliação, que correspondem a indicadores não-verbais de presença de dor: vocalização, expressão facial, alteração da linguagem corporal, alteração comportamental, alteração fisiológica e alterações físicas. Em cada item é atribuída uma pontuação que varia de 0 a 3. O somatório dos 6 itens, “valor total de dor”, vai equivaler a uma pontuação final entre 0 e 18, sendo que a sua correspondência em termos de dor é a seguinte: de 0 a 2 pontos – sem dor; de 3 a 7 pontos – dor ligeira; de 8 a 13 pontos – dor moderada; de 14 a 18 pontos – dor severa. (Almeida, 2015; Gomes, 2018; Rodrigues, 2013).

Escala Abbey Pain Scale – Versão Portuguesa	
Vocalização Choramingando, chorando	Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Forte 3
Expressão facial Tenso, franzindo a testa, fazendo caretas, assustado	Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Forte 3
Linguagem corporal Inquieto, balançando, guardando, retraído	Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Forte 3
Alteração comportamental Mais confuso, recusa-se a comer, apresenta alteração dos padrões habituais.	Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Forte 3
Alterações fisiológicas Elevações de temperatura, pulso ou Pressão Arterial, diaforese, rubor/palidez	Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Forte 3
Mudanças físicas Lesões cutâneas, úlceras de pressão, artrite, contraturas, lesões anteriores	Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Forte 3
0 a 2 → sem dor 3 a 7 → dor ligeira 8 a 13 → dor moderada > 14 → dor severa	

Figura 18 – ABBEY PAIN SCALE – versão portuguesa (adaptado da dissertação “Avaliação da Dor ao Doente Oncológico em Cuidados Paliativos Incapaz de Comunicar” de Alexandra Rodrigues, 2013)

A escala *Critical Care Pain Observation Tool* (CCPOT), Figura 19, procura relacionar a expressão facial, o aumento da tensão muscular, as alterações ventilatórias e verbais do doente menos

consciente, com a probabilidade de existência de dor (Cherny et al., 2009).

CRITICAL-CARE PAIN OBSERVATION TOOL (CCPOT)			
Indicador	Descrição	Escala de medição	
Expressão facial	Ausência de tensão muscular observável	Relaxado, neutro	0
	Franzir ou baixar as sobrancelhas, estreitamento das órbitas e contração dos levantadores	Tenso	1
	Todos os anteriores + pálpebras fechadas	Esgares	2
Movimentos corporais	Não se mexe (não significa necessariamente ausência de dor)	Ausência de movimentos	0
	Movimentos lentos ou cautelosos, tocando ou esfregando o local dolorido, chamando atenção por meio de movimentos	Proteção	1
	Desorientação / agressividade	Inquietação	2
Tensão muscular (avaliação por flexão e extensão passiva dos membros superiores)	Ausência de resistência a movimentos passivos	Relaxado	0
	Resistência a movimentos passivos	Tenso ou rígido	1
	Forte resistência a movimentos passivos, incapacidade de executá-los	Muito tenso ou rígido	2
Adesão ao ventilador (doentes intubados)	Alarques não ativados, ventilação fácil	Tolerância ao movimento	0
	Alarques param espontaneamente	Tosse, mas tolera	1
	Ventilação assíncrona com bloqueios, alarques ativados com frequência	Assincronia com o ventilador	2
Vocalização (doentes extubados)	Fala normalmente ou ausência de sons		0
	Gemidos, suspiros		1
	Gritos, soluços		2

Figura 19- CRITICAL-CARE PAIN OBSERVATION TOOL – CCPOT (adaptada do artigo “European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care” de Cherny et al., 2009).

Na doente em estudo, a avaliação realizada pelos profissionais de saúde era do tipo observacional e eram tidos em conta os seguintes parâmetros: alterações fisiológicas (temperatura, frequência cardíaca, tensão arterial, transpiração, frequência respiratória e tipo de respiração), vocalização (presença ou ausência de gemido), expressão facial (inexpressiva, sobrancelhas e/ou testa franzidas, esgar facial).

Existem vários fatores que podem ter contribuído para a doente em estudo sentir dor, tais como: massa neoplásica, ferida maligna, as úlceras de pressão, entre outros. Considerando todos esses fatores, o tratamento da dor pode combinar estratégias: farmacológicas e não farmacológicas (posicionamentos antiálgicos, massagem e mobilizações passivas dos membros da doente).

Uma das estratégias farmacológicas é a administração de analgésicos. Os princípios que orientam o uso de analgésicos são os seguintes: Boca – a via oral é a preferida para os analgésicos, incluindo os opiáceos fortes; Relógio – a dor persistente exige terapia preventiva, os analgésicos devem ser administrados com regularidade e de forma profilática; Escada – usar a escada analgésica, Figura 20, depois de se otimizar a dose de um fármaco e este deixar de proporcionar alívio, sendo recomendado subir para o degrau seguinte em vez de se mover no mesmo degrau de eficácia; Tratamento individualizado – a dose correta é aquela que controla a dor; se necessário, as doses devem ser tituladas em escalada até que a dor seja controlada (Twycross).

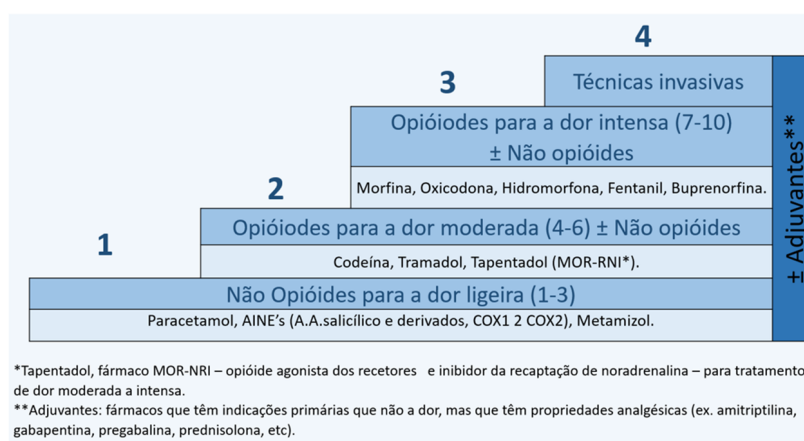


Figura 20 – Escada analgésica da OMS (adaptado do Guia Prático de controle Sintomático)

Num doente em situação de últimas semanas e dias de vida, os fármacos de eleição para o controlo da dor são os opioides fortes (Wiffen et al., 2003). A morfina é o fármaco mais regularmente utilizado no tratamento da dor oncológica moderada a severa, devido à sua eficácia analgésica, tolerabilidade e relação custo-benefício (Quigley, 2005).

Nos casos de intolerância à morfina, ou quando esta se apresenta pouco eficaz, existem várias opções em Portugal, entre as quais, a buprenorfina, o fentanil, a hidromorfona, a metadona e a oxycodona (Lopes, 2009). Existem tabelas que sistematizam as doses equianalgésicas entre diferentes fármacos. Contudo, estas razões de conversão nem sempre são lineares, apresentando variabilidades intra e interindividuais, devendo ser interpretadas com cautela (Shaheen et al., 2009).

Quando não se consegue controlar a dor (num doente em possível situação de últimos dias de vida) por estes métodos, pode ser necessário recorrer à sedação terminal (Harlos et al., 2010). A depressão da atividade neurológica também pode diminuir a sua perceção. Contudo, uma depressão do nível de consciência não implica necessariamente que exista analgesia (Mercadante et al., 2009).

Sistema Respiratório

A Sra A, na terceira sessão, apresentou uma respiração do tipo Cheyne-Stokes que é um padrão respiratório cíclico caracterizado por períodos de apneia seguidos de hiperventilação. Este é um dos sintomas identificado por vários autores como sendo preditivo de aproximação de fim de vida; para além deste sintoma, os doentes podem ainda apresentar alterações fisiológicas e deterioração do estado geral que culmina com falência multiorgânica (Arantes et al., 2022; Braga, et al., 2017; Pais et al., 2019).

O período iminente de morte é caracterizado por declínio funcional e cognitivo, alterações comportamentais, além do aparecimento e exacerbação de sinais e sintomas (Arantes et al.,

2022). Este período pode ser identificado como agonia, que corresponde ao período que antecede a morte, caracterizado por um enfraquecimento progressivo das funções vitais. Geralmente corresponde à fase terminal da doença enquadrado num agravamento de novo, súbito ou progressivo sem causa reversível identificável. É um período de tempo com início muitas vezes insidioso e, quando estão presentes sinais e sintomas do processo de morte, corresponde aos últimos 3 a 5 dias de vida (Pais et al., 2019).

Quando se identifica que o doente está na fase terminal da vida, ou seja, com dias ou horas de vida, os objetivos terapêuticos devem ser ajustados, a família e o doente devem ser informados do prognóstico e, se possível, a família envolvida no acompanhamento e na assistência ao doente. Todavia, nem sempre é fácil determinar se um doente se encontra nos últimos dias de vida (Pais et al., 2019).

Aumentar o entendimento sobre os processos que envolvem a morte torna-se fundamental para garantir o conforto e o bem-estar do doente e dos seus familiares. O adequado reconhecimento da iminência de morte a partir da avaliação do quadro clínico do doente é de extrema importância para que se implementem condutas clínicas adequadas para diminuir o sofrimento do doente/família (Arantes et al., 2022; Braga, et al., 2017; Pais et al., 2019).

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

07-10-2023 08:00

07-10-2023 08:00 - Com indícios de compromisso da consciência.

07-10-2023 08:00 - Consciência comprometida

07-10-2023 08:00 - Abertura dos olhos: ao estímulo verbal.

07-10-2023 08:00 - Resposta verbal: incompreensível.

07-10-2023 08:00 - Resposta motora: localiza a dor.

07-10-2023 08:00 - Ausência de vômito em jato.

07-10-2023 08:00 - Determinar evolução da consciência

07-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciência [sem horário]

10-10-2023 08:00 - Abertura dos olhos: ao estímulo verbal [MANTEVE].

11-10-2023 09:00 - Abertura dos olhos: à dor [PIOROU].

10-10-2023 08:00 - Resposta verbal: inapropriada [MELHOROU].

11-10-2023 09:00 - Resposta verbal: inapropriada [MELHOROU].

10-10-2023 08:00 - Resposta motora: localiza a dor [MANTEVE].

11-10-2023 09:00 - Resposta motora: flexão anormal [PIOROU].

07-10-2023 08:00 - Referenciar compromisso da consciência ao médico [SOS]

07-10-2023 08:00 - Prevenir queda

07-10-2023 08:00 - Elevar grades da cama [sem horário]

07-10-2023 08:00 - Prevenir úlcera de pressão

07-10-2023 08:00 - Aplicar colchão de alívio de pressão [à entrada da cliente no serviço]

07-10-2023 08:00 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [sem horário]

07-10-2023 08:00 - Prevenir aspiração

07-10-2023 08:00 - Posicionar para prevenir a aspiração [às refeições]

07-10-2023 08:00 - Assegurar atividades para satisfazer as necessidades humanas fundamentais

07-10-2023 08:00 - Dar banho na cama [manhã]

07-10-2023 08:00 - Lavar cavidade oral [1 x turno]

07-10-2023 08:00 - Vestir/despir [manhã]

07-10-2023 08:00 - Fazer toalete [sem horário]

07-10-2023 08:00 - Arranjar o cliente [sem horário]

07-10-2023 08:00 - Alimentar cliente [às refeições]

Sensações somáticas

07-10-2023 08:00

07-10-2023 08:00 - Sem manifestação de prurido.

07-10-2023 08:00 - Manifesta dor.

07-10-2023 08:00 - Dor

07-10-2023 08:00 - Expressão facial: Relaxada.

07-10-2023 08:00 - Movimento dos membros: Membros superiores parcialmente fletidos.

07-10-2023 08:00 - Choro/vocalização: Sem vocalização da dor.

07-10-2023 08:00 - Determinar evolução da dor

07-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da dor [SOS]

10-10-2023 08:00 - Expressão facial: Relaxada [MANTEVE].

11-10-2023 09:00 - Expressão facial: Relaxada [MANTEVE].

10-10-2023 08:00 - Movimento dos membros: Membros superiores parcialmente fletidos [MANTEVE].

11-10-2023 09:00 - Movimento dos membros: Sem movimento dos membros superiores [MELHOROU].

10-10-2023 08:00 - Choro/vocalização: Sem vocalização da dor [MANTEVE].

11-10-2023 09:00 - Choro/vocalização: Sem vocalização da dor [MANTEVE].

07-10-2023 08:00 - Diminuir dor

07-10-2023 08:00 - Gerir analgesia [SOS]

07-10-2023 08:00 - Executar massagem [SOS]

07-10-2023 08:00 - Posicionar para aliviar a dor [SOS]

Sistema respiratório

11-10-2023 09:00

11-10-2023 09:00 - Ritmo respiratório irregular.

11-10-2023 09:00 - Movimento respiratório simétrico.

11-10-2023 09:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

11-10-2023 09:00 - Coloração da mucosa: rosada.

11-10-2023 09:00 - Ventilação comprometida

11-10-2023 09:00 - Determinar evolução da ventilação

11-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da ventilação

11-10-2023 09:00 - Referenciar ventilação comprometida ao médico

Deglutição

07-10-2023 08:00

07-10-2023 08:00 - Com indícios de compromisso da deglutição.

07-10-2023 08:00 - Deglutição comprometida

07-10-2023 08:00 - Acumulação involuntária de conteúdo na cavidade oral.

07-10-2023 08:00 - Determinar evolução da deglutição

07-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da deglutição [sem horário]

10-10-2023 08:00 - Com indícios de compromisso da deglutição [MANTEVE].

11-10-2023 09:00 - Com indícios de compromisso da deglutição [MANTEVE].

10-10-2023 08:00 - Tempo de deglutição para líquidos superior a 2 segundos.

11-10-2023 09:00 - Tempo de deglutição para sólidos superior a 10 segundos,

Perda de conteúdo da cavidade oral, Acumulação involuntária de conteúdo na cavidade oral.

07-10-2023 08:00 - Referenciar deglutição comprometida ao médico [SOS]

07-10-2023 08:00 - Prevenir aspiração

07-10-2023 08:00 - Planejar dieta [às refeições]

07-10-2023 08:00 - Posicionar durante a refeição para facilitar a deglutição [às refeições]

07-10-2023 08:00 - Posicionar para prevenir a aspiração [às refeições]

Eliminação intestinal

07-10-2023 08:00

07-10-2023 08:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

07-10-2023 08:00 - Consistência das fezes: Fezes moles.

07-10-2023 08:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

07-10-2023 08:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal

07-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [sem horário]

10-10-2023 08:00 - Fezes: em moderada quantidade.

11-10-2023 09:00 - Fezes: em pequena quantidade.

10-10-2023 08:00 - Consistência das fezes: Fezes moles.

11-10-2023 09:00 - Consistência das fezes: Fezes moles.

10-10-2023 08:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

11-10-2023 09:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

Eliminação urinária

07-10-2023 08:00

07-10-2023 08:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

07-10-2023 08:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

07-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [sem horário]

10-10-2023 08:00 - Urina em moderada quantidade.

11-10-2023 09:00 - Urina em pequena quantidade.

10-10-2023 08:00 - Frequência da eliminação urinária: normal .

Pele e mucosas

07-10-2023 08:00

07-10-2023 08:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

07-10-2023 08:00 - Ferida maligna no ânus (tipo massa exofítica como "couve-flor")

07-10-2023 08:00 - Membrana mucosa comprometida

07-10-2023 08:00 - Localização do compromisso da membrana mucosa

07-10-2023 08:00 - Cavidade oral

07-10-2023 08:00 - Coloração da mucosa: rosada.

07-10-2023 08:00 - Mucosa seca.

07-10-2023 08:00 - Mucosa com textura normal.

07-10-2023 08:00 - Determinar evolução da integridade das membranas mucosas

07-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas [sem horário]

10-10-2023 08:00 - Localização do compromisso da membrana mucosa

10-10-2023 08:00 - Cavidade oral

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

10-10-2023 08:00 - Mucosa seca.

10-10-2023 08:00 - Mucosa com textura normal.

11-10-2023 09:00 - Localização do compromisso da membrana mucosa

11-10-2023 09:00 - Cavidade oral

11-10-2023 09:00 - Coloração da mucosa: rosada.

11-10-2023 09:00 - Mucosa seca.

11-10-2023 09:00 - Mucosa com textura normal.

07-10-2023 08:00 - Úlcera de pressão

07-10-2023 08:00 - Localização da úlcera de pressão

07-10-2023 08:00 - Nádega Esquerda(o)

07-10-2023 08:00 - Comprimento da lesão tegumentar: 3.00 cm.

07-10-2023 08:00 - Largura da lesão tegumentar: 3.00 cm.

07-10-2023 08:00 - Exsudado em pequena quantidade.

07-10-2023 08:00 - Tipo de exsudado da lesão tegumentar: seroso.

07-10-2023 08:00 - Consistência do exsudado da lesão tegumentar: aquoso.

07-10-2023 08:00 - Cheiro do exsudado da lesão tegumentar: "sui generis".

07-10-2023 08:00 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

07-10-2023 08:00 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

07-10-2023 08:00 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

07-10-2023 08:00 - Tecido predominante no leito da lesão tegumentar: Tecido necrótico.

07-10-2023 08:00 - Ausência de sinais aparentes de contaminação da lesão tegumentar.

07-10-2023 08:00 - Ausência de trajetos fistulosos.

07-10-2023 08:00 - Margens da lesão tegumentar regulares.

07-10-2023 08:00 - Tecido / estrutura afetada: pele / tecido cutâneo, tecido subcutâneo.

07-10-2023 08:00 - Determinar evolução da úlcera de pressão

07-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da úlcera de pressão [3 em 3 dias]

10-10-2023 08:00 - Localização da úlcera de pressão

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

10-10-2023 08:00 - Comprimento da lesão tegumentar: 3.00 cm.

10-10-2023 08:00 - Largura da lesão tegumentar: 3.00 cm.

10-10-2023 08:00 - Diâmetro da lesão tegumentar: 9.00 cm.

10-10-2023 08:00 - Profundidade da lesão tegumentar: 0.00 cm.

10-10-2023 08:00 - Exsudado em pequena quantidade.

10-10-2023 08:00 - Tipo de exsudado da lesão tegumentar: seroso.

10-10-2023 08:00 - Consistência do exsudado da lesão tegumentar: aquoso.

10-10-2023 08:00 - Cheiro do exsudado da lesão tegumentar: "sui generis".

10-10-2023 08:00 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

10-10-2023 08:00 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

10-10-2023 08:00 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

10-10-2023 08:00 - Tecido predominante no leito da lesão tegumentar: Tecido necrótico.

10-10-2023 08:00 - Ausência de sinais aparentes de contaminação da lesão tegumentar.

10-10-2023 08:00 - Ausência de trajetos fistulosos.

10-10-2023 08:00 - Margens da lesão tegumentar regulares.

10-10-2023 08:00 - Tecido / estrutura afetada: pele / tecido cutâneo, tecido subcutâneo.

11-10-2023 09:00 - Localização da úlcera de pressão

11-10-2023 09:00 - Anca Esquerda(o)

11-10-2023 09:00 - Comprimento da lesão tegumentar: 3.00 cm.

11-10-2023 09:00 - Largura da lesão tegumentar: 3.00 cm.

11-10-2023 09:00 - Profundidade da lesão tegumentar: 0.00 cm.

11-10-2023 09:00 - Exsudado em pequena quantidade.

11-10-2023 09:00 - Tipo de exsudado da lesão tegumentar: seroso.

11-10-2023 09:00 - Consistência do exsudado da lesão tegumentar: aquoso.

11-10-2023 09:00 - Cheiro do exsudado da lesão tegumentar: "sui generis".

11-10-2023 09:00 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

11-10-2023 09:00 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

11-10-2023 09:00 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão

tegumentar: ausente.

11-10-2023 09:00 - Tecido predominante no leito da lesão tegumentar: Tecido necrótico.

11-10-2023 09:00 - Ausência de sinais aparentes de contaminação da lesão tegumentar.

11-10-2023 09:00 - Ausência de trajetos fistulosos.

11-10-2023 09:00 - Margens da lesão tegumentar regulares.

11-10-2023 09:00 - Tecido / estrutura afetada: pele / tecido cutâneo, tecido subcutâneo.

07-10-2023 08:00 - Executar tratamento à úlcera de pressão [3 em 3 dias]

07-10-2023 08:00 - Ferida maligna no ânus (tipo massa exofítica como "couve-flor")

07-10-2023 08:00 - Determinar a evolução da ferida maligna no ânus

07-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da ferida maligna no ânus [3 em 3 dias]

07-10-2023 08:00 - Executar tratamento de ferida maligna no ânus [1 x dia]

07-10-2023 08:00 - Controlar os sintomas da ferida maligna (odor, exsudado e sangramento)

Estoma

07-10-2023 08:00

07-10-2023 08:00 - Presença de estoma(s).

07-10-2023 08:00 - Colostomia

07-10-2023 08:00 - Pele peri-colostomia: íntegra.

07-10-2023 08:00 - Cor da colostomia: rosada.

07-10-2023 08:00 - Temperatura da colostomia: quente.

07-10-2023 08:00 - Proeminência da colostomia: Proeminente.

07-10-2023 08:00 - Humidade da colostomia: húmido/brilhante.

07-10-2023 08:00 - Complicação da colostomia: ausente.

07-10-2023 08:00 - Determinar evolução da colostomia

07-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da colostomia [sem horário]

10-10-2023 08:00 - Pele peri-colostomia: íntegra.

11-10-2023 09:00 - Pele peri-colostomia: íntegra.

10-10-2023 08:00 - Cor da colostomia: rosada.

11-10-2023 09:00 - Cor da colostomia: rosada.

10-10-2023 08:00 - Temperatura da colostomia: quente.

11-10-2023 09:00 - Temperatura da colostomia: quente.

10-10-2023 08:00 - Proeminência da colostomia: Proeminente.

11-10-2023 09:00 - Proeminência da colostomia: Proeminente.

10-10-2023 08:00 - Humidade da colostomia: húmido/brilhante.

11-10-2023 09:00 - Humidade da colostomia: húmido/brilhante.

10-10-2023 08:00 - Complicação da colostomia: ausente.

11-10-2023 09:00 - Complicação da colostomia: ausente.

07-10-2023 08:00 - Assegurar cuidados à colostomia

07-10-2023 08:00 - Executar cuidados à colostomia [SOS]

07-10-2023 08:00 - Trocar saco de colostomia [SOS]

07-10-2023 08:00 - Trocar placa de ostomia [2 em 2 dias]

07-10-2023 08:00 - Prevenir complicações da colostomia

07-10-2023 08:00 - Otimizar placa de ostomia [sem horário]

07-10-2023 08:00 - Otimizar saco de colostomia [sem horário]

3.7. Especificação das intervenções

Lavar cavidade oral

- Com colutório bucal.

Posicionar durante a refeição para facilitar a deglutição

- Elevar a cabeceira da cama > 45º.

Posicionar para aliviar a dor

- Decúbito lateral direito
- Decúbito lateral esquerdo
- Decúbito dorsal

Executar tratamento à úlcera de pressão

- Realizar uma remoção lenta do penso.
- Deixar uma compressa molhada sobre a UP, atuação do antisséptico: solução eletrolisada (soro fisiológico).
- Enquanto o antisséptico atua, a pele circundante lava-se com água e sabão (controle da integridade cutânea: conforto).
- Aplicar Película Polimérica em spray na pele circundante à lesão (controle da integridade cutânea).
- Limpar a lesão, colocar o penso Mepilex border sobre a lesão. O Mepilex border é um penso auto-aderente de silicone macio, é um penso de espuma completo que absorve e retém eficazmente o exsudado e mantém um ambiente húmido na ferida. É composto por: uma camada de silicone macia para contato com a ferida (Safetac) e uma almofada absorvente em três camadas (uma espuma de poliuretano, uma camada de não tecido e uma mistura de fibras com fibras de poliácrlato superabsorventes e uma película externa permeável ao vapor e à prova de humidade e bactérias).

Executar tratamento de ferida maligna no ânus

- Realizar uma remoção lenta do penso bem hidratado com uma solução eletrolisada (soro fisiológico). Deste modo não ficam focos sangrantes, apenas se visualiza o sangue no penso sujo (controle da hemorragia).
- Ao começar a descolar o penso ir molhando compressas com solução eletrolisada, assim deste modo, neutraliza a concentração de odores emanados da FM e do penso (controle do odor).
- Deixar uma compressa molhada sobre a FM, atuação do antisséptico: solução eletrolisada.
- Enquanto o antisséptico atua, a pele circundante lava-se com água e sabão (controle da

integridade cutânea: conforto).

- Limpar a lesão, colocar o penso primário - Mepitel sobre a lesão. O Mepitel é uma malha de silicone transparente com a tecnologia Safetac (minimiza o risco de danos à pele e dor ao cliente).
- Aplicar Película Polimérica em spray na pele circundante à lesão (controlo da integridade cutânea).
- Colocar penso secundário - compressas ou penso absorvente de celulose.
- Dada a localização da lesão não era necessário fixar o penso secundário com adesivo.

3.8. Síntese relativa ao caso

Tendo por base um caso clínico real, foi elaborado um plano de cuidados, baseado na evidência científica disponível e com recurso à plataforma e4nursing, uma “plataforma web-based bilíngue (Português/Inglês) orientada para o processo de conceção de cuidados de enfermagem, com uma arquitetura assente nas principais etapas do processo de tomada de decisão clínica e com uma estrutura de conteúdos alinhada com a Ontologia de Enfermagem, aprovada pela Ordem dos Enfermeiros” (ESEP, 2024).

O plano de cuidados foi elaborado tendo em conta as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa de acordo com o Regulamento n.º 429/2018 “a) Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; b) 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” (Regulamento n.º 429/2018, p.19359).

Por forma a sintetizar e facilitar a leitura/compreensão foi compilado em tabela, o plano de conceção de cuidados, onde consta a relação entre os diagnósticos, objetivos, indicadores de resultados e intervenções de enfermagem, que pode ser consultado na Tabela 1. Nesta síntese não está descrita a definição dos tempos de início e fim das intervenções, uma vez que já foi exposto anteriormente no ponto 3.6. Conceção de Cuidados.

Tabela 1 - relação entre os diagnósticos, objetivos, indicadores de resultados e intervenções de enfermagem, relativos à Sra A.

Domínio: Consciência		
Diagnóstico: Consciência comprometida		
Objetivo(s): 1. Determinar evolução da consciência 2. Prevenir queda 3. Prevenir úlcera de pressão 4. Prevenir aspiração 5. Assegurar atividades para satisfazer as necessidades humanas fundamentais 6. Promover o conforto	Indicador(es) de resultado(s): 2.1. Não se verifica queda 3.1. Não se verifica o aparecimento de novas zonas de úlcera de pressão 4.1. Não se verifica aspiração ou engasgamento 6.1. A cliente apresenta-se confortável	Intervenções: 1.a. Avaliar evolução da consciência 1.b. Referenciar compromisso da consciência ao médico 2.a. Elevar grades da cama 3.a. Aplicar colchão de alívio de pressão 3.b. Posicionar para prevenir úlcera de pressão 4.a. Posicionar para prevenir a aspiração 5.a. Dar banho na cama 5.b. Lavar cavidade oral 5.c. Vestir/despir 5.d. Fazer toalete 5.e. Arranjar o cliente 5.f. Alimentar o cliente
Domínio: Sensações somáticas		
Diagnóstico: Dor		
Objetivo(s): 1. Determinar evolução da dor 2. Diminuir dor 3. Promover o conforto	Indicador(es) de resultado: 2.1. e 3.1. A cliente refere diminuição da intensidade da dor (quando capaz de fazer a autoavaliação da dor), ou então, é observada diminuição da dor pelos comportamentos indicadores de diminuição da dor na cliente (heteroavaliação da dor)	Intervenções: 1.a. Avaliar evolução da dor, com recurso a instrumentos de auto ou heteroavaliação 2.a. e 3.a. Gerir analgesia 2.b. e 3.b. Executar massagem 2.c. e 3.c. Posicionar para aliviar a dor
Domínio: Deglutição		
Diagnóstico: Deglutição comprometida		
Objetivo(s): 1. Determinar evolução da deglutição 2. Prevenir aspiração	Indicador(es) de resultado: 2.1. A cliente apresenta-se sem sinais de aspiração/engasgamento	Intervenções: 1.a. Avaliar evolução da deglutição 1.b. Referenciar deglutição comprometida ao médico 2.a. Planear dieta 2.b. Posicionar durante a refeição para facilitar a deglutição 2.c. Posicionar para prevenir a aspiração
Domínio: Pele e mucosas		
Diagnóstico: Membrana mucosa comprometida		
Objetivo(s): 1. Determinar evolução da integridade das membranas mucosas 2. Diminuir secura da boca 3. Promover o conforto	Indicador(es) de resultado: 1.1. A secura da mucosa mantém-se controlada	Intervenções: 1.a. Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas 2.a. e 3.a. Lavar cavidade oral, com colutório 2.b. e 3.b. Humedecer cavidade oral
Domínio: Pele e mucosas		
Diagnóstico: Úlcera de pressão na nádega esquerda		
Objetivo(s): 1. Determinar evolução da úlcera de pressão 2. Promover o conforto	Indicador(es) de resultado: 2.1. A pele circundante à úlcera de pressão preserva a integridade 2.2. A úlcera de pressão mantém as mesmas características e dimensões	Intervenções: 1.a. Avaliar evolução da úlcera de pressão 1.b. e 2.a. Executar tratamento à úlcera de pressão (ver especificação de intervenção, relacionada com esta intervenção)
Domínio: Pele e mucosas		
Diagnóstico: Ferida maligna no ânus		
Objetivo(s): 1. Determinar a evolução da ferida maligna 2. Controlar os sintomas da ferida maligna (odor, exsudado e sangramento) 3. Promover o conforto	Indicador(es) de resultado: 2.1. e 3.1. Os sintomas da ferida mantêm-se controlados 3.2. A pele circundante mantém-se íntegra	Intervenções: 1.a. Avaliar evolução da ferida maligna 2.a. e 3.a. Executar tratamento de ferida maligna (ver especificação de intervenção, relacionada com esta intervenção).

Domínio: Estoma		
Diagnóstico: Colostomia		
Objetivo(s): 1. Determinar evolução da colostomia 2. Assegurar cuidados à colostomia 3. Prevenir complicações da colostomia 4. Promover o conforto	Indicador(es) de resultado: 2.1., 3.1. e 4.1. A colostomia não apresenta complicações (maceração peri-estoma, e alteração de coloração do estoma)	Intervenções: 1.a. Avaliar evolução da colostomia 2.a. e 4.a. Executar cuidados à colostomia 2.b. Trocar saco de colostomia 2.c. Trocar placa de ostomia 3.a. e 4.b. Otimizar placa de ostomia 3.b. e 4.c. Otimizar saco de colostomia
Domínio: Sistema Respiratório		
Diagnóstico: Ventilação comprometida		
Objetivo(s): 1. Determinar evolução da ventilação	Indicador(es) de resultado:	Intervenções: 1.a. Avaliar evolução da ventilação 1.b. Referenciar ventilação comprometida ao médico

Evolução Clínica

A Sra A foi admitida na UCPED a 6 de novembro de 2023, proveniente do domicílio após contato da equipa ECSCP (Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos) da sua área de residência, por necessidade de internamento, por agravamento de sintomas e pelo facto da cuidadora ter dificuldade em gerir a medicação, nomeadamente a que está prescrita em SOS. A ECSCP detetou que a cuidadora estava a apresentar sinais de exaustão. A Sra A ficou internada para *Best Supportive Care* e medidas de conforto.

Best supportive care (BSC), em português, pode ser traduzido como "melhor cuidado de suporte" ou "melhor tratamento de suporte". Este termo é frequentemente utilizado na área médica, especialmente em Oncologia e Cuidados Paliativos, para descrever um tipo de abordagem terapêutica focada no alívio dos sintomas e no suporte ao doente, sem necessariamente procurar a cura da doença. Em essência, o BSC envolve o tratamento dos sintomas e complicações associadas à doença, visando melhorar a qualidade de vida do doente. Isso pode incluir o controlo da dor, a gestão de sintomas como náuseas, fadiga, falta de ar e outros problemas físicos, bem como suporte psicossocial para o doente e família. O melhor cuidado de suporte é uma abordagem holística, que considera as necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais do doente. Pode envolver uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, entre outros, trabalhando em conjunto para proporcionar o melhor suporte possível ao doente/família. O BSC é frequentemente utilizado em casos em que o tratamento curativo não é possível ou não é mais desejado, como em doentes com doenças avançadas, incuráveis ou em fase terminal. É uma parte essencial dos cuidados paliativos.

Primeira sessão - 07 de novembro de 2023 - Este foi o meu primeiro contato com a Sra A, no turno da manhã. A Sra A apresentava-se com nível 4 de consciência pela CSPC (Escala de Consciência para Cuidados Paliativos), isto é, reagiu com movimentos ou abriu brevemente os olhos, mas sem contato visual, quando chamada pelo seu nome. Foram-lhes prestados os

cuidados de higiene e conforto no leito, cuidados à boca e realizado o tratamento às feridas. A doente foi incapaz de objetivar queixas, não apresentou sinais de desconforto durante o turno. A via oral apresentava-se instável pelo que não foi alimentada. Apirética, normotensa, normocárdica, com saturações de oxigénio a 97% em ar ambiente, respiração regular e eupneica, sem ruídos respiratórios, extremidades quentes e bem perfundidas, sem edemas periféricos. Colostomia funcionante para fezes castanhas e moles em pequena quantidade, estoma rosado e sem alterações. Mantém débito urinário pela sonda vesical, urina alaranjada e límpida. Sem períodos de agitação/inquietação no turno. Sem necessidade de qualquer medicação prescrita em SOS. Doente sob Fentanil transdérmico 75mcg/h.

Segunda sessão - 10 de novembro de 2023 - Turno da manhã, três dias após o primeiro contato. A Sra A apresentou alguns períodos de agitação/inquietação necessitando de realizar 1 a 2 SOS de midazolam no período do crepúsculo vespertino e no período da noite, desde a sua admissão no serviço, apesar de realizar a Levomepromazina 25mg às 21h. A partir de 9/10/23 passou a ter tomas fixas de midazolam às 22h e 2h, passando bem a noite, com sono tranquilo. Sem necessidade de analgesia em SOS. No turno da manhã do dia 10, a Sra A apresentava nível 2 de consciência pela CSPC, ou seja, acordava quando chamada pelo seu nome e permanecia acordada durante a conversação. Não teve necessidade de realizar medicação de resgate nas últimas 24 horas. Negou dor quando questionada, ou qualquer outro desconforto. Eupneica, sem ruído respiratório. Colostomia funcionante para fezes castanhas e moles em pequena quantidade. Sonda vesical permeável, mas com decréscimo do débito urinário. Fez levante para cadeirão. Apresentava palidez cutânea. Via oral segura, pelo que ingeriu pequeno almoço e almoço a gosto.

Terceira sessão - 11 de novembro de 2023 - Turno da manhã. A Sra A, no início do turno apresentou nível de consciência 3 pela CSPC, isto é, acordava quando chamada pelo seu nome, mas adormecia durante a conversação. Os cuidados de higiene e conforto foram prestados no leito, foi realizado o tratamento às feridas (estratégias de tratamento documentadas anteriormente, na conceção de cuidados). A doente pediu para ir para o cadeirão e referiu que gostaria de comer uma papa de farinha láctea ao pequeno almoço, que ingeriu na totalidade. Apresentava respiração regular, eupneica e sem ruído respiratório. Palidez cutânea, sem edemas periféricos. Colostomia funcionante para fezes castanhas e moles, trocado saco e placa, prestados os cuidados ao estoma e pele circundante, estoma rosado e sem alterações, pele circundante íntegra. Sonda vesical permeável. A meio do turno (por volta das 11h) a doente ficou mais sonolenta, sem abertura ocular à chamada, sem resposta verbal, só respondia com acenos de cabeça. A respiração era irregular, tipo Cheynes-Stokes. Apresentava as extremidades frias. Sem sinais aparentes de desconforto.

Nos turnos seguintes (tarde e noite), apresentou nível de consciência 6 pela CSPC, sem qualquer reação ao estímulo verbal ou tátil. Manteve o mesmo padrão respiratório (respiração do tipo Cheynes-Stokes). Sem via oral segura. Não apresentava, aparentemente, sinais de desconforto.

A doente veio a falecer no final do turno da noite (do dia 11 para o dia 12). Por volta das 7h30m a doente foi encontrada em paragem cardiorrespiratória, com pupilas em midríase média fixa, com ausência de reflexo corneano, sem pulso central palpável e com silêncio auscultatório.

4. CASO CLÍNICO 2

Sra B, 81 anos, internada por perfuração do cólon. Doente com Doença de Alzheimer, totalmente dependente nas ADV's e sem vida de relação. Sem alergias conhecidas.

4.1. Enquadramento teórico

Neste capítulo, começa-se por se descrever a história da doença atual da cliente que motivou o internamento, de seguida faz-se o enquadramento teórico dos cuidados paliativos, nomeadamente na valência de Equipa Intra-Hospital de Suporte em Cuidados Paliativos. É sucedido de uma breve referência sobre o conforto. É abordado o enquadramento da patologia e, para terminar, é descrita a evolução da demência da Sra B.

4.1.1. História da doença atual

A Sra B, foi levada ao Serviço de Urgência (SU) de um Hospital central no fim do mês de dezembro de 2023, por vômitos e diarreia com 2 dias de evolução. Doente totalmente dependente nas AVD's e sem vida de relação (resposta verbal escassa e não reconhece os familiares). Tem como antecedentes: Doença de Alzheimer (demência diagnosticada em 2012), osteoporose, osteoartrose dos joelhos e já teve rutura da coifa à direita; tem história de várias quedas da própria altura, em que numa delas (2017) resultou um TCE, com hemorragia subaracnóideia que reverteu com tratamento conservador.

No SU realizou alguns exames complementares de diagnóstico e foi identificada uma perfuração no cólon. A Sra B, foi avaliada pela especialidade de cirurgia geral. Dadas as comorbilidades e prognóstico, e após discussão com a família, consideraram que seria uma doente não candidata a tratamento cirúrgico, pelo que ficou internada para cuidados de conforto.

A Sra B residia numa região do interior com a filha mais velha, tinha apoio de uma equipa de Serviço de Apoio Domiciliário 2 vezes por semana para higiene pessoal e limpeza da casa e, ao fim de semana tinha apoio dos restantes filhos, que residiam perto do centro hospitalar, na região litoral, consultar Figura 21 - genograma da Sra B.

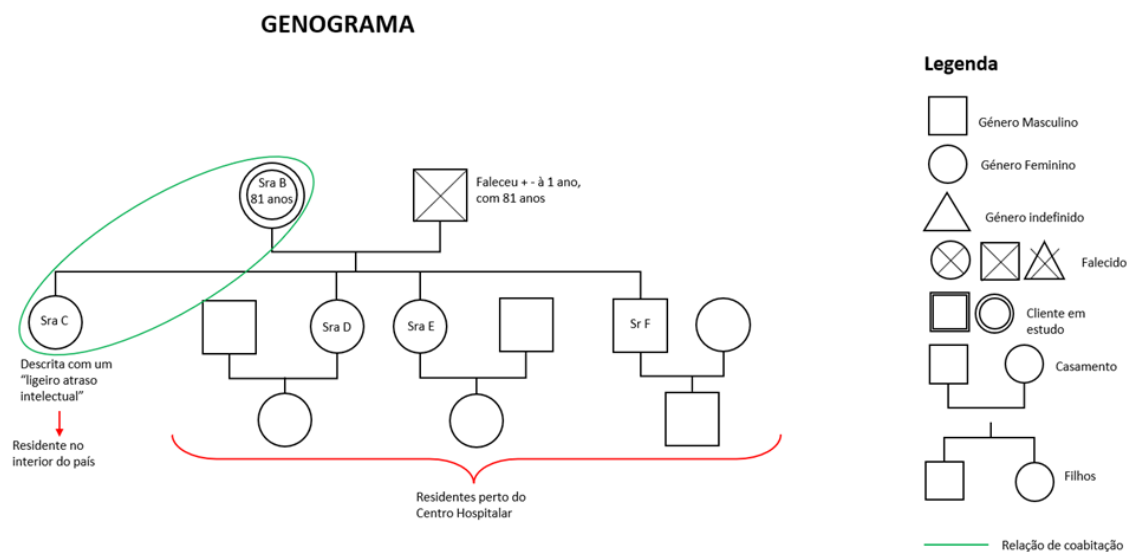


Figura 21 - Genograma da Sra B

Em outubro de 2023, a Sra B foi levada ao SU da área de residência por estar mais prostrada, apresentar febre e algumas erupções cutâneas: foi-lhe diagnosticada uma infecção do trato urinário. Realizou tratamento com antibiótico e regressou ao domicílio.

Em novembro de 2023, teve visita domiciliária do médico dos cuidados de saúde primários.

A meio do mês de dezembro de 2023, a filha, Sra D, optou por levar a mãe para a sua casa (fica próxima do centro hospitalar) para cuidar dela.

Resumo dos primeiros 12 dias de internamento - a Sra B esteve sempre prostrada, sem abertura ocular espontânea, apresentava alguns gemidos quando mobilizada. Apirética. Sem via oral disponível, pelo que esteve com soroterapia endovenosa. Sem vômitos. O abdómen manteve-se sempre mole e depressível, com dor ligeira à palpação profunda dos quadrantes inferiores, sem sinais de irritação peritoneal à palpação e sem massas palpáveis. Sem trânsito intestinal. Algaliada, com débito urinário preservado. Segundo notas médicas, como apresentou melhoria na Proteína C Reativa, a especialidade de cirurgia geral optou por iniciar antibioterapia (ceftriaxone e metronidazol). Realizado pedido de colaboração para os Cuidados Paliativos ao décimo dia de internamento, para otimização de terapêutica e acompanhamento pelos CP.

A 12 de janeiro (dois dias após o pedido de colaboração), observada pela EIHSCP; a doente estava no leito, sem fácies de desconforto, sem sinais de dificuldade respiratória e eupneica. Sem abertura ocular espontânea, mesmo quando estimulada. Reage com gemido quando estimulada. À auscultação pulmonar apresentava crepitações audíveis no terço inferior do hemitórax bilateral. Com edemas periféricos marcados. Objetivo de cuidados: conforto.

Os problemas listados na doente foram:

pessoa com 81 anos;

Doença de Alzheimer;

dependência total nas AVD's;

internamento por perfuração no cólon, em tratamento de conforto;

Sem via oral;

prostração;

edemas marcados/anasarca.

Plano definido pela EIHSCP em colaboração com o serviço de internamento foi ajustar a terapêutica, em que:

suspendeu soroterapia, antibioterapia e toda a medicação que tinha prescrita PO e EV;

iniciou perfusão de haloperidol 5mg + morfina 10mg em 100ml de Soro fisiológico por acesso subcutâneo a 4,2ml/h;

ficou com medicação em SOS por via SC - Haloperidol 5mg, até 2xdia, se confusão com agitação; Morfina 2 mg, até 6xdia; se dor/desconforto ou dispneia e FR >12cpm, pode fazer até 2/2h; Metoclopramida 10mg, 8/8h, se náuseas ou vômitos; Midazolam 2,5mg, até 4xdia, se inquietação ou dispneia que não cede à morfina; Diclofenac 50mg; se febre faz por acesso único até 8/8h.

De 12 a 16 de janeiro o estado da doente manteve-se sem alterações e realizou, em média, 1 SOS de morfina por dia.

4.1.2. Enquadramento dos Cuidados Paliativos

Os Cuidados Paliativos (CP) foram legislados pela Lei de Bases de CP, Lei n.º 52/2012, que afirma que os CP se regem por princípios, que delineiam os fundamentos éticos e práticos dos CP, garantindo uma abordagem holística e compassiva para os doentes que enfrentam doenças graves ou avançadas. Os princípios são:

a) Afirmção da vida e do valor intrínseco de cada pessoa - este princípio reconhece a dignidade e o valor de cada indivíduo, enfatizando que a morte é um processo natural e não deve ser prolongada desnecessariamente através de tratamentos agressivos.

b) Aumento da qualidade de vida do doente e da sua família - o foco está em melhorar a qualidade de vida do doente e de seus entes queridos, proporcionando conforto físico, emocional e espiritual durante o curso da doença.

c) Prestação individualizada, humanizada, tecnicamente rigorosa, de cuidados paliativos aos

doentes que necessitem deste tipo de cuidados - os cuidados são adaptados às necessidades individuais de cada doente, fornecidos de forma compassiva, respeitosa e com base em evidências científicas.

d) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados paliativos - enfatiza a importância da colaboração entre os profissionais de saúde de diferentes áreas para oferecer uma abordagem abrangente e holística aos cuidados paliativos.

e) Conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas - os profissionais de saúde devem estar capacitados para identificar e tratar eficazmente a dor e outros sintomas associados à doença, utilizando abordagens farmacológicas e não farmacológicas.

f) Consideração pelas necessidades individuais dos doentes - os cuidados devem ser personalizados e adaptados às necessidades específicas de cada doente, tendo em conta as suas preferências, valores e circunstâncias pessoais.

g) Respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas - os cuidados devem ser prestados de forma sensível e respeitosa em relação às crenças, valores e práticas culturais e religiosas do doente e da sua família.

h) Continuidade de cuidados ao longo da doença - os cuidados paliativos devem ser fornecidos de forma contínua e consistente ao longo do curso da doença, adaptando-se às necessidades do doente à medida que estas mudam.

Esses princípios orientam a prática dos cuidados paliativos, garantindo que os doentes recebam cuidados de alta qualidade, centrados no doente e em consonância com os seus valores e desejos individuais.

Neste caso clínico a valência assistencial foi a **Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos**. Tendo em conta a Portaria nº 165/2016, capítulo II, secção IV, artigo 8.º que caracteriza a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), como sendo uma "equipa multidisciplinar, dotada de recursos específicos. A EIHSCP presta: aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital, assim como aos doentes e suas famílias; assistência na execução do plano individual de cuidados aos doentes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação. A EIHSCP articula-se e complementa-se com outras unidades e equipas da instituição de saúde onde se encontra integrada".

Na mesma Portaria, artigo 9.º faz referência que a EIHSCP desempenha diversas funções essenciais para garantir uma abordagem abrangente e compassiva aos cuidados paliativos. As responsabilidades são:

- a) Consulta e acompanhamento de doentes internados na instituição de saúde onde se encontra integrada - isto inclui a avaliação e o acompanhamento de doentes internados que necessitam de cuidados paliativos, garantindo que recebam assistência adequada para aliviar os sintomas, oferecer suporte emocional e melhorar a sua qualidade de vida.
- b) Intervenção psicológica para doentes, profissionais e familiares - a equipa oferece suporte psicológico para os doentes, familiares e profissionais de saúde envolvidos no cuidado aos doentes, ajudando a lidar com o stress, a ansiedade, o luto e outras questões emocionais relacionadas à doença grave ou terminal.
- c) Intervenção e apoio social - isto envolve fornecer assistência social para ajudar os doentes e as suas famílias a ter acesso a recursos e serviços sociais disponíveis, como apoio financeiro, assistência domiciliar, cuidadores e outras necessidades práticas.
- d) Apoio e intervenção no luto - a equipa oferece suporte emocional e prático para os familiares após a perda de um ente querido, ajudando-os a enfrentar o processo de luto e a adaptar-se à nova realidade.
- e) Intervenção espiritual - o que implica implica oferecer suporte espiritual e existencial para os doentes e suas famílias, respeitando as suas crenças e valores individuais e ajudando-os a encontrar significado e conforto durante o processo de doença e fim de vida.
- f) Assessoria na área dos cuidados paliativos a profissionais de saúde - a equipa fornece orientação e suporte educacional para profissionais de saúde, incluindo aqueles que estão nos cuidados primários, hospitalares e continuados integrados, para garantir uma abordagem abrangente e eficaz aos cuidados paliativos em toda a instituição de saúde.
- g) Formação em cuidados paliativos - a equipa oferece programas de formação e capacitação em cuidados paliativos para profissionais de saúde, ajudando a melhorar a competência e a qualidade dos cuidados prestados aos doentes com doenças graves ou avançadas.

Estas responsabilidades demonstram o papel vital que a EIHSCP desempenha no apoio abrangente e multidisciplinar aos doentes, familiares e profissionais de saúde envolvidos no cuidado de doentes com necessidades paliativas.

4.1.3. O conforto

A Sra B ficou internada para cuidados de conforto. Os cuidados de conforto ou as medidas de conforto são fundamentais para aliviar o sofrimento durante os estágios finais da vida. Estes cuidados tanto podem ser prestados no domicílio como numa instituição hospitalar. É importante fazer a distinção entre medidas de conforto e cuidados paliativos.

Os cuidados de conforto referem-se a uma abordagem holística de cuidados que tem como objetivo proporcionar conforto físico, emocional, social e espiritual à pessoa. Assumindo uma maior importância nas situações em que a cura não é mais possível, como nos casos de fim de vida. Os cuidados de conforto incluem uma série de intervenções destinadas a aliviar o sofrimento e a promover o bem-estar da pessoa, tais como: o controlo da dor e de outros sintomas (como a dispneia e a náusea) utilização de medicamentos e de outras terapias. Os cuidados de conforto também podem envolver medidas práticas para melhorar a qualidade de vida da pessoa, como proporcionar um ambiente tranquilo e seguro, ajudar nas atividades de vida diárias, proporcionar cuidados de higiene pessoal e garantir uma alimentação e hidratação adequadas. Em suma, os cuidados de conforto visam promover o máximo conforto e qualidade de vida possível para a pessoa, proporcionando cuidados holísticos que abordam as suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais.

Na enfermagem, o conforto é frequentemente considerado como um resultado desejado a ser alcançado no cuidado aos doentes. Quando um doente experimenta conforto, isso pode indicar que as suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais estão a ser atendidas de maneira satisfatória. Isso pode incluir o alívio da dor, a redução da ansiedade, o apoio emocional, a promoção da dignidade e autonomia, entre outros aspetos (Kolcaba & Kolcaba, 1991).

Quando se fala de conforto na Enfermagem, pode-se falar da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, que é uma teoria de médio alcance cujo foco é estabelecer o conforto holístico para o doente e sua família, fazendo com que eles se envolvam nos cuidados e criem comportamentos de procura de saúde. Esta teoria identifica três tipos de conforto: o conforto físico, o conforto psicológico e o conforto socioespiritual. O conforto físico refere-se ao alívio da dor e do desconforto físico, enquanto o conforto psicológico envolve aspetos como o apoio emocional e a redução da ansiedade. O conforto socioespiritual aborda a importância das relações sociais e do apoio espiritual na promoção do bem-estar geral do doente. Além disso, a Teoria do Conforto enfatiza o papel ativo do doente e da sua família no processo de procura do conforto e da saúde. Os enfermeiros são encorajados a envolver os doentes e as suas famílias nos cuidados, capacitando-os a participar ativamente das decisões relacionadas à sua saúde e promovendo comportamentos de procura de saúde (Kolcaba & Kolcaba, 1991).

Segundo Kolcaba, o conforto é uma parte importante dos cuidados de enfermagem. O conforto pode ser traduzido pela satisfação das necessidades do doente a nível mental, psicológico, físico e das condições do ambiente em que estão inseridos. O conforto é muitas vezes avaliado através de intervenções de enfermagem que permitem promover um estado de conforto e tranquilidade à pessoa (Kolcaba & Kolcaba, 1991).

Esta teoria define quatro domínios de necessidades (externas e internas) à pessoa, que são: físico (sensações do corpo); psico-espiritual (consciência de si próprio, auto-estima, auto-

conceito e sexualidade); ambiental (condições e influências externas); e socio-culturais (relações interpessoais, familiares e sociais) (Kolcaba & Kolcaba, 1991). É importante que os enfermeiros estejam cientes destes diferentes domínios do conforto e trabalhem para integrá-las na sua prática clínica. Na prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa, o enfermeiro deve demonstrar um nível de competência que se integre com a capacidade de planejar antecipadamente os cuidados e de providenciar suporte terapêutico, demonstrando sensibilidade cultural. Assim sendo, o enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa e família deve focar-se na resolução de problemas associados ao fim de vida, tais como a gestão de sintomas, apoio em rituais e respeito pelas preferências da pessoa e família (Ramos et al., 2023). Espera-se que o enfermeiro tenha uma presença autêntica na prestação de cuidados centrados na pessoa e que adapte a sua intervenção de acordo com a progressão da doença, nomeadamente através da redefinição de estratégias que promovam o conforto. O enfermeiro deve utilizar uma abordagem humana e holística, e definir objetivos realistas que visem a maximização do bem-estar da pessoa e família (Kirkpatrick et al., 2017).

Conforto em fim de vida e cuidar a pessoa em fim de vida é complexo e implica uma abordagem multidisciplinar, individualizada às necessidades de cada indivíduo.

O conforto é considerado, segundo a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, a experiência imediata de ser fortalecido, através da satisfação de três estados de necessidades: o alívio, a tranquilidade e a transcendência, em quatro contextos da experiência humana: o físico, o psico-espiritual, o social e o ambiental (Kolcaba & Kolcaba, 1991).

O acompanhamento de enfermagem da pessoa em fim de vida envolve um processo interativo, multidisciplinar, dinâmico, sistemático e terapêutico, entre o enfermeiro que presta cuidados e o doente em fim de vida que está a ser cuidado, passando pela perceção do sofrimento do doente e pela intervenção para alívio do mesmo, de forma a que a vivência do fim de vida seja com o menor sofrimento e com o maior bem-estar possível durante os últimos dias de vida, e que a morte seja vivenciada de forma serena e digna. Ajudar os doentes na vivência de fim de vida envolve confortar, aliviar, acalmar, encorajar, valorizar, capacitar e aceitar as limitações, as perdas e a condição terminal (Martins, 2010).

Oliveira (2011), considera que o papel do enfermeiro no cuidar do doente em fase paliativa centra-se no controlo sintomático, no trabalho em equipa, na comunicação, e no apoio à família, tendo como unidade de cuidados o doente e a família. Este papel pode ser condicionado pela estrutura e espaço físico da instituição e, pelo número de doentes em cada enfermaria e consequente rácio enfermeiro/doente (Oliveira, 2011).

4.1.4. Enquadramento da patologia

Neste subcapítulo irá ser abordado o envelhecimento como processo natural, a demência e a doença de Alzheimer, e a relação que existe entre o envelhecimento, as quedas e a demência.

O envelhecimento é um processo normal de mudança relacionada com o tempo, começa no nascimento e continua por toda a vida. Pode-se falar em envelhecimento intrínseco e extrínseco. O envelhecimento intrínseco (a partir da própria pessoa) refere-se às alterações geradas pelo processo normal do envelhecimento, as quais são geneticamente programadas e quase universais dentro da espécie (utilização do critério universalidade para fazer a diferenciação entre o envelhecimento normal e o anormal). O envelhecimento extrínseco resulta das influências externas à pessoa, e podem ser, por exemplo: doenças, poluição do ar, a luz solar (que podem acelerar o processo de envelhecimento). Os processos de envelhecimento (extrínsecos) podem ser eliminados ou reduzidos através das intervenções efetivas de cuidados de saúde (Smeltzer & Bare, 2002).

Na pessoa idosa ocorre uma modificação no aspeto físico e declínio na função, devido às alterações celulares e extracelulares. Com o envelhecimento celular, a capacidade do corpo em manter a homeostasia torna-se cada vez mais reduzida. O bem-estar de uma pessoa idosa está dependente de fatores físicos, mentais, sociais e ambientais (Smeltzer & Bare, 2002).

Os sistemas corporais na pessoa idosa podem ter alterações, como por exemplo:

- Sistema cardiovascular – diminuição do débito cardíaco; redução na capacidade em responder ao stress; frequência cardíaca e volume sistólico não aumentam com a função máxima; velocidade de recuperação cardíaca mais lenta; aumento da pressão arterial.
- Sistema respiratório – aumento do volume pulmonar residual; diminuição da capacidade vital; trocas gasosas e capacidade de difusão diminuídas, redução da eficiência da tosse.
- Sistema tegumentar – proteção diminuída contra trauma e exposição ao sol; proteção diminuída contra extremos de temperatura; diminuição da secreção de óleos naturais e de suor.
- Sistema músculo-esquelético – perda da densidade óssea; perda da força e tamanhos musculares; cartilagem articular degenerada.
- Sistema nervoso – velocidade reduzida na condução nervosa; confusão aumentada com a doença física e perda de estímulos ambientais; circulação cerebral diminuída (torna-se fraco, perde o equilíbrio).
- Sistema gastrointestinal – salivação diminuída; dificuldade de deglutir o alimento; esvaziamento gástrico e esofágico demorado; diminuição da motilidade gastrointestinal.
- Sistema génito-urinário – masculino - hiperplasia benigna da próstata; feminino - relaxamento

dos músculos do períneo, podendo originar incontinência urinária.

→ Sentidos especiais: visão (diminuição da capacidade de focalizar nos objetos próximos; incapacidade de tolerar a luz intensa; dificuldade em ajustar-se às mudanças de intensidade da luz; diminuição da capacidade de diferenciar as cores); audição (diminuição da capacidade de ouvir sons de alta frequência) (Smeltzer & Bare, 2002).

Com o envelhecimento poderá haver alteração da farmacocinética. A farmacocinética é o estudo das ações dos fármacos no corpo, incluindo os processos de absorção, distribuição, metabolismo e excreção. A variabilidade nesses processos, nas pessoas idosas, deve-se, em parte, à redução da capacidade do fígado e dos rins para metabolizar e excretar os medicamentos e à diminuição dos níveis da eficiência circulatória e do sistema nervoso para lidar com o efeito de determinados fármacos. Muitos fármacos e metabolitos são excretados pelos rins. Com o avançar da idade, pode haver diminuição do peso corporal, da água total corporal, da massa corporal magra e da albumina plasmática, bem como um aumento no tecido adiposo corporal. Como consequência disto, os agentes com alta afinidade pelas proteínas terão menos locais de combinação e maior atividade farmacológica. Os agentes lipossolúveis possuem mais locais de ligação, estimulando assim o armazenamento e atrasando a eliminação (Smeltzer & Bare, 2002).

No caso clínico em análise, o pedido de colaboração aos cuidados paliativos foi efetuado numa fase em que a doente se encontrava em situação de últimas semanas ou dias de vida. Esta doente, dada a demência que padecia, já poderia ser acompanhada pelos cuidados paliativos na comunidade, ver Figura 22 - relação entre diagnóstico/tempo de vida/cuidados prestados.

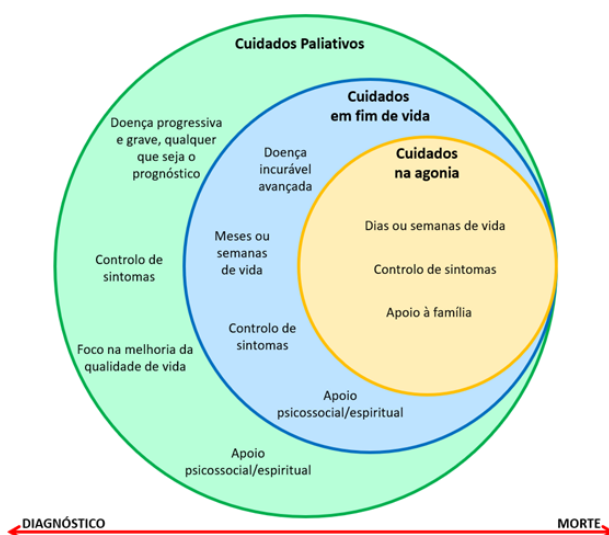


Figura 22 - Cuidados Paliativos (adaptado do Livro Cuidados Paliativos - Conheça-os Melhor de Isabel Galriça Neto, 2020, p.22)

A **Demência** pode ser descrita como uma síndrome clínica caracterizada por um declínio cognitivo significativo, particularmente ao nível de funções mentais como a memória,

pensamento, orientação, linguagem, cálculo e julgamento. Este comprometimento cognitivo interfere significativamente nas atividades diárias da pessoa, incluindo habilidades como a capacidade de realizar tarefas quotidianas, tais como, manter a higiene pessoal, gerir a medicação e lidar com questões financeiras. Esta condição leva usualmente à perda de autonomia e independência, com impacto significativo na vida de familiares e cuidadores. É uma condição progressiva, o que significa que os sintomas tendem a piorar ao longo do tempo (Álvarez-Linera Prado & Jiménez-Huete, 2018; Portugal et al., 2020).

A demência não faz parte do processo normal de envelhecimento. A demência afeta cada pessoa de forma diferente, dependendo da doença de base e das características do próprio indivíduo. Não é apenas o dano cerebral que determina como a demência afeta alguém, mas também outros fatores como a personalidade da pessoa, eventos de vida e ambiente onde se insere. De um modo geral, a demência está associada a uma deterioração gradual da cognição acompanhada de sintomas psicológicos (p.e. depressão, ansiedade, delírio, alucinações) e alterações comportamentais (p.e. agitação, agressão, apatia) (Portugal et al., 2020).

A progressão da doença pode ser dividida em três fases. No entanto, é importante perceber que nem todas as pessoas afetadas pela demência manifestarão todos os sintomas, nem no mesmo momento. Assim sendo, na fase inicial da doença, os sintomas passam muitas vezes despercebidos ou são subestimados, uma vez que as pessoas apresentam problemas de memória (dificuldade em aprender coisas novas ou recordar informações recentes), que são comumente associados ao processo natural de envelhecimento. Nesta fase inicial, podem ainda surgir dificuldades com a orientação temporal (confundir o dia ou o mês) e espacial (perder-se em lugares familiares), e dificuldades na tomada de decisões. Conforme a demência avança para a fase intermédia, os sintomas tornam-se mais evidentes, podendo incluir dificuldades na comunicação, resolução de problemas e reconhecimento de pessoas. Também podem surgir alterações de humor, mudanças comportamentais como maior desinibição ou deambulação constante, além de dificuldades perceptíveis em atividades quotidianas como tomar a medicação ou realizar tarefas de higiene pessoal. Na fase avançada, as pessoas afetadas pela demência, provavelmente terão grandes dificuldades para reconhecer os seus familiares e/ou amigos próximos, bem como em apresentar comportamentos que podem ser perturbadores e angustiantes para as pessoas ao seu redor. Basicamente, esta fase é caracterizada por uma deterioração grave das funções mentais, inatividade e dependência (Portugal et al., 2020).

O diagnóstico da demência é baseado na avaliação clínica, que inclui histórico médico detalhado, exame físico, testes neuropsicológicos e exames de imagem, como ressonância magnética ou tomografia computadorizada do cérebro. O diagnóstico e tratamento precoce contribuem para a manutenção da qualidade de vida dos doentes e seus familiares durante mais tempo (Álvarez-Linera Prado & Jiménez-Huete, 2018; Alzheimer's Association, 2019; Portugal et al., 2020).

O tratamento da demência depende da sua causa. A maioria das demências é progressiva e culmina na morte (p.e. doença de Alzheimer), não havendo atualmente cura. O tratamento da demência visa principalmente gerir os sintomas, melhorar a qualidade de vida da pessoa e oferecer suporte aos cuidadores (Álvarez-Linera Prado & Jiménez-Huete, 2018; Alzheimer's Association, 2019; Portugal et al., 2020).

A demência é causada por danos cerebrais resultantes de um processo patológico, ou seja, pode resultar de danos no córtex cerebral (a camada externa do cérebro), ou de danos nas estruturas subcorticais (as estruturas abaixo do córtex), como a substância branca, o tálamo ou os gânglios da base. Existem fatores de risco não modificáveis, como a idade, genética e género feminino. A idade é identificada na literatura com sendo o maior fator de risco para a demência; esta síndrome não afeta exclusivamente pessoas idosas nem é uma consequência inevitável do envelhecimento, ou seja, não faz parte do envelhecimento normal, mas é mais comum em populações mais velhas. Existem fatores de risco modificáveis que podem incluir doenças específicas ou, então, estar relacionados com o estilo de vida. Estes incluem: hipertensão na vida adulta, Diabetes Mellitus, hábitos tabágicos, baixa escolaridade, inatividade física e cognitiva, obesidade, dietas desequilibradas, consumo excessivo de álcool, depressão na vida adulta e isolamento social (Portugal et al., 2020).

A etiologia da demência varia em função da idade. Nos casos de início precoce, predominam causas genéticas e secundárias (p.e. traumas, infeções, doenças cerebrovasculares). Nas pessoas com mais de 65 anos de idade, a maioria dos casos corresponde a demências degenerativas esporádicas, demências vasculares ou uma combinação de ambas (Álvarez-Linera Prado & Jiménez-Huete, 2018).

As principais redes neurais envolvidas nas funções cognitivas são as seguintes: a rede frontal (da qual dependem as funções executivas e o controlo do comportamento social); a rede temporolímbica (responsável pela fixação da memória e das emoções); a rede occipitotemporal (responsável pelo reconhecimento visual de objetos); a rede parietofrontal direita (responsável pelas funções espaciais de localização e movimento); a rede perisilviana esquerda (responsável pela linguagem e outras funções relacionadas) (Álvarez-Linera Prado & Jiménez-Huete, 2018).

A distribuição anatómica das redes neurais e o seu envolvimento seletivo em diferentes entidades, explicam a grande variabilidade nas manifestações clínicas das demências. Porém, na prática clínica, observam-se dois quadros característicos:

- As *demências corticais*, cujo protótipo é a doença de Alzheimer, caracterizam-se por um envolvimento precoce da fixação da memória e pelo desenvolvimento de síndromes cognitivas clássicas, como afasia (incapacidade de usar ou compreender a linguagem), apraxia (incapacidade de executar tarefas complexas, movimentos coordenados) e agnosia (incapacidade de reconhecer objetos familiares). Nas fases iniciais, esses doentes não

costumam apresentar manifestações motoras;

- As *demências fronto-subcorticais*, típicas do parkinsonismo e da doença isquêmica cerebral de pequenos vasos, são caracterizadas por bradipsiquia (lentidão de resposta mental/velocidade de pensamento), disfunção executiva e presença de alterações motoras proeminentes desde as fases iniciais (Álvarez-Linera Prado & Jiménez-Huete, 2018).

As principais causas de demência podem ser classificadas em dois grandes grupos: demências primárias e demências secundárias. As *demências primárias*, idiopáticas ou degenerativas, são caracterizadas por processos que tem um curso lentamente progressivo e, pela presença de depósitos cerebrais de proteínas anormalmente dobradas. A maioria dos casos é esporádica, mas pode ter origem genética autossômica dominante. As demências degenerativas mais frequentes são a doença de Alzheimer, a demência com corpos de Lewy e a degeneração frontotemporal. As *demências secundárias* ocorrem como consequência de patologias neurológicas estruturais ou doenças sistêmicas específicas. A entidade mais frequente, neste grupo, é a demência vascular. Outras causas importantes incluem hidrocefalia de pressão normal, hipotireoidismo e deficiência de vitamina B. A identificação desses processos torna possível iniciar um tratamento específico e, em alguns casos, estabilizar ou reverter a deterioração cognitiva (Álvarez-Linera Prado & Jiménez-Huete, 2018).

As diferentes etiologias de demência estão associadas a padrões distintos de sintomas e alterações cerebrais. Muitos indivíduos com demência exibem múltiplas alterações cerebrais decorrentes de mais de um fator; o fenômeno é conhecido como demência mista (Alzheimer's Association, 2019).

A **Doença de Alzheimer** é a causa mais frequente de demência nos países ocidentais, onde é responsável por 60% de todos os casos. A maioria dos casos corresponde a formas esporádicas de início tardio (acima dos 65 anos). Menos de 5% dos casos correspondem a formas genéticas associadas a mutações (Álvarez-Linera Prado & Jiménez-Huete, 2018).

Acredita-se que a doença de Alzheimer comece duas décadas ou mais, antes do aparecimento dos sintomas evidentes, passando despercebidos pela pessoa afetada. Somente após anos de progressão de mudanças cerebrais é que os indivíduos manifestam sintomas perceptíveis, como perda de memória e problemas de linguagem (Alzheimer's Association, 2019).

Os sinais manifestam-se devido ao dano ou destruição das células nervosas (neurónios) em regiões cerebrais responsáveis pelo pensamento, aprendizagem e memória (funções cognitivas). As pessoas afetadas costumam conviver com os sintomas do Alzheimer por vários anos. Com o passar do tempo, os sintomas tendem a agravar e começam a ter impacto na habilidade do indivíduo de realizar as atividades quotidianas. Nesta fase, pode-se afirmar que a pessoa desenvolveu demência decorrente da doença de Alzheimer, ou demência Alzheimer

(Alzheimer's Association, 2019).

Conforme a doença progride, os neurónios de outras regiões do cérebro são danificados ou eliminados. Atividades que eram, anteriormente, essenciais para a identidade do indivíduo, como planejar eventos familiares ou praticar algum desporto, podem tornar-se impossíveis. Progressivamente, os neurónios nas áreas cerebrais responsáveis por funções corporais básicas, como a locomoção e deglutição, são afetados. No estágio final da Doença de Alzheimer, as pessoas ficam acamadas, necessitando de cuidados contínuos, isto é, 24 horas por dia. A doença de Alzheimer é, em última instância, fatal (Alzheimer's Association, 2019).

Quando as primeiras alterações associadas à doença de Alzheimer surgem, o cérebro inicialmente compensa essas mudanças, permitindo que os indivíduos mantenham um funcionamento aparentemente normal. À medida que os danos às células nervosas persistem, o cérebro perde a sua capacidade de compensação, resultando num declínio subtil na função cognitiva. Com o decorrer do tempo, placas e emaranhados surgem, não apenas nas áreas cerebrais relacionadas à função cognitiva, mas também noutras regiões do cérebro. Posteriormente, os danos neurais tornam-se tão extensos que os indivíduos apresentam um declínio cognitivo evidente, caracterizado por sintomas como perda de memória, confusão temporal ou espacial, além de sintomas comportamentais, como depressão, alterações de personalidade e perda de interesse em atividades anteriormente apreciadas. Numa fase mais avançada da doença, funções corporais básicas, como a deglutição, são comprometidas (Alzheimer's Association, 2019).

A doença de Alzheimer pode ser dividida em três fases: doença de Alzheimer pré-clínica, comprometimento cognitivo ligeiro devido à doença de Alzheimer e demência devido à doença de Alzheimer. Nas duas últimas fases, os sintomas estão presentes, mas em graus variados (Alzheimer's Association, 2019). As fases da doença de Alzheimer descritas pela *Alzheimer's Association* (2019) são:

1. Doença de Alzheimer Pré-clínica - nesta fase inicial, os indivíduos podem ter alterações cerebrais associadas à doença de Alzheimer, como acúmulo de placas de proteína beta-amiloide e emaranhados de proteína tau, mas ainda não apresentam sintomas perceptíveis de comprometimento cognitivo.
2. Comprometimento Cognitivo Ligeiro devido à Doença de Alzheimer - nesta fase intermediária, os indivíduos começam a mostrar sinais leves de comprometimento cognitivo que afetam as suas habilidades de pensamento, memória e aprendizagem. No entanto, estes sintomas ainda não são graves o suficiente para serem classificados como demência.
3. Demência devido à Doença de Alzheimer - esta é a fase mais avançada da doença, caracterizada por sintomas cognitivos significativos que interferem nas atividades diárias e no funcionamento independente. Os sintomas podem incluir perda de memória grave, dificuldades

de linguagem, desorientação espacial, mudanças de personalidade e habilidades motoras comprometidas.

Existem tratamentos farmacológicos que permitem estabilizar temporariamente e atrasar o declínio cognitivo, especialmente em fases mais iniciais da doença. É comum utilizar, também, tratamentos não-farmacológicos, tais como abordagens psicossociais destinadas a promover o bem-estar físico, psicológico e social do doente e seus familiares/cuidadores. Estas atividades visam promover o relaxamento e tranquilidade do doente, a estimulação das suas capacidades para atrasar o declínio associado à doença, assim como podem facilitar o desempenho diário do doente e a prestação de cuidados através do aconselhamento e sugestão de modificações ambientais. Assim, como ocorre com as terapias farmacológicas atuais, as terapias não farmacológicas têm o intuito de retardar ou deter o processo degenerativo dos neurónios responsáveis pelos sintomas da doença de Alzheimer (Alzheimer's Association, 2019; Portugal et al., 2020).

Estudos têm demonstrado, consistentemente, que a gestão ativa da doença de Alzheimer e de outras demências pode melhorar a qualidade de vida, tanto dos indivíduos afetados quanto a dos seus cuidadores. Esta gestão ativa engloba: utilização apropriada das opções terapêuticas disponíveis; gestão eficaz de condições médicas concomitantes; coordenação dos cuidados entre médicos, outros profissionais de saúde e cuidadores informais; participação em atividades que tenham significado e propósito na vida; oportunidades para interagir com outros indivíduos que também vivenciam a demência; grupos de apoio e serviços de assistência são exemplos dessas oportunidades; adquirir conhecimento sobre a doença; e planejar o futuro. A demência é uma das maiores causas de incapacidade e dependência em todo o mundo e os cuidadores de pessoas com demência estão frequentemente sobrecarregados e em sofrimento (Alzheimer's Association, 2019; Portugal et al., 2020).

A Sra B tem história de várias quedas da própria altura, em que numa delas (em 2017) resultou um TCE, com hemorragia subaracnóideia. A queda pode ocorrer em qualquer fase da vida, isto é, cair não é um privilégio da velhice (Estrêla & Machin, 2021). As causas que levam a esse evento podem ser tão variadas quanto as idades em que ele ocorre. A queda na pessoa idosa é considerada um episódio de natureza multifatorial (que pode resultar da interação complexa entre os fatores de natureza intrínseca, extrínseca e comportamentais) (Cruz et al., 2017; Suter & Martinelli, 2017; Estrêla & Machin, 2021).

As consequências normais e patológicas do envelhecimento que contribuem para uma maior incidência de quedas, são: alterações visuais (perda da percepção de profundidade, a suscetibilidade à ofuscação, perda da acuidade visual e a dificuldade de acomodação à luz); alterações neurológicas (perda de equilíbrio, a perda do sentido de posição e o tempo de reação mais lento); alterações cognitivas (confusão, perda de julgamento e comportamento impulsivo); alterações cardiovasculares (que podem resultar em hipoxia cerebral, hipotensão postural);

alterações músculo-esqueléticas (postura alterada e força muscular diminuída).

A queda na pessoa idosa pode ser devastadora, podendo causar episódios de dor crônica, diminuição da autonomia e confiança, ter impacto psicológico, danos físicos e incapacitantes e até mesmo levar à morte (Cruz et al., 2017; Suter & Martinelli, 2017; Paiva et al., 2021; Estrêla & Machin, 2021; Gugel et al., 2022). Devido às quedas, as pessoas idosas experimentam um maior declínio na capacidade de realizar as atividades de vida diária e atividades sociais. Em comparação com as que não apresentam episódios recorrentes de quedas, têm maior probabilidade de serem internadas, utilizarem mais os serviços de saúde e serviços sociais e apresentam o dobro do risco de mortalidade (Smeltzer & Bare, 2002; Cruz et al., 2017; Suter & Martinelli, 2017; Gugel et al., 2022). A literatura aponta como fatores associados a quedas recorrentes no idoso: a idade, o gênero feminino, limitação funcional, ausência de conjugue, morar sozinho, sintomas depressivos, medo de cair, alterações do equilíbrio e problemas relacionados com a mobilidade (Cruz et al., 2017; Estrêla & Machin, 2021).

Cavalcanti, no estudo que realizou em 2023, refere que os idosos com demência apresentam de quatro a cinco vezes mais probabilidade de sofrer quedas do que os idosos sem demência. E, para aqueles que caem, o risco de fratura é três vezes maior do que para pessoas cognitivamente saudáveis. Além disso, os idosos que sofrem quedas têm cinco vezes mais probabilidade de serem hospitalizados. O autor constata que a redução da capacidade cognitiva em idosos com demência reflete-se na diminuição da estabilidade postural e do equilíbrio, aumentando o risco de quedas. Nesse contexto, as principais alterações nas funções cognitivas estão relacionadas aos sistemas sensorial, visual, vestibular e osteomusculoesquelético. Isto é, o comprometimento da coordenação, a redução da força muscular nos grandes grupos musculares dos membros inferiores e o desequilíbrio, representam fatores significativos na ocorrência de quedas em idosos com demência, aumentando o risco de fraturas de forma preditiva. Deste modo, pode-se afirmar que existe uma correlação entre o menor nível de independência funcional e o maior risco de quedas em idosos com demência (Cavalcanti, 2023).

As mulheres em comparação com os homens, têm uma maior expectativa de vida e sobrevida, possuem uma menor quantidade de massa magra e de força muscular, maior perda de massa óssea devido à redução de estrogênio, o que aumenta a probabilidade de osteoporose, e maior prevalência de doenças crônicas (Cruz et al., 2017). A análise dos dados relativos à demência avançada revela maior prevalência deste estadió no sexo feminino, com 69,0% de todos os casos, uma vez que as mulheres no nosso país vivem em média cerca de cinco anos a mais que os homens (INE, 2022).

A evolução da medicina no último século conduziu ao aumento da esperança média de vida, o que levou ao aumento da prevalência de doenças associadas ao envelhecimento, refletindo-se numa maior prevalência de doenças crônicas, nomeadamente as que atingem estádios avançados, como a demência, e que requerem cuidados paliativos (Pires et al., 2024). Portugal

é o quarto país da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) com maior proporção de pessoas com demência (Portugal et al., 2020). O envelhecimento é o principal fator de risco para o desenvolvimento de demência, estando também associado ao aumento da carga de doença e, como consequência, ao aumento da necessidade de cuidados paliativos (Pires et al., 2024).

A OMS estima que, em todo o mundo e a cada ano, cerca de 56,8 milhões de pessoas necessitem de cuidados paliativos. Em Portugal, uma estimativa calcula que, entre 81 553 e 96 918 adultos tenham necessitado destes cuidados no ano de 2020. No entanto, a maioria dos doentes não chega a ter acesso a cuidados paliativos, com uma avaliação (da OMS) a indicar uma cobertura, deste modalidade e tratamento, de apenas 24,9% dos doentes com necessidade de cuidados paliativos. Diversas pesquisas apontam que, quanto mais cedo for o acesso a este tipo de cuidado, melhor é a qualidade de vida, menor é a agressividade do tratamento e maior é a sobrevivência, quando comparado com o acesso dentro do período habitual para este tratamento (Pires et al., 2024; WHO, 2020).

Pires et al. (2024), afirmam que a integração dos cuidados de saúde primários e dos médicos de família na prestação de cuidados paliativos, tem grande relevância: uma vez que estes profissionais acompanham os doentes e famílias ao longo do tempo, fazem visitas domiciliárias utilizando uma abordagem holística e são, geralmente, o primeiro ponto de contacto com os cuidados de saúde. A OMS refere ainda, que a prestação de cuidados paliativos pelos médicos de família previne e alivia o sofrimento causado por problemas severos e complexos de saúde (através do alívio sintomático, por exemplo), diminui o número e duração das hospitalizações, protege contra situações de risco financeiro e assegura a cobertura universal dos cuidados de saúde (Pires et al., 2024; WHO, 2020). A literatura apresenta uma prevalência de doentes com necessidades de cuidados paliativos de 1,5% para toda a população e 8,0% para a população com 65 ou mais anos. Uma avaliação nos Cuidados de Saúde Primários, indicou uma prevalência de 17,3% de doentes com necessidades paliativas na população com idade superior a 65 anos (Pires et al., 2024). Como é sabido, a introdução antecipada de cuidados paliativos resulta numa melhoria na qualidade de vida dos doentes, tornando essencial a sua identificação atempada (OMS, 2020).

Um estudo realizado por Pires et al. (2024), demonstrou que os doentes com demência avançada são avaliados, em média, cerca de uma vez por trimestre (3,8 consultas por ano) nos Cuidados de Saúde Primários e, pouco mais de uma vez por ano nos Cuidados de Saúde Secundários (1,5 consultas por ano). A OMS indica que a maioria dos doentes em fase final da vida deseja permanecer em sua casa. Deste modo, os cuidados primários de saúde são o principal ponto de contacto com estes doentes.

Dado que a demência é, na sua maioria irreversível, e está associada a um período de sobrevivência bastante longo, tem muitas vezes um impacto significativo, não só no doente,

mas também na família e nos cuidadores do doente, bem como na sociedade em geral. Os cuidados de longo prazo para doentes com demência, seja em casa ou em instituições, são normalmente dispendiosos, tendo impacto no Serviço Nacional de Saúde. Portanto, devem ser feitos todos os esforços para chegar a um diagnóstico preciso e, especialmente, para detetar qualquer outra condição que possa piorar a demência subjacente do doente. Existem estudos que mostram que o acesso precoce aos cuidados paliativos se traduz na diminuição dos custos em saúde no último ano de vida – através da redução das hospitalizações (Pires et al., 2024).

4.1.5. Evolução da demência da Sra B

Após exposição teórica sobre a demência, descreve-se a evolução da demência da Sra B.

Em 2011, a Sra B com 69 anos, foi a uma consulta nos cuidados de saúde primários, por começar a apresentar alguns períodos de perda de memória; fez exame de imagem (Tomografia Axial Computorizada) cerebral, que foi descrito como normal. O médico de família fez pedido de colaboração de neurologia nos cuidados de saúde secundários.

Em 2013, com 71 anos, na consulta de neurologia, é identificada uma perturbação mnésica com cerca de 2 anos de evolução, ou seja, disfunção cognitiva de predomínio mnésico.

A doente não tem escolaridade (fator de risco). Apesar da doente ter necessidade de supervisão em várias atividades, nomeadamente na cozinha, está descrito doente sem apraxias. A doente também apresentou, em consulta, alguns comportamentos de desinibição.

Apraxia é um distúrbio neurológico caracterizado pela incapacidade de realizar movimentos voluntários ou de forma propositada, apesar de não haver fraqueza muscular, sensibilidade reduzida ou comprometimento cognitivo. Isto é, os indivíduos com apraxia têm dificuldade em executar ou coordenar movimentos precisos, como os necessários para pentear o cabelo, abotoar uma camisa ou fazer gestos simples. A apraxia pode ocorrer em diferentes formas, afetando diversos tipos de atividades motoras, como a apraxia ideomotora (dificuldade em realizar movimentos simples), a apraxia bucofacial (dificuldade em realizar movimentos da boca e da face) e a apraxia construtiva (dificuldade em desenhar ou manipular objetos). Essa condição pode ser causada por lesões ou disfunções em áreas específicas do cérebro responsáveis pelo planeamento e execução de movimentos voluntários.

Em 2014, com 72 anos, é referido que é o marido que a ajuda na alimentação e na higiene. Dorme poucas horas. Não liga nada à TV. Mantém comportamentos de desinibição (em consulta deu vários beijos ao marido...). Verborreica. Nomeação preservada. Marcha autónoma. Apresenta algumas discinesias orofacial (tratam-se de movimentos involuntários anormais, repetitivos e muitas vezes indesejados, que afetam os músculos da face e da boca).

Em 2015, com 73 anos, o neurologista refere que a situação clínica está estabilizada. Mantém a supervisão do marido e continua a apresentar comportamentos de desinibição (vários gestos afetuosos ao marido em consulta). Continua com marcha autónoma. Apresenta parafasia fonética (é um distúrbio da fala no qual os sons das palavras são distorcidos ou substituídos por sons semelhantes, mas erróneos, o que pode resultar na dificuldade de articulação ou na produção de palavras que não fazem sentido dentro do contexto da conversa).

Em 2016, com 74 anos, a situação clínica é descrita como estabilizada, mantém a marcha autónoma. Anda sempre atrás do marido. Mantém a necessidade da supervisão do marido, precisando de orientação para a escolha da roupa, mas ainda se consegue vestir sozinha. Mantém a parafasia fonética. Apresenta um discurso fluente, mas com anomias (dificuldade em lembrar ou recuperar palavras, corretamente, durante a fala ou escrita).

Em 2017, com 75 anos, tem uma queda, que resulta em TCE com hemorragia subaracnoídea, para tratamento conservador.

Em 2019, com 77 anos, há referência que está sempre à procura do marido. Não aceita bem os cuidados de higiene, por vezes apresenta irritabilidade. Marcha antiálgica pela patologia osteoarticular degenerativa.

Em 2021, com 79 anos, vive com o marido e com a filha mais velha. Não se entretém a ver TV. Ainda reconhece os familiares. Apresenta hiperfagia (aumento anormal e excessivo do apetite, resultando numa ingestão de alimentos acima do necessário para satisfazer as necessidades metabólicas do corpo). Utiliza apenas a colher para se alimentar. Passa mais tempo no leito. Precisa de ajuda para se vestir. Recusa o banho. Tem apoio domiciliário (2xsemana) para a higiene pessoal e limpeza da casa.

Em 2023, com 81 anos, em consulta domiciliária pelo médico de família, é descrita como totalmente dependente nas ADV's e sem vida de relação.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 81 anos | Feminino

Cuidador

22-01-2024 10:00

22-01-2024 10:00 - Parentesco: filha / filho.

22-01-2024 10:00 - Coabita com a pessoa dependente.

22-01-2024 10:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

22-01-2024 10:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

22-01-2024 10:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

Cuidador

22-01-2024 10:00

22-01-2024 10:00 - Parentesco: filha / filho.

22-01-2024 10:00 - Coabita com a pessoa dependente.

22-01-2024 10:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

22-01-2024 10:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

22-01-2024 10:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-01-16 10:00:00	Haloperidol 5mg, Via Subcutânea - Perfusão contínua em 100ml de Soro Fisiológico a 4,2ml/h + Morfina.	
2024-01-16 10:00:00	Morfina 10mg, Via Subcutânea - Perfusão contínua em 100ml de Soro Fisiológico a 4,2ml/h + Haloperidol.	
2024-01-16 10:00:00	Haloperidol 5mg, Via Subcutânea - SOS - até 2xdia, se confusão com agitação.	
2024-01-16 10:00:00	Morfina 2 mg, Via Subcutânea - SOS - até 6xdia, se dor/desconforto ou dispneia e FR >12cpm, pode fazer até 2/2h.	
2024-01-16 10:00:00	Metoclopramida 10mg, Via Subcutânea - SOS -8/8h, se náuseas ou vômitos.	
2024-01-16 10:00:00	Midazolam 2,5mg, Via Subcutânea - SOS - até 4xdia, se inquietação ou dispneia que não cede à morfina.	
2024-01-16 10:00:00	Diclofenac 50mg, Via Subcutânea - SOS - se febre faz por acesso único até 8/8h.	2024-01-24 10:00:00
2024-01-22 10:00:00	Morfina 2 mg, Via Subcutânea - 9h - antes dos cuidados de higiene.	
2024-01-24 10:00:00	Diclofenac 50mg, Via Subcutânea - 2xdia, por acesso único, 7h e 19h.	

Início	Medicação	Fim
2024-01-24 10:00:00	Paracetamol 1gr supositório, Via retal - SOS - até 3xdia, se febre pode fazer até 6/6h.	
2024-01-24 10:00:00	Diclofenac 50mg, Via Subcutânea - SOS - se febre faz por acesso único até + 1 toma com intervalo mínimo de 8h da última toma.	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Os cuidados paliativos têm como intuito a melhoria da qualidade de vida dos doentes que se defrontam com doenças graves e/ou avançadas, incuráveis ou progressivas. Tendo como foco o controlo sintomático, o tratamento farmacológico é uma das ferramentas a ser utilizadas para o seu controlo (Neto, 2020). Para maximizar o conforto destes doentes é importante uma adequada gestão terapêutica, que pode ser farmacológica e/ou não farmacológica (Brito et al., 2022).

De referir que muitas das terapêuticas usadas em CP por vias alternativas são *off-label*, o que significa que os tratamentos podem ser utilizados de maneiras não previstas nas indicações aprovadas pelas autoridades regulatórias. Isso pode incluir o uso de medicamentos para tratar sintomas ou melhorar a qualidade de vida do doente, mesmo que esses medicamentos não tenham sido originalmente desenvolvidos ou aprovados para esse fim específico. As bases para essas práticas baseiam-se na evidência disponível, muitas vezes em casos publicados, pequenos estudos observacionais ou em consensos de opinião de peritos sobre boas práticas na abordagem do doente adulto em fim de vida. É importante ressaltar que a abordagem em cuidados paliativos é altamente personalizada, levando em consideração as necessidades individuais do doente e do seu contexto. A decisão de utilizar terapias *off-label*, geralmente é feita após cuidadosa avaliação de riscos e benefícios, e em colaboração com o doente, se possível, e com a sua equipa de cuidados de saúde (Brito et al., 2022).

Neste subcapítulo será feito um resumo das principais características da medicação prescrita, aspetos de enfermagem a considerar a seu respeito, uma vez que os enfermeiros, de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, artigo 9.º, alínea e) “procedem à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais”.

Diclofenac - anti-inflamatório não esteróide, analgésico e antipirético. Inibe a síntese de prostaglandinas. Reações adversas e efeitos laterais mais frequentes: dor abdominal e dispepsia. O Diclofenac não é compatível com nenhum outro fármaco em perfusão, deve ser administrado isoladamente e é recomendado ter um cateter subcutâneo só para a

administração deste fármaco.

Implicações para a enfermagem: avaliar a dor e/ou a temperatura antes e após a administração do fármaco; vigiar o local de punção do cateter subcutâneo (Deglin & Vallerand, 2009). Neste caso foi utilizado como antipirético por via SC, administrado por acesso único, 2xdia (7h e 19h), e ainda, em SOS até + 1 toma com intervalo mínimo de 8h da última toma administrada.

Haloperidol - antipsicótico que atua através do antagonismo dos recetores tipo 2 da dopamina no cérebro, e tem também uma atividade anticolinérgica e bloqueadora adrenérgica alfa. Em cuidados paliativos, o Haloperidol é usado principalmente como antiemético, antipsicótico e/ou ansiolítico no *delirium* e pode ser utilizado nos soluços intratáveis. Reações adversas e efeitos laterais mais frequentes: reações extrapiramidais, secura ocular, visão turva, obstipação e secura da boca.

Implicações para a enfermagem: avaliar o estado mental, náusea e/ou vômito (se utilizado como antiemético), antes e após a administração do fármaco; monitorizar o aparecimento de algum efeito colateral, tal como, acatisia (agitação ou incapacidade de permanecer imóvel), discinesia tardia (movimentos rítmicos incontroláveis da boca, face e extremidades), síndrome neuroléptico maligno (febre, dificuldade respiratória, taquicardia, convulsões, diaforese, hipertensão ou hipotensão, palidez, rigidez muscular grave) (Deglin & Vallerand, 2009; Twycross, 2003). Neste caso foi utilizado por via SC em perfusão contínua em 100ml de Soro Fisiológico a 4,2ml/h + Morfina; para além da perfusão, também podia ser administrado em SOS, se confusão com agitação, até 2xdia.

Metoclopramida - antiemético e estimulante gastro intestinal. Está indicado na prevenção de vômito, tratamento de estase diabética (gastroparésia diabética) e tratamento de refluxo esofágico. Reações adversas e efeitos laterais: agitação, sonolência, fadiga, reações extrapiramidais, depressão, discinesia tardia, irritabilidade, ansiedade, arritmias, hipotensão, hipertensão, obstipação, diarreia, náuseas, boca seca, ginecomastia.

Implicações para a enfermagem: avaliar a náusea e o vômito, distensão abdominal e sons intestinais, antes e após a administração (Deglin & Vallerand, 2009). Neste caso, foi utilizado para náuseas ou vômitos, em SOS, por via SC.

Midazolam - Ansiolítico, sedativo/hipnótico (benzodiazepina). Está indicado para provocar sedação (por via SC e IV são usadas para: indução anestésica, sedação para pequenas intervenções, controlo de convulsões e agitação em doentes cuja morte está eminente). Atua em vários níveis do SNC, produzindo depressão generalizada do SNC. Reações adversas e efeitos laterais: cefaleias, excesso de sedação, espasmos da laringe, depressão respiratória, apneia, paragem cardíaca, soluços, náuseas e vômitos. O sumo de toranja diminui o metabolismo e pode aumentar os efeitos do midazolam (Twycross, 2003; Deglin & Vallerand, 2009).

Implicações para a enfermagem: avaliar os níveis de sedação e de consciência durante a terapêutica e 2-6 horas após o seu fim. Em caso de toxicidade ou sobredosagem, fazer a monitorização contínua da pressão arterial, do pulso e da respiração. Manter as vias respiratórias desimpedidas. Os efeitos do midazolam podem ser revertidos com flumazenil (Deglin & Vallerand, 2009). Neste caso, estava prescrito se inquietação ou dispneia que não cede à morfina, por via SC, em SOS, até 4xdia.

Morfina - analgésico opiáceo. Está indicado no tratamento da dor aguda da cliente. A morfina liga-se aos recetores opiáceos do SNC, alterando desta forma a perceção do estímulo da dor e a resposta a estímulos dolorosos, enquanto produz depressão do SNC generalizada. Reações adversas e efeitos laterais: sedação, confusão, depressão respiratória, hipotensão, taquicardia, náuseas, vômitos, obstipação, retenção urinária, sudação, rubor, prurido, tolerância, dependência física ou psicológica.

Implicações para a enfermagem: avaliar a dor (tipo, localidade e intensidade), antes e 20 minutos após a administração. Monitorizar o nível de consciência, tensão arterial, pulso e frequência respiratória (se for «10cpm, monitorizar o grau de sedação). Avaliar a eliminação intestinal (para prevenção da obstipação; pode ser implementada com aumento de ingestão de líquidos e fibras, ingestão de emoliente de fezes e administração de laxantes) (Deglin & Vallerand, 2009). Neste caso, foi utilizada por via SC, em perfusão contínua em 100ml de Soro Fisiológico a 4,2ml/h + Haloperidol, estando também prescrito como uma toma fixa antes dos cuidados de higiene, e em SOS. Podia fazer até 6xdia; se dor/desconforto ou dispneia e FR >12cpm, pode fazer até 2/2h.

Paracetamol - antipirético e analgésico não opiáceo. Inibe a síntese de prostaglandinas que podem servir como mediadores da dor e da febre, primariamente no SNC. Reações adversas e efeitos laterais: insuficiência hepática, hepatotoxicidade, insuficiência renal, erupção cutânea e urticária.

Implicações para a enfermagem: se dor - avaliar a dor (tipo, localização e intensidade), antes e 30-60 minutos após a administração; se febre - avaliar a temperatura e, sinais e sintomas associados ao aumento da temperatura (diaforese, taquicardia, mal-estar, *shivering*). Os efeitos do paracetamol podem ser revertidos com acetilcisteína (Deglin & Vallerand, 2009). Neste caso, o Paracetamol estava prescrito só para o caso de febre, para ser administrado por via retal e como fármaco de segunda opção, isto é, o de primeira opção seria o Diclofenac por via SC pelos critérios descritos na prescrição.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

16-01-2024 10:00

16-01-2024 10:00 - Cateter urinário

16-01-2024 10:00 - Quantidade de urina: 500 ml.

16-01-2024 10:00 - Cor da urina: alaranjada.

16-01-2024 10:00 - Transparência da urina: Límpida.

16-01-2024 10:00 - Características do dispositivo: silicone, n14Fr.

16-01-2024 10:00 - Determinar evolução da drenagem pelo cateter urinário

16-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da drenagem pelo cateter urinário [sem horário]

22-01-2024 10:00 - Cor da urina: alaranjada.

24-01-2024 10:00 - Cor da urina: alaranjada.

22-01-2024 10:00 - Transparência da urina: Turva [PIOROU].

24-01-2024 10:00 - Transparência da urina: Turva com sedimento [PIOROU].

16-01-2024 10:00 - Assegurar funcionamento do cateter

16-01-2024 10:00 - Otimizar cateter urinário [sem horário]

16-01-2024 10:00 - Cateter subcutâneo

16-01-2024 10:00 - Localização do cateter subcutâneo

16-01-2024 10:00 - Abdómen

16-01-2024 10:00 - Características do dispositivo: nº24, no abdómen à esquerda.

16-01-2024 10:00 - Assegurar funcionamento do cateter

16-01-2024 10:00 - Otimizar cateter subcutâneo [sem horário]

16-01-2024 10:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

16-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter subcutâneo [sem horário]

22-01-2024 10:00 - Substância administrada pelo cateter subcutâneo: fármaco.

24-01-2024 10:00 - Substância administrada pelo cateter subcutâneo: fármaco.

16-01-2024 10:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter subcutâneo

16-01-2024 10:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo [sem horário]

24-01-2024 10:00 - Localização do cateter subcutâneo

24-01-2024 10:00 - Abdómen

24-01-2024 10:00 - Ausência de dor.

24-01-2024 10:00 - Ausência de calor.

24-01-2024 10:00 - Ausência de rubor.

24-01-2024 10:00 - Ausência de tumefação.

24-01-2024 10:00 - Ausência de exsudado.

22-01-2024 10:00 - Localização do cateter subcutâneo

22-01-2024 10:00 - Abdómen

22-01-2024 10:00 - Ausência de dor.

22-01-2024 10:00 - Ausência de calor.

22-01-2024 10:00 - Ausência de rubor.

22-01-2024 10:00 - Ausência de tumefação.

22-01-2024 10:00 - Ausência de exsudado.

16-01-2024 10:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter subcutâneo

16-01-2024 10:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter subcutâneo [manhã]

16-01-2024 10:00 - Trocar cateter subcutâneo [SOS]

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

A terapêutica farmacológica e a via através da qual é instituída, devem sempre subjugar-se ao princípio de provocar o menor sofrimento possível ao doente, sendo rápida e eficaz quanto às ações pretendidas. A doente tinha indicação para administração terapêutica por via subcutânea. Pode-se consultar a descrição dos benefícios, locais de punção mais adequados e as complicações associadas ao cateter subcutâneo, no caso clínico 1.

A Sra B estava algaliada para conforto. Consultar a descrição de cateter urinário no caso clínico 1. Sabe-se que a algaliação pode aumentar o risco de infeção, mas tem que se avaliar os prós e contras de uma algaliação. Julgo que a algaliação trazia mais benefícios do que prejuízos à doente; alguns benefícios são:

- Redução da humidade na pele; deste modo a pele não iria estar exposta à humidade e ao pH da urina;
- Redução de fatores (p.e. humidade) que contribuem para o aparecimento de áreas de pressão e/ou lesões cutâneas;
- Necessidade de trocar a fralda (e/ou roupa da cama) com menor frequência em doente com patologia osteoarticular; deste modo, promove-se a redução de fatores que podem precipitar a dor. Uma vez que a doente estava algaliada, realizou-se o registo da diurese para prognóstico.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
16-01-2024 10:00	Consciência	
16-01-2024 10:00	Sensações somáticas	
16-01-2024 10:00	Eliminação intestinal	
16-01-2024 10:00	Eliminação urinária	
16-01-2024 10:00	Pele e mucosas	
16-01-2024 10:00	Volume de líquidos	
16-01-2024 10:00	Sondas, Drenos e Cateteres	

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

Consciência

A cliente em estudo, já apresentava compromisso da consciência prévio, isto é, relacionado com a Demência, e que se agravou com a situação da doença atual. Pode-se consultar a descrição deste domínio no caso clínico 1, e as algumas ferramentas que se podem utilizar para avaliar a consciência. Em relação a este domínio, a nossa ação foi de avaliar a evolução de consciência, para determinar a evolução de consciência.

Sensações somáticas

A sensação somática abordada neste domínio, foi a dor. Ver definição e classificação da dor, e algumas ferramentas para avaliar a dor na pessoa com alteração de cognição, no caso clínico 1.

As possíveis causas de dor na Sra B são: a patologia osteoarticular, em que o fator precipitante seria a mobilização da doente para alternar os posicionamentos e os cuidados de higiene; e também a perfuração do cólon (irritação peritoneal, dor visceral).

Pele e mucosas

No presente caso, este domínio foi identificado como foco de intervenção, uma vez que a doente apresentava úlceras por pressão, rubor não branqueável - categoria I. Em relação a este domínio, pode-se consultar no caso clínico 1, a constituição da pele, a sua função, e úlcera por pressão. A intervenção de enfermagem, irá incidir sobre os cuidados à pele, para evitar a evolução das UP para outra categoria mais grave; o agravamento das UP poderão provocar mais dor/desconforto à doente.

Volume de líquidos

O volume de líquidos, refere-se à quantidade total de líquidos presentes no corpo. Manter um equilíbrio adequado de líquidos no corpo é essencial para a saúde e o funcionamento adequado de várias funções fisiológicas. Quando ocorre uma alteração no volume de líquidos, pode haver desidratação ou sobrecarga de fluidos - edema. A cliente apresentava edema. Este domínio foi identificado de forma a monitorizar a evolução do edema e implementar estratégias para a sua redução, para promoção do conforto.

O ICN descreve **edema** como sendo retenção de líquidos. O líquido presente no compartimento extracelular, é água. A água é o componente mais prevalente no corpo humano, representando entre 45 a 75% do peso de uma pessoa saudável. Aproximadamente um terço dessa água corporal está localizada no espaço extracelular, com 75% no espaço intersticial e os restantes 25% no espaço intravascular (Barbosa et al., 2016).

O compartimento extracelular inclui o espaço intersticial e o espaço intravascular, e a água desempenha um papel crucial em várias funções fisiológicas nesses espaços. Esta água extracelular é essencial para o transporte de nutrientes, remoção de resíduos, regulação da temperatura corporal e manutenção de diversas atividades metabólicas. Portanto, a água é um componente vital para a homeostasia e funcionamento adequado do organismo. Normalmente existe um fluxo contínuo da água corporal do espaço intravascular para o intersticial e celular e, vice-versa.

O edema ocorre quando há um desequilíbrio nas forças fisiológicas que regulam os volumes nos compartimentos intravascular e extracelular. Ele é caracterizado por um aumento clinicamente visível no volume do líquido intersticial, resultando num acúmulo excessivo de fluido nos tecidos corporais. O edema pode afetar diferentes partes do corpo, podendo ser localizado ou generalizado e pode também apresentar-se como derrame (pleural, pericárdico e ascite) (Barbosa et al., 2016).

A causa clínica do edema pode variar e, dependendo de sua apresentação, pode ser generalizado ou localizado a uma determinada zona do corpo. Esta distinção é crucial para o diagnóstico diferencial, pois diferentes condições médicas podem causar edema em diferentes locais ou de maneira mais generalizada. As causas clínicas de edema localizado podem ser: infeção, trombose venosa profunda e linfedema (Barbosa et al., 2016). As causas clínicas de edema generalizado podem ter origem: metabólica (hipotireoidismo); falência de órgão (insuficiência cardíaca, insuficiência hepática e insuficiência renal); hipoalbuminemia (caquexia - neoplásica ou outra, estados espoliadores de proteínas e cirrose); medicação (anti-inflamatórios não esteroides, corticosteroides e estrogénios) (Barbosa et al., 2016). As causas de edema generalizado, à exceção de iatrogenia, são também razão frequente de derrames e ascite. Esta divisão etiológica é facilitadora em termos de orientação clínica, mas deve-se ter em atenção que várias causas podem contribuir em simultâneo para o aparecimento do edema

e que existem fatores comuns a cada doença.

A extensão da investigação diagnóstica e do tratamento em doentes sob cuidados paliativos deve ser guiada pelo prognóstico do doente, e pela sua capacidade de tolerar intervenções. Em cuidados paliativos, o foco está na qualidade de vida, alívio de sintomas e suporte emocional, considerando os desejos e valores do doente. Esta abordagem tem o intuito de evitar procedimentos invasivos ou investigações excessivas que possam causar desconforto desnecessário ao doente, especialmente quando o objetivo principal é proporcionar conforto e dignidade em face de uma doença avançada ou terminal. O tratamento dirigido à redução do edema pode ser difícil, desgastante e pouco eficaz.

É essencial utilizar medidas preventivas de complicações associadas ao edema, tais como: ótimos cuidados à pele; evitar feridas, traumatismos, queimaduras; tratar imediatamente a mais pequena lesão da pele; evitar punções ou outros procedimentos médicos nos locais com edema; evitar a exposição solar; evitar roupa ou adornos apertados nas zonas edemaciadas; vigilância de alterações da pele ou aparecimento de dor (Barbosa et al., 2016).

A doente apresentava edema nos 4 membros, com sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm), o objetivos de cuidados visavam diminuir o edema e promover o conforto.

Deglutição

A doente em questão não tinha via oral disponível, devido à alteração do estado de consciência. Neste caso clínico, a decisão de alimentar ou hidratar uma pessoa com demência avançada, com perfuração do cólon não tratada e com alteração do estado de consciência é extremamente complexa e requer uma consideração cuidadosa dos princípios éticos envolvidos. Vai-se analisar cada aspeto separadamente:

1. Alimentação:

- A alimentação de um doente com perfuração do cólon não tratada apresenta riscos significativos, como agravamento da perfuração, peritonite e outras complicações graves.

- Além disso, a demência avançada e a alteração do estado de consciência podem aumentar o risco de aspiração durante a alimentação, levando a complicações pulmonares.

- A decisão de alimentar o doente deve ter em consideração os princípios éticos da beneficência (agir no melhor interesse do doente) e não maleficência (evitar causar danos desnecessários).

- Também é importante respeitar a autonomia do doente, considerando quaisquer desejos prévios expressos pelo mesmo, se conhecidos.

2. Hidratação:

- A hidratação do doente pode ser considerada um cuidado humano básico, que se reflete no conforto e bem-estar, como a prevenção de complicações associadas ao tratamento, tais como a acumulação de metabolitos de opioides e outros fármacos, prevenindo o delírio. A desidratação pode levar a complicações adicionais e piorar o estado geral de saúde do doente.

- A hidratação, também pode ser considerada como sendo uma terapêutica fútil, relacionando-a com o aumento do tempo de vida, que nem sempre se associa a uma melhor qualidade de vida.

- A hidratação intravenosa pode apresentar riscos adicionais, como sobrecarga de fluidos (retenção de líquidos, ascite, edema e aumento das secreções pulmonares) e complicações associadas à administração de fluidos por esta via (infecção dermatológica, dor, desconforto e possíveis tromboflebites).

- A decisão de hidratar o doente deve ser avaliada com base nos mesmos princípios éticos abordados anteriormente, considerando os benefícios e riscos para o doente, bem como sua autonomia e desejos prévios, se conhecidos.

Em resumo, os princípios éticos da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça devem orientar a tomada de decisão em relação à alimentação e hidratação do doente. É essencial uma abordagem multidisciplinar, envolvendo a equipa de saúde, doente/família de forma a garantir que as decisões sejam tomadas de forma ética, respeitosa e no melhor interesse do doente, maximizando os seus benefícios e prevenindo o surgimento de complicações (Soares, 2016).

Independentemente das decisões tomadas, é fundamental que elas resultem de uma reflexão interdisciplinar centrada no doente, com a participação ativa da família, isto é, a família tem que ser esclarecida, como aconteceu neste caso clínico. A questão crucial a ser considerada é: “o que é mais importante para este doente, no momento presente, em termos de conforto e qualidade de vida?” (Barbosa et al., 2016).

Após a tomada de decisão sobre os cuidados prestados ao doente em fim de vida, é fundamental que a equipa de saúde esteja pronta para fornecer toda a assistência necessária para garantir que a morte ocorra com o menor sofrimento possível (Holmes, 2011). Isto pode incluir: alívio e controlo dos sintomas, suporte emocional, cuidados de conforto, comunicação aberta e honesta, respeito pela dignidade e autonomia.

Ao fornecer esses cuidados integrados e compassivos, a equipa de saúde pode ajudar a garantir que o doente tenha uma passagem tranquila e digna, minimizando o sofrimento e promovendo o conforto físico, emocional e espiritual durante os momentos finais da vida (Capelas et al., 2017).

Emoção

A emoção que irá ser abordada será o **luto do familiar cuidador**. O luto pode ser compreendido como um cruzamento de reações psíquicas conscientes e inconscientes desencadeadas por uma perda significativa, sendo um processo doloroso, que transcende o âmbito individual e que se reflete na vida de todos os que convivem, direta ou indiretamente, com a pessoa que está a vivenciar a sua finitude. Apesar de fazer parte da existência humana, é uma experiência difícil, dolorosa e inexplicável (Cardoso et al., 2018).

O luto pode ser categorizado de acordo com diferentes modelos teóricos que descrevem as diferentes fases ou estágios que uma pessoa pode passar durante o processo de luto. Alguns modelos comuns incluem o modelo de Elisabeth Kübler-Ross, também conhecido como as "cinco fases do luto"; é uma teoria proposta pela psiquiatra suíço-americana Elisabeth Kübler-Ross no seu livro "On Death and Dying" (Sobre a Morte e o Morrer), publicado em 1969. Este modelo descreve cinco fases emocionais que uma pessoa pode experimentar ao enfrentar a morte iminente ou uma perda significativa. As cinco fases são: negação (a pessoa tem dificuldade em aceitar a realidade da perda, pode parecer como se estivesse num estado de choque e pode negar que a perda esteja a acontecer); raiva/ira (à medida que a realidade da perda começa a se interiorizar, a pessoa pode sentir raiva, ressentimento e frustração; a raiva pode ser direcionada para outras pessoas, para si mesma ou para a situação em geral); negociação (a pessoa pode tentar negociar para evitar a dor da perda); depressão (à medida que a negação, a raiva e a negociação diminuem, a pessoa pode entrar num estado de tristeza profunda ou depressão); e aceitação (a pessoa começa a aceitar a realidade da perda e a se ajustar a ela, encontrando uma maneira de viver com ela e seguir em frente com a sua vida). É importante notar que nem todas as pessoas experimentam esses estágios na mesma ordem ou de forma linear, isto é, algumas pessoas podem pular estágios, experimentar vários estágios em simultâneo ou voltar a estágios anteriores antes de, finalmente, chegarem à aceitação (Kübler-Ross, 2024). O modelo de Kübler-Ross é uma ferramenta útil para entender as reações emocionais à perda, mas não é uma descrição rígida ou prescritiva de como o luto deve ser experimentado.

O luto pode ser classificado de várias maneiras, dependendo dos critérios usados para essa classificação. Quando classificado em relação à duração e manifestação clínica:

- Luto normal - o processo de luto segue um curso natural e a pessoa, eventualmente, adapta-se à perda. Apresenta manifestações emocionais e comportamentais típicas do processo de luto, mas que não causam prejuízo significativo no funcionamento diário.

- Luto complicado/prolongado - o processo de luto é prolongado e a pessoa tem dificuldade em se adaptar à perda, experimentando sintomas intensos e persistentes. Apresenta manifestações prolongadas e intensas de luto que interferem significativamente no funcionamento diário da pessoa.

É importante reconhecer que cada experiência de luto é única e pode não se encaixar perfeitamente em uma categoria específica. O processo de luto é altamente individualizado e pode variar amplamente de uma pessoa para outra. Quando se aborda o luto, também se pode analisar o luto antecipatório e o luto preparatório, que são conceitos relacionados, mas distintos, que descrevem experiências emocionais diferentes associadas à perda iminente de um ente querido, dependendo dos autores.

O **luto antecipatório** refere-se ao processo de luto que ocorre antes da morte de uma pessoa querida, quando a morte é esperada devido a uma doença terminal ou a um prognóstico desfavorável. Durante este processo, os familiares e amigos podem começar a vivenciar aspectos do luto, como tristeza, ansiedade e preparação emocional para a perda iminente. Este tipo de luto pode ajudar as pessoas a se prepararem emocionalmente para a morte iminente e pode facilitar o ajuste após o falecimento (Cardoso et al., 2018).

O **luto preparatório** refere-se às ações e processos que as pessoas realizam para se prepararem para a morte iminente de um ente querido. Envolve atividades práticas e emocionais, como organizar questões financeiras, comunicar-se com outros familiares e amigos sobre a situação, expressar amor e gratidão ao ente querido e se despedir emocionalmente. O luto preparatório pode ser uma parte importante do processo de despedida e de ajuste emocional à perda iminente, permitindo que as pessoas expressem seus sentimentos e se despeçam de forma significativa (Cardoso et al., 2018).

Em suma, o luto antecipatório refere-se às reações emocionais que ocorrem antes da morte de uma pessoa querida, enquanto o luto preparatório refere-se às ações e processos que as pessoas realizam para se prepararem para essa morte iminente. Ambos os processos podem ser importantes para ajudar os indivíduos a lidarem com a perda e a se ajustarem emocionalmente ao longo do tempo (Cardoso et al., 2018).

Sendo assim, o luto antecipatório pode ocorrer devido a uma separação ou a uma doença cujo prognóstico tem, como característica, a finitude e os cuidados paliativos. Reações como raiva, depressão, desorganização e reorganização, são comuns no luto antecipatório, antecedendo o afastamento afetivo das pessoas envolvidas no processo (tanto o doente, como o familiar), de modo semelhante ao luto propriamente dito. As funções básicas dos dois lutos (“normal” e antecipatório) são semelhantes, a aceitação da realidade da perda, possibilidade de elaboração da dor subsequente (que pode vir acompanhada de maior ou menor grau de ansiedade) e ajuste ao ambiente. Segundo Cardoso et al. (2018), o luto antecipatório pode facilitar, suavizar ou até encurtar o processo de luto “normal” após a morte. Acredita-se que a consciencialização e aceitação da finitude, própria ou do familiar, seja um fator determinante do processo de luto, e quanto mais cedo ocorrer a elaboração dos significados atribuídos à experiência, melhor será a aceitação após a perda real (Cardoso et al., 2018).

O papel da EIHS CP, em relação ao luto preparatório do familiar cuidador, foi de atuar como

agente facilitador no processo de luto, visando promover um luto saudável.

4.6. Concessão de Cuidados

Consciência

16-01-2024 10:00

16-01-2024 10:00 - Com indícios de comprometimento da consciência.

16-01-2024 10:00 - Consciência comprometida

16-01-2024 10:00 - Abertura dos olhos: à dor.

16-01-2024 10:00 - Resposta verbal: incompreensível.

16-01-2024 10:00 - Resposta motora: movimento de retirada à dor.

16-01-2024 10:00 - Reflexo pupilar

16-01-2024 10:00 - Direita(o): Pupilas isocóricas e reativas.

16-01-2024 10:00 - Esquerda(o): Pupilas isocóricas e reativas.

16-01-2024 10:00 - Ausência de vômito em jato.

16-01-2024 10:00 - Determinar evolução da consciência

16-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da consciência [sem horário]

22-01-2024 10:00 - Abertura dos olhos: ao estímulo verbal [MELHOROU].

24-01-2024 10:00 - Abertura dos olhos: nenhuma [PIOROU].

22-01-2024 10:00 - Resposta verbal: incompreensível [MANTEVE].

24-01-2024 10:00 - Resposta verbal: incompreensível [MANTEVE].

22-01-2024 10:00 - Resposta motora: movimento de retirada à dor [MANTEVE].

24-01-2024 10:00 - Resposta motora: nenhuma [PIOROU].

16-01-2024 10:00 - Referenciar comprometimento da consciência ao médico [SOS]

16-01-2024 10:00 - Prevenir queda

16-01-2024 10:00 - Elevar grades da cama [sem horário]

16-01-2024 10:00 - Prevenir úlcera de pressão

16-01-2024 10:00 - Aplicar colchão de alívio de pressão [à entrada da cliente no serviço]

16-01-2024 10:00 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [2 em 2 h]

16-01-2024 10:00 - Prevenir aspiração

16-01-2024 10:00 - Posicionar para prevenir a aspiração [sem horário]

16-01-2024 10:00 - Facilitar fluxo sanguíneo cerebral

16-01-2024 10:00 - Manter cabeceira da cama elevada a 30º [sem horário]

16-01-2024 10:00 - Assegurar atividades para satisfazer as necessidades humanas fundamentais

16-01-2024 10:00 - Dar banho na cama [manhã]

16-01-2024 10:00 - Lavar cavidade oral [1 x turno]

16-01-2024 10:00 - Vestir/despir [manhã]

16-01-2024 10:00 - Fazer toalete [sem horário]

16-01-2024 10:00 - Arranjar o cliente [manhã]

Sensações somáticas

16-01-2024 10:00

16-01-2024 10:00 - Manifesta dor.

16-01-2024 10:00 - Dor

16-01-2024 10:00 - Expressão facial: Relaxada.

16-01-2024 10:00 - Movimento dos membros: Sem movimento dos membros superiores.

16-01-2024 10:00 - Choro/vocalização: Gemidos não frequentes nem prolongados.

16-01-2024 10:00 - Determinar evolução da dor

16-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da dor [sem horário]

22-01-2024 10:00 - Expressão facial: Parcialmente contraída ou sobrancelhas franzidas [PIOROU].

24-01-2024 10:00 - Expressão facial: Relaxada [MANTEVE].

22-01-2024 10:00 - Movimento dos membros: Sem movimento dos membros superiores [MANTEVE].

24-01-2024 10:00 - Movimento dos membros: Sem movimento dos membros superiores [MANTEVE].

22-01-2024 10:00 - Choro/vocalização: Gemidos não frequentes nem prolongados [MANTEVE].

24-01-2024 10:00 - Choro/vocalização: Sem vocalização da dor [MELHOROU].

16-01-2024 10:00 - Diminuir dor

16-01-2024 10:00 - Gerir analgesia [sem horário]

16-01-2024 10:00 - Executar massagem [SOS]

16-01-2024 10:00 - Posicionar para aliviar a dor [SOS]

Eliminação intestinal

16-01-2024 10:00

16-01-2024 10:00 - Ausência de dejeções.

16-01-2024 10:00 - Ausência de massa palpável de fezes no reto.

16-01-2024 10:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal

16-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [sem horário]

22-01-2024 10:00 - Ausência de dejeções [MANTEVE].

24-01-2024 10:00 - Ausência de dejeções [MANTEVE].

Eliminação urinária

16-01-2024 10:00

16-01-2024 10:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

16-01-2024 10:00 - Sem globo vesical.

16-01-2024 10:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

16-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [sem horário]

22-01-2024 10:00 - Quantidade de urina: 600 ml.

24-01-2024 10:00 - Quantidade de urina: 250 ml.

22-01-2024 10:00 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

24-01-2024 10:00 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

Pele e mucosas

16-01-2024 10:00

16-01-2024 10:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

16-01-2024 10:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

16-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [sem horário]

22-01-2024 10:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

24-01-2024 10:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

16-01-2024 10:00 - Úlcera de pressão

16-01-2024 10:00 - Localização da úlcera de pressão

16-01-2024 10:00 - Ouvido Esquerda(o)

16-01-2024 10:00 - Comprimento da lesão tegumentar: 1.00 cm.

16-01-2024 10:00 - Largura da lesão tegumentar: 0.50 cm.

16-01-2024 10:00 - Profundidade da lesão tegumentar: 0.00 cm.

16-01-2024 10:00 - Ausência de exsudado.

16-01-2024 10:00 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

16-01-2024 10:00 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

16-01-2024 10:00 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

16-01-2024 10:00 - Tecido predominante no leito da lesão tegumentar: Tecido de epiteliação.

16-01-2024 10:00 - Ausência de sinais aparentes de contaminação da lesão tegumentar.

16-01-2024 10:00 - Calcanhar Direita(o)

16-01-2024 10:00 - Comprimento da lesão tegumentar: 1.00 cm.

16-01-2024 10:00 - Largura da lesão tegumentar: 1.00 cm.

16-01-2024 10:00 - Profundidade da lesão tegumentar: 0.00 cm.

16-01-2024 10:00 - Ausência de exsudado.

16-01-2024 10:00 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

16-01-2024 10:00 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

16-01-2024 10:00 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

16-01-2024 10:00 - Tecido predominante no leito da lesão tegumentar: Tecido de epiteliação.

16-01-2024 10:00 - Tecido / estrutura afetada: pele / tecido cutâneo.

16-01-2024 10:00 - Determinar evolução da úlcera de pressão

16-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da úlcera de pressão (Ouvido Esquerda(o), Calcanhar Direita(o)) [manhã]

22-01-2024 10:00 - Localização da úlcera de pressão

22-01-2024 10:00 - Ouvido Esquerda(o)

22-01-2024 10:00 - Comprimento da lesão tegumentar: 0.50 cm.

22-01-2024 10:00 - Largura da lesão tegumentar: 0.50 cm.

22-01-2024 10:00 - Profundidade da lesão tegumentar: 0.00 cm.

22-01-2024 10:00 - Ausência de exsudado.

22-01-2024 10:00 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

22-01-2024 10:00 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

22-01-2024 10:00 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

24-01-2024 10:00 - Localização da úlcera de pressão

24-01-2024 10:00 - Ouvido Esquerda(o)

24-01-2024 10:00 - Comprimento da lesão tegumentar: 1.00 cm.

24-01-2024 10:00 - Largura da lesão tegumentar: 1.00 cm.

24-01-2024 10:00 - Diâmetro da lesão tegumentar: 1.00 cm.

24-01-2024 10:00 - Profundidade da lesão tegumentar: 0.00 cm.

24-01-2024 10:00 - Ausência de exsudado.

24-01-2024 10:00 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

24-01-2024 10:00 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

24-01-2024 10:00 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

24-01-2024 10:00 - Tecido / estrutura afetada: mucosa, pele / tecido cutâneo.

22-01-2024 10:00 - Calcanhar Direita(o)

22-01-2024 10:00 - Comprimento da lesão tegumentar: 0.80 cm.

22-01-2024 10:00 - Largura da lesão tegumentar: 0.80 cm.

22-01-2024 10:00 - Profundidade da lesão tegumentar: 0.00 cm.

22-01-2024 10:00 - Ausência de exsudado.

22-01-2024 10:00 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

22-01-2024 10:00 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

22-01-2024 10:00 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

24-01-2024 10:00 - Calcanhar Direita(o)

24-01-2024 10:00 - Comprimento da lesão tegumentar: 0.50 cm.

24-01-2024 10:00 - Largura da lesão tegumentar: 0.50 cm.

24-01-2024 10:00 - Profundidade da lesão tegumentar: 0.00 cm.

24-01-2024 10:00 - Ausência de exsudado.

24-01-2024 10:00 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

24-01-2024 10:00 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

24-01-2024 10:00 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão

tegumentar: ausente.

16-01-2024 10:00 - Promover cicatrização da úlcera de pressão

16-01-2024 10:00 - Executar tratamento da úlcera de pressão (Ouvindo Esquerda(o), Calcanhar Direita(o)) [sem horário]

Volume de líquidos

16-01-2024 10:00

16-01-2024 10:00 - Sinal de Godet

16-01-2024 10:00 - Membro superior Esquerda(o): Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm).

16-01-2024 10:00 - Membro superior Direita(o): Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm).

16-01-2024 10:00 - Membro inferior Direita(o): Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm).

16-01-2024 10:00 - Membro inferior Esquerda(o): Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm).

16-01-2024 10:00 - Pele hidratada.

16-01-2024 10:00 - Edema

16-01-2024 10:00 - Localização do edema

16-01-2024 10:00 - Membro inferior Direita(o)

16-01-2024 10:00 - Membro inferior Esquerda(o)

16-01-2024 10:00 - Membro superior Direita(o)

16-01-2024 10:00 - Membro superior Esquerda(o)

16-01-2024 10:00 - Determinar evolução de sinais de edema

16-01-2024 10:00 - Avaliar evolução de sinais de edema (Membro superior Direita(o), Membro superior Esquerda(o), Membro inferior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o)) [sem horário]

22-01-2024 10:00 - Localização do edema

22-01-2024 10:00 - Membro superior Esquerda(o)

24-01-2024 10:00 - Localização do edema

24-01-2024 10:00 - Membro inferior Direita(o)

22-01-2024 10:00 - Membro superior Direita(o)

24-01-2024 10:00 - Membro inferior Esquerda(o)

24-01-2024 10:00 - Membro superior Direita(o)

22-01-2024 10:00 - Membro inferior Direita(o)

22-01-2024 10:00 - Membro inferior Esquerda(o)

24-01-2024 10:00 - Membro superior Esquerda(o)

24-01-2024 10:00 - Sinal de Godet

24-01-2024 10:00 - Membro inferior Esquerda(o): Sinal de Godet ligeiro (> 0 e < 2 mm) [MELHOROU].

22-01-2024 10:00 - Sinal de Godet

22-01-2024 10:00 - Membro superior Esquerda(o): Sinal de Godet ligeiro (> 0 e < 2 mm) [MELHOROU].

24-01-2024 10:00 - Membro inferior Direita(o): Sinal de Godet ligeiro (> 0 e < 2 mm) [MELHOROU].

22-01-2024 10:00 - Membro superior Direita(o): Sinal de Godet ligeiro (> 0 e < 2 mm) [MELHOROU].

24-01-2024 10:00 - Membro superior Esquerda(o): Sinal de Godet ligeiro (> 0 e < 2 mm) [MELHOROU].

22-01-2024 10:00 - Membro inferior Direita(o): Sinal de Godet ligeiro (> 0 e < 2 mm) [MELHOROU].

22-01-2024 10:00 - Membro inferior Esquerda(o): Sinal de Godet ligeiro (> 0 e < 2 mm) [MELHOROU].

24-01-2024 10:00 - Membro superior Direita(o): Sinal de Godet ligeiro (> 0 e < 2 mm) [MELHOROU].

22-01-2024 10:00 - Pele hidratada.

16-01-2024 10:00 - Diminuir edema

16-01-2024 10:00 - Posicionar para diminuir edema (Membro superior Direita(o), Membro superior Esquerda(o), Membro inferior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o)) [sem horário]

16-01-2024 10:00 - Gerir hidratação [SOS]

16-01-2024 10:00 - Massajar (Membro superior Direita(o), Membro superior Esquerda(o), Membro inferior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o)) [SOS]

4.7. Especificação das intervenções

Executar tratamento da úlcera de pressão

- Tratamento: a) Limpar a superfície de risco ou a úlcera. b) Pulverizar Linovera® na superfície limpa e massajar suavemente com as pontas dos dedos, de forma a favorecer a distribuição uniforme e a absorção. c) Aplicar o produto 2 a 3 vezes por dia.
- Linovera® é uma solução de ácidos gordos hiperoxigenados e extratos vegetais, utilizada na prevenção e reparação de úlceras de pressão estágio I e em pele vulnerável. O Linovera® tem como vantagens: proteger contra agentes externos, melhorar a resistência da pele, ajudar a renovar a epiderme superior, restaurar a circulação capilar, estimular a síntese de colágeno, tem efeito hidratante e cicatrizante.

4.8. Síntese relativa ao caso

Por forma a sintetizar e facilitar a leitura/compreensão foi compilado em tabela, o plano de conceção de cuidados, onde consta a relação entre os diagnósticos, objetivos, indicadores de resultados e intervenções de enfermagem, que se pode consultar na Tabela 2. Nesta síntese, não estão descritas as definições dos tempos de início e fim das intervenções, uma vez que já foi exposto anteriormente, no ponto 4.6. Conceção de Cuidados. A intervenção da EIHSCP teve

início na primeira sessão e permaneceu até à terceira sessão.

Tabela 2 - relação entre os diagnósticos, objetivos, indicadores de resultados e intervenções de enfermagem, relativos à Sra B.

Domínio: Consciência		
Diagnóstico: Consciência comprometida		
Objetivo(s): 1. Determinar evolução da consciência 2. Prevenir queda 3. Prevenir úlcera de pressão 4. Prevenir aspiração 5. Assegurar atividades para satisfazer as necessidades humanas fundamentais 6. Promover o conforto	Indicador(es) de resultado(s): 2.1. Não se verifica queda 3.1. Não se verifica o aparecimento de novas zonas de úlcera de pressão 4.1. Não se verifica aspiração ou engasgamento 6.1. A cliente apresenta-se confortável	Intervenções: 1.a. Avaliar evolução da consciência 1.b. Referenciar compromisso da consciência ao médico 2.a. Elevar grades da cama 3.a. Aplicar colchão de alívio de pressão 3.b. Posicionar para prevenir úlcera de pressão 4.a. Posicionar para prevenir a aspiração 5.a. Dar banho na cama 5.b. Lavar cavidade oral 5.c. Vestir/despir 5.d. Fazer toalete 5.e. Arranjar o cliente
Domínio: Sensações somáticas		
Diagnóstico: Dor		
Objetivo(s): 1. Determinar evolução da dor 2. Diminuir dor 3. Promover o conforto	Indicador(es) de resultado: 2.1. e 3.1. É observada diminuição da dor pelos comportamentos indicadores de diminuição da dor na cliente (heteroavaliação da dor)	Intervenções: 1.a. Avaliar evolução da dor, com recurso a escalas de heteroavaliação 2.a. e 3.a. Gerir analgesia 2.b. e 3.b. Executar massagem 2.c. e 3.c. Posicionar para aliviar a dor
Domínio: Pele e mucosas		
Diagnóstico: Úlcera de pressão no calcanhar direito e ouvido esquerdo (UP grau I)		
Objetivo(s): 1. Determinar evolução da úlcera de pressão 2. Promover o conforto	Indicador(es) de resultado: 2.1. Que a pele circundante à úlcera de pressão preserve a integridade	Intervenções: 1.a. Avaliar evolução da úlcera de pressão 2.b. Executar tratamento à úlcera de pressão (ver especificação de intervenção, relacionada com esta intervenção)
Domínio: Volume de líquidos		
Diagnóstico: Edema		
Objetivo(s): 1. Determinar evolução de sinais de edema 2. Diminuir edema 3. Promover o conforto	Indicador(es) de resultado: 2.1. e 3.1. É observado o mesmo valor e/ou redução de sinal de Godet NOTA: Sinal Godet - Elevado ($\geq 4\text{mm}$) - Moderado (> 2 e $< 4\text{mm}$) - Ligeiro (> 0 e $< 2\text{mm}$) - Negativo	Intervenções: 1.a. Avaliar evolução de sinais de edema (membro superior direito, membro superior esquerdo, membro inferior direito, membro inferior esquerdo) 2.a. e 3.a. Posicionar para diminuir edema (membro superior direito, membro superior esquerdo, membro inferior direito, membro inferior esquerdo) 2.b. e 3.b. Gerir hidratação 2.c. e 3.c. Massajar (membro superior direito, membro superior esquerdo, membro inferior direito, membro inferior esquerdo)

Evolução clínica

A Sra B deu entrada no SU a 31/12/23 por vómitos e diarreia. Doente com doença de Alzheimer, totalmente dependente nas AVD's e sem vida de relação. Identificada uma perfuração no cólon, foi avaliada pela especialidade de cirurgia geral. Dadas as comorbilidades e prognóstico, e após discussão com a família, doente não candidata a tratamento cirúrgico, pelo que ficou internada para cuidados de conforto.

Resumo dos 12 primeiros dias de internamento. A Sra B esteve sempre prostrada, sem abertura ocular espontânea, apresentava alguns gemidos quando mobilizada. Apirética. Sem via oral

disponível. Sem vômitos. O abdômen esteve sempre mole e depressível, com dor ligeira à palpação profunda dos quadrantes inferiores, sem sinais de irritação peritoneal à palpação e sem massas palpáveis. Sem trânsito intestinal. Esteve sempre algaliada, com débito urinário preservado. Durante este período, a nível analítico apresentou melhoria da proteína C reativa, iniciou antibioterapia (ceftriaxone e metronidazol) e esteve com soroterapia (1,5L/dia). Realizado pedido de colaboração para os Cuidados Paliativos a 10/01/24, para otimização de terapêutica e acompanhamento pelos CP.

A 12 de janeiro, observada pela primeira vez pela EIHSCP, a doente estava no leito, sem fácies de desconforto, sem sinais de dificuldade respiratória e eupneica. Sem abertura ocular espontânea, mesmo quando estimulada. Reagia com gemido quando estimulada. À auscultação pulmonar apresentava crepitações audíveis no terço inferior do hemitórax bilateral. Com edemas periféricos marcados. Objetivo de cuidados - conforto.

Os problemas listados na doente foram: pessoa com 81 anos; doença de Alzheimer; dependência total nas AVD,s; internamento por perfuração no cólon, em tratamento de conforto; sem via oral; prostração; edemas marcados/anasarca.

O plano definido pela EIHSCP em colaboração com o serviço de internamento foi ajustar a terapêutica, em que: suspendeu soroterapia (por apresentar edema generalizado e crepitações pulmonares), antibioterapia e toda a medicação que tinha prescrita PO e EV; iniciou perfusão de haloperidol 5mg + morfina 10mg em 100ml de Soro fisiológico por acesso subcutâneo a 4,2ml/h; ficou com medicação em SOS por via SC - Haloperidol 5mg, até 2xdia, se confusão com agitação; Morfina 2 mg, até 6xdia, se dor/desconforto ou dispneia e FR >12cpm, pode fazer até 2/2h; Metoclopramida 10mg, 8/8h, se náuseas ou vômitos; Midazolam 2,5mg, até 4xdia, se inquietação ou dispneia que não cede à morfina; Diclofenac 50mg, se febre faz, por acesso único, até de 8/8h.

De 12 a 16 de janeiro o estado da doente manteve-se sem alterações; realizou em média 1 SOS de morfina por dia.

1ª sessão – 16 janeiro de 2024, turno da manhã.

A Sra B à nossa observação estava com os olhos semiabertos, sem resposta verbal e não apresentou interação conosco. Apirética, normopneica e sem ruído respiratório. Segundo equipa de enfermagem do serviço, apresentava gemido quando mobilizada/posicionada, nomeadamente nos cuidados de higiene; aparentemente confortável em repouso, tendo sido sugerido administração de SOS de Morfina antes dos cuidados de higiene. Sem via oral disponível. Mucosa oral sem alterações. Com edema periférico dos 4 membros, com sinal de godet moderado. Sonda vesical permeável, com diurese de 350 ml/24h. Observou-se rubor nas

regiões já identificadas anteriormente. No dia 17, foi feito reajuste terapêutico, e passou a ter prescrito analgesia a hora fixa (antes dos cuidados de higiene).

2ª sessão – 22 janeiro de 2024, turno da manhã.

Doente observada no leito, na presença de uma das filhas (Sra D), prostrada, com fácies tranquilo/relaxado. Manteve apirexia, respiração normopneica e sem ruído respiratório. Manteve edema dos 4 membros que melhorou ligeiramente (sinal de Godet passou de moderado para ligeiro), boa perfusão periférica e sem alteração de temperatura periférica. Manteve mucosa oral sem alteração. Sem registo de terapêutica de resgate e confirmado com a equipa de enfermagem que doente não necessitou. A partir do momento em que a doente passou a ter toma de analgesia fixa, 30 minutos antes dos cuidados de higiene, a equipa de enfermagem do serviço passou a relatar que a doente ficava menos desconfortável nos cuidados de higiene. Sonda vesical permeável, com diurese de 600ml/24h. A filha, Sra D, estava na companhia da mãe, aquando da nossa visita, foi promovida a ventilação de emoções, através da escuta ativa e cuidado humanizado. A unidade de cuidados nos CP são o doente, os cuidadores e a família, assim, temos que olhar a família como cliente dos nossos cuidados. Na Conceção de Cuidados (item 4.6.), não foi possível identificar o Luto na família, mas esta, foi alvo da minha atenção, e deste modo sugiro, para edições futuras do E4Nursing, que possa ser possível identificar diagnósticos no âmbito do domínio da Emoção, como representado na Tabela 3, e que a família/cuidadores possam ser identificados como clientes recetores de cuidados da equipa de CP.

Tabela 3 - relação entre os diagnósticos, objetivos, indicadores de resultados e intervenções de enfermagem, relativos à família/cuidador.

Domínio: Emoção		
Diagnóstico: Luto antecipatório – Família/Cuidador		
Objetivo(s): 1. Promover um luto saudável 2. Promover a aceitação do estado de saúde 3. Determinar a evolução do luto (perdas)	Indicador(es) de resultado: 1.1. O cliente (família) identifica o significado de uma perda 1.2. O cliente (família) identifica 3 perdas mais significativas	Intervenções: 1.a. Informar sobre o que são perdas 1.b. Assistir o cliente (família) a identificar quais as suas perdas 1.d. Disponibilizar relação de ajuda 1.e. Executar escuta ativa 2.a. Assistir na gestão dos sentimentos e expectativas relativos à perda 2.b. Encorajar a expressão de sentimentos e expectativas relativos à perda 3.a. Avaliar o Luto (perda), se é adequado ou difícil

3ª sessão – 24 janeiro de 2024, turno da manhã.

Doente observada no leito, menos reativa em comparação com turnos anteriores. Ligeira polipneia (28cpm), sem ruídos respiratórios, mas com respiração audível. Apirética, mas às 7h fez febre (38°C); foi administrado Diclofenac em SOS, que normalizou a temperatura. Manteve edemas, com sinal de Godet ligeiro. Sonda vesical permeável, com diurese de 250ml/24h (no dia 23 foi necessário realizar lavagem da sonda vesical (irrigação), uma vez que obstruiu por

sedimento da urina, tendo ficado novamente permeável. Foi feito reajuste terapêutico, manteve toda a medicação que estava prescrita e de novo passou a ter prescrito o Diclofenac 2x/dia (12/12h), e ficou com o paracetamol retal em SOS (se febre). Doente em possível situação de últimos dias de vida.

Reflexão sobre a abordagem de cuidados prestados à Sra B

Como descrito na história da doença atual, a equipa do SU reuniu com a família, para explicar a situação clínica, riscos/benefícios da tratar a perfuração do cólon. Nessa reunião ficou decidido que a Sra B, dadas as comorbilidades e prognóstico, seria uma doente não candidata a tratamento cirúrgico e que ficaria internada para cuidados de conforto, isto é, controlo de sintomas. Tendo sido informada, a família, de que a doente teria, possivelmente, poucos dias de vida.

Quando foi decidido que a doente não beneficiaria no tratamento cirúrgico, e que ficaria internada para cuidados de conforto, pode-se afirmar que, nesta decisão, estão subjacentes os princípios da beneficência e da não maleficência, que são dois dos pilares éticos fundamentais da prática médica. O princípio da beneficência destaca a obrigação moral dos profissionais de saúde de agir no melhor interesse do doente e de promover o seu bem-estar, procurando sempre maximizar os benefícios e minimizar os danos. O princípio da não maleficência enfatiza a obrigação dos profissionais de saúde de não causar dano desnecessário ao doente e de evitar causar sofrimento injustificado, isto é, devem agir de forma a evitar danos físicos, emocionais e psicológicos ao doente, sempre que possível, incluindo, a prevenção de complicações iatrogénicas (causadas por tratamentos médicos), a consideração dos efeitos colaterais adversos dos tratamentos e, a avaliação cuidadosa dos riscos e benefícios de qualquer intervenção médica.

A equipa médica assistente pedia análises sanguíneas com regularidade (2 a 3x/semana), e uma vez que a doente apresentou melhoria na proteína C reativa, optaram por iniciar antibioterapia e manter soroterapia (este soro poderia estar a contribuir para o edema, aumentando o desconforto). Esta decisão pode ser interpretada como tendo por base o princípio da beneficência, em que o objetivo maior é a promoção do bem-estar, isto é, esta medida pode contribuir para a redução da dor/desconforto abdominal; ou então, pode ser interpretado como um tratamento inadequado ao doente. Este tratamento pode ser por defeito (quando se assume que "não há nada a fazer"), ou por excesso (quando ocorre "encarniçamento terapêutico"). O "encarniçamento terapêutico", também conhecido como obstinação terapêutica ou tratamento fútil, em que se continua a aplicar tratamentos ou procedimentos invasivos quando não há benefícios claros para o doente, mesmo quando o doente está em estado terminal ou quando os tratamentos não oferecem perspetivas reais de melhoria significativa da saúde ou qualidade de vida. O encarniçamento terapêutico pode ser ética e moralmente questionável, pois pode

resultar em sofrimento desnecessário para o doente e para os seus familiares, além de consumir recursos médicos preciosos que poderiam ser direcionados para cuidados mais adequados à condição clínica. Em muitos casos, é importante que haja uma discussão clara e aberta entre a equipa médica e de enfermagem, o doente e a família sobre os objetivos do tratamento e os desejos do doente em relação aos cuidados no final da vida. O encarniçamento terapêutico pode estar associado à distanásia, que é o prolongamento excessivo e desnecessário do processo de morrer de um doente, geralmente através de medidas médicas extraordinárias que apenas adiam o inevitável. Este tratamento não oferece benefícios significativos.

Alguns profissionais de saúde regem-se pelo paradigma curativo, isto é, por uma abordagem que se centra na cura de doenças e na restauração da saúde física, em que o objetivo principal é eliminar ou controlar a doença para que o doente possa recuperar a sua saúde e bem-estar. Neste paradigma, a saúde é frequentemente vista como a ausência de doença, e o foco está na correção de problemas físicos ou biológicos.

Enquanto que, o tratamento de suporte, também conhecido como cuidados de suporte, refere-se a uma abordagem que se concentra no alívio dos sintomas e no suporte ao doente em vez de procurar a cura da doença subjacente. Esse tipo de tratamento é frequentemente utilizado em doentes com doenças graves, crónicas ou terminais, onde o objetivo principal é melhorar a qualidade de vida e o conforto do doente. O tratamento de suporte pode incluir uma variedade de intervenções, tais como: controlo da dor, controlo dos sintomas, suporte nutricional, cuidados de higiene, suporte emocional e planeamento avançado de cuidados. O tratamento de suporte é geralmente gerido por uma equipa interdisciplinar de profissionais de saúde, que podem incluir médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, capelães e terapeutas especializados em cuidados paliativos. O objetivo é oferecer uma abordagem abrangente que atenda às necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais do doente e da sua família ao longo do curso da doença. Para melhorar a qualidade de vida dos doentes com doenças graves e avançadas, proporcionando conforto, dignidade e apoio durante todo o curso da doença.

Cada ser humano é único na sua forma de viver e de morrer, daí que quando se lida com questões relacionadas à vida e à morte, é importante reconhecer e respeitar essa individualidade, adaptando os cuidados e o suporte oferecido às necessidades específicas de cada pessoa. Alguns profissionais de saúde podem ter dificuldade em fazer a transição de um tratamento curativo para um tratamento de suporte, ou então, lidar com a finitude de uma pessoa, pode estar relacionado com:

- A cultura profissional: em muitas disciplinas de saúde, há uma cultura enraizada que valoriza o tratamento curativo como a principal abordagem para lidar com doenças. Isso pode levar os profissionais de saúde a se concentrarem, principalmente, em intervenções curativas, mesmo em fases avançadas da doença;
- A falta de conhecimento sobre Cuidados Paliativos: alguns profissionais de saúde podem não

estar totalmente familiarizados com os princípios e práticas dos cuidados paliativos. Eles podem não entender completamente o papel e os benefícios dos cuidados paliativos na gestão de doenças graves e avançadas;

- A crença na obrigação de curar: alguns profissionais de saúde podem sentir uma obrigação moral ou ética de tentar curar ou prolongar a vida dos doentes a qualquer custo. Eles podem acreditar que é da sua responsabilidade fazer tudo o que estiver ao seu alcance para tentar salvar a vida dos doentes, mesmo quando os benefícios do tratamento curativo são limitados;
- Desafios emocionais: lidar com a morte e a terminalidade da doença pode ser emocionalmente desafiador para muitos profissionais de saúde; eles podem evitar discutir ou considerar os cuidados paliativos como uma forma de evitar confrontar os seus próprios sentimentos sobre a morte e o morrer (Amoedo et al., 2023; Borges & Junior, 2014; Cardoso et al., 2013; Freitas et al., 2022).

Superar essas barreiras requer educação contínua sobre os princípios e práticas dos cuidados paliativos, apoio institucional para a implementação eficaz de cuidados paliativos e uma mudança cultural em relação ao tratamento de doenças graves e avançadas. É importante que os profissionais de saúde reconheçam a importância de oferecer cuidados holísticos e compassivos aos doentes, mesmo quando os objetivos de tratamento mudem de cura para cuidados de suporte.

A equipa de cirurgia geral realizou o pedido de colaboração para os Cuidados Paliativos, 10 dias após o internamento, para otimização de terapêutica e acompanhamento pelos CP. Este, poderia ter sido realizado, aquando da decisão de internamento para o tratamento de suporte. Uma vez que a EIHSCP tem um papel multifacetado e abrangente, em que faz parte das suas funções: avaliação e planeamento de cuidados (colabora com a equipa médica e de enfermagem para desenvolver planos de cuidados individualizados e centrados no doente); controlo de sintomas (é responsável por gerir e aliviar os sintomas dos doentes, como a dor, dispneia, náuseas, ansiedade e outros desconfortos); suporte emocional e espiritual (além de cuidar das necessidades físicas dos doentes, a equipa também oferece suporte emocional e espiritual. Ajudam os doentes e as suas famílias a lidar com o stress, a ansiedade, o medo e outros aspetos emocionais da doença avançada e do final da vida); comunicação e tomada de decisão (facilita a comunicação eficaz entre o doente, família e a equipa médica); coordenação de cuidados (a equipa colabora com outros profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas, para garantir uma abordagem integrada e coordenada nos cuidados ao doente para atender às suas necessidades holísticas); e educação e suporte à equipa (além de cuidar dos doentes, a EIHSCP também fornece educação e suporte à equipa hospitalar em questões relacionadas aos cuidados paliativos, ajudam a aumentar a conscientização sobre os cuidados paliativos e a melhorar a competência da equipa na prestação de cuidados de qualidade). Assim sendo, a EIHSCP trabalha em colaboração com a

equipa de internamento para garantir uma abordagem abrangente e centrada no doente, com o foco na honestidade, esperança e transparência (Capelas et al., 2017).

A comunicação eficaz é essencial para os profissionais de saúde que trabalham nos cuidados paliativos. Construir e manter uma boa relação com o doente/família pode ter um impacto significativo na forma como eles percebem e lidam com a informação sobre a doença, prognóstico e tratamentos. É fundamental que os profissionais de saúde em cuidados paliativos forneçam informações claras, honestas e compreensíveis ao doente/família. Não apenas isso é um direito deles, mas também é um dever médico e ético dos profissionais de saúde. Ter acesso à informação ajuda o doente/família a tomarem decisões informadas sobre o seu cuidado, a prepararem-se para o futuro e a lidarem com os desafios emocionais associados à doença grave e/ou terminal. Além disso, uma comunicação empática e sensível pode ajudar a fortalecer o relacionamento entre o doente, a sua família e a equipa de saúde, promovendo confiança, compreensão e apoio mútuo ao longo do processo de cuidados paliativos (Soares, 2016).

Nos cuidados de fim de vida, é essencial garantir a privacidade e honrar a intimidade do doente para satisfazer as suas necessidades e possibilitar despedidas, encerrar ciclos e prestar cuidados especializados. A presença dos sintomas tem impacto, não só no doente, mas também no cuidador/família, afetando a qualidade de vida de ambos.

Em forma de síntese pode-se afirmar que, os cuidados paliativos exigem um corpo de conhecimentos, atitudes e competências, nomeadamente boas competências de comunicação e compaixão, aliados a um rigoroso conhecimento científico, baseado na evidência mais recente, e competências clínicas específicas (Capelas et al., 2017).

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa deve desenvolver um conjunto de competências. Estas podem ser comuns a todas as áreas da especialidade e específicas da área da pessoa em situação paliativa. As competências comuns são enunciadas no Regulamento nº 140/2019 e as competências específicas são apresentadas no Regulamento nº 429/2018.

5.1. Competências Comuns

O Regulamento nº140/2019 define o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados enquadrando as competências em quatro domínios: o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; o domínio da melhoria contínua da qualidade; o domínio da gestão dos cuidados; e o domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o enfermeiro especialista tem de ser capaz de desenvolver uma “prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e, ao mesmo tempo, tem que garantir “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento nº 140/2019, p.4745). As pessoas em situação paliativa, em conjunto com seus familiares/cuidadores, encontram-se numa situação de vulnerabilidade devido à doença avançada, progressiva e terminal. A OMS (2020), define os cuidados paliativos como sendo uma “abordagem que promove a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças com risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento”, e menciona, ainda, que “os cuidados paliativos estão explicitamente reconhecidos como um direito humano na área da saúde, devendo ser providenciados através de serviços de saúde integrados e centrados na pessoa, dando especial atenção às necessidades e preferências de cada indivíduo” (OMS, 2020). Assim sendo, o enfermeiro especialista é responsável por prestar cuidados que respeitem os direitos e a dignidade da pessoa em situação paliativa e dos seus familiares, ao mesmo tempo que cumpre os pressupostos éticos e legais da sua profissão.

Ao longo do ensino clínico, procurei perceber os valores e crenças de cada doente e dos seus familiares, promovendo a inclusão e respeito das opções de cada um, na planificação de cuidados elaborada, p.e., numa doente com neoplasia da mama, muçulmana, na elaboração do seu plano de cuidados, tive em conta a sua crença religiosa. Disponibilizei-me para colocar a cama na posição pretendida para orar, respeitando os seus tempos de oração, por forma a não interferir com a minha ação, por exemplo aquando da implementação das intervenções. Sempre que possível, promovi o direito do doente e da sua família à privacidade, como através do correr de cortinas ou fechando a porta da enfermaria, e assegurei a confidencialidade e segurança da informação partilhada. Durante o estágio mantive os pressupostos éticos, legais e deontológicos

da profissão de enfermagem presentes, procurando adotar uma conduta promotora da dignidade dos doentes.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista tem de ser capaz de garantir “um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, desenvolver “práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”, e ainda, proporcionar “um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº 140/2019, p.4745). Deste modo, o enfermeiro especialista é responsável por desenvolver, gerir e colaborar na melhoria contínua dos cuidados, levando à criação de um ambiente de cuidados seguro. Esta responsabilidade deve ter por base uma prática baseada na evidência e na capacidade crítica e reflexiva dos profissionais de enfermagem.

Durante o estágio, procurei fundamentar a minha prática clínica na evidência científica mais recente. Ao refletir sobre as práticas em uso, pude identificar alguns aspetos que necessitavam de ser aperfeiçoados, esforçando-me assim, no que à minha intervenção diz respeito, para desenvolvê-los e melhorá-los. Tive a possibilidade de participar nas reuniões diárias da equipa multidisciplinar, em que eram abordados os diversos casos clínicos, as efetivas necessidades dos doentes e quais as áreas que necessitavam de uma intervenção prioritária, sempre com o objetivo do bem-estar do doente e respetiva família. Sempre que possível, procurei perceber os valores e crenças de cada doente e dos seus familiares, elaborando o plano de cuidados adaptado às suas necessidades espirituais e culturais, tendo por base a filosofia dos cuidados paliativos e a melhor evidência. Colaborei ainda, com as equipas, na organização do plano de trabalho, adotando em simultâneo estratégias de prevenção do erro nos diferentes aspetos do cuidar, para fomentar uma prestação de cuidados segura. Cumpri, sempre, as normas de controlo de infeção na prestação de cuidados ao doente, especialmente, nos que se encontravam em isolamento de contato (doentes infetados ou imunodeprimidos), de acordo com as normas da instituição hospitalar, p.e., utilizando como recurso o equipamento de proteção individual (bata, luvas, máscara e/ou touca), desinfetando as mãos antes e depois de contactar com o doente/familiar/cuidador, lavando as mãos com a frequência exigida, não utilizando adornos nas mãos e braços (anéis, relógio e pulseiras), exceto a aliança de casamento, bem como ter o cabelo preso, por forma a não tocar no doente durante a prestação de cuidados e, na utilização de brincos, estes seriam curtos e/ou pequenos.

No domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista tem de ser capaz de gerir “os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”, ao mesmo tempo que tem de adaptar “a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº 140/2019, p.4745).

Ao longo do estágio, foram várias as experiências que permitiram desenvolver habilidades e capacidades relevantes para a prática de gestão. Salientando-se assim, a gestão de camas para pessoas em situação paliativa, a priorização das pessoas para as vagas disponíveis de acordo com as necessidades inerentes à situação de doença, e processos de tomada de decisão no âmbito do plano de cuidados, p.e., nos doentes acompanhados pela EIHS CP, participava nas discussões dos casos clínicos, nomeadamente os mais complexos, para se decidir qual ou quais os doentes que teriam prioridade de serem transferidos para a UC PED, tendo em consideração o doente/família/cuidador como a unidade de cuidados. Tive a possibilidade de colaborar nas

decisões da equipa multidisciplinar, reconhecendo, por exemplo, situações em que havia necessidade de colaboração de outros prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente, da psicóloga ou do representante religioso. Colaborei também, nos processos de tomada de decisão da equipa de saúde, melhorando a informação para o processo de tomada de decisão da equipa no processo de cuidar, e ainda, reconhecendo quando seria o momento de indicar os doentes para outros cuidados de saúde, p.e., nos doentes acompanhados pela EIHS CP ou doentes da UC PED, fazer a referência para a Rede Nacional de Cuidados Paliativos, ou, nos doentes que teriam alta para o domicílio, articular com a equipa comunitária de cuidados paliativos; se não houvesse esta equipa na área de residência do doente, a informação era gerida com a equipa dos cuidados de saúde primários. Sempre que achei necessário, procurei obter mais informação para otimizar a minha tomada de decisão, utilizando todos os recursos que tinha disponíveis de forma eficiente. Percebi o papel de cada elemento da equipa, bem como as suas funções, responsabilidades e valores dentro da equipa multidisciplinar.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista tem de ser capaz de desenvolver “o autoconhecimento e a assertividade”, bem como basear “a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento nº 140/2019, p.4745).

Durante o ensino clínico procurei desenvolver o meu autoconhecimento, identificando fatores que necessitavam de ser melhorados, nomeadamente, a avaliação da dor na pessoa em situação paliativa com alterações cognitivas. Fui capaz de melhorar a gestão de sentimentos e emoções que poderiam influenciar a prestação de cuidados e a relação com o doente e os seus familiares, ou até mesmo com a equipa multidisciplinar e interdisciplinar. Procurei aplicar conhecimentos especializados na prática de cuidados, aproveitando todas as oportunidades de aprendizagem que me foram surgindo. A formação na área dos cuidados paliativos é fundamental para a prática clínica especializada, dado que capacita o profissional de saúde com um conjunto de saberes específicos que facilitam o processo de tomada de decisão na promoção do conforto da pessoa em situação paliativa. Para que as equipas de cuidados paliativos mantenham a sua intervenção técnica, humana e ética, sustentadas na melhor evidência, é essencial a constante aquisição e atualização de conhecimentos e, nesta perspetiva, a formação contínua é uma exigência para a prestação de cuidados de qualidade. Assim, no âmbito do estágio e de encontro com a temática selecionada para o ensino clínico, foi realizada uma revisão de literatura do tipo scoping review com o tema – avaliação e controlo da dor na pessoa adulta em situação paliativa com alterações cognitivas (Anexo II). Dessa revisão, foi elaborada uma formação que incluiu a apresentação de um póster ao serviço; no final da formação, foi oferecido um panfleto com duas escalas de heteroavaliação da dor e que estão traduzidas para o português europeu (Anexo IV). O póster ficou exposto na sala de Enfermagem e foi elaborado um documento físico, que foi deixado no serviço, onde consta: o plano pedagógico, o resumo, a imagem do póster, as escalas referidas e os artigos que sustentaram a revisão de literatura. Os artigos também foram deixados em suporte digital. Durante o ensino clínico, foi possível partilhar e disseminar o conhecimento científico, tendo participado no 3º Fórum Internacional do Autocuidado, no Porto, com a apresentação de um póster com o título ‘Suporte ao Luto dos Profissionais de Saúde em contexto de cuidados paliativos: uma scoping review’ (Anexo 5). Assim, neste estágio foram desenvolvidas competências nesta dimensão, colaborando para a existência de informação pertinente e atualizada sobre temáticas de

interesse para a área dos cuidados paliativos. Ainda tive a possibilidade de frequentar o curso básico de Cuidados Paliativos Pediátricos, que está disponível na plataforma online “Academia” dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, acessíveis gratuitamente aos profissionais de saúde do SNS (Anexo 6).

As competências comuns do enfermeiro especialista são competências gerais que podem ser trabalhadas em conjunto com as competências específicas de cada área de especialização, permitindo assim, que o enfermeiro especialista tenha uma compreensão abrangente e holística de sua prática. Nesse sentido, cada caso acompanhado durante o ensino clínico contribuiu para o desenvolvimento destas competências. No ponto seguinte, irão ser apresentados e desenvolvidos exemplos de alguns casos clínicos, para dar suporte à demonstração da aquisição das competências específicas de um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

5.2. Competências Específicas

O primeiro momento do Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II, correspondendo a 170h presenciais, decorreu numa Unidade de Cuidados Paliativos de Elevada Diferenciação (UCPED), em que me foi possível prestar cuidados diretos a doentes em situação paliativa. A sua maioria apresentava um diagnóstico de doença oncológica, sendo a neoplasia pulmonar a mais frequente, procedida pela neoplasia gástrica e hepática. Para além destes, surgiram casos de doentes com doença não oncológica; os mais frequentes foram a demência e as doenças do foro respiratório.

O segundo momento do Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II, correspondendo a 170h presenciais, decorreram numa Equipa Intra Hospital de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), em que me foi possível colaborar nos cuidados de consultadoria a doentes em situação paliativa. A maioria apresentava diagnóstico de doença oncológica, sendo a neoplasia do cólon e reto a mais frequente, procedida pela neoplasia pulmonar. Para além destes, surgiram casos de doença não oncológica; os mais frequentes foram por doenças de foro respiratório.

Os casos descritos, que decorreram nos dois momentos de estágio, permitiram-me desenvolver um conjunto de competências específicas. Tendo por base o Regulamento nº 429/2018, onde estão esplanadas as duas competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, serão apresentadas com as respetivas unidades de competência, sendo descrito, em cada uma, a forma do seu desenvolvimento com base nos seus respetivos critérios de avaliação.

Competência 1 - “Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” (Regulamento nº 429/2018, p.19365).

a) Identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares; e **b)** Promove intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e

terminal, seus cuidadores/familiares respeitando as suas preferências.

Realizadas as colheitas de dados que permitiram a identificação de necessidades (ao nível físico, psíquico e emocional, espiritual e sociofamiliar), sintomas, valores, crenças e expectativas para cada doente/cuidador/familiar, para se respeitar a diversidade individual, cultural e espiritual de cada um. Após a identificação das necessidades, foram estabelecidos planos de cuidados tendo por base a filosofia dos cuidados paliativos e a melhor evidência que, na sua grande maioria, tinha como propósito o alívio sintomático (sintomas físicos e psicológicos). O grau de dependência dos doentes foi avaliado e a conceção de cuidados adaptada às suas necessidades individuais. Tendo como princípio básico de que a intervenção se faz com base nas necessidades da pessoa em situação paliativa e família, e não no diagnóstico médico.

Foram utilizadas ferramentas estruturadas como a escala ESAS (*Edmonton Symptom Assessment System*), que avalia nove sintomas: dor, cansaço, sonolência, náusea, falta de apetite, depressão, ansiedade, falta de ar e bem-estar; a gravidade de cada sintoma é avaliada numa escala de 0 a 10, em que zero significa ausência do sintoma e 10 significa que o sintoma está na pior gravidade possível; a escala PPS (*Palliative Performance Scale*), que avalia a deambulação, atividade e evidência da doença, autocuidado, ingestão de alimentos e nível da consciência; Escala do nível de Consciência para Cuidados Paliativos/Escala de Coma de Glasgow, Escala qualitativa (para autoavaliação da dor) ou Escala PAINED (*Pain Assessment in Advanced Demencia*), para heteroavaliação da dor e Escala verbal (ligeira a insuportável) para avaliação da dispneia.

Foram identificados sintomas físicos, tais como: dor, dispneia, náusea, vômito, obstipação, edema (anasarca, edema localizado e/ou ascite), anorexia, disfagia, xerostomia e intolerância a atividade física. Foram identificados, também, sintomas psicológicos, tais como: ansiedade, tristeza, depressão, alteração do padrão de sono, irritabilidade, dificuldade de concentração e *delirium*. E ainda, foram identificados outros sintomas, tais como: alteração da imagem corporal, alteração das funções do corpo, alteração da função social e profissional, e dependência (perda de autonomia).

Sendo o controlo de sintomas, um dos pilares dos CP, a sua avaliação deve ser feita de forma sistemática, uma vez que a monitorização e avaliação contínua dos resultados permite entender a eficácia da(s) intervenção(ões) e a necessidade de ajustar o tratamento, eventualmente; com o objetivo principal de proporcionar o conforto e maximizar o bem-estar da pessoa em situação paliativa. Assim, o controlo sintomático mostra-se essencial para se adequarem os cuidados, promovendo a excelência do cuidar.

Identifiquei, com antecipação, algumas situações de agudização de sintomas, tais como: dispneia e dor, atuando em conformidade. No caso da dispneia e/ou dor, em doentes com capacidade de decisão, foram percebidas quais as possíveis causas que pudessem estar a despoletar os problemas, em conjunto com os doentes, e foram-lhes explicados quais os recursos disponíveis para controlar o sintoma, tais como: estratégias farmacológicas (medicação que estava prescrita em SOS, esclarecimento de como e quando podia ser utilizada a medicação, etc) e não farmacológicas (na dispneia: uso de leque, abrir uma janela, técnicas/truques para beber água sem retirar a máscara de oxigénio, posição de Fowler; na dor: posicionamento antiálgico, massagem, aplicação de frio/calor, entre outros).

Assim, foram desenvolvidas competências na realização de técnicas e procedimentos tais como: administração de fármacos; utilização de material técnico de apoio para administração de

fármacos, tais como bombas infusoras, para determinar a quantidade de urina na bexiga como o Bladder Scan (aparelho de ultrassom). E ainda, realizada a gestão de processo de sedação paliativa e gestão de situação de últimas horas de vida, para o doente e para a família/cuidadores.

Estruturei planos individualizados para o doente/família/cuidador, de acordo com as suas necessidades, preservando sempre a sua dignidade, com o intuito de diminuir o sofrimento, maximizando a autonomia, a qualidade de vida e respeitando as perspetivas dos próprios. Dou como exemplo o caso de um doente acompanhado pela EIHSCP, com o diagnóstico de neoplasia cefalopancreática irressecável em tratamento de suporte; o doente encontrava-se em sofrimento psico-existencial por ter consciência do agravamento da sua dependência, com ansiedade e tristeza pela condição, em processo de adaptação ao diagnóstico muito recente. A esposa e a filha também estavam em sofrimento pela condição clínica do doente, e sem condições para cuidar dele no domicílio, no momento da nossa avaliação. Assim, foi realizada uma reunião familiar em que estavam presentes os profissionais de saúde (equipa médica do internamento e EIHSCP), a esposa, filha e genro, com o objetivo de organizar e definir o local para continuidade de cuidados; e foi pedido, também, avaliação pelo serviço social, para se identificarem as respostas sociais existentes na comunidade, na proximidade da área de residência. O doente e a família tinham vontade que os cuidados fossem realizados em casa. Durante este processo foram desmistificados alguns assuntos, feito empoderamento ao doente/família/cuidador quanto ao seu processo de autoconhecimento e estabelecimento de objetivos de cuidado, promovendo a capacitação para o processo de cuidados, através da identificação das necessidades. Depois de tudo organizado, o doente regressou ao domicílio, ficando com consulta agendada pelos CP, garantindo-se assim, a continuidade de cuidados.

Este caso clínico e outros, permitiram-me implementar intervenções autónomas e interdependentes, por forma a dar resposta às necessidades identificadas no doente/família/cuidador, nomeadamente a transmissão de informação sobre a gestão da doença, e permitindo a verbalização de sentimentos e emoções. Avaliei e adaptei, de forma contínua, as intervenções implementadas, procurando perceber a sua eficácia na resolução nas necessidades do doente/família/cuidador.

Foi promovido um ambiente seguro para o doente/família/cuidadores e profissionais de saúde. Recorri à utilização de equipamento de proteção individual, desinfeção e/ou lavagem das mãos com frequência, sempre que necessário, nomeadamente, nos doentes portadores e/ou infetados por estirpes de bactérias produtoras de enzimas carbapenemases (apresentam resistência aos antibióticos carbapenémicos), ou nos doentes imunodeprimidos.

c) Envolve os cuidadores/famíliares da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades.

Reuni com regularidade com os cuidadores/famíliares dos doentes, tanto na UCPED, como na EIHSCP, por forma a identificar e reavaliar as suas necessidades, para atualizar o plano de intervenção, utilizando como recurso a conferência familiar. Nestas conferências, foi possível, p.e., perceber o contexto familiar, avaliar o conhecimento do familiar/cuidador acerca da condição de saúde do doente e as suas expetativas e, ainda, para perceber o nível de sofrimento em que se encontravam, sendo possível ajustar expetativas, clarificar e desmistificar algumas ideias (p.e. relacionadas com a necessidade de ingestão de alimentos nos últimos

dias/horas de vida), e e permitir a ventilação de emoções e expressão das suas angústias (p.e., reunião com o marido de uma doente que apresentava obstrução parcial da traqueia por massa neoplásica, onde ele pôde expressar o que sentia, o medo, a tristeza, a angústia em relação à situação clínica da esposa; aí promovi uma escuta ativa e estive presente; nos contatos seguintes ele pareceu mais tranquilo). Nesta situação e noutras semelhantes, pude garantir apoio aos familiares e cuidadores, tendo em conta que estes também podem ser afetados física e psicologicamente pela condição do doente.

d) Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interdisciplinar e em articulação com os serviços de apoio.

Foram adotadas várias estratégias de comunicação (verbal e não verbal) e ajustada a comunicação de acordo com o doente e os seus familiares e cuidadores, nomeadamente, a demonstração de presença e disponibilidade, a escuta ativa, a validação de sentimentos e emoções, a explicação das complicações associadas à doença e a sua progressão, esclarecimento de dúvidas, entre outras. E ainda, ajustada a forma de comunicação às características da pessoa (doente/família/cuidador). Também foram utilizadas várias estratégias de comunicação de acordo com a relação estabelecida com os vários intervenientes no processo de cuidar (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistente social, psicólogo e representante religioso). Deste modo, pude promover a dinamização do trabalho em equipa, de modo a garantir que o doente tivesse acesso ao melhor tratamento possível (tendo em conta a progressão da sua doença), trabalhando de forma colaborativa com os diferentes intervenientes no processo de cuidar. Assim, participei de forma ativa nas reuniões de serviço/discussão de casos clínicos, fomentei a partilha de informação baseada na minha formação e na minha experiência profissional, tanto na discussão de casos clínicos (EIHSCP), como também nas passagens de turno (UCPED), p.e., relacionado com o manuseamento e otimização de sondas nasojejunais. Com a equipa médica discuti as necessidades de alterações/ajustes da terapêutica instituída, como exemplo. Solicitei, igualmente, o apoio de outros profissionais, tais como, psicóloga, representante religioso/espiritual e assistente social (quer do serviço de CP, quer do serviço de internamento do doente).

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

a) Respeita a singularidade e autonomia da pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares no acompanhamento de vivências individuais específicas, no processo de morrer e de luto; e **b)** Promove parcerias terapêuticas com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares.

Adotada uma abordagem humanística no processo de cuidar do doente/família/cuidador, proporcionando o seu empoderamento quanto ao processo de autoconhecimento e estabelecidos objetivos de cuidados para o doente/família/cuidador, promovendo a sua capacitação para o processo de cuidar. Desenvolvidos planos de cuidados individualizados

direcionados à fase de progressão da doença e implementadas intervenções autónomas e interdependentes que permitiram dar resposta a essas necessidades. As intervenções tinham como objetivo a preparação do doente/família/cuidador para as perdas que poderiam surgir (no doente e na família/cuidador), e estas intervenções podiam atuar a três níveis: físico, cognitivo e emocional. Foi possível, assim, prestar apoio e intervir no processo de luto, tendo em conta que, o luto pode ser entendido como uma resposta emocional à perda de alguém ou de algo (coisa ou acontecimento) com a qual uma pessoa está vinculada, desencadeando um conjunto de sentimentos e emoções negativas (tais como, medo, culpa e arrependimento).

Utilizei algumas estratégias de comunicação como recurso, baseadas na empatia, autenticidade, assertividade e compaixão, sendo que, uma boa comunicação nesta fase (fim de vida) pode ajudar a diminuir a incerteza e os medos, e a aumentar a capacidade de adaptação do doente/família/cuidador, por se sentir acompanhado(a) e apoiado(a).

Participei como mediadora entre o doente, os seus familiares/cuidadores e equipa multidisciplinar, em situações que poderiam ser promotoras de stress, p.e., doente com diagnóstico principal de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) com bronquiectasias, asma e fibroelastose; a equipa médica do internamento tencionava dar alta à doente, assinalando que a fase de agudização da doença estava controlada; sempre que a doente era abordada com a possibilidade de alta, ficava em sofrimento; a EIHSCP teve um papel de mediador. Procurei ter em conta a opinião, desejos e vontades do doente/família/cuidador, podendo assim identificar quais as suas prioridades, e gerir de forma hierarquizada as minhas intervenções. Sempre que necessário, os objetivos de cuidados e das intervenções implementadas eram revistos em parceria (equipa de saúde e doente/família/cuidador) e, quando necessário, recorreu-se à negociação de alguns aspetos, para promover o equilíbrio entre o que era necessário fazer, de acordo com a condição clínica do doente, e a vontade do doente/família/cuidador. Alguns familiares/cuidadores foram incluídos no ato de cuidar, p.e., quando o doente pedia para ser o familiar/cuidador a prestar os cuidados de higiene e/ou a auxiliar na alimentação. Envolvi, quando possível, o doente na gestão das intervenções executadas, p.e., assinalando o local de preferência para os cuidados de higiene (cama ou chuveiro), referindo se pretendia tomar o pequeno-almoço antes ou depois do banho, entre outros.

Os doentes/famíliares/cuidadores foram abordados quanto ao local de preferência de cuidados em fim de vida, existindo doentes que preferiam o hospital e, outros, o domicílio.

Nas situações em que o doente referiu o hospital como local preferencial para os cuidados em fim de vida, eram doentes que se encontravam em sofrimento (quer pelo trajeto e progressão da doença, quer pela sobrecarga que provocavam à família, pelo aumento da sua dependência e pelas agudizações da doença, e possibilidade de descontrolo sintomático).

Nos casos em que o doente/família/cuidador referiu o domicílio como local preferencial para os cuidados em fim de vida, havia uma maior aceitação e compreensão da morte como um processo natural, e os sintomas estavam melhor controlados, p.e., doente com diagnóstico principal de Demência numa fase avançada (dependente nas AVD's, com alterações da comunicação), mas o que motivou o internamento foi um quadro de suboclusão intestinal e possível hemorragia digestiva(não foi investigada a etiologia); após o controlo de sintomas, a doente foi para o domicílio, para ser cuidada pelos familiares; neste caso, todos os familiares com quem contatei (filhos e netos), demonstraram vontade de a acompanhar em casa.

Previamente, foi realizada uma conferência familiar (com os vários elementos da família), para decidir o melhor local de cuidados para a doente, em que a equipa de saúde tentou perceber se esta família já se encontrava capaz de cuidar da doente no domicílio, ou se era necessário providenciar mais algum recurso. Esta família estava tranquila com a situação clínica da doente e, têm a perceção de que a alimentação, nesta fase, é apenas para conforto da doente. Por outro lado, mencionaram que a doente, numa fase inicial da demência, tinha referido que gostaria de morrer em casa.

c) Negoceia objetivos/metapas de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico.

Negociar em CP envolve discutir e definir o plano de cuidados e os objetivos de tratamento, tendo em consideração os valores, preferências e necessidades do doente e da sua família. Deste modo, foram identificadas as necessidades tanto dos doentes como dos seus familiares/cuidadores, estabelecendo uma relação terapêutica, promovendo o empoderamento e capacitando-os, assim, para a tomada de decisão e as ações de participação nos cuidados. Utilizei várias estratégias de comunicação e uma abordagem colaborativa e centrada no doente em fim de vida. Em conjunto com o doente/família/cuidador, procurei estabelecer objetivos de cuidados realistas, para posteriormente serem atingidos de forma conjunta. Foram trabalhados aspetos como a gestão farmacológica, a gestão do local de cuidados e de morte e a organização de cuidados segundo a vontade do doente e dos seus familiares/cuidadores. Procurei perceber quais as preferências e vontades relativamente a vários aspetos, por exemplo, quanto aos cuidados ao corpo após a morte. A este propósito refiro uma doente muçulmana que faleceu na UCPED, em que foram os familiares (mulheres) que cuidaram do corpo e realizam os rituais religiosos.

Assim, ao efetuar a negociação de objetivos/metapas de cuidados, desenvolvi ainda, competências na área da comunicação que foram efetuadas com a pessoa em situação paliativa, com a família/cuidador e com a equipa multidisciplinar.

d) Reconhece os efeitos da natureza do cuidar na pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, nos seus cuidadores/familiares, sobre si, outros membros da equipa, respondendo de forma eficaz.

Identifiquei alguns fatores de risco e situações problemáticas que podem estar associados à exaustão física e emocional do cuidador (cuidador informal/família e cuidador formal/profissionais de saúde). Alguns fatores identificados para o cuidador informal foram: a progressão rápida da doença, o aumento do grau de dependência do doente, ser cuidador de outra pessoa dependente, entre outros. Para os cuidadores formais, como os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, foi identificado: o lidar com doentes jovens em situação de finitude. Identifiquei como estratégias a utilizar para os profissionais de saúde: promover a alteração de rotinas de trabalho (substituição entre profissionais, passando um colega a assumir a situação geradora de stress); promover momentos de convívio informal como modo de distração (realizar atividades recreativas com os membros da equipa extra horário laboral); incorporar a discussão sobre as perdas e morte nas reuniões de equipa, por forma a promover o empoderamento e a perceção de competência dos profissionais de saúde; e trabalhar a resiliência pessoal. Em relação a esta temática, o autocuidado dos profissionais de saúde, tive

oportunidade de realizar e apresentar um póster no 3º Fórum Internacional do Autocuidado, que pode ser consultado no Anexo 5.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Este relatório é uma reflexão do percurso até aqui efetuado, que permite demonstrar o desenvolvimento das competências especializadas na conceção, organização, planeamento, execução e avaliação no âmbito da intervenção em cuidados paliativos; este capítulo reflete a análise crítico-reflexiva sobre as atividades, habilidades, capacidades e competências desenvolvidos ao longo do estágio, discutidas em torno dos pilares fundamentais dos cuidados paliativos, nomeadamente: o controlo de sintomas, a comunicação, o apoio à família e o trabalho em equipa (OE, 2017).

A realização do estágio permitiu uma articulação entre o conhecimento teórico e a praxis clínica levando ao desenvolvimento de competências especializadas a nível de: identificação de sintomas; planeamento, da intervenção e avaliação através da elaboração de planos de cuidados; e desenvolvimento de competências na implementação de técnicas e procedimentos farmacológicos e não farmacológicos. O enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa deve ter uma intervenção bem fundamentada, para poder ser um elo essencial no processo de cuidar e simultaneamente um elemento promotor da qualidade dos cuidados.

Sendo o enfermeiro o profissional de saúde que permanece mais tempo junto do doente, exerce assim um papel fundamental, dado que é um profissional capacitado para identificar sinais e sintomas, prestar e avaliar os cuidados apropriados e em simultâneo promover o controlo de sintomas. A gestão da dor é considerada um imperativo ético, uma vez que é um direito da pessoa em situação paliativa, sendo que o controlo adequado da dor é essencial para a humanização de cuidados. Deste modo, defini como objetivo geral no Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I - adquirir competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação paliativa relativas à avaliação e controlo da dor. Estabeleci objetivos intermédios e específicos a serem alcançados no Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II, tais como:

- Desenvolver competências de pesquisa sobre a avaliação e controlo da dor na pessoa adulta em situação paliativa com alterações cognitivas, em contexto hospitalar;
- Desenvolver competências de praxis clínica especializada na avaliação e controlo da dor;
- Desenvolver competências de conceção de cuidados na pessoa adulta em situação paliativa com alterações cognitivas, com dor;
- Desenvolver competências especializadas de integração da família e/ou cuidador na avaliação

e controlo da dor na pessoa adulta em situação paliativa com alterações cognitivas, em contexto hospitalar.

Para o desenvolvimento de competências de pesquisa sobre a avaliação e controlo da dor na pessoa adulta em situação paliativa com alterações cognitivas, aprofundi o conceito de dor, aprofundi o conceito de alterações cognitivas, identifiquei instrumentos de avaliação da dor que melhor se adequem à condição da pessoa adulta em situação paliativa com alterações cognitivas, compreendi a importância da avaliação da dor nos doentes com alterações cognitivas e identifiquei intervenções de enfermagem para o controlo da dor. Para a obtenção destes resultados, efetuei revisão de literatura, recolhi informação junto dos profissionais de enfermagem da UCPED, da EIHSCP e das equipas assistenciais dos doentes a quem a EIHSCP presta consultadoria e recolhi informação junto das pessoas significativas do doente.

Para o desenvolvimento de competências de praxis clínica especializada na avaliação e controlo da dor, identifiquei a avaliação da dor efetuada por diferentes enfermeiros, identifiquei as intervenções implementadas face à dor, realizadas por diferentes enfermeiros e identifiquei fatores condicionantes da implementação das intervenções. Para a obtenção destes resultados, observei o comportamento dos profissionais de enfermagem na avaliação da dor, analisei a documentação dos cuidados de enfermagem aos doentes com dor, refleti e discuti com os enfermeiros acerca da identificação e controlo da dor nos doentes e observei as respostas dos doentes às intervenções.

Para o desenvolvimento de competências de conceção de cuidados na pessoa adulta em situação paliativa com alterações cognitivas, com dor, identifiquei sinais preditores de dor, prescrevi, implementei e avaliei intervenções relacionadas com a avaliação e controlo da dor, segundo a melhor e mais atual evidência e identifiquei indicadores de redução da dor. Para a obtenção destes resultados, efetuei pesquisa bibliográfica, recolhi informação junto dos profissionais de enfermagem da UCPED, da EIHSCP e das equipas assistenciais dos doentes a quem a EIHSCP presta consultadoria, recolhi informação junto das pessoas significativas do doente, e ainda, planifiquei os cuidados de enfermagem no aplicativo e-4Nursing nos dois casos clínicos (um relacionado com doença oncológica e outro com demência).

Para o desenvolvimento de competências especializadas de integração da família e/ou cuidador na avaliação e controlo da dor na pessoa adulta em situação paliativa com alterações cognitivas, envolvi a família e/ou cuidador para otimizar resultados no controlo da dor do seu familiar. Para a obtenção destes resultados, efetuei pesquisa bibliográfica, recolhi informação junto dos profissionais de enfermagem da UCPED, da EIHSCP e das equipas assistenciais dos doentes a quem a EIHSCP presta consultadoria, recolhi informação junto das pessoas significativas do doente, integrei a família na conceção de cuidados e implementei ações de enfermagem.

Para realizar uma gestão eficaz dos sintomas, tive de estabelecer uma verdadeira relação de

ajuda, com uma comunicação empática e escuta ativa. Ao avaliar os sintomas, tive em consideração, a perspetiva de quem os vive, implementei estratégias adequadas, de um modo global e integrado. Procedi à monitorização dos mesmos, utilizando escalas padronizadas/ferramentas estruturadas; valorizei as queixas do doente e documentei os cuidados, tendo como propósitos da minha atuação a promoção do conforto e o bem-estar do doente. Quando necessário, foram reformulados objetivos, e os planos de cuidados, mediante as necessidades efetivas da pessoa. Avaliei ainda, o impacto que alguns sintomas tinham na vida do doente/família/cuidador, por exemplo qual o impacto da fadiga nas AVD's do doente, tive a oportunidade de ensiná-lo a adaptar-se, proporcionando algum grau de autonomia e definindo algumas estratégias adequadas. Segundo o PEDCP - 2023-2024, a avaliação de sintomas é considerada um indicador de qualidade de resultado. As atividades desenvolvidas ao longo do estágio permitiram-me mobilizar, transformar o conhecimento e desenvolver habilidades e competências na gestão e controlo dos sintomas em CP, deste modo posso afirmar que, ao longo do estágio desenvolvi e aprimorei competências na avaliação e controlo dos sintomas.

A comunicação em CP, funciona “como uma estratégia terapêutica de intervenção” (Barbosa et al., 2016, p.829). Deste modo, estabeleci comunicação com a unidade de cuidados (doente/família/cuidador) e com a equipa de saúde. Utilizei uma comunicação efetiva, ou seja, adequada e adaptada às necessidades do doente/família, tendo o cuidado de usar, de forma assertiva, a comunicação verbal e não-verbal. Isto porque, quando se está fragilizado ou doente tende-se a prestar mais atenção a esses detalhes e sinais (à linguagem não verbal, como a expressão facial, o contacto olhos nos olhos, a postura, o tom da voz e o toque), do que propriamente às palavras, porque se tem medo e se está vulnerável (Ribeirinho, 2022). Durante a prestação de cuidados procurei que a comunicação não-verbal fosse coerente com a comunicação verbal, para que a mensagem fosse validada e eficaz. Para Alvarenga (2008) a comunicação deve procurar estabelecer uma relação mútua e de confiança. Assim, procurei verificar, se a informação transmitida foi compreendida; escutei o doente/família/cuidador de forma ativa; dei oportunidade de exprimir as suas emoções/preocupações; e prestei apoio. Através da comunicação identifiquei e avaliei as necessidades de cuidado do doente/familiar/cuidador. E é também importante que exista uma adequada comunicação interdisciplinar. Através da comunicação pude realizar a avaliação inicial das necessidades, das preferências do doente/família/cuidador acerca do local de prestação de cuidados e definir os objetivos de cuidados, procedendo-se posteriormente aos registos do que foi realizado e observado; estas atividades são consideradas indicadores de qualidade de processo, segundo o PEDCP - 2023-2024, estando deste modo, a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados. Ao longo do estágio desenvolvi competências de comunicação nas interações com doente/família/cuidador e com a equipa multidisciplinar.

Durante o processo de progressão e agravamento da doença, o cuidador (que pode ser um familiar ou uma pessoa próxima do doente) pode vivenciar problemas emocionais, espirituais,

sociais e financeiros, tendo de se adaptar às situações suscitadas pela doença. O cuidado diário e continuado torna-se mais complexo na medida em que a “finitude” se aproxima pela evolução da doença. Este processo pode levar a inseguranças, incertezas e vulnerabilidades ao cuidador, podendo resultar na exaustão do cuidador. Ao longo do estágio, participei em várias conferências familiares, onde se podia proporcionar suporte psicológico; minimizar medos; e discutir temas difíceis, nomeadamente relacionados com as perdas e o luto. A conferência familiar é considerada um indicador de qualidade de processo, segundo o PEDCP - 2023-2024, estando deste modo, a contribuir para a melhoria de qualidade dos cuidados. Ao longo do estágio desenvolvi competências no apoio familiar e acompanhamento no processo de luto.

No decorrer do estágio, reconheci a individualidade de cada pessoa que integra a equipa de saúde e ofereci cuidados de saúde adequados às necessidades individuais e holísticas de cada pessoa. Promovi um trabalho em equipa inter e multidisciplinar, participando nas reuniões da equipa para discussão sobre a melhor abordagem aos doentes. A reunião multidisciplinar é considerada um indicador de qualidade de processo, segundo o PEDCP - 2023-2024, estando deste modo, a contribuir para a melhoria de qualidade dos cuidados. Ao longo do estágio desenvolvi competências a nível do trabalho em equipa.

Considerando de uma forma global, penso que alcancei os objetivos propostos para a realização do Estágio de Natureza Profissional, adquirindo competências especializadas para cuidar da pessoa com doença incurável e família/cuidador. No entanto, deparei-me com algumas dificuldades nomeadamente a articulação da atividade académica (estágio, a realização de uma revisão de literatura do tipo scoping, a redação dos dois casos clínicos e a elaboração do relatório do estágio) com a atividade profissional e a vida familiar; a elaboração do relatório de estágio, pelo facto de ficar com a sensação de que muito mais haveria para refletir de tantos momentos de vivências e aprendizagens que decorreram durante o estágio.

Como sugestão, parece-me pertinente que os profissionais de saúde que lidam com pessoas em situação paliativa tenham formação básica em cuidados paliativos, em todos os serviços, uma vez que o doente com necessidades paliativas não é exclusivo de um determinado serviço.

7. BIBLIOGRAFIA

Almeida, V. L. B. (2015). *A avaliação da dor no doente cirúrgico com alterações cognitivas* (Relatório final para a obtenção de grau de Mestre). Instituto Politécnico de Viseu.

Alvarenga, M. (2008). *A comunicação na transferência do doente em cuidados curativos para os cuidados paliativos*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/1114>

Andrade, A.; Carvalho, R.; Amorim, R.; Paiva, W.; Figueiredo, E.; & Teixeira, M. (2007). Coma e outros estados de consciência. *Revista Médica*, 86(3), 123-131. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v86i3p123-131>

Arantes, A.; Canabrava, A.; & Delage, I. (2022). Achados clínicos de iminência de morte em idosos sob cuidados paliativos: um estudo descritivo. *RECIMA 21 - Revista científica multidisciplinar*, 3(12), 5-12.

Álvarez-Linera Prado, J.; & Jiménez-Huete, A. (2019). Neuroimagen en demencia. Correlación clínico-radiológica. *Radiología*. 61(1), 66 - 81.

Alves, M.; Abril, R.; & Neto, I. (2017). Symptomatic Control in End-of-Life Patients. *Acta médica portuguesa*, 30(1), 61-68. DOI:10.20344/amp.7626.

Alzheimer's Association (2019). Alzheimer's Disease Facts and Figures. *Alzheimers Dement*, 15(3), 321-87.

Amoedo, G.; Sousa, J.; Quintanilha, L.; & Avena, K. (2023). Formação para enfrentar a morte na perspectiva de futuros médicos. *Revista bioética*, (31), 1-11. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-803420233524PT>

Azevedo, D.L. (2016). *O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos*. SBGG.

Bailey, F.; Burgio, K.; Woodby, L.; Williams, B.; Redden, D., Kovac, S.; et al. (2005). Improving processes of hospital care during the last hours of life. *Arch Intern Med*, 165(15), 1722-1727.

Barbosa, A.; Pina, P.R.; Tavares, F.; & Neto, I.G. (Eds.) (2016). *Manual de Cuidados Paliativos*. Faculdade de Medicina Lisboa.

Batalha, L.; Duarte, C.; Rosário, A.; Costa, M.; Pereira, V.; & Morgado, T. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8), 7-16. <https://doi.org/10.12707/RIII1294>

- Braga, B.; Rodrigues, J.; Alves, M.; & Galriça Neto, I. (2017). Guia Prático da Abordagem da Agonia. *Medicina Interna*, 24(1), 48-55. <https://doi.org/10.24950/rspmi.578>
- Borges, M.; & Junior, R. (2014). Comunicação na Transição para os Cuidados Paliativos: Artigo de Revisão. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 38(2), 275 - 282. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000200015>
- Brito, S.; Bertão, M.; & Freire, E. (2022). Cuidados Paliativos no Domicílio: Vias Alternativas para a Administração de Fármacos. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 29(3), 207-214. <https://doi.org/10.24950/rspmi.432>
- Capelas, M.; Coelho, S.; Silva, S.; & Ferreira, C. (2017). *Cuidar a pessoa que sofre, uma teoria de cuidados paliativos*. Universidade Católica Editora.
- Capelas, M.; & Ferreira, R. (2021). Diretório de Escalas Validadas para Português Europeu 2020. Universidade Católica Editora. <http://doi.org/10.34632/9789725407837>
- Cardoso, E.; Garcia, J.; Mota, M.; Lotério, L.; & Santos, M. (2018). Luto Antecipatório/Preparatório em Doentes com cancro: Análise da Produção Científica. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo-SPAGESP*, 19(2), 110-122.
- Cavalcanti, D.B.A. (2023). Correlações entre função cognitiva, independência funcional e risco de queda em idosos com demência de Alzheimer. *Fisioterapia Brasil*, 24(4). 398-411. doi:10.33233/fb.v24i4.5357
- Cherny, N.; Radbruch, L.; & Board of the European Association for Palliative Care. (2009). European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med*, 23(7), 581-593.
- Cluxton, C. (2019). The Challenge of Cancer Pain Assessment. *Ulster Med J*, 88(1), 43-46.
- Coelho, M.; & Ferreira, A. (2015). Cuidados paliativos: narrativas do sofrimento na escuta do outro. *Revista bioética* 23(2), 340-348. doi.org/10.1590/1983-80422015232073
- Damásio, A. (2000). *O Sentimento de Si, o corpo, a Emoção e a Neurologia da Consciência*. Publicações Europa América.
- Damásio, A. (2010). *O Livro da Consciência. Temas e debates*. Círculo de leitores.
- Deglin, J.; & Vallerand, A. (2009). *Guia Farmacológico para Enfermeiros*. Lusociência.
- Dening, K. (2023). Recognising, assessing and managing pain in a person with dementia. *JCN*, 37(4), 45-50.
- Dias, A. (2013). *Sistemas transdérmicos*. (Dissertação de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Direção Geral da Saúde – Programa Nacional de Controlo da Dor (2015). <https://pns.dgs.pt>

Direção Geral da Saúde (2022). Revisão da norma clínica 019/2015. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Direção Geral da Saúde, 1-18. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

Ellershaw, J.; & Ward, C. (2003). Care of the dying patient: the last hours or days of life. *BMJ*, 326, 30–34.

Escola Superior de Enfermagem (2023). E4Nursing. <https://www.esenf.pt/pt/noticias/plataforma-e4nursing/>

Fassbender, K.; Fainsinger, R.; Carson, M.; & Finegan, B. (2009). Cost trajectories at the end of life: the Canadian experience. *J Pain Symptom Manage*, 38(1), 75-80.

Feast, A.; White, N.; Lord, K.; Kupeli, N.; Vickerstaff, V.; & Sampson, E. (2018). Pain and delirium in people with dementia in the acute general hospital setting. *Age and Ageing*, 47, 841–846. doi: 10.1093/ageing/afy112

Ferreira, A.; Pierdevara, L.; Ventura, I.M.; Gracias, A.; Marques, J.; & Reis, M. (2018). The Gugging Swallowing Screen: A contribution to the cultural and linguistic validation for the Portuguese context. *Revista de Enfermagem de Referência*, 4(16), 85-92.

Foucault, C.; & Mongeau, S. (2018). *A Arte de Tratar em Cuidados Paliativos perspectivas de enfermagem*. Edições Piaget.

Freire, E. (2017). *Guia Prático do Controlo Sintomático*. Angelini Farmacêutica, Lda.

Freitas, R.; Oliveira, L.; Mendes, G.; Lima, F.; & Chaves, G. (2022). Barreiras para o encaminhamento para o cuidado paliativo exclusivo: a percepção do oncologista. *Saúde Debate*, 46(133), 331-345. DOI: 10.1590/0103-1104202213306

Gago, M. (2014). Perturbações da Consciência. In Sá, M. J., *Neurologia Clínica- Compreender as Doenças Neurológicas* (83-100). Edições Universidade Fernando Pessoa.

Gluck, E. H., Samuel, J., Sarrigiannidis, A., & Franklin, C. M. (2004). Altered Mental Status. In Layon, A. J., Gabrielli, A., & Fridman, W. A., *Neurointensive Care* (747-770). Philadelphia: Saunders.

Gomes, C. (2018). *Avaliação da dor no doente com neoplasia neurológica em Cuidados Paliativos* (Dissertação para obtenção do grau de mestre). Universidade de Lisboa Faculdade de Medicina.

Gonçaves, F.; Bento, M.; Alvarenga, M.; Costa E.; & Costa, L. (2008). Validation of a Consciousness Level Scale for Palliative Care. *Palliat Med* 22(6), 724-729.

<https://doi.org/10.1177/0269216308094104>

Greenberg, M., S.(2012). *Manual de Neurocirurgia*. Porto Alegre: Artemed Editora.

Harlos, M.; Krakauer, E.; & Quinn, T. (2010). Oxford Textbook of Palliative Medicine. In G. Hanks; N. Cherny; N. Christakis; M. Fallon; S. Kaasa; & R. Portenoy, *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (Fourth Edition ed., pp. 1550-1568). Oxford University Press.

Herr, K.; Coyne, P.; Manworren, R.; McCaffery, M.; Merkel, S.; Pelosi-Kelly, J.; & Wild, L. (2006). Pain Assessment in the Nonverbal Patient: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*, 7(2). 44-52. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2006.02.003>

Holmes, S. (2011). Importance of nutrition in palliative care of patients with chronic disease. *Nurs Stand*, 25(1), 48-56.

International Association for the Study of Pain (IASP). <https://bit.ly/iaspdefinitionpain>

Instituto Nacional de Estatística. (2024, fevereiro 05). *Tábuas de mortalidade para Portugal 2019-2021*. www.app.com.pt/wp-content/uploads/2022/05/30TabuasMortalidade2019_2021-1.pdf.

Instituto Nacional de Estatística. (2024, janeiro 5). *INE Causas de Morte 2021*. www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt

International Council of Nurses. (2024 janeiro 25). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Jotz, G.; & Dornelles, S. (2012). Distúrbios da deglutição. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 11(3), 70-76.

Keiser, K.; McGuire, D.; Chave, T.; & Haisfield-wolfe, M. (2020). Methodological challenges in conducting instrumentation research in non-communicative palliative care patients. *Appl Nurs Res*, 51, 151-199.

Kirkpatrick, A.; Cantrell, M.; & Smeltzer, S. (2017). A concept analysis of palliative care nursing: Advancing nursing theory. *Adv Nurs Sci*, 40(4), 356-369.

Koizumi, M.; & Araújo, G. (2005). Escala de Coma de Glasgow - subestimação em pacientes com respostas verbais impedidas. *Acta Paul Enfermagem*, 18(2). 136-142.

Kolcaba, K.; & Kolcaba, R. (1991). An analysis of the concept of Comfort. *Journal of advanced nursing* 16(11), 1301-1310. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01558.x>

Kolcaba, K. (1992). Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *ANS. Advances in nursing science*, 15(1), 1-10.

<https://doi.org/10.1097/00012272-199209000-0000>

Kübler-Ross, E. (2024). *Sobre a Morte e Morrer*. Lua de papel.

Lei n.º 52/2012, Bases dos Cuidados Paliativos. (2012). Diário da República: 1.ª série — N.º 172, 5 de setembro de 2012, páginas 5119 – 5124. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/52-2012-174841>

Malec, M.; & Shega, J. (2017). Symptom evaluation using observational assessment. *Progress in Palliative Care*, 25(1), 18-22. DOI 10.1080/09699260.2016.1193969

Martins, M. (2010). *Aliviando o sofrimento o processo de acompanhamento de enfermagem ao doente em final de vida*. (Tese para obtenção do grau de Doutor). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Mateus, A.; Ferreira, B.; Monforte, E.; Ferreira, F.; Alvarenga, M.; Silva, M.; & Leite, M. (2008). *DOR - Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros.

McManus, J.; & Sallee, D. (2005). Pain management in the prehospital environment. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 23, 415-431.

Mercadante, S.; Intravaia, G.; Villari, P.; Ferrera, P.; David, F.; & Casuccio, A. (2009). Controlled sedation for refractory symptoms in dying patients. *Journal of pain and symptom management*, 37(5), 771-779. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2008.04.020>

Morse, J. (2000). On Comfort and Comforting. *American Journal of Nursing*, 100(9), 34-38.

Mota, A.; & Mota, D. (2006). Alterações cognitivas em cuidados paliativos. In *Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia*. Barueri: Manole.

Neto, I.G. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 19(1), 68-74.

Neto, I.G. (2008). Utilização da via subcutânea na prática clínica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 15(4), 277-283.

Neto, I.G. (2020). *Cuidados Paliativos conheça-os melhor*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Ogliari, A.; & Santos, R. (2021). Sondagens. *Vittalle – Revista de Ciências da Saúde*, 33(1), 9-28.

Oliveira, A. (2011). *A Abordagem do Doente em Fase Paliativa no Hospital de Santa Maria: visão do enfermeiro*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de*

enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. ordemenfermeiros.pt

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Dor: Guia Orientador da Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros. cadernosoe-dor.pdf

Orientação da Direção Geral da Saúde, nº017/2011. (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*

Pais, C.; Silva, R.; Carvalho, S.; & Morais, A. (2019). Uma Boa Morte: Reconhecer a Agonia a Tempo. *Medicina Interna*, 26(3), 238-246.

Peters, M.; Marnie, C.; Tricco, A.; Pollock, D.; Munn, Z.; Alexander, L.; McInerney, P.; Godfrey, C.; & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI evidence synthesis*, 18(10), 2119-2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>

Pimenta, S.; & Capelas, M. (2019). A abordagem do luto em cuidados paliativos. *Cadernos De Saúde*, 11(1), 5-18. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.7247>

Pinto, G. (2010). *Carcinoma colo retal: diagnóstico e tratamento*. (Projeto de estágio de Mestrado integrado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Pires, L.; Rosendo, I.; & Cardoso, C. (2024) Necessidades Paliativas em Cuidados de Saúde Primários: Características dos doentes com Neoplasia e Demência Avançadas. *Acta Médica Portuguesa*, 37(2), 90-99. <https://doi.org/10.20344/amp.20049>

Portaria nº165/2016 que regula a Rede Nacional de Cuidados Paliativos. (2016). Diário da República: 1ª série, N.º 112. <https://ucccb.pt/wp-content/uploads/2016/09/Portaria-n%C2%BA-165-de-14-de-junho-de-20161.pdf>

Portugal, P.; Coelho, T.; & Gonçalves, C. (2020). *Demências*. Laboratório de Reabilitação Psicossocial.

Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (2017) <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22531/1/Programa%20Nacional%20para%20as%20Doen%C3%A7as%20Oncol%C3%B3gicas%202017.pdf>

Quigley, C. (2005). The role of opioids in cancer pain. *BMJ*, 331, 825-829.

Raposo, C.; Oliveira, A.; Santos, J.; Ribeiro, A.; Santos, C.; Freitas, J.; & Correia, I. (2016). Conhecimentos e atitudes dos enfermeiros perante a dor. *Onco news*, (31), 8-12.

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: 2ª Série, n.º26. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/140-2019-124793102>

Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: 2ª Série, n.º135. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Ribeirinho, C. (2022). *Comunicação e relação no cuidar*. Fundação Aga Khan Portugal.

Rio, M.; Shand, B.; Bomati, P.; Palma, A.; Maldonado, A.; Taboada, P.; & Nervo, F. (2012). Hydration and nutrition at the end of life: a systematic review of emotional impact, perceptions, and decisionmaking among patients, family, and health care staff. *Psico-Oncologia*, 21(9), 913-921. DOI:10.1002/pon.2099.

Rodrigues, A. (2013). *Avaliação da Dor ao Doente Oncológico em Cuidados Paliativos Incapaz de Comunicar* (Dissertação para obtenção do grau de mestre). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Rothrock, J. (2008). *Cuidados de Enfermagem ao paciente cirúrgico*. Lusodidacta.

Santos, M. (2014). *Auto-perceção do impacto da disfagia em doentes oncológicos da cavidade oral e laringe* (Trabalho de licenciatura). Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde.

Seeley, R.; Stephens, T.; & Tate, P. (2001). *Anatomia & Fisiologia*. Lusodidacta.

Shaheen, P.; Walsh, D.; Lasheen, W.; Davis, M.; & Lagman, R. (2009). Opioid equianalgesic tables: are they all equally dangerous? *J Pain Symptom Manage*, 38(3), 409-417.

Shekhar, V.; Choudhary, N.; Rathore, P.; Singh, S.; & Bhatnagar, S. (2023). Non-Invasive Objective Markers to Measure Pain: A Direction to Develop a Pain Device - A Narrative Review. *Indian Journal of Palliative Care*, 29(2), 217-222.

Six, S.; Laureys, S.; Poelaert, J.; Bilsen, J.; Theuns, P.; & Deschepper, R. (2018). Comfort in palliative sedation (Compas): a transdisciplinary mixed method study protocol for linking objective assessments to subjective experiences. *BMC Palliative Care*, 17(62). <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0316-2>

Six, S.; Laureys, S.; Poelaert, J.; Bilsen, J.; Theuns, P.; Musch, L.; & Deschepper, R. (2019). Should we include monitors to improve assessment of awareness and pain in unconscious palliatively sedated patients? A case report. *Palliative Medicine*, 33(6), 712-716. doi:10.1177/0269216319835149

Six, S.; Laureys, S.; Poelaert, J.; Maïresse, O.; Theuns, P.; Bilsen, J.; & Deschepper, R. (2021). Neurophysiological Assessments During Continuous Sedation Until Death Put Validity of Observational Assessments Into Question: A Prospective Observational Study. *Pain and therapy*, 10(1), 377-390. <https://doi.org/10.1007/s40122-020-00214-z>

Smeltzer, S.; & Bare, B. (2002). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica* (volume 2).

Guanabara Koogan.

Smeltzer, S.; & Bare, B. (2002). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica* (volume 4). Guanabara Koogan.

Siqueira, A.; Vazzoler, C.; & Moura, L.L. (2021). O uso da via subcutânea em cuidados paliativos. *Arquivos Brasileiros De Medicina Naval*, 82(1), 30-45.

Soares, D. (2016). *Nutrir em fim de vida, quais os benefícios?* (Tese para obtenção do grau de mestre). Faculdade De Medicina Da Universidade De Coimbra.

Sobin, L.; Gospodarowicz, M.; & Wittekind C. (2010). *TNM Classification of Malignant tumours*. Wiley-Blackwell.

Sousa, L.; & Santos, M. (2021). Aplicação da escala de coma de Glasgow: uma análise bibliométrica acerca das publicações no âmbito da Enfermagem. *Research, Society and Development*, 10(14). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21643>

Tegenborg, S.; Fransson, P.; & Martinsson, L. (2023a). The Abbey Pain Scale: not sufficiently valid or reliable for assessing pain in patients with advanced cancer. *Acta Oncologica*, 62(8), 953-960. DOI: 10.1080/0284186X.2023.2228992

Tegenborg, S.; Fransson, P. & Martinsson, L. (2023b). Physicians' and nurses' experience of using the Abbey Pain Scale (APS) in people with advanced cancer: a qualitative content analysis. *BMC Nursing*, 22(95). <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01227-7>

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Climepsi Editores.

Traila, J.; Sá, M.; Figuerola, M.; Millan, M.; Augusto, M.; & Gomes, M. (2023). Cuidados de enfermagem promotores do conforto à pessoa em situação paliativa: protocolo de scoping review. *ON*, (47), 8-14. <https://doi.org/10.31877/on.2023.47.04>

Vicente, H.; Matos, M.; Gomes, S.; Rocha, A.; Carvalhal, S.; Ramos, P.; Moura, A.; & Alves, P. (2021). *(Des) Cobrir a ferida maligna*. Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas.

Walling, A.; Brown-Saltzman, K.; Barry, T.; Quan, R.; & Wenger, N. (2008). Assessment of implementation of an order protocol for end-of-life symptom management. *J Palliat Med*, 11(6), 857-865.

Wiffen, P.; McQuay, H.; Barden, J.; & McQuay, H. (2003). Oral morphine for cancer pain. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).

Wood, S. (2008). Assessment of pain. *Nursing Times*. <http://www.nursingtimes.net/nursingpractice/clinicalspecialisms/painmanagement/assessmentof-pain/1861174.article>.

World Gastroenterology Organization. (2023, dezembro 5). *Disfagia, diretrizes e cascatas*

mundiais.

<http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf>

World Health Organization. (2024 fevereiro 08). *Definition of palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

World Health Organization. (2024 fevereiro 10). *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274559>.

Zasler, D.; Formisano, R.; & Aloisi, M. (2022). Pain in Persons with Disorders of Consciousness. *Brain Sciences*, 12(300). <https://doi.org/10.3390/brainsci12030300>

8. ANEXOS

Anexo I



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

2º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica
em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I

Avaliação e controlo da dor na pessoa adulta em
situação paliativa com alterações cognitivas

Projeto de desenvolvimento de competências clínicas
especializadas na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na
área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

Maria da Conceição de Pinho Gomes

Porto, 2023

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

2º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica em Enfermagem à
Pessoa em Situação Paliativa

Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I

AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR NA PESSOA ADULTA EM
SITUAÇÃO PALIATIVA COM ALTERAÇÕES COGNITIVAS

PAIN ASSESSMENT AND CONTROL IN ADULT PERSON IN
PALLIATIVE SITUATION WITH COGNITIVE CHANGES

Projeto de desenvolvimento de competências clínicas
especializadas na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na
área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

Projeto orientado pelo Professor Doutor Paulo
Marques

Maria da Conceição de Pinho Gomes

Porto, 2023

“Aqueles que têm a força e o amor para se sentar com um paciente moribundo no silêncio que vai além das palavras saberão que este momento não é nem assustador nem doloroso, mas uma interrupção pacífica do funcionamento do corpo.”



Elisabeth Kübler-Ross

SUMÁRIO

	Pág.
NOTA INTRODUTÓRIA	7
1. APRESENTAÇÃO DO PROJETO	9
1.1. Temática selecionada	9
1.2. Propósito do projeto individual	9
1.3. Razões profissionais que levaram à escolha do tema	11
1.4. Enquadramento do projeto no âmbito do mestrado	12
1.5. Descrição dos contextos de estágio	12
1.6. Enquadramento teórico	15
1.7. Avaliação da viabilidade do projeto individual	19
2. PLANIFICAÇÃO	21
2.1. Objetivos e atividades	21
2.2. Desenvolvimento de atividades - cronograma	24
2.3. Recursos	25
2.4. Monitorização	25
CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

ÍNDICE DE FIGURAS

LISTA DE FIGURAS	Pág.
Figura 1 - Análise SWOT	19
Figura 2 - Cronograma de atividades	24

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito da Unidade Curricular ‘Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I’, inserida no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (EMCPSPA), da Escola Superior de Enfermagem do Porto, no ano letivo 2022/2023, foi proposta a elaboração do presente projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, a concretizar no âmbito da Unidade Curricular ‘Estágio de Natureza Profissional com relatório - Módulo II’, constituindo-se como elemento de avaliação e foi orientado pelo Professor Doutor Paulo Marques.

De acordo com as orientações ao Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I, entre vários objetivos a concretizar no estágio, está contemplado a elaboração de projeto de desenvolvimento pessoal que se mostre relevante para a aplicação integrada de conhecimentos inscritos na área do curso de mestrado, com a seleção de um tema central que reflita os interesses individuais do estudante, enquadrado no âmbito dos objetivos gerais do curso do mestrado. O presente documento foi elaborado com o objetivo de apresentar, contextualizar, justificar e programar o desenvolvimento do projeto, cujo tema será a “avaliação e controlo da dor na pessoa adulta em situação paliativa com alterações cognitivas”.

Este documento está organizado em duas partes: a apresentação do projeto e planificação. Na primeira parte - apresentação do projeto, está esplanada a temática selecionada, o propósito do projeto individual, as razões profissionais que levaram à escolha do tema, o enquadramento do projeto no âmbito do mestrado, a descrição dos contextos de estágio, o enquadramento teórico e a avaliação da viabilidade do projeto individual. Na segunda parte - planificação, estão explanados os objetivos e atividades, o desenvolvimento de atividades através de um cronograma, os recursos necessários e a monitorização.

Do ponto de vista metodológico, para a elaboração deste projeto, foi efetuada uma revisão de literatura em bases de dados científicas, considerando-se evidência científica mais atual.

A partir deste documento será elaborado o documento a submeter ao Concelho Técnico-Científico.

1. APRESENTAÇÃO DO PROJETO

1.1. Temática selecionada

O tema selecionado para o projeto de desenvolvimento de competências clínicas na área da pessoa em situação paliativa foi “avaliação e controlo da dor na pessoa adulta em situação paliativa com alterações cognitivas”.

A dor é um dos sintomas mais comuns nos doentes em situação paliativa. O Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022, descreve que “os cuidados paliativos procuram melhorar a qualidade de vida dos doentes, das suas famílias e cuidadores pela prevenção e alívio do sofrimento, através da identificação precoce, diagnóstico e tratamento adequado da dor e de outros problemas, sejam estes físicos, psicológicos, sociais ou espirituais” (PEDCP, 2021-2022, pág. 10). A Lei nº 52/2012, Base IV, descreve os princípios pelos quais se regem os cuidados paliativos, sendo um deles o “conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas” (Lei nº 52/2012, pág. 5120).

1.2. Propósito do projeto individual

O objetivo central deste projeto é a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa, especialmente relacionadas com o controlo de sintomas.

O Regulamento nº140/2019 define o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados enquadrando as competências do domínio da responsabilidade profissional: competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, competência do domínio da melhoria contínua, competência do

domínio da gestão de cuidados e competência do domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Em paralelo com as competências comuns, pretende-se desenvolver também competências específicas em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação paliativa, descritas no regulamento nº429/2018, que são:

Competência 1 - “Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida”, nomeadamente a unidade de competência:

1.1 – Em que se identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares;

1.2 – Em que se promove intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, seus cuidadores/familiares respeitando as suas preferências;

1.3 – Em que se envolve os cuidadores/familiares da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades;

1.4 – Em que se desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interdisciplinar e em articulação com os serviços de apoio.

Competência 2 - “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”, nomeadamente a unidade de competência:

2.1 – Em que se respeita a singularidade e autonomia da pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares no acompanhamento de vivências individuais específicas, no processo de morrer e de luto;

2.2 – Em que se promove parcerias terapêuticas com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares.

Pretende-se ainda desenvolver as restantes competências (unidades de competência) específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação paliativa, durante a realização do estágio de natureza profissional - Módulo II, nos diferentes contextos clínicos e que posteriormente serão apresentados com carácter crítico-reflexivo no relatório final.

1.3. Razões profissionais que levaram à escolha do tema

As razões que me levaram a escolher deste tema, vão de encontro aos motivos que me levaram a frequentar este mestrado.

Ao longo do meu percurso profissional, no qual exerci funções em diversos contextos, começando pela radiologia de intervenção, passando pela cirurgia geral, cuidados intermédios/intensivos e, neste momento, no serviço de neurocirurgia, fui-me deparando com doentes em situação paliativa, mas em alguns momentos o modelo biomédico e a obstinação terapêutica prevaleciam em detrimento da promoção do conforto, da dignidade ou da qualidade de vida do doente. Mediante estas situações, senti a necessidade de fazer formação avançada em cuidados paliativos, para melhor compreender e atuar em circunstâncias que apelam a um olhar diferente. Assim sendo, no meu contexto atual de trabalho, em que os doentes que se encontram em situação paliativa, são maioritariamente por neoplasia do sistema nervoso central, isso é muito relevante. O que significa que poderão apresentar alterações na cognição ou incapacidade na comunicação (verbal e não verbal). A dor é um sintoma muito frequente neste tipo de patologias e que é referido pelos doentes enquanto mantêm a capacidade de comunicação e cognição preservada, enquanto são capazes de fazer a autoavaliação da dor. O problema surge quando os doentes perdem essa capacidade, e esta avaliação está dependente da avaliação efetuada pela equipa (heteroavaliação), mais particularmente da equipa de enfermagem. O controlo ineficaz da dor tem implicações no estado clínico do doente, que poderá agravar, e deste modo aumentar o tempo de internamento, gerando maiores custos com a saúde, mas sobretudo tendo implicações na própria pessoa.

Após uma correta avaliação da dor, segue-se a posterior implementação do plano de cuidados de enfermagem, a administração de terapêutica prescrita, tal como a aplicação de medidas não farmacológicas para o alívio da dor. Este processo pode fazer a diferença na qualidade de vida/conforto do doente, visto que a dor é avaliada tendo em conta todas as suas particularidades e circunstâncias.

A dor ainda é um sintoma subdiagnosticado em doentes em situação paliativa com alterações cognitivas (Rodrigues, 2013). Existem pouco instrumentos válidos que possibilitem a avaliação da dor nestes doentes, o que dificulta a sua consideração. A Escala disponível no sistema informático para registo da medição da dor é a Doloplus-2, que é complexa e demora algum tempo a ser preenchida. Perante estes factos, senti a necessidade pessoal e profissional de adquirir mais conhecimento nesta área para contribuir para uma melhor prática dos cuidados.

1.4. Enquadramento do projeto no âmbito do mestrado

Este projeto surge por com o objetivo de adquirir e aprofundar as competências clínicas mencionadas no regulamento nº429/2018, tendo em vista a aplicação de conhecimentos específicos de enfermagem médico-cirúrgica, na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa. No regulamento, as competências são apresentadas com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação. Destacam-se alguns que que podem servir de orientação para intervenções e atividades relevantes para a avaliação e controlo da dor, em doentes com alterações cognitivas, implementadas no Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I, e às quais será dada continuidade no Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II.

Sendo um dos pilares dos cuidados paliativos o controlo rigoroso dos vários sintomas que os doentes apresentam, é de destacar os aspetos relacionados com a avaliação dos sintomas. A primeira etapa nesse tratamento sintomático passa por uma avaliação rigorosa do que pode estar na sua origem (Neto, 2020).

1.5. Descrição dos contextos de estágio

O Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I, encontra-se dividido em dois momentos distintos e decorrem em dois contextos diferentes. O primeiro realizou-se de 24 de abril a 23 de maio de 2023, numa Equipa Intra-Hospital de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), e o segundo decorreu de 24 maio a 23 de junho, numa Unidade de Cuidados Paliativos de Elevada Diferenciação (UCPED). Os dois momentos de estágio decorreram na mesma instituição, um centro hospitalar, que é gerido pelo Serviço Nacional de Saúde, portanto, acessível a toda a população. No Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II, está previsto o primeiro momento decorrer de 18 de setembro a 20 de novembro de 2023 e o segundo momento decorrer de 21 de novembro de 2023 a 26 de janeiro de 2024. Ambas as fases vão processar-se nos mesmos contextos e na mesma instituição, onde decorreu o Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I.

O Serviço de Cuidados Paliativos (SCP) do centro hospitalar, onde decorreu o estágio, foi criado com o objetivo de atender pessoas com doenças graves e ameaçadoras da vida, oncológicas e não oncológicas, estejam ou não a fazer tratamento modificador de prognóstico. Tem como missão: prestar cuidados paliativos rigorosos e humanizados aos doentes com sofrimento intenso resultante de doenças incuráveis, avançadas e progressivas (oncológicas ou não) e acompanhar os seus cuidadores no processo de adaptação à doença até ao luto, quando tal for solicitado pelo médico assistente do doente no centro hospitalar; colaborar com outros profissionais de saúde que atendem doentes com sofrimento intenso resultante de doenças graves e ameaçadoras da vida em regime de partilha de cuidados ou consultadoria; formar profissionais de saúde e estudantes de cursos da área da saúde em matéria de cuidados paliativos; divulgar a filosofia e princípios dos cuidados paliativos à população em geral; demonstrar cientificamente os benefícios dos cuidados paliativos; e participar na organização e implementação dos cuidados paliativos em Portugal.

Na atualidade, para dar resposta às necessidades dos doentes o SCP deste centro hospitalar, apresenta três valências, que são: Unidade de Cuidados Paliativos de Elevada Diferenciação (UCPED); Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e Consulta Externa de Cuidados Paliativos.

A EIHSCP, funciona em regime de consultadoria ou acompanhamento partilhado de doentes internados em qualquer serviço do centro hospitalar, podendo estes doentes estar a fazer tratamento para diminuir a doença principal, nomeadamente quimioterapia ou outro tratamento específico.

A Consulta Externa de Cuidados Paliativos, destina-se ao acompanhamento de doentes em regime ambulatorio, referenciados pelo médico assistente no centro hospitalar, podendo os doentes estar a fazer tratamento específico para diminuir ou controlar a doença, nomeadamente quimioterapia.

A UCPED dá resposta a doentes com necessidades de CP de elevada complexidade, até que a situação clínica que desencadeou o internamento seja controlada e o doente possa ter alta. Esta pode ser para o exterior, ou então, para o serviço de origem, ou outro serviço de internamento que melhor se adegue às necessidades clínicas do doente, mantendo-se nas duas últimas opções o acompanhamento pela EIHSCP. De acordo com o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2017-2018, pelo nível de diferenciação dos cuidados, o serviço enquadra-se nos Cuidados Paliativos Especializados.

Que doentes podem aceder ao SCP deste centro hospitalar? Para os doentes terem acesso à consulta externa de CP, o médico assistente pode fazer o pedido para consulta externa de CP, ou então, o doente já ser seguido previamente pela EIHSCP, que após alta hospitalar continua com seguimento de CP pela consulta externa. Os doentes para terem acesso à EIHSCP, têm que

estar internados no centro hospitalar e o médico assistente tem que fazer um pedido de colaboração ao SCP. Os doentes para serem propostos à UCPED, tratando-se de uma unidade de internamento para doentes com necessidade de CP de elevada complexidade, o internamento na UCPED é decidido pelos médicos do SCP da instituição, após avaliação do doente na consulta externa de CP, no serviço de urgência ou noutro serviço de internamento da instituição e/ou discussão do caso com médico assistente do doente.

A nível da estrutura física, a UCPED é composta por cinco enfermarias (uma enfermaria com duas camas, duas enfermarias com três camas e duas enfermarias individualizadas), destas enfermarias duas apresentam casa de banho. Para além destas, existem duas casas de banho para banho assistido. O serviço dispõe ainda de duas salas de trabalho de enfermagem, uma sala de desinfeção, uma sala de arrumos, uma copa para os doentes, uma copa para os profissionais, dois gabinetes (um para o gestor de enfermagem e outro para o gestor do serviço), uma casa de banho para os profissionais de saúde, uma sala de reuniões, onde fica alocada a EIHSCP. Uma vez que esta UCP se encontra numa unidade hospitalar, tem um espaço físico independente, tem recursos próprios, com profissionais a ela alocados a tempo inteiro e com uma lotação de 10 camas, cumpre o que está delineado pelo Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022 (PEDCP, 2021-2022).

Em relação aos recursos humanos, a equipa multidisciplinar é composta por: 24 enfermeiros, 7 médicos, 10 assistentes operacionais, 1 psicóloga (a tempo parcial), 2 assistentes sociais (1 a tempo inteiro e outra a tempo parcial), 1 assistente espiritual e 1 assistente técnica. Dos 24 enfermeiros, 18 têm formação avançada em CP. Para além deste facto, na equipa contabilizam-se 13 enfermeiros com o título profissional de Especialista (2 em reabilitação, 2 em comunitária e 9 em médico-cirúrgica). Em relação aos médicos, todos eles têm a competência médica em CP. De acordo com o PEDCP, 2021-2022, o serviço cumpre as dotações para os diferentes profissionais que está preconizado no plano (em hospitais com 8-20 camas, está definido, médicos ≥ 2 , enfermeiros ≥ 11 , psicólogo ≥ 1 , assistente social ≥ 1 , assistentes operacionais ≥ 7).

O método de trabalho utilizado pela equipa de enfermagem na unidade de internamento é o método individual de trabalho. Os enfermeiros passam pelas 3 valências.

As reuniões formais para discussão de casos clínicos entre toda a equipa multidisciplinar, ocorre no início do turno da manhã em dias alternados, na sala de reuniões da EIHSCP; nestas reuniões podem ser discutidos casos clínicos do internamento, do intra-hospitalar ou da consulta.

De momento, a equipa não tem em desenvolvimento nenhum projeto de melhoria contínua.

1.6. Enquadramento teórico

A dor tem sido contextualizada como sendo uma experiência individual subjetiva e multidimensional, em que existem vários fatores que intervêm e contribuem para essa subjetividade, que podem ser fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais (OE, 2008).

A dor é referida como sendo uma “sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de auto-proteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contato social, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite, compromisso do processo de pensamento, perturba e interfere na qualidade de vida da pessoa” (OE, 2008, p.11), pelo que o seu controlo é um objetivo prioritário, mas, para isso é necessário começar por se fazer a sua avaliação. A avaliação deve preceder e proceder sempre o tratamento (farmacológico e não farmacológico).

Os enfermeiros, enquanto profissionais privilegiados, pela proximidade e tempo de contato com o doente, encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor (OE, 2008). O enfermeiro para intervir no controlo da dor, pode implementar intervenções autónomas ou interdependentes, sendo que nas intervenções autónomas o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua prescrição, execução e avaliação, enquanto que as intervenções interdependentes são de complementaridade e iniciam-se na prescrição realizada por outro profissional da equipa de saúde. A prestação de cuidados à pessoa com dor inclui a avaliação, o controlo e o ensino, devendo todas as intervenções ser documentadas (OE, 2008).

É recomendado, sempre que possível, que a avaliação da dor seja efetuada pelo próprio indivíduo, isto é, que seja uma autoavaliação, dado que a dor tem um carácter subjetivo, ou seja, a dor é aquela que o doente refere (Rodrigues, 2013; Almeida, 2015).

A dor é um dos sintomas que mais afeta a pessoa em situação paliativa, o que faz com que a sua avaliação seja de real importância enquanto contribuição para a qualidade de vida dessa pessoa, apesar de o seu diagnóstico estar aquém dos valores que se presumem existirem em doentes com dificuldades na comunicação.

Perante esta realidade, os profissionais de saúde em cuidados paliativos devem ter em atenção o controlo da dor, uma vez que é um dos sintomas mais frequentes nestes doentes (Rodrigues, 2013).

O controlo da dor é um dos fatores considerado mínimo e indispensável para a qualidade de

vida da pessoa em situação paliativa (Twycross, 2003). Assim, a dor que é subdiagnosticada, vai ter como consequência a diminuição da qualidade de vida do doente.

A dor foi classificada como o 5º sinal vital em 2003, mostrando assim, a importância que a dor adquire na saúde do indivíduo. “Deste modo, passou a ser considerado como boa prática clínica e obrigatório, a avaliação e o registo regular da intensidade da dor, em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, à semelhança do que já acontece, há muito tempo, para os 4 sinais vitais ‘clássicos’ (frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura corporal)” (DGS_PNCD, 2008, pág. 8).

A Direção-Geral da Saúde afirma que o controlo da dor deve ser considerado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo também um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados. De acordo com o Programa Nacional de Controlo da Dor, “o alívio da dor deveria ser assumido como um dos direitos humanos fundamentais, de acordo com a proposta apresentada pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) por ocasião da celebração do 1º Dia Mundial Contra a Dor” (DGS_PNCD, 2003, pág.3) e “deve ser dada especial atenção ao controlo da dor dos indivíduos com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal” (DGS_PNCD, 2003, pág.8).

Para se avaliar a dor, é fundamental a sua medição, utilizando como recursos escalas ou outros instrumentos de medida, que não só qualifiquem, mas que também permitam a comparação. No contexto da prática clínica e, na pessoa adulta, são utilizadas escalas de autoavaliação, como a Escala Visual Analógica (EVA), Escala Numérica (EN), Escala de faces, o que pressupõem que o doente esteja consciente, com capacidade cognitiva e sem dificuldades de comunicação (Rodrigues, 2013). Assim, para os doentes com alterações cognitivas devem ser aplicadas escalas de heteroavaliação (observação de indicadores comportamentais, fisiológicos ou ambos), por outra pessoa que não a que experiencia a dor. O sistema de documentação em uso incorpora uma escala de heteroavaliação da dor - Doloplus-2 (instrumento de avaliação comportamental da dor na pessoa idosa, que é reconhecido pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos), que apresenta alguns constrangimentos na sua aplicabilidade, ou seja, é uma escala complexa, multidimensional, com 10 itens distribuídos por três dimensões (repercussão somática, repercussão psicomotora e repercussão psicossocial), o que faz com que se demore algum tempo a aplicar (Rodrigues, 2013).

Avaliar a dor na pessoa com doença que afeta a cognição pode ser difícil, colocando obstáculos ao seu diagnóstico e controlo.

Em cuidados paliativos, as alterações cognitivas, estão entre as complicações de maior incidência nos doentes em fim de vida (Rodrigues, 2013). Perante isto, este doente será incapaz de realizar uma autoavaliação da dor verbalmente, pela escrita, ou por outros meios, como o apontar de um dedo ou o piscar de olhos na resposta a questões de sim ou não. A incapacidade

para comunicar a dor está presente no doente com alterações cognitivas (Herr et al., 2006), pelo que a avaliação da dor, nestes doentes, deverá ser entendida como um desafio para os profissionais de saúde.

A Cognição é descrita pelo ICN (2019) como um “processo psicológico: processo intelectual que envolve todos os aspetos da perceção, pensamento, raciocínio e memória”. Quando ocorre compromisso da cognição, pode ser manifestado por: afasia (motora ou sensorial), conflito de decisões, ideação suicida, pensamento distorcido (pensamento abstrato ou processo de pensamento). Rodrigues (2013) refere que a cognição “abarca conceitos como a consciência, atenção, perceção, emoção, aprendizagem e memória. A disfunção de um destes elementos ou de vários faz com que o indivíduo fique confuso, deixando de pensar de forma coerente e clara, pondo em causa a comunicação da dor”. Gomes (2018), descreve a cognição como “a capacidade de trabalhar sobre a informação que lhes chega, isto é, de absorver os dados recebidos e desenvolver sobre eles um raciocínio, um julgamento”.

No Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor, 2013), a dor é descrita como uma perceção individual que aparece num cérebro consciente e que, por norma, surge como resultado de um “estímulo nódico provocatório”, mas que nem sempre terá de estar associada a um estímulo. Assim, a dor assume-se como uma ameaça ao bem-estar físico e psicológico do indivíduo e requer uma abordagem multidisciplinar para a sua resolução. A Ordem dos Enfermeiros (2008), elaborou um guia orientador da boa prática, onde salienta a importância de “um compromisso de equipa na abordagem da dor é fundamental para a sua avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento, devendo incluir a participação da pessoa que sente dor, do cuidador principal e família enquanto parceiros de cuidados” (OE, 2008, pág.11). Em cuidados paliativos, a correta avaliação da dor é uma prática fundamental associada ao apoio psicológico, espiritual, emocional e no luto tanto ao doente como à família, assentes num trabalho em equipa interdisciplinar (Gomes, 2018).

Alguns autores (Herr et al., 2011), sugerem uma hierarquia de técnicas de avaliação da dor, que se baseiam fundamentalmente em:

- ✓ obter autoavaliação e comunicação;
- ✓ procurar potenciais causas de dor;
- ✓ observar o comportamento do doente;
- ✓ obter a avaliação do ente querido (familiar, cuidador ou amigo);
- ✓ administrar analgesia e ajustar, segundo a escada analgésica recomendada.

A bibliografia consultada sobre esta temática sugere algumas escalas de heteroavaliação, baseadas em indicadores fisiológicos e comportamentais (OE, 2008; Rodrigues, 2013; Almeida, 2015; Gomes, 2018). As escalas sugeridas são: a *Abbey Pain Scale* (inclui 6 pontos de avaliação que correspondem a indicadores não-verbais de presença de dor: vocalização, expressão facial, alteração da linguagem corporal, alteração comportamental, alteração fisiológica e alterações

físicas) e a *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD), que inclui 5 indicadores a avaliar, respiração independente da vocalização, vocalização negativa, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade. Por outro lado, não é suficiente disponibilizar um instrumento válido e fiável sem se associar formação nesta área do conhecimento, sugerindo assim que seja feita formação aos profissionais que cuidam de doentes em situação paliativa com incapacidade para comunicar a dor.

Na realização da heteroavaliação da dor, o enfermeiro deve ter em conta a observação do comportamento do doente. As expressões comportamentais de dor observáveis são:

- a) a adoção de uma postura de proteção (resistência a certos movimentos durante a prestação de cuidados);
- b) movimento de retirada perante estímulos dolorosos;
- c) agitação persistente, mesmo após a adoção de medidas não farmacológicas de conforto;
- d) diminuição do nível de atividade;
- e) vocalização com gemido ou choro;
- f) mudança na expressão facial, com caretas ou franzir da testa;
- g) alteração do padrão do sono;
- h) diminuição do apetite.

Na dor aguda, os critérios de avaliação da dor são: expressão facial, vocalização, aumento da tensão muscular e reações neurovegetativas (pulso, pressão arterial, frequência respiratória). Na dor crónica, a presença de dor associa-se a um comportamento deprimido e de agravamento do estado mental (Rodrigues, 2013).

Foi feito o reconhecimento sumário do estado da arte relativamente a este tema - avaliação e controlo da dor na pessoa adulta em situação paliativa com alterações cognitivas, mas há um conjunto de questões que permanecem problemáticas:

- ✓ Será que a intensidade da dor subjetivamente avaliada difere consoante o instrumento de medida utilizado?
- ✓ Quais são os recursos utilizados pelos enfermeiros para avaliar a dor? Será que recorrem a instrumentos de medida (para uma avaliação quantitativa) validados para a população portuguesa? Ou baseiam-se na observação de alguns indicadores fisiológicos e comportamentais fazendo uma avaliação qualitativa? Será que incluem a família neste processo de avaliação e controlo da dor do doente com alterações cognitivas?
- ✓ Será que a intensidade da dor subjetivamente avaliada difere significativamente consoante o enfermeiro que faz essa avaliação? Qual o nível de influência na avaliação que advém da sua experiência profissional?
- ✓ Até que ponto a intensidade da dor subjetivamente avaliada pelo profissional de saúde se aproxima à intensidade da dor que o doente sente?

A reflexão acima pormenorizada e que se relaciona muito particularmente com toda a problemática em estudo, conduziu à definição de objetivos para o projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de EMCPSA a serem alcançados e as respetivas atividades e recursos necessários para a sua concretização, descritos no capítulo da planificação.

1.7. Avaliação da viabilidade do projeto individual

Para avaliação da viabilidade do projeto foi utilizada a análise SWOT, esquematizada a seguir.

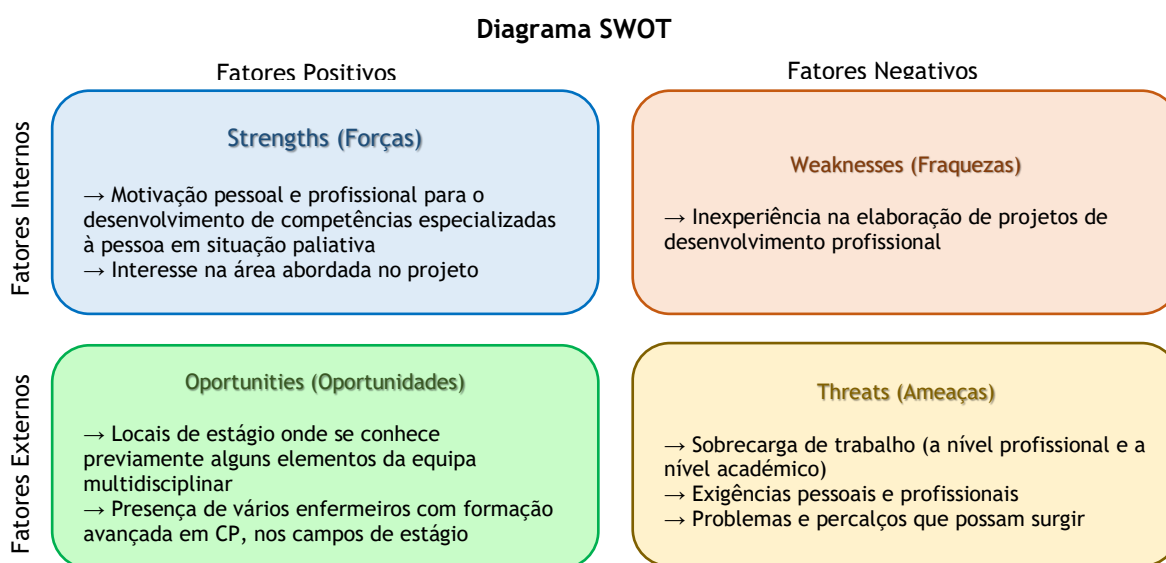


Figura 1 - Análise SWOT

2. PLANIFICAÇÃO

Após a apresentação do conteúdo do projeto, vai-se proceder à descrição da fase de planificação, na qual se irá definir os objetivos a serem alcançados e as respetivas atividades e recursos necessários para a sua concretização. Descrevem-se, igualmente, as medidas de controlo e monitorização a implementar para se atingir o proposto.

2.1. Objetivos e atividades

Objetivo geral

1. Adquirir competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação paliativa relativas à avaliação e controlo da dor.

Objetivos intermédios e específicos

1.1. Desenvolver competências de pesquisa sobre a avaliação e controlo da dor na pessoa adulta em situação paliativa com alterações cognitivas, em contexto hospitalar.

1.1.1. Aprofundar o conceito de dor.

1.1.2. Aprofundar o conceito de alterações cognitivas.

1.1.3. Identificar os instrumentos de avaliação da dor que melhor se adequem à condição da pessoa adulta em situação paliativa com alterações cognitivas.

1.1.4. Compreender a importância da avaliação da dor nos doentes com alterações cognitivas.

1.1.5. Identificar intervenções de enfermagem para controlo da dor.

Atividades/estratégias a desenvolver

- ✓ Efetuar revisão de literatura.
- ✓ Recolher informação junto dos profissionais de enfermagem da UCPED, da EIHS CP e das equipas assistenciais dos doentes a quem a EIHS CP presta consultadoria.
- ✓ Recolher informação junto das pessoas significativas do doente através de entrevistas clínicas informais, em contexto hospitalar.
- ✓ Analisar os dados.

1.2. Desenvolver competências de praxis clínica especializada na avaliação e controlo da dor.

1.2.1. Identificar a avaliação da dor efetuada por diferentes enfermeiros.

1.2.2. Identificar as intervenções implementadas face à dor, realizadas por diferentes enfermeiros.

1.2.3. Identificar fatores condicionantes da implementação das intervenções.

Atividades/estratégias a desenvolver

- ✓ Observar os comportamentos dos profissionais de enfermagem na avaliação da dor.
- ✓ Analisar a documentação dos cuidados de enfermagem aos doentes com dor, alvo de atenção.
- ✓ Refletir e discutir com os enfermeiros acerca da identificação e controlo da dor nos doentes em estudo.
- ✓ Observar as respostas dos doentes às intervenções.

1.3. Desenvolver competências de conceção de cuidados na pessoa adulta em situação paliativa com alterações cognitivas, com dor.

1.3.1. Identificar sinais preditores de dor.

1.3.2. Prescrever, implementar e avaliar intervenções relacionadas com a avaliação e controlo da dor, segundo a melhor e mais atual evidência.

1.3.3. Identificar indicadores de redução da dor.

Atividades/estratégias a desenvolver

- ✓ Efetuar pesquisa bibliográfica.
- ✓ Recolher informação junto dos profissionais de enfermagem da UCPED, da EIHSCP e das equipas assistenciais dos doentes a quem a EIHSCP presta consultadoria.
- ✓ Recolher informação junto das pessoas significativas do doente através de entrevistas clínicas informais, em contexto hospitalar.
- ✓ Analisar os dados.
- ✓ Planificar os cuidados de enfermagem no aplicativo e4Nursing.

1.4. Desenvolver competências especializadas de integração da família e/ou cuidador na avaliação e controlo da dor na pessoa adulta em situação paliativa com alterações cognitivas, em contexto hospitalar.

1.4.1. Envolver a família e/ou cuidador para otimizar resultados no controlo da dor do seu familiar.

Atividades/estratégias a desenvolver

- ✓ Efetuar pesquisa bibliográfica.
- ✓ Recolher informação junto dos profissionais de enfermagem da UCPED, da EIHSCP e das equipas assistenciais dos doentes a quem a EIHSCP presta consultadoria.
- ✓ Recolher informação junto das pessoas significativas do doente através de entrevistas clínicas informais, em contexto hospitalar.
- ✓ Analisar os dados.
- ✓ Integrar a família na conceção de cuidados.
- ✓ Implementar ações de enfermagem.

2.2. Desenvolvimento de atividades - cronograma

Detalha-se na figura seguinte, o cronograma das atividades planeadas.

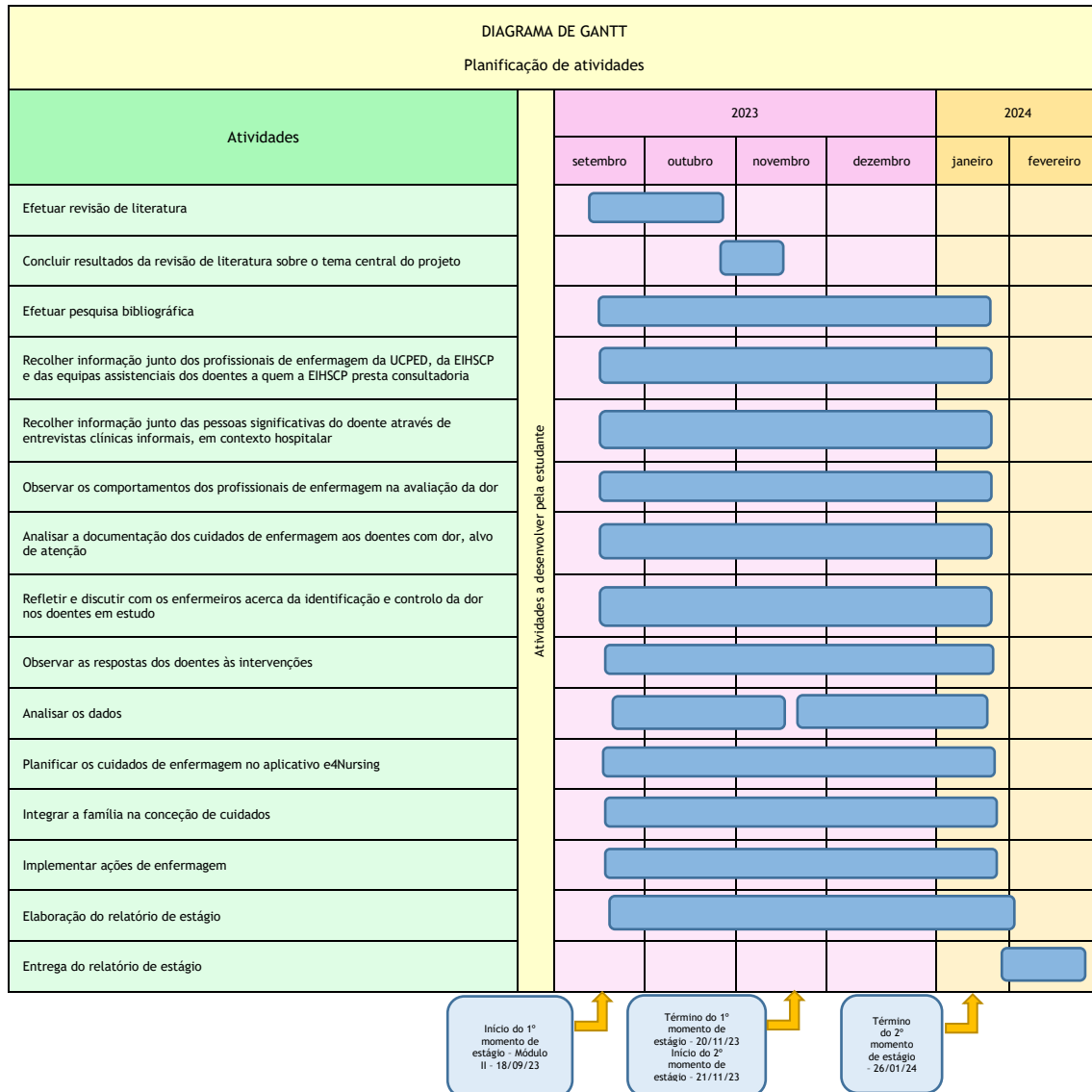


Figura 2 - Cronograma de atividades

2.3. Recursos

Os recursos que se prevê serem necessários são de caráter humano e material.

No que diz respeito aos recursos humanos: profissionais de enfermagem das equipas EIHSCP e UCPED; profissionais de enfermagem das equipas assistenciais dos doentes a quem a EIHSCP presta apoio de consultadoria; os enfermeiros tutores dos locais de estágio e orientador pedagógico.

Não se prevêem despesas significativas inerentes aos procedimentos efetuados. Irão ser utilizados como recursos materiais: papel, impressora; computador com acesso a internet, para aceder a bases de dados científicas.

2.4. Monitorização

A monitorização será feita com recurso à verificação mensal das atividades descritas no cronograma, para perceber se o tempo planeado está a ser cumprido; realização de reuniões periódicas com o orientador do projeto e o tratamento dos dados obtidos através da recolha de informação no contexto da prática clínica.

CONCLUSÃO

Com a elaboração do presente documento, procurou-se explanar o modo como se pretende implementar o projeto de desenvolvimento de competências profissionais.

Foi possível explicar o porquê da seleção do tema sobre a avaliação e controlo da dor na pessoa adulta em situação paliativa com alterações cognitivas, bem como fazer o enquadramento com alguma evidência científica. Neste documento esta descrito como se pretende desenvolver o projeto, os objetivos que se pretendem atingir, com as atividades a implementar e os recursos a utilizar.

Relativamente às dificuldades encontradas para a realização deste projeto, é de salientar a pouca experiência na realização deste tipo de trabalhos, o pouco tempo para a realização do mesmo face a constrangimentos pessoais, profissionais e à sobrecarga de trabalho (a nível profissional e a nível académico).

O passo seguinte será a elaboração da síntese deste documento, por forma a ser submetido e apresentado ao Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Enfermagem do Porto, para ser analisada a sua viabilidade como projeto de desenvolvimento de competências profissionais a desenvolver na Unidade Curricular 'Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II'.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, V.L.B. (2015). *A avaliação da dor no doente cirúrgico com alterações cognitivas*. (Dissertação para obtenção do grau de mestre). Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Barbosa, A., & Neto, I.G. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2017). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, Biénio 2017-2018*. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2019). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, Biénio 2019-2020*. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2021). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, Biénio 2021-2022*. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) - Beta 2*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2001. ISBN 972-98149-5-3. 227p.
- Direcção-Geral da Saúde - Programa Nacional de Controlo da Dor. Circular Normativa Nº:9/DGCG, de 14 de junho de 2003. [http://cn_09_03_dgcg\(dgs.pt\)](http://cn_09_03_dgcg(dgs.pt))
- Direcção-Geral da Saúde - Programa Nacional de Controlo da Dor. Circular Normativa Nº:11/DSCS/DPCD, de 18 de junho de 2008.
- Direcção-Geral da Saúde - Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor), de 30 de outubro de 2013.
- Gomes, C. I. S. (2018). *Avaliação da dor no doente com neoplasia neurológica em Cuidados Paliativos* (Dissertação para obtenção do grau de mestre). Universidade de Lisboa Faculdade de Medicina.
- Herr, K., Coyne, P., MacCaffery, R, & Merkel, S. (2011). Avaliação da dor no paciente incapaz de autorrelatar: declaração de posição com recomendações para a prática clínica. *Pain Management Nursing*, 12(4), 230-250. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2011.10.002>
- International Council of Nurses (2019) ICNP Browser. Disponível em: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Lei n.º 52/2012, do Diário da República, 1.ª série — N.º 172 — 5 de setembro de 2012, páginas 5119 - 5124. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/52-2012-174841>
- Neto, I.G. (2020). *Cuidados Paliativos conheça-os melhor*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor - Guia orientador para a boa prática*. Edição Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento 140/2019, do Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, páginas 4744-4750. <http://0474404750.pdf> (ordemenfermeiros.pt)

Regulamento 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, páginas 19359-19370.

Rodrigues, A.J.S.S (2013). *Avaliação da Dor ao Doente Oncológico em Cuidados Paliativos Incapaz de Comunicar* (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Climepsi Editores.

Anexo II

Avaliação e controlo da dor na pessoa adulta em situação paliativa com alterações cognitivas

- scoping review

Introdução

A dor é uma experiência pessoal e subjetiva, isto é, *"uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos"* (IASP). Robert Twycross (2003, p.79), refere que *"a dor é aquilo que o doente referir como tal (...) é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual atual ou potencial, ou descrita em termos de tal dano. Por outras palavras, a dor é um fenómeno somatopsíquico modulado pelo humor e pelo moral da pessoa doente e pelo significado que a dor assume para si mesmo"*.

A avaliação da dor deve *"ser individualizada, contínua, quantificada, monitorizada e documentada"* (McManus & Sallee, 2005). A Ordem dos Enfermeiros (OE) determina que a avaliação da dor *"é uma norma de boa prática"*. Esta deve ser individualizada, contínua, quantificada, monitorizada e documentada, com ênfase na sistemática valoração, diagnóstico, avaliação e registo da presença e intensidade da dor (OE, 2008).

O alívio da dor é uma obrigação ética e moral, é dever do profissional de saúde e um direito do doente, que na presença de dor essa seja minimizada ou mesmo anulada (PNCD, 2015).

A cognição abarca conceitos como: consciência, atenção, perceção, emoção, aprendizagem, linguagem e memória. A alteração de um destes elementos ou de vários pode gerar confusão no indivíduo, levando a que deixe de pensar de forma coerente e clara, pondo em causa a comunicação da dor (Mota & Mota, 2006).

A descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos possíveis para exprimir a dor, a incapacidade de comunicar não nega a possibilidade de que um indivíduo sinta dor (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor - APED).

Palavras-chave: Alterações cognitivas, Doente não verbal, Doente não comunicante, Avaliação da dor, Gestão da dor, Controlo da dor, Cuidados paliativos.

Metodologia

A realização desta revisão de literatura tem como principal objetivo: mapear o conhecimento existente na evidência científica sobre a avaliação e controlo da dor na pessoa adulta em situação paliativa com alterações cognitivas.

A metodologia utilizada para obter respostas a nossa questão de investigação foi a elaboração de uma revisão do tipo *scoping review* segundo as recomendações preconizadas pelo *Joanna Briggs Institute* (Peters et al., 2020).

Utilizando a estratégia *participants, concept e context* (PCC), pretende-se incluir nesta revisão todo o tipo de estudos que reúnam as características dos elementos PCC, em que:

- participantes – pessoa com incapacidade em comunicar, podendo ser, pessoa com alterações cognitivas, sendo que estas alterações podem ser descritas nos estudos como: doente com alterações de consciência, doente não verbal, doente não comunicante, défice cognitivo e dificuldade na comunicação.

- conceito - dor.

- contexto - cuidados paliativos, em qualquer contexto de cuidados. Serão considerados os estudos que referem cuidados paliativos como cuidados terminais ou cuidados em fim de vida. Que façam referência a doenças graves, em fase avançada, quer seja oncológica ou não oncológica (ex. traumatismo craneoencefálico grave, doença renal terminal ...).

Os critérios de exclusão definidos foram: doentes que sejam crianças/adolescentes; doentes que não se encontrem em situação paliativa.

Salvaguardando que esta revisão poderá apresentar limitações que decorrem de um trabalho académico, nomeadamente a profundidade da pesquisa.

A elaboração da questão de investigação seguiu o acrónimo PCC (População, Conceito, Contexto) (Peters et al., 2020), esta pesquisa levou a duas dimensões principais relacionadas com a) a avaliação da dor e b) controlo da dor, sendo que se construiu uma questão principal - Como é realizada a avaliação da dor no doente em situação paliativa com alterações cognitivas?; e uma questão secundária – Como se pode controlar a dor no doente em situação paliativa com alterações cognitivas?

A pesquisa dos estudos relevantes realizou-se com base em termos de pesquisa extraídos de artigos científicos relacionados com o tema.

Posteriormente foram procurados os respetivos descritores científicos no *MeSH Browser* e *CINAHL headings*, ver quadro 1.

Quadro 1 – descritores

Termos	MeSH terms	CINAHL terms	Frase booleana
Alterações cognitivas	cognitive changes	cognitive changes	"cognitive change*"
Inconsciente Inconsciência	Unconscious Unconsciousness	Unconscious Unconsciousness	"unconscious*"
Doente não verbal	non-verbal patients	non-verbal patients	"non-verbal patient*"
Doente não comunicante	non-communicating patient	non-communicating patient	"non-communication patient*"
Défice cognitivo	Cognitive deficits	Cognitive deficits	"cognitive deficit*"
Dificuldade na comunicação	difficulty communication	difficulty communication	"difficulty communication"
Consciência	Conscience	Conscience	"conscience"
Avaliação da dor	Pain assessment	Pain assessment	"pain assessment"
Medição da dor	Pain measurement	Pain measurement	"pain measurement"
Gestão da dor	Pain management	Pain management	"pain management"
Controlo da dor	Pain control	Pain control	"pain control"
Cuidados paliativos	Palliative care	Palliative care	"palliative care"
Cuidados terminais	Terminal care	Terminal care	"terminal care"
Fim de vida	End of life	End of life	"end of life"

Numa pesquisa inicial utilizaram-se todos os termos relacionados com a alteração de cognição, utilizou-se só o termo dor como conceito e no contexto os termos relacionados com cuidados paliativos. A pesquisa foi realizada para duas bases de dados (MEDLINE Complete e CINAHL Complete), sem limitação geográfica ou de idioma; como limitadores de pesquisa foram considerados os estudos analisados pelos pares e com o limite temporal de 2017 a 2023. Desta pesquisa resultaram 2220 estudos, com remoção de duplicados ficaram 2046, após uma análise inicial de vários títulos e resumos, em que não se estava a obter estudos que dessem resposta à questão de investigação, optou-se por realizar uma nova pesquisa em que se limita o conceito, ou seja, em vez de se utilizar o termo geral - dor, optou-se por procurar estudos em que o conceito estaria relacionado com avaliação, medição, gestão e controlo da dor, sabendo que desta forma pode-se perder estudos que poderiam ser pertinentes para esta revisão de literatura.

A pesquisa final foi realizada a 27 de dezembro de 2023, via EBSCOhost web da biblioteca da ESEP, para duas bases de dados, MEDLINE Complete e CINAHL Complete, sem limitação geográfica ou de idioma.

Como limitadores da pesquisa, foram considerados apenas os estudos analisados pelos pares e definido como limite temporal estudos publicados entre 2017 e 2023.

Utilizou-se a seguinte frase booleana:

((“cognitive change*”OR“unconscious*”OR“non-verbal patient*”OR“non-communication patient*”OR“cognitive deficit*”OR“difficulty communication”OR“conscience”)AND(“pain assessment”OR“pain measurement”OR“pain management”OR“pain control”)AND(“palliative care”OR“terminal care”OR“end of life”))

Os artigos foram selecionados de acordo com a sua pertinência, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão predeterminados. Os estudos de texto completo relevantes foram recuperados e lidos para confirmar a elegibilidade.

Resultados

O processo de seleção dos estudos está descrito no fluxograma PRISMA, Figura 1. Assim, após a pesquisa nas bases de dados via EBSCOhost web da biblioteca da ESEP, foram identificados 335 na *MEDLINE Complete* e 195 na *CINAHL Complete*. Deste modo foram identificados 530 registos no total. Removidos 45 registos duplicados. Ficaram 485 registos para análise de título e resumo, nesta triagem foi utilizada como ferramenta auxiliar o software on-line *Rayyan*. Destes, foram removidos 460 (456 registos por não se enquadrarem nos critérios de inclusão PCC e aplicando os critérios de exclusão e 4 por não se ter acesso ao texto completo), ficando 25 artigos para leitura integral, que foram recuperados nas bases de dados pesquisadas. Dos artigos elegíveis para leitura integral (n=25), 8 foram removidos por não se enquadrarem na população, 3 pelo conceito, 1 pelo contexto e 1 por não dar resposta à questão de investigação. Foram incluídos, assim, 12 estudos na síntese. Os 12 estudos elegíveis foram integralmente analisados, e deles foram extraídos e sintetizados os dados que respondem à(s) questão(ões) de investigação e objetivo desta revisão.

A tabela com a síntese de dados resultante da análise dos 12 estudos, no que diz respeito aos autores, ano e país de origem, objetivo do estudo, método, população, resultados e conclusões, respetivamente, pode ser consultada na Tabela 1.

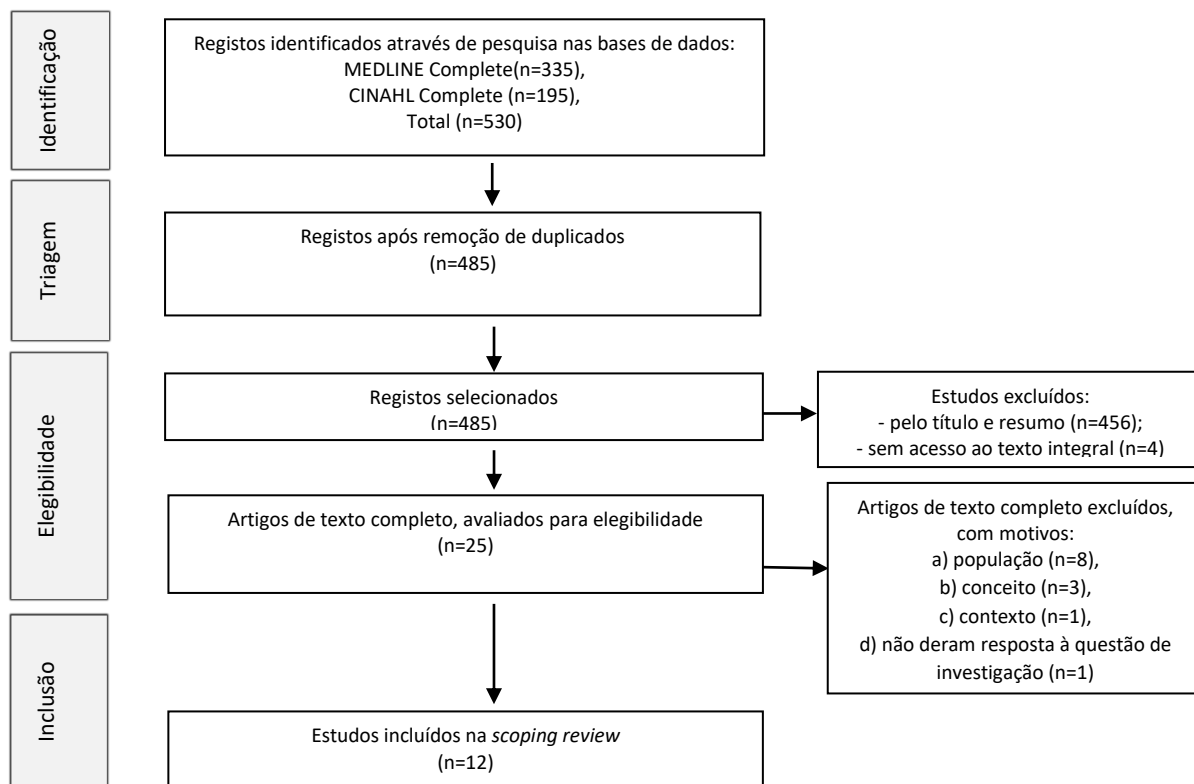


Figura 1 - Fluxograma PRISMA adaptada

Legenda: n=número total da amostra

Tabela 1 – extração de resultados

Artigo	Autores, data e local de publicação	Objetivos do artigo	Método	População	Resultados	Conclusões
1	Dening, K.H.; 2023, UK	Avaliar e gerir a dor	Artigo de revisão	Pessoa com demência	Identificadas 4 ferramentas para avaliação da dor: Abbey Pain Scale, DDA – Assessment of Discomfort in Demencia, BPT – Bolton Pain Assessment Tool, PAINAD – Pain Assessment in Advanced Demencia. Gestão da dor através de 2 abordagens: não farmacológica (descanso, movimentos suaves, termoterapia, musicoterapia, aromoterapia, massagem e toque terapêutico) e farmacológico (pela escada recomendada pela OMS).	É importante reconhecer e controlar a dor usando uma abordagem sistemática e contínua. A reavaliação leva a um tratamento e gestão mais eficazes da dor.
2	Tegenbor d, S. et al 2023a, Sweden	Avaliar a validade, a confiabilidade e a capacidade de resposta da Abbey Pain Scale aos opioides	Avaliar a dor através da escala de avaliação numérica e da Abbey Pain Scale em simultâneo	Doentes com cancro em fase avançada, que não conseguem verbalizar a dor, num ambiente de cuidados paliativos oncológicos	Ferramenta identificada: Abbey Pain Scale	A utilização desta escala, neste tipo de população demonstrou ser responsiva (eficiente e eficaz) aos opioides, mas não detetou dor moderada ou intensa como a escala de avaliação numérica.
3	Tegenbor g et al.; 2023b; Sweden	Avaliar a validade, a confiabilidade e a capacidade de resposta da Abbey Pain Scale aos opioides	Avaliar a dor através da escala de avaliação numérica e da Abbey Pain Scale em simultâneo	Doentes com cancro em fase avançada, que não conseguem verbalizar a dor, num ambiente de cuidados paliativos oncológicos, a perspetiva dos profissionais de saúde na sua aplicabilidade	Ferramenta identificada: Abbey Pain Scale	A Abbey Pain Scale é utilizada não apenas em doentes oncológicos com comprometimento cognitivo, mas também em doentes que sofrem de fadiga ou quase morte. Esta escala dá algum apoio aos profissionais de saúde que a utilizam, mas não é considerada ideal neste contexto.
4	Six, S. et al.; 2018; Belgium	Compreender melhor como os doentes sedados paliativamente, inconscientes vivenciam os últimos dias de	Observar 40 doentes desde o início da sedação paliativa até ao óbito	Doentes com sedação paliativa	Avaliação do conforto com base em observações comportamentais, recorrendo à escala de Ramsay, que será relacionada com os resultados de um monitor NeuroSense (um monitor baseado em EEG usado para avaliação da adequação da anestesia e sedação na sala de cirurgia) e um monitor de índice de analgesia nociceção (baseado em ECG, que informa sobre a condição de conforto ou desconforto, com base no tónus parassimpático).	Estes métodos são potencialmente úteis na avaliação do conforto e da dor durante a sedação paliativa. A melhor forma possível de aproximar a objetividade é através da triangulação, combinando diferentes medidas que são recolhidas no mesmo momento e analisadas transversalmente.

		vida e descobrir se estão realmente livres de dor				A avaliação do (des)conforto e da dor durante a sedação paliativa pode ser potencialmente melhorada pela inclusão de parâmetros neurofisiológicos mais objetivos.
5	Six, S. et al.; 2019, Belgium	Compreender melhor como o doente sedado paliativamente, vivencia os últimos dias de vida e descobrir se está realmente livre de dor	Observar 1 doente desde o início da sedação paliativa até ao óbito	Uma doente com leucemia linfática, depressão e AVC, com hemiplegia do lado direito e afasia	Avaliação do conforto com base em observações comportamentais, recorrendo à escala de Ramsay, que será relacionada com os resultados de um monitor NeuroSense e um monitor de índice de analgesia nociceção.	Este caso demonstra a viabilidade e as vantagens potenciais do uso de dispositivos de monitorização para objetivar as avaliações de dor e desconforto em doente sedados paliativamente.
6	Six, S. et al; 2020, Belgium	Compreender melhor como os doentes sedados paliativamente, inconscientes vivenciam os últimos dias de vida e descobrir se estão realmente livres de dor	Estudo observacional prospetivo	12 doentes (em que foram analisadas 108 avaliações subjetivas dos cuidadores, 32 avaliações por escalas observacionais, e comparados com as medidas neurofisiológicas objetivas)	Para cada doente: um monitor NeuroSense; um monitor de índice de analgesia nociceção; cuidador - utilizadas 3 escalas de classificação numérica (0 a 10) no nível de consciência (sem consciência-plena consciência), conforto (sem dor-dor muito intensa) e capacidade de comunicação (nenhuma comunicação possível-comunicação plena); escalas observacionais pelo investigador CCPOT – Critical Care Pain Observational Tool; RASS – Escala de Agitação-Sedação de Richmond; M-ESAS – Escala de avaliação de sintomas de Edmonton modificada; BPS ou BPS-NI – Escala de dor comportamental (para doentes não intubados).	O uso exclusivo de escalas observacionais baseadas no comportamento para fazer avaliações de conforto durante a sedação contínua até à morte parece não ser confiável. As avaliações subjetivas dos cuidadores mostraram concordância muito baixa com as medidas neurofisiológicas objetivas de consciência e dor. Estes resultados sugerem que as avaliações do conforto do doente poderiam ter sido melhoras com a inclusão da monitorização objetiva de consciência e dor. O uso de dispositivos para a monitorização durante a sedação permite uma melhor titulação da medicação e adaptação de um protocolo padrão para atender as necessidades específicas do doente, que podem ser influenciadas por fatores como a condição médica subjacente, antecedentes médicos e farmacológicos...
7	Cluxton, C.; 2018; UK	Avaliar a dor oncológica	Artigo de revisão	Doentes oncológicos	Ferramentas multidimensionais: Brief Pain Inventory e o McGill Pain Questionnaire para avaliação da dor, ainda sugerem a escala de avaliação de sintomas de Edmonton e o termómetro de angústia, que incluem sintomas comuns (p.e. depressão, dor, fadiga). Ferramentas observacionais: BPS - Escala Comportamental de Dor, CNPI – Checklist of Non-Verbal Pain Indicators	Uma avaliação deve ser precisa, completa e sistemática da dor oncológica é crucial para identificar a etiologia subjacente e desenvolver um tratamento. As barreiras sistemáticas mais significativas para alcançar uma avaliação adequada da dor

						oncológica são, o ambiente de saúde e a falta de metodologia padronizada. A dor oncológica é uma experiência complexa e devastadora para os doentes quando é subavaliada e subtratada pelos profissionais de saúde. As consequências vão muito além da experiência física desconfortável da dor, impactando todos os aspetos da vida do doente.
8	Feast, A.R. et al.; 2018; UK	Investigar a relação entre dor e delirium em pessoas com demência	Análise secundária exploratória de dados observacionais prospectivos de coorte longitudinal	230 participantes com idade > 70 anos	Avaliados quanto: à gravidade da demência; Delirium (CAM – Confusion Assessment Method); Dor (PAINAD – Pain Assessment in Advanced Demencia); e prescrição de analgésicos.	Foi encontrada uma associação entre dor em repouso e delírium, sugerindo que a dor pode ser um fator de risco para o delirium. A possibilidade de delirar foram 3 vezes maiores nos participantes que sentiram dor em repouso.
9	Kaiser, K.S. et al; 2020, United States of America	Avaliação psicométrica em grande escala da medida, para criar MOPAT – ferramenta de avaliação objetiva multidimensional da dor.	Estudo multicêntrico realizado em hospitais.	Doentes adultos não comunicativos em situação paliativa, com múltiplos diagnósticos	Criação de uma escala para ser implementada em cuidados paliativos: MOPAT - <i>Multidimensional Observational Pain Assessment Tool</i>	A investigação em CP utiliza frequentemente ferramentas que não foram validadas em ambientes de cuidados paliativos. Este artigo demonstra que é possível realizar pesquisas de desenvolvimento de instrumentos cientificamente rigorosas numa população de CP não comunicativos, monitorizando de perto os vários componentes do processo de pesquisa e, em seguida, identificando e abordando desafios metodológicos em tempo útil, usando uma abordagem sistemática da equipa colaborativa.
10	Malec, M & Shega, J.W; 2017; United States of America	Avaliação de sintomas usando a avaliação observacional	Artigo de revisão	Doentes em situação paliativa não comunicativo	Medidas observacionais para avaliação da dor: PACSLAC - <i>Pain Assessment Checklist for Seniors with limited Ability To Communicate</i> ; PAINAD – <i>Pain Assessment in Advanced Demencia</i> ; BPS – <i>Behavioural Pain Scale</i> ; CPOT – <i>Critical Care Pain Observation</i> ; MOPAT - <i>Multidimensional Observational Pain Assessment Tool</i>	A perda da capacidade de autorrelatar a própria experiência de sintomas é comum no início da doença e no final da vida. A avaliação observacional dos sintomas continua a servir como uma ferramenta valiosa para os profissionais de saúde avaliarem e controlarem a dor, bem como contribuir para uma avaliação multidimensional abrangente da dor.
11	Zasler, N.D. et al; 2022; United	Avaliação	Artigo de revisão	Doentes com distúrbios de consciência, comprometimento	Ferramentas para avaliação da dor: NCS-R – <i>Nociception Coma Scale – Revised</i> ; BINAM - <i>Brain Injury Nociception Assessment Measure</i> ; PAINAD – <i>Pain Assessment in Advanced Demencia</i> ;	A gestão profilática da dor deve ser praticada com base nas lesões sofridas e na apresentação clínica.

	States of America			neurológico, lesão cerebral grave	Avaliação eletrofisiológica – reatividade de EEG; Neuroimagem – tomografia por emissão de prótons (PET)	Alguns agentes farmacológicos comumente usados para o tratamento de condições relacionadas com as lesões cerebrais também podem ter propriedades concomitantes de modulação da dor, como anticonvulsivantes, antiespasticidade, GABAérgicos e antidepressivos. Os betabloqueadores (propranolol) para sintomas disautonômicos e AINE's, também podem ajudar a modular a experiência subjetiva da dor. O uso profilático de analgésicos tem sido recomendado em todos os doentes não comunicativos. As famílias e os cuidadores ficam frequentemente preocupados com a possibilidade do seu ente querido estar com dor e/ou sofrimento. Devemos melhorar o nosso conhecimento científico em relação a avaliação e gestão da dor e do sofrimento, para fornecer melhores cuidados de saúde.
12	Shekhar, V. et al; 2023; Índia	Procurar evidências atuais disponíveis sobre diferentes marcadores relacionados à dor	Artigo de revisão	Doentes em situação paliativa	Marcadores não invasivos para mensurar a dor: - Biomarcadores salivares (glutamato, substância P, alfa amilase, cortisol, recetor II do fator de necrose tumoral solúvel- α e IgA secretora) - Variabilidade da frequência cardíaca (VFC) - Pressão arterial - Eletroencefalografia (EEG) - Velocidade de condução nervosa - Resposta galvânica da pele - Frequência respiratória - Saturação de oxigénio - Índice pletismográfico cirúrgico (SPI) - Diâmetro pupilar - Eletromiografia	A dor é quase sempre medida subjetivamente e medi-la objetivamente pode ser difícil devido a causas multifatoriais. Existem estudos ou evidências muito limitadas que mostram os métodos objetivos de medição da dor. Esta revisão destacou a importância dos marcadores básicos para a medição não invasiva da dor. Os parâmetros não invasivos discutidos neste estudo podem ser uma ferramenta valiosa para orientar estudos futuros.

Discussão/Conclusão

Faz-se uma correlação entre as escalas e os itens avaliados no Quadro 2, a expressão facial (rosto) é avaliada em todas as escalas, a linguagem corporal (movimentos do corpo) é avaliada por 11 das 12 escalas, e a vocalização (queixas) é avaliada por 10 das 12 escalas, assim, pode-se afirmar que estes indicadores comportamentais são bons preditores de dor em doentes não-verbais.

Quadro 2 – relação dos parâmetros avaliados nas escalas apresentadas

Escalas	Parâmetros avaliados										
	Rosto/ expressão facial	Olhar / olhos / pupilas	Queixas / vocalizações	Consolabilidade	Linguagem corporal / movimentos corporais	Tensão muscular	Comportamento / agitação / agressividade	Respiração	Alterações fisiológicas	Alterações físicas	Outros
Algoplus	X	X	X		X		X				
Doloplus 2	X				X		X				X
PACSLAC - Pain Assessment Checklist for Seniors with limited Ability To Communicate	X		X		X		X				X
PAINAD - Pain Assessment in Advanced Dementia	X		X	X	X			X			
Abbey Pain Scale	X		X		X		X		X	X	
BPS - Behavioural Pain Scale, BPS-NI- Behavioural Pain Scale non-intubated	X		X		X						X
CPOT - Critical Care Pain Observation	X				X	X					X
BPT - Bolton Pain Assessment Tool	X		X		X		X		X	X	
CNPI - Checklist of Nonverbal Pain Indicators	X		X		X		X				
BINAM - Brain Injury Nociception Assessment Measure	X	X	X		X				X		X
NCS-R - Nociception Coma Scale – Revised	X		X		X						
MOPAT - Multidimensional Observational Pain Assessment Tool	X		X			X			X		

A avaliação da dor deve ser individualizada, contínua, quantificada, monitorizada e documentada. Qualquer avaliação da dor também deve envolver as pessoas significativas para o doente. A dor não detetada e mal controlada pode afetar significativamente a qualidade de vida e aumentar a morbilidade.¹⁰

As escalas ideais para avaliação da dor devem ser simples, precisas, com variabilidade interpessoal mínima e devem discernir e quantificar a resposta ao tratamento da dor.

A utilização de escalas ajuda a padronizar a avaliação da dor e a monitoriza-la de forma adequada e objetiva.

Existem vários instrumentos para avaliação da dor, sendo importante selecionar um que corresponda às capacidades da pessoa, uma vez que estes influenciarão a sua capacidade de resposta.¹¹ É importante reconhecer, avaliar e controlar a dor utilizando uma abordagem sistemática e contínua.¹¹

A gestão eficaz da dor requer habilidades específicas. De acordo com Raposo et al. (2016), os enfermeiros que possuem um conhecimento sólido sobre a dor e adotam uma atitude adequada em relação ao seu controlo oferecem cuidados de melhor qualidade.¹²

Kaiser et al. (2021), afirma que, a gestão adequada da dor é uma medida de eficácia dos cuidados paliativos. Zasler et al. (2022), sugerem que na gestão farmacológica se deve começar com um fármaco que apresenta o menor risco possível, mas que ainda tem potencial para proporcionar o maior benefício terapêutico no alívio da dor.

Referências Bibliográficas

- 1) International Association for the Study of Pain (IASP). <https://bit.ly/iaspdefinitionpain>
- 2) McManus, J., & Sallee, D. (2005). Pain management in the prehospital environment. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 23, 415-431.
- 3) Mateus, A., Ferreira, B., Monforte, E., Ferreira, F., Alvarenga, M., Silva, M. & Leite, M. (2008). *DOR - Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros.
- 4) Direção Geral da Saúde – Programa Nacional de Controlo da Dor (2015). <https://pns.dgs.pt>
- 5) Mota, A. R., & Mota, D. D. C. (2006). Alterações cognitivas em cuidados paliativos. In *Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia*. Barueri: Manole.
- 6) Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED). www.aped-dor.org
- 7) Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM evidence synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- 8) Wiffen, P., McQuay, H., Barden, J., & McQuay, H. (2003). Oral morphine for cancer pain. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD003868.
- 9) Quigley, C. (2005). The role of opioids in cancer pain. *BMJ*, 331:825–829.
- 10) Cluxton, C. (2019). The Challenge of Cancer Pain Assessment. *Ulster Med J*, 88(1), 43-46.
- 11) Denning, K. (2023). Recognising, assessing and managing pain in a person with dementia. *JCN*, (37)4, 45-50.
- 12) Raposo, C., Oliveira, A., Santos, J., Ribeiro, A., Santos, C., Freitas, J., & Correia, I. (2016). Conhecimentos e atitudes dos enfermeiros perante a dor. *Onco.news*, (31), 8–12.
- 13) Freire, E. (2017). *Guia Prático do Controlo Sintomático*. Angelini Farmacêutica, Lda.

- 14) Feast, A., White, N., Lord, K., Kupeli, N., Vickerstaff, V. & Sampson, E. (2018). Pain and delirium in people with dementia in the acute general hospital setting. *Age and Ageing*, 47, 841–846. doi: 10.1093/ageing/afy112
- 15) Kaiser, K., McGuire, D., Chave, T. & Haisfield-Wolfe, M. (2020). Methodological challenges in conducting instrumentation research in non-communicative palliative care patients. *Appl Nurs Res*, 51, 151-199.
- 16) Malec, M. & Shega, J. (2017). Symptom evaluation using observational assessment. *Progress in Palliative Care*, 25(1), 18-22. DOI 10.1080/09699260.2016.1193969
- 17) Shekhar, V., Choudhary, N., Rathore, P., Singh, S. & Bhatnagar, S. (2023). Non-Invasive Objective Markers to Measure Pain: A Direction to Develop a Pain Device - A Narrative Review. *Indian Journal of Palliative Care*, 29(2), 217-222.
- 18) Six, S., Laureys, S., Poelaert, J., Bilsen, J., Theuns, P. & Deschepper, R. (2018). Comfort in palliative sedation (Compas): a transdisciplinary mixed method study protocol for linking objective assessments to subjective experiences. *BMC Palliative Care*, 17(62). <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0316-2>
- 19) Six, S., Laureys, S., Poelaert, J., Bilsen, J., Theuns, P., Musch, L., & Deschepper, R. (2019). Should we include monitors to improve assessment of awareness and pain in unconscious palliatively sedated patients? A case report. *Palliative Medicine*, 33(6). 712-716. doi: 10.1177/0269216319835149
- 20) Six, S., Laureys, S., Poelaert, J., Maïresse, O., Theuns, P., Bilsen, J., & Deschepper, R. (2021). Neurophysiological Assessments During Continuous Sedation Until Death Put Validity of Observational Assessments Into Question: A Prospective Observational Study. *Pain and therapy*, 10(1), 377–390. <https://doi.org/10.1007/s40122-020-00214-z>
- 21) Tegenborg, S., Fransson, P. & Martinsson, L. (2023a). The Abbey Pain Scale: not sufficiently valid or reliable for assessing pain in patients with advanced cancer. *Acta Oncologica*, (62)8, 953-960. DOI: 10.1080/0284186X.2023.2228992
- 22) Tegenborg, S., Fransson, P. & Martinsson, L. (2023b). Physicians' and nurses' experience of using the Abbey Pain Scale (APS) in people with advanced cancer: a qualitative content analysis. *BMC Nursing*, (22)95. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01227-7>
- 23) Zasler, D., Formisano, R. & Aloisi, M. (2022). Pain in Persons with Disorders of Consciousness. *Brain Sciences*, 12(300). <https://doi.org/10.3390/brainsci12030300>
- 24) Capelas, M. & Ferreira, R. (2021). *Diretório de Escalas Validadas para Português Europeu 2020*. Universidade Católica Editora. <http://doi.org/10.34632/9789725407837>

Anexo III

Escala Algoplus

Zid et Zen communication 01 46 49 96 79



Validated by :
 Dr. L Batalha - H Guarda - P Santos - J Raminhos
 E Passos - MJ Carrilho Mugeiro - IM Gouveia Pereira dias
 C Pires Costa - N Macian - Pr. G Pickering
 The DOLOPLUS® Team

A equipa DOLOPLUS® gostaria de agradecer à Grünenthal por patrocinar o projeto ALGOPLUS®.



Avaliação da dor

Escala de avaliação comportamental da dor aguda em pessoas idosas apresentando problemas de comunicação verbal

Identificação do paciente

Data da avaliação da dor	/...../.....		/...../.....		/...../.....		/...../.....		/...../.....		/...../.....	
Hora	h.....		h.....		h.....		h.....		h.....		h.....	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1 • Rosto Contração das sobrancelhas, caretas, crispação, maxilares cerrados, rosto fechado												
2 • Olhar Olhar desatento, fixo, distante ou suplicante, choro, olhos fechados												
3 • Queixas « Ai ! », « Que dor ! », « Está a doer ! », gemidos, gritos												
4 • Corpo Contração ou proteção de uma zona do corpo, recusa em movimentar-se, atitudes paradas												
5 • Comportamentos Agitação ou agressividade, rigidez												
Total SIM	□ / 5		□ / 5		□ / 5		□ / 5		□ / 5		□ / 5	
Profissional de cuidado médico que realizou a avaliação	☐ Médico ☐ Enfermeiro ☐ Auxiliar ☐ Outro Assinatura		☐ Médico ☐ Enfermeiro ☐ Auxiliar ☐ Outro Assinatura		☐ Médico ☐ Enfermeiro ☐ Auxiliar ☐ Outro Assinatura		☐ Médico ☐ Enfermeiro ☐ Auxiliar ☐ Outro Assinatura		☐ Médico ☐ Enfermeiro ☐ Auxiliar ☐ Outro Assinatura		☐ Médico ☐ Enfermeiro ☐ Auxiliar ☐ Outro Assinatura	

COPYRIGHT

Escala Doloplus 2

ESCALA DOLOPLUS													
AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NA PESSOA IDOSA													
APELIDO: NOME PRÓPRIO:								Datas					
SERVIÇO:													
								Observação comportamental					
REPERCUSSÃO SOMÁTICA													
1. Queixas somáticas	Ausência de queixas							0	0	0	0		
	Queixas apenas quando há solicitação							1	1	1	1		
	Queixas espontâneas ocasionais							2	2	2	2		
	Queixas espontâneas contínuas							3	3	3	3		
2. Posições antiálgicas em repouso	Ausência de posição antiálgica							0	0	0	0		
	O indivíduo evita certas posições de forma ocasional							1	1	1	1		
	Posição antiálgica permanente e eficaz							2	2	2	2		
	Posição antiálgica permanente ineficaz							3	3	3	3		
3. Proteção de zonas dolorosas	Ausência de proteção							0	0	0	0		
	Proteção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados							1	1	1	1		
	Proteção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados							2	2	2	2		
	Proteção em repouso, na ausência de qualquer solicitação							3	3	3	3		
4. Expressão facial	Mímica habitual							0	0	0	0		
	Mímica que parece exprimir dor quando solicitado							1	1	1	1		
	Mímica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação							2	2	2	2		
	Mímica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (átona, rígida, olhar vazio)							3	3	3	3		
5. Sono	Sono habitual							0	0	0	0		
	Dificuldade em adormecer							1	1	1	1		
	Despertar frequente (agitação motora)							2	2	2	2		
	Insónia com repercussão nas fases de despertar							3	3	3	3		
REPERCUSSÃO PSICOMOTORA													
6. Higiene e/ou vestir	Capacidades habituais conservadas							0	0	0	0		
	Capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução mas completas)							1	1	1	1		
	Capacidades habituais pouco diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais							2	2	2	2		
	Higiene e/ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa							3	3	3	3		
7. Movimento	Capacidades habituais conservadas							0	0	0	0		
	Capacidades habituais ativas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)							1	1	1	1		
	Capacidades habituais ativas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)							2	2	2	2		
	Movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição							3	3	3	3		
REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL													
8. Comunicação	Sem alteração							0	0	0	0		
	Intensificada (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)							1	1	1	1		
	Diminuída (o indivíduo isola-se)							2	2	2	2		
	Ausência ou recusa de qualquer comunicação							3	3	3	3		
9. Vida social	Participação habitual nas diferentes atividades (refeições, atividades recreativas, ateliers terapêuticos, ...)							0	0	0	0		
	Participação nas diferentes atividades apenas quando solicitado							1	1	1	1		
	Recusa parcial de participação nas diferentes atividades							2	2	2	2		
	Recusa de qualquer tipo de vida social							3	3	3	3		
10. Alterações de comportamento	Comportamento habitual							0	0	0	0		
	Alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas							1	1	1	1		
	Alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes							2	2	2	2		
	Alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)							3	3	3	3		
Adaptado de Guarda, H. (2006). Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina de Lisboa.								PONTUAÇÃO					

Pain Assessment Checklist for Seniors with limited Ability To Communicate (PACSLAC)

Lista de itens para avaliação da dor em pessoas idosas com capacidade limitada na comunicação PACSLAC – PT

Expressões faciais	Presente (v)
Esgar de dor	
Olhar triste	
Rosto fechado	
Olhar ameaçador	
Alteração ao nível dos olhos (ex. olhos enrugados, inexpressivos, brilhantes, aumento do movimento)	
Sobrelhas franzidas	
Expressão dolorosa	
Rosto inexpressivo	
Cerra os dentes	
Rosto contraído	
Abre a boca	
Franze a testa	
Franze o nariz	

Comportamento social / personalidade / humor	Presente (v)
Agressividade física (ex. empurra pessoas e/ou objetos, arranha outros. Agrede os outros com as mãos ou com os pés)	
Agressividade verbal	
Não quer ser tocado	
Não deixa que as pessoas se aproximem	
Zangado / furioso	
Atira objetos	
Aumento da confusão	
Ansioso	
Perturbado	
Aagitado	
Mal humorado / Irritável	
Frustrado	

Atividade / movimento Corporal	Presente (v)
Inquieto	
Afasta-se	
Retrai-se	
Irrequieto	
Anda de um lado para o outro	
Vagueia	
Tenta fugir	
Recusa a mexer-se	
Agita-se violentamente	
Diminuição da atividade	
Recusa a medicação	
Move-se lentamente	
Comportamento impulsivo (ex. movimentos repetitivos)	
Não colabora / resiste aos cuidados	
Protege a área dolorosa	
Toca / segura a área da dor	
Claudica	
Mão cerrada	
Assume posição fetal	
Corpo tenso / rígido	

Outro	Presente (v)
Rosto pálido	
Rosto ruborizado	
Olhos lacrimejantes	
Transpiração excessiva	
Treme / estremece	
Pele fria e húmida	
Alteração do sono (faça um círculo num dos itens): diminuição do sono ou aumento do sono durante o dia	
Alteração do apetite (faça um círculo num dos itens): diminuição do apetite ou aumento do apetite	
Grita / fala alto	
Pede ajuda	
Chora	
Um som específico ou vocaliza quando sente dor: “au”, “ai”	
Lamenta-se e geme	
Resmunga	
Emite grunhidos	

Adaptado de Santos, R., Castro-Caldas, A., & Hadjistavropoulos, T. (2012). Adaptação Cultural e Validação da Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC) para a População Portuguesa. *Dor*, 20(1), 6-11.

Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) – Versão Portuguesa

(Para cada categoria, escolha o item que mais se adequa, rodeando o número correspondente.)

Categoria	Item	Pontuação	
		0'	45'
Respiração independente da vocalização	Normal.	0	0
	Respiração ocasionalmente difícil. Curto período de hiperventilação.	1	1
	Respiração difícil e ruidosa. Período longo de hiperventilação. Respiração <i>Cheyne-Stok</i> .	2	2
Vocalização negativa	Nenhuma.	0	0
	Queixume ou gemido ocasional. Tom de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação.	1	1
	Chamamento perturbado repetitivo. Queixume ou gemido alto. Choro.	2	2
Expressão facial	Sorridente ou inexpressiva.	0	0
	Triste. Amedrontada. Sobrancelhas franzidas.	1	1
	Esgar facial.	2	2
Linguagem corporal	Relaxada.	0	0
	Tensa. Andar para cá e para lá de forma angustiada. Irrequieta.	1	1
	Rígida. Punhos cerrados. Joelhos fletidos. Resistência à aproximação ou ao cuidado. Agressiva.	2	2
Consolabilidade	Sem necessidade de consolo.	0	0
	Distraído ou tranquilizado pela voz ou toque.	1	1
	Impossível de consolar, distrair ou tranquilizar.	2	2
Score total (somatório dos itens da tabela)			

5- CARACTERÍSTICAS DA DOR

5.1- Localização anatómica: _____

5.2- Duração: Aguda ☐ Crónica (superior a 3 meses) ☐

5.3: Tipologia: Contínua ☐ Intermitente ☐

5.4- Tipo:

- Pontada ☐
- Lancinante ☐
- Moedeira ☐
- Por ferida ☐
- Cutânea ☐
- Isquémica ☐
- Muscular ☐
- Outro ☐ Qual? _____

Adaptado de Batalha, L., Duarte, C., Rosário, R., Costa, M., Pereira, V. & Morgado, T. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem de Referência*, 3(8), 7-16. DOI: 10.12707/RIII1294

Abbey Pain Scale – Versão Portuguesa

Para avaliar a dor da pessoa incapaz de comunicar

Data ___/___/___ e hora ___h ___' da avaliação

Q1.	Vocalização p. ex. geme, chora, choraminga Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3	Q1	
Q2.	Expressão facial p. ex. apresenta expressão tensa, franze a testa, faz esgares, parece assustado/a Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3	Q2	
Q3.	Alteração da linguagem corporal p. ex. agitação, balança-se, protege uma parte do corpo, isola-se Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3	Q3	
Q4.	Alteração comportamental p. ex. mais confuso, recusa-se a comer, apresenta alteração nos padrões habituais Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3	Q4	
Q5.	Alteração fisiológica p. ex. temperatura, ritmo cardíaco ou tensão arterial fora dos limites normais, transpiração, rubor ou palidez Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3	Q5	
Q6.	Alterações físicas p. ex. lacerações da pele, zonas de pressão, artrite, contracturas, lesões anteriores Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3	Q6	
Some as pontuações das Questões 1 a 6 e registe aqui		VALOR TOTAL DE DOR	

Agora assinale a casa correspondente à Pontuação Total relativa à Dor

0 - 2 Sem dor	3 - 7 Ligeira	8 - 13 Moderada	> 14 Severa
------------------	------------------	--------------------	----------------

Assinale a casa que corresponde ao tipo de dor →

Crónica	Aguda	Dor Crónica e Aguda
---------	-------	---------------------

Adaptado de Rodrigues, A.J.S.S. (2013). Avaliação da Dor ao Doente Oncológico em Cuidados Paliativos Incapaz de Comunicar - Validação Cultural da *Abbey Pain Scale*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Behavioural Pain Scale (BPS) / Behavioural Pain Scale non-intubated (BPS-NI)

Behavioral Pain Scale (BPS) Training Poster

BPS
(intubated patients)

1 2 3 4

Facial expression



Relaxed Partially tightened = brow lowering Fully tightened = eyelid closing Grimacing = folded cheek

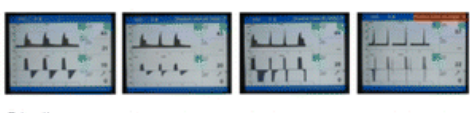
Movements of upper limbs



No movement Partially bent Very bent with finger flexion Retracted, opposition to care

At rest: check the tonus by mobilisation of the limb

Compliance with ventilation



Tolerating ventilation Coughing but tolerating ventilation most of the time Fighting ventilator but ventilation possible sometimes Unable to control ventilation

BPS-NI
(non-intubated patients)

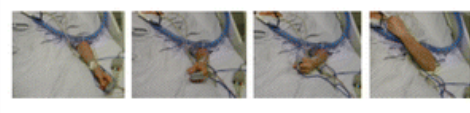
1 2 3 4

Facial expression



Relaxed Partially tightened = brow lowering Fully tightened = eyelid closing Grimacing = folded cheek

Movements of upper limbs



No movement Partially bent Very bent with finger flexion Retracted, opposition to care

At rest: check the tonus by mobilisation of the limb

Vocalisation

No pain vocalization

Moaning not frequent (< 3/min) and not prolonged (< 3 s)

Moaning frequent (> 3/min) or prolonged (> 3 s)

Howling or verbal complaint including < Ouch ! > or breath-holding

① + ② + ③ = Total BPS value

from 3 (no) to 12 (maximum) pain behavior rated using the BPS

Adaptado de Chanques, G., Payen, J.F., Mercier, G., de Lattre, S., Viel, E., Jung, B., Cissé, M., Lefrant, J.Y., & Jaber, S. (2009). Assessing pain in non-intubated critically ill patients unable to self report: an adaptation of the Behavioral Pain Scale. *Intensive Care*, 35(12), 2060–2067. <https://doi.org/10.1007/s00134-009-1590-5>

Behavioral Pain Scale		
Expressão facial	Relaxada	+1
	Parcialmente contraída	+2
	Totalmente contraída	+3
	Contorção facial	+4
Movimento membros superiores	Sem movimento	+1
	Movimentação parcial	+2
	Movimentação completa, com flexão dos dedos	+3
	Permanentemente contraídos	+4
Adaptação à VMI	Tolera VMI	+1
	Tosse, mas tolera a VMI a maioria do tempo	+2
	A reagir contra o ventilador	+3
	Totalmente desadaptado	+4

Dor mínima – 3 | Dor máxima - 12

Adaptado de Máximo, M. A., & Puga, A. (2022). Gestão da sedação em UCI: Sedação em UCI. *Revista Da Sociedade Portuguesa De Anestesiologia*, 30(4). <https://doi.org/10.25751/rspa.24797>

Critical Care Pain Observation (CPOT)

Critical-Care Pain Observation Tool		
Expressão facial	Relaxada / Neutra	0
	Tensa	+1
	Contorção facial	+2
Movimento corpo	Sem movimento	0
	Movimentos de proteção	+1
	Inquietação	+2
Tensão muscular	Relaxado	0
	Tenso ou rígido	+1
	Muito tenso ou muito rígido	+2
Adaptação à VMI (doente entubado) / vocalização (doente extubado)	Tolera VMI / fala em tom normal ou sem som	0
	Tosse, mas tolera a VMI / suspiros ou gemidos	+1
	A reagir contra o ventilador / choro	+2
Sem dor – 0 Dor máxima - 8		

Adaptado de Máximo, M. A., & Puga, A. (2022). Gestão da sedação em UCI: Sedação em UCI. *Revista Da Sociedade Portuguesa De Anestesiologia*, 30(4). <https://doi.org/10.25751/rspa.24797>

Bolton Pain Assessment Tool (BPT)

Scoring system of the Bolton Pain Assessment Tool				
	No pain (0 point)	Mild pain (1 point)	Moderate pain (2 points)	Severe pain (3 points)
Vocalisation	None	For example, occasional groan	For example, low-level speech with a negative or disapproving quality, whimpering	For example, repeatedly crying out loud, groaning, crying
Facial expression	Smiling, relaxed	For example, looking tense	For example, grimacing, frowning, looking tense	For example, grimacing, looking frightened
Changed body language	None	For example, tense, fidgeting	For example, guarding part of the body	For example, withdrawn, rigid, fists clenched, knees pulled up
Behavioural change	None	For example, increased confusion	For example, lack of appetite, alterations in usual pattern of behaviour	For example, pulling or pushing away, striking out
Physiological change	Normal	For example, sighing, increased heart rate	For example, hyperventilation, increased heart rate, increased blood pressure, increased respiratory rate	For example, increased heart rate, increased blood pressure, increased respiratory rate, perspiration, flushing or pallor
Physical changes	None	For example, tears, bruising, grazes	For example, surgical wound, arthritis	For example, acute trauma post-surgery
Source: adapted with permission from Royal Bolton Hospital Foundation Trust				

Adaptado de [Assessing pain in patients with cognitive impairment in acute care](#) | Nursing Times

www.nursingtimes.net/clinical-archive/pain-management/assessing-pain-in-patients-with-cognitive-impairment-in-acute-care-11-09-2017/

Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI)

Checklist of Nonverbal Pain Indicators		
Date: _____	Patient Name: _____	
(Write a 0 if the behavior was not observed, and a 1 if the behavior occurred even briefly during activity or rest.)		
	With Movement	Rest
1. Vocal Complaints: Nonverbal (Expression of pain, not in words, moans, groans, grunts, cries, gasps, sighs)	_____	_____
2. Facial Grimaces/Winces (Furrowed brow, narrowed eyes, tightened lips, dropped jaw, clenched teeth, distorted expressions)	_____	_____
3. Bracing (Clutching or holding onto siderails, bed, tray table, or affected area during movement)	_____	_____
4. Restlessness (Constant or intermittent shifting of position, rocking, intermittent or constant hand motions, inability to keep still)	_____	_____
5. Rubbing: (Massaging affected area) (In addition, record verbal complaints)	_____	_____
6. Vocal Complaints: (Words expressing discomfort of pain—"ouch," "that hurts", cursing during movement, or exclamations of protest—"stop," "that's enough")	_____	_____
Subtotal Scores	_____	_____
Total Scores	_____	_____

Sources: Feldt KS, Treatment of pain in cognitively impaired versus cognitively intact post hip fractured elders (Doctoral diss.) Minneapolis: University of Minnesota, 1996. Dissertation Abstracts International 57, 09B: 5574; Feldt KS, Checklist of Nonverbal Pain Indicators. Pain Management Nursing 2000;1 (1): 13021.

Feldt, K. S. (2000). The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI). *Pain Management Nursing*, 1(1), 13-21.

Brain Injury Nociception Assessment Measure (BINAM)

Item	Definition	Original Rating Categories	Final Rating Categories
Arousal	Eyes closed to open wider than normal	4	3
Diastolic blood pressure	Automated cuff	Continuous	4 (quartiles)
Heart rate	Automated cuff	Continuous	4 (quartiles)
Systolic blood pressure	Automated cuff	Continuous	4 (quartiles)
Pupil size	Diameter compared with diagram	9	7
Vocalization*	Silent to screaming	5	4
Movement	Body still to forceful repetitive/rocking movements	4	3
Posture	Relaxed arms/legs to rigid arms/legs	4	2
Facial expression	Smiling to distressed based on drawings	5	4
Skin color†	Face/arms whiter than normal to redder than normal	3	3
Respiratory rate	Count for 30 s	Continuous	Removed
Goosebumps	Piloerection present/absent	2	Removed
Skin wetness	Face/arms dry to wet	3	Removed
Skin temperature	Arms cooler than normal to warmer than normal	3	Removed
Tears	Dry to crying	3	Removed

*Cuffless tracheostomy tube briefly occluded for rating; set to missing for patients with cuffed tracheostomy tubes.

†In patients with darkly pigmented skin based on race/ethnicity, skin color changes related to nociception were blunted. This item was set to missing for such patients (N=8).

Itens removidos, não fazendo parte da versão final da escala BINAM

Adaptado de Whyte, J., Poulsen, I., Ni, P., Eskildsen, M. & Guldager, R. (2020). Development of a Measure of Nociception for Patients With Severe Brain Injury. *The Clinical Journal of Pain* 36(4), 281-288. DOI: 10.1097/AJP.0000000000000811

Nociception Coma Scale – Revised (NCS-R)

Table 1. The Nociception Coma Scale–Revised.

Motor response
3: Localization to painful stimulation
2: Flexion withdrawal
1: Abnormal posturing
0: None/flaccid
Verbal response
3: Verbalization (intelligible)
2: Vocalization
1: Groaning
0: None
Facial expression
3: Cry
2: Grimace
1: Oral reflexive movement/startle response
0: None

Chatelle, C., Thibaut, A., Bruno, M.A., Boly, M., Bernard, C., Hustinx, R., Schnakers, C., & Laureys, S. (2014). Nociception Coma Scale–Revised Scores Correlate With Metabolism in the Anterior Cingulate Cortex. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 28(2), 149–152. DOI: 10.1177/1545968313503220

Multidimensional Observational Pain Assessment Tool (MOPAT)

Multidimensional Observational Pain Assessment Tool (MOPAT)					
Behavioural Subscale					
Behavioral Pain Indicators	0 (none or normal)	1 (Mild)	2 (Moderate)	3 (Severe)	
Restless	Quiet	Slightly restless (fidgety)	Moderately restless (tossing/turning)	Very restless (agitated, constant movement)	
Tense muscles (muscle tension)	Relaxed	Slight tenseness (guarding)	Moderate tenseness (sensibility or mild resistance to movement)	Extreme tenseness (stiffness or total body rigidity)	
Frowning / grimacing (facial expression)	No frowning or grimacing	Slight frowning or grimacing (furrowed brow)	Moderate frowning or grimacing	Constant frowning or grimacing	
Patient sounds (vocalization) (record 4' unable to vocalize)	Quiet	Sighs, groans, moans, softly	Groans, moans loudly	Cries out or subs	
Behavioral score					
Physiological Subscale					
Physiological Pain Indicators	0 (Usual or No Change from Usual)		1 (Not Usual or Change from Usual)		
Heart Rate	Usual / No Change		Change from usual		
Respirations	Usual / No Change		Change from usual		
Diaforesis	Usual / Absent		Present		
Physiological score					
TOTAL SCORE					

Adaptado de _ PPT - MOPAT Uma nova ferramenta para avaliar a dor em pacientes de cuidados paliativos que não podem se auto-relatar Apresentação em PowerPoint - ID:1386822 (slideserve.com)
<https://www.slideserve.com/jenski/mopat-a-new-tool-for-assessing-pain-in-hospice-patients-who-can-t-self-report>

Anexo IV

PLANEAMENTO PEDAGÓGICO

Planeamento Pedagógico							
Formação em serviço		SCP – Equipa de Enfermagem					
Tema: Avaliação e controlo da dor na pessoa adulta em situação paliativa com alterações cognitivas					Formador: Conceição Gomes (aluna do 2º MEMCEPSP da ESEP)		
Data: 25/01/2024		Duração da sessão: 15 minutos		Local: Centro Hospitalar, no serviço de Cuidados Paliativos			
Objetivo geral: Promover uma reflexão/discussão sobre avaliação e gestão da dor na pessoa em situação paliativa com alterações cognitivas.							
Objetivos específicos da sessão	Fases	Conteúdos	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos	Atividades didáticas	Tempo	Avaliação
✓ Identificar pelo menos 3 escalas de heteroavaliação da dor; ✓ Utilizar uma escala que seja mais adequada.	Introdução	✓ Apresentação do formador ✓ Enquadramento do tema ✓ Objetivos da sessão ✓ Metodologia da formação	✓ Método expositivo	✓ Poster	✓ Exposição de um poster	3’	✓ Interação com a equipa de enfermagem
	Desenvolvimento	✓ Apresentação do poster, dando ênfase aos resultados da revisão de literatura (ferramentas para avaliação da dor e controlo da dor) ✓ Reflexão/discussão dos resultados	✓ Método expositivo/participativo ✓ Debate	✓ Poster ✓ Cópias das escalas apresentadas	✓ Exposição de um poster	10’	✓ Interação com a equipa de enfermagem
	Conclusão	✓ Síntese das ideias principais. ✓ Agradecimentos	✓ Método expositivo	✓ Poster	✓ Exposição de um poster	2’	✓ Interação com a equipa de enfermagem

RESUMO

Título: Avaliação e controlo da dor na pessoa adulta em situação paliativa com alterações cognitivas

Introdução: A dor é uma experiência pessoal e subjetiva, isto é, *"uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos"* (International Association for the Study of Pain - IASP). A Ordem dos Enfermeiros (OE) determina que a avaliação da dor "é uma norma de boa prática". Esta deve ser individualizada, contínua, quantificada, monitorizada e documentada, com ênfase na sistemática valoração, diagnóstico, avaliação e registo da presença e intensidade da dor. (McManus & Sallee, 2005; OE, 2008). O alívio da dor é uma obrigação ética e moral, é dever do profissional de saúde e um direito do doente, que na presença de dor essa seja minimizada ou mesmo anulada (Programa Nacional de Controlo da Dor, 2015). A cognição abarca conceitos como: consciência, atenção, perceção, emoção, aprendizagem, linguagem e memória. A alteração de um destes elementos ou de vários pode gerar confusão no indivíduo, levando a que deixe de pensar de forma coerente e clara, pondo em causa a comunicação da dor (Mota & Mota, 2006). A descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos possíveis para exprimir a dor, a incapacidade de comunicar não nega a possibilidade de que um indivíduo sinta dor (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor – APED). **Objetivo da revisão:** mapear o conhecimento existente na evidência científica sobre a avaliação e controlo da dor na pessoa adulta em situação paliativa com alterações cognitivas.

Metodologia: realizou-se uma revisão do tipo *scoping review*, seguindo o método da *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peters et al., 2020). Na mnemónica PCC, considerou-se como população a pessoa com incapacidade em comunicar, como conceito a dor e como contexto os cuidados paliativos. Identificaram-se descritores e elaborou-se a pergunta de revisão principal e uma secundária. Como critérios de elegibilidade dos artigos consideraram-se: os termos em PCC, estudos analisados pelos pares, publicados em revistas académicas, limite temporal entre 2017 e 2023. A pesquisa realizou-se via EBSCOhost web da biblioteca virtual da Escola Superior de Enfermagem do Porto, para duas bases de dados, MEDLINE Complete e CINAHL Complete, sem limitação geográfica ou de idioma. para todas as bases de dados disponíveis. Esta revisão poderá apresentar limitações que decorrem de um trabalho académico, nomeadamente a profundidade da pesquisa.

Resultados: Foram identificados 530 estudos e incluídos 12 estudos. Foram identificadas algumas estratégias para a avaliação da dor na pessoa adulta em situação paliativa com alterações cognitivas, nomeadamente escalas de heteroavaliação validadas para português, tais como, a Escala Algoplus, Escala Doloplus 2, PACSLAC, PAINAD e Abbey Pain Scale. Para o controlo da dor pode-se utilizar uma abordagem não farmacológica (massagem), e/ou uma abordagem farmacológica (tendo em conta a escala analgésica recomendada pela OMS). Estas abordagens podem ser utilizadas de forma isolada ou combinada.

Discussão / Conclusão: a avaliação da dor deve ser individualizada, contínua, quantificada, monitorizada e documentada. Qualquer avaliação da dor também deve envolver as pessoas significativas para o doente. A dor não detetada e mal controlada pode afetar significativamente a qualidade de vida e aumentar a morbilidade (Cluxton 2019). As escalas ideais para avaliação da dor devem ser simples, precisas, com variabilidade interpessoal mínima e devem discernir e quantificar a resposta ao tratamento da dor. A utilização de escalas ajuda a padronizar a avaliação da dor e a monitoriza-la de forma adequada e objetiva.

Existem vários instrumentos para avaliação da dor, sendo importante selecionar um que corresponda às capacidades da pessoa, uma vez que estes influenciarão a sua capacidade de resposta (Denning, 2023). É importante reconhecer, avaliar e controlar a dor utilizando uma abordagem sistemática e contínua (Denning, 2023). A gestão eficaz da dor requer habilidades específicas. De acordo com Raposo et al. (2016), os enfermeiros que possuem um conhecimento sólido sobre a dor e adotam uma atitude adequada em relação ao seu controle oferecem cuidados de melhor qualidade.

Palavras-chave: Alterações cognitivas, Doente não verbal, Doente não comunicante, Avaliação da dor, Gestão da dor, Controlo da dor, Cuidados paliativos.

Avaliação e controlo da dor na pessoa adulta em situação paliativa com alterações cognitivas

Autor: Conceição Gomes (ep10803@esenf.pt)



Introdução

A dor é uma experiência pessoal e subjetiva, isto é, "uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos".¹ A Ordem dos Enfermeiros (OE) determina que a avaliação da dor "é uma norma de boa prática". Esta deve ser individualizada, contínua, quantificada, monitorizada e documentada, com ênfase na sistemática valorização, diagnóstico, avaliação e registo da presença e intensidade da dor.^{2,3}

O alívio da dor é uma obrigação ética e moral, é dever do profissional de saúde e um direito do doente, que na presença de dor essa seja minimizada ou mesmo anulada.⁴

A cognição abarca conceitos como: consciência, atenção, percepção, emoção, aprendizagem, linguagem e memória. A alteração de um destes elementos ou de vários pode gerar confusão no indivíduo, levando a que deixe de pensar de forma coerente e clara, pondo em causa a comunicação da dor.⁵

A descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos possíveis para exprimir a dor, a incapacidade de comunicar não nega a possibilidade de que um indivíduo sinta dor.⁶

Objetivo da revisão: mapear o conhecimento existente na evidência científica sobre a avaliação e controlo da dor na pessoa adulta em situação paliativa com alterações cognitivas.

Palavras-chave: Alterações cognitivas, Doente não verbal, Doente não comunicante, Avaliação da dor, Gestão da dor, Controlo da dor, Cuidados paliativos.

Metodologia

Scoping review, segundo o método da Joanna Briggs Institute (JBI).⁷

PCC: População - pessoa com incapacidade em comunicar, Conceito -dor e Contexto-cuidados paliativos.

Questão de revisão principal - Como é realizada a avaliação da dor no doente em situação paliativa com alterações cognitivas?

Questão de revisão secundária - Como se pode controlar a dor no doente em situação paliativa com alterações cognitivas?

Crítérios de elegibilidade para a seleção dos estudos: os termos PCC, estudos analisados pelos pares, publicados em revistas académicas, limite temporal 2017-2023.

Resultados

AValiação DA DOR

Avaliação da Dor		
Através de Escalas		
Escala	Objetivo	Itens avaliados
Escala Algoplus ¹⁴ (validada para Português em 2018)	Avaliar a dor aguda em pessoas idosas como problemas de comunicação verbal	1) rosto, 2) olhar, 3) queixas, 4) corpo, 5) comportamento.
Escala Doloplus ²⁴ (validada para Português em 2010)	Avaliar a dor em pessoas idosas com problemas de comunicação verbal	10 itens (5 a reações somáticas, 2 a reações psicomotoras e 3 a reações psicossociais) 1) queixas somáticas, 2) posições antálgicas em repouso, 3) proteção de zonas dolorosas, 4) expressão facial, 5) sono, 6) higiene e/ou vestir, 7) movimento, 8) comunicação, 9) vida social, 10) alteração de comportamento.
Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC) ²⁵⁻²⁶ (validada para Português em 2012)	Avaliar a dor em pessoas idosas com demência	60 itens subdivididos em 4 subescalas: Expressões faciais - 13 itens; Movimento e atividade corporal - 20 itens; Humor, personalidade, social - 12 itens; Indicadores fisiológicos, comer, dormir, mudanças no sono e comportamentos vocais - 15 itens.
Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) ^{11,14,16,18,24} (validada para Português em 2012)	Avaliar a dor na pessoa idosa incapaz de se auto-avaliar	1) respiração, 2) vocalização, 3) expressões faciais, 4) linguagem corporal, 5) consolabilidade (reação do doente à voz e toque do cuidador).
Abbey Pain Scale ^{11,15,24,26} (validada para Português em 2013)	Avaliar a dor da pessoa com incapacidade para comunicar	1) vocalização, 2) expressão facial, 3) alteração na linguagem corporal, 4) alteração comportamental, 5) alterações fisiológicas (temperatura, ritmo cardíaco, transpiração), 6) alterações físicas (lacerações na pele, artrite, lesões anteriores).
Behavioural Pain Scale (BPS), Behavioural Pain Scale non-intubated (BPS-NI) ^{11,16,18,20,21}	Avaliar a dor no doente crítico incapaz de comunicar	1) expressão facial, 2) movimento dos membros superiores, 3) adaptação ventilatória ou vocalização (na BPS-NI).
Critical Care Pain Observation (CPOT) ^{16,18,19,20}	Avaliar a dor no doente crítico incapaz de comunicar	1) expressão facial, 2) movimentos corporais, 3) tensão muscular, 4a) adaptação ventilatória ou 4b) vocalização.
Bolton Pain Assessment Tool (BPAT) ¹¹	Avaliar a dor no doente incapaz de comunicar	1) vocalização, 2) expressão facial, 3) alteração linguagem corporal, 4) alteração comportamental, 5) alteração fisiológica, 6) alteração física.
Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI) ¹⁶	Avaliar a dor em pessoas com declínio cognitivo severo	1) vocalizações não verbais, 2) expressão suada, 3) dificuldade em movimentar sem recorrer a apoio, 4) massajar o local onde dói, 5) inquietação, 6) queixas vocalizadas.
Brain Injury Nociception Assessment Measure (BINAM) ²¹	Avaliar a nociceção em doentes não comunicativos com TCE grave	1) excitação, 2) pressão arterial diastólica, 3) frequência cardíaca, 4) pressão arterial sistólica, 5) tamanho pupilar, 6) vocalização, 7) movimento, 8) postura, 9) expressão facial, 10) cor da pele.
Nociception Coma Scale - Revised (NCS-R) ²¹	Avaliar a dor em doentes com distúrbios da consciência	Composta por 3 subescalas: Resposta motora (não flácido, postura anormal, retrada da flexão e localização); Resposta verbal (não verbalização, gemidos, vocalização e verbalização inteligível); Expressão facial (resposta reflexiva/sobressalto não oral, careta e choro).
Multidimensional Observational Pain Assessment Tool (MOPAT) ^{10,12}	Avaliar a dor na pessoa em situação paliativa incapaz de comunicar	Indicadores comportamentais (expressões faciais, gemidos e tensão muscular); Indicadores fisiológicos (frequência cardíaca, pressão arterial e sudorese).

Através de Marcadores não invasivos para mensurar a dor¹⁰

● Biomarcadores salivares (glutamina, substância P, alfa amilase, cortisol, recetor II do fator de necrose tumoral solúvel-α e IgA secretora) ● Diâmetro pupilar ● Eletromiografia ● Resposta galvânica da pele
 ● Frequência respiratória, saturação de oxigénio, índice pletoimográfico cirúrgico ● Eletroencefalografia, velocidade de condução nervosa ● Variabilidade da frequência cardíaca (VFC), pressão arterial

CONTROLO DA DOR

Abordagem não farmacológica: descanso, movimentos suaves, uso de calor/frio, musicoterapia, massagem, toque terapêutico.

Abordagem Farmacológica: Escala analgésica (OMS), gerir pelos 3 princípios: hora, via oral e pela escada analgésica.



*Superioridade, fármaco MOR-NN - opióide agudo dos recetores - e inibidor da recaptação de noradrenalina - para tratamento de dor moderada a intensa.
 **Adjuvantes: fármacos que têm indicações primárias que não a dor, mas que têm propriedades analgésicas (ex. antidepressivos, gabapentina, pregabalin, paracetamol, etc).

Figura 1 - Escada analgésica da OMS¹⁷ (adaptada do Guia Prático de Controlo da Dor, 2017)

A morfina é o fármaco mais regularmente utilizado no tratamento da dor moderada a severa, num doente em situação paliativa, devido à sua eficácia analgésica, tolerabilidade e relação custo-benefício.⁸

Num doente em situação de últimas semanas e dias de vida, os fármacos de eleição para o controlo da dor são os opióides fortes.⁹

Estas estratégias podem ser utilizados de forma isolada ou combinada.

Discussão / Conclusão

A avaliação da dor deve ser individualizada, contínua, quantificada, monitorizada e documentada. Qualquer avaliação da dor também deve envolver as pessoas significativas para o doente. A dor não detetada e mal controlada pode afetar significativamente a qualidade de vida e aumentar a morbilidade.¹⁰

As escalas ideais para avaliação da dor devem ser simples, precisas, com variabilidade interpessoal mínima e devem discernir e quantificar a resposta ao tratamento da dor.

A utilização de escalas ajuda a padronizar a avaliação da dor e a monitorizá-la de forma adequada e objetiva.

Existem vários instrumentos para avaliação da dor, sendo importante selecionar um que corresponda às capacidades da pessoa, uma vez que estes influenciarão a sua capacidade de resposta.¹¹ É importante reconhecer, avaliar e controlar a dor utilizando uma abordagem sistemática e contínua.¹¹

A gestão eficaz da dor requer habilidades específicas. De acordo com Raposo et al. (2016), os enfermeiros que possuem um conhecimento sólido sobre a dor e adotam uma atitude adequada em relação ao seu controlo oferecem cuidados de melhor qualidade.¹²



PANFLETO

A dor na pessoa com alterações cognitivas

A dor é uma experiência pessoal e subjetiva.

A avaliação da dor deve ser individualizada, contínua, quantificada, monitorizada e documentada.

A descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos possíveis para exprimir a dor, a incapacidade de comunicar não nega a possibilidade de que um indivíduo sinta dor.

Pode-se avaliar a dor num indivíduo, tendo em conta indicadores comportamentais, fisiológicos e físicos do mesmo.

A combinação de diferentes métodos de avaliação pode ser mais eficaz em obter uma compreensão abrangente da dor em determinadas situações.

Escala <i>Abbey Pain Scale</i> – Versão Portuguesa			
Vocalização - geme, chora, choraminga <i>Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Forte 3</i>			
Expressão facial - apresenta expressão tensa, franze a testa, faz caretas/esgares, parece assustado(a) <i>Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Forte 3</i>			
Alteração da linguagem corporal - agitação, inquieto, balança-se, protege uma parte do corpo, isola-se <i>Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Forte 3</i>			
Alteração comportamental – mais confuso, recusa-se a comer, apresenta alteração dos padrões habituais <i>Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Forte 3</i>			
Alterações fisiológicas - temperatura, ritmo cardíaco ou tensão arterial fora dos limites normais, transpiração, rubor ou palidez <i>Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Forte 3</i>			
Alterações físicas – lacerações da pele, zonas de pressão, artrite, contraturas, lesões anteriores <i>Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Forte 3</i>			
VALOR TOTAL			
0 a 2 → sem dor, 3 a 7 → dor ligeira, 8 a 13 → dor moderada, > 14 → dor severa			
Adaptado de Rodrigues 2013.			

Frete

<i>Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)</i> – Versão Portuguesa			
Categoria	Item	Pontuação	
Respiração (independente da vocalização)	Normal.	0	0
	Respiração ocasionalmente difícil ou curtos períodos de hiperventilação.	1	1
	Respiração ruidosa e difícil, longos períodos de hiperventilação ou respiração de Cheyne-Stokes.	2	2
Vocalização negativa	Nenhuma.	0	0
	Queixume ou gemido ocasional. Tom de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação.	1	1
	Chamamento perturbado repetitivo. Queixume ou gemido alto. Choro.	2	2
Expressão facial	Sorridente ou inexpressiva.	0	0
	Triste. Amedrontada. Sobrancelhas franzidas.	1	1
	Esgar facial.	2	2
Linguagem corporal	Relaxada.	0	0
	Tensa. Andar para cá e para lá de forma angustiada. Irrequieta.	1	1
	Rígida. Punhos cerrados. Joelhos fletidos. Resistência à aproximação ou ao cuidado. Agressiva.	2	2
Consolabilidade	Sem necessidade de consolo.	0	0
	Distraído ou tranquilizado pela voz ou toque.	1	1
	Impossível de consolar, distrair ou tranquilizar.	2	2
(Para cada categoria, escolha o item que mais se adequa) VALOR TOTAL			
0 → sem dor 1 a 3 → dor leve 4 a 6 → dor moderada 7 a 10 → dor forte			
Adaptado de Batalha et al. 2012.			

Conceição Gomes

Verso

Anexo V

Declaração de apresentação do póster “Suporte ao Luto dos profissionais de saúde em contexto de cuidados paliativos: *uma scoping review*” e declaração de participação no 3º Fórum Internacional do Autocuidado.

MOD.75.00

**ESEP**
Escola Superior de
Enfermagem do Porto

3º FÓRUM INTERNACIONAL DO AUTOCUIDADO

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Maria da Conceição de Pinho Gomes** apresentou o póster intitulado *Suporte ao Luto dos profissionais de saúde em contexto de cuidados paliativos: uma scoping review*, realizado nos dias 23 e 24 de novembro de 2023, pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Autores:
Maria da Conceição de Pinho Gomes, Aldo Filipe Gomes Oliveira Nogueira, Mónica Miguel Santos Almeida, Raquel Maria Marques Torres e Olga Maria Freitas Simões de Oliveira Fernandes

Assinado por **Maria da Conceição de Pinho Gomes**
Data: 2023.12.28 10:02:43+00'00'

Assinado por **Teresa Martins**
Data: 2023.12.28 10:02:43+00'00'

(Professora Doutora Teresa Martins)

ENFERMAGEM PORTO
POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida / 4200-072 Porto / Tel. 225 075 800 / Fax. 225 096 127 / esep@esep.pt / www.esep.pt

3º Fórum Internacional do Autocuidado

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Maria da Conceição de Pinho Gomes** participou no **3º Fórum Internacional do Autocuidado**, realizado a 23 e 24 de novembro de 2023, organizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, com a duração de 14 horas.

Atividades em que participou:

Fórum Internacional do Autocuidado

ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Praça Roberto Botelho de Almeida, 4230-072 Porto, Portugal. Tel.: 229 573 904 - Fax: 229 096 537 - e-mail: esep@esep.pt - www.esep.pt

RESUMO

TÍTULO: Suporte ao Luto dos profissionais de saúde em contexto de cuidados paliativos: *uma scoping review*

Introdução: O luto é o sentimento que subjaz às perdas e à morte de quem se ama ou cuida. Os profissionais da saúde que integram as equipas de Cuidados Paliativos enfrentam regularmente essas perdas e a morte, o desprendimento da vida, os medos e a superação nos processos de morrer. Muitos, não estão preparados para lidar com os impactos emocionais decorrentes desse fenómeno e cuidar de si próprio. O impacto pode revelar-se nefasto, gerar sofrimento pessoal, alteração da saúde mental e *burnout*.

Objetivo: mapear na evidência científica as estratégias utilizadas no suporte ao luto dos profissionais de saúde em contexto dos cuidados paliativos.

Metodologia: realizou-se uma *scoping review*, seguindo o método da *Joanna Briggs Institute*. Na mnemónica PCC, considerou-se como população os profissionais de saúde, como conceito as estratégias para a gestão do luto e como contexto os cuidados paliativos. Identificaram-se descritores e elaborou-se a pergunta de revisão. Como critérios de elegibilidade dos artigos consideraram-se: os termos em PCC, estudos analisados pelos pares, publicados em revistas académicas, limite temporal entre 2009 e 2022. A pesquisa realizou-se na EBSCOhost da biblioteca virtual da Escola Superior de Enfermagem do Porto (para todas as bases de dados disponíveis), ainda SCOPUS e RCAAP.

Resultados: foram identificados 434 registos, e incluídos 5 artigos. Os resultados indicaram estratégias do tipo: atividades de autocuidado pessoal, desenvolvimento da autoconsciência, empatia; promoção do *empowerment pessoal*; estratégias para promoção da resiliência; a discussão dos problemas em equipa; praticar a *mindfulness*; estratégias para trabalhar a exaustão emocional, a despersonalização e redução da realização pessoal.

Discussão: a prática do autocuidado pessoal para este fim não é utilizada, sendo essencial para lidar com os sentimentos; as estratégias para suportar o luto dos profissionais de saúde implicam o suporte à qualidade de vida, satisfação dos profissionais, trabalhar a saúde mental e a fadiga por compaixão. Práticas que infelizmente não são comuns.

Conclusão: é necessário o compromisso para a integração de planos na gestão e na formação com conhecimentos e dinâmicas que integrem estratégias de suporte ao luto e preparem os profissionais de saúde para lidar com o sofrimento e com a morte. Os resultados deste estudo são muito importantes para trabalhar a preparação emocional e bem-estar dos profissionais que exercem a sua atividade em cuidados paliativos

Palavras-chave: luto; profissionais de saúde; estratégias de suporte; cuidados paliativos.

3.º Fórum Internacional do Autocuidado

Suporte ao Luto dos profissionais de saúde em contexto de cuidados paliativos: uma scoping review

Autores: Conceição Gomes^{1,5}, Aldo Nogueira², Mónica Almeida³, Raquel Torres⁴, Olga Fernandes⁴.

1. Centro Hospitalar S. João, E.P.E.; 2. Centro Hospitalar Médio Ave; 3. Instituto Português de Oncologia do Porto; 4. Escola Superior de Enfermagem do Porto (CINTESE@RISE, Porto, Portugal); 5. Autor correspondente (conceicao1982gomes@hotmail.com).

Escola Superior de Enfermagem do Porto

INTRODUÇÃO

O luto é o sentimento que subjaz às perdas e à morte de quem se ama ou cuida. Os profissionais da saúde que integram as equipas de Cuidados Paliativos enfrentam regularmente essas perdas e a morte, o desprendimento da vida, os medos e a superação nos processos de morrer que interferem no seu bem-estar (Zanata et al, 2019; Pérez-Belmonte et al, 2021). Muitos, não estão preparados para lidar com os impactos emocionais decorrentes desse fenómeno (Maffoni et al, 2021). Esse impacto pode revelar-se nefasto, gerar sofrimento pessoal, alteração da saúde mental, fadiga por compaixão e *burnout* (Kearney et al, 2009; Neto, 2020).

Objetivo da revisão: mapear intervenções utilizadas para o suporte ao luto dos profissionais de saúde em contexto dos cuidados paliativos.

Palavras-chave: luto; profissionais de saúde; intervenções de suporte; cuidados paliativos.

MÉTODO

Scoping review, seguindo o método da Joanna Briggs Institute (Peters et al, 2020).

PCC: População - profissionais de saúde; Conceito - intervenções para a gestão do luto; Contexto - cuidados paliativos.

Questão de investigação: Que intervenções utilizam os profissionais de saúde das equipas paliativas para a gestão dos efeitos do luto no seu autocuidado?

Crterios de elegibilidade dos estudos: os termos em PCC, estudos analisados pelos pares, publicados em revistas académicas, limite temporal de 2009 e 2022.

RESULTADOS

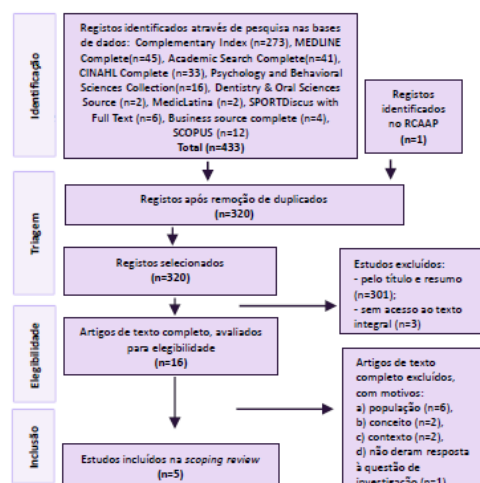


Figura 1- Fluxograma PRISMA adaptada

Legenda: número total da amostra

Resultados :

- Avaliar sobrecarga de luto (Gama, 2013).
- Promover a qualidade de vida dos profissionais. Os programas de autocuidado individual (dentro do horário de trabalho), trabalham o autoconsciência, e a empatia, o conhecimento e a atitude à morte (Zanata et al, 2020; Pérez-Belmonte et al, 2021).
- Promover o *empowerment* dos profissionais e a perceção de competência (conhecimento, capacidades e atitudes para lidar com a morte) (Kearney et al, 2009; Maffoni et al, 2021).
- Trabalhar a resiliência pessoal (Zanata et al, 2020).
- Trabalhar a *Mindfulness* e a Logoterapia (treinar intervenção como forma de consciencializar o significado das vivências profissionais) (Kearney et al, 2009; Maffoni et al, 2021).
- Participar nos rituais de despedida (Encina et al, 2022).
- Realizar atividades recreativas com os membros da equipa extra horário laboral (Kearney et al, 2009; Encina et al, 2022).
- Promover alteração das rotinas de trabalho e encontros de equipa fora do horário de trabalho (Kearney et al, 2009; Encina et al, 2022).
- Desenvolver intervenções formais de apoio ao luto (dinâmicas interativas sobre como enfrentar perdas e a morte dos outros) (Encina et al, 2022).
- Incorporar a discussão sobre perdas e morte nas reuniões da equipa (Encina et al, 2022).

DISCUSSÃO/ CONCLUSÃO

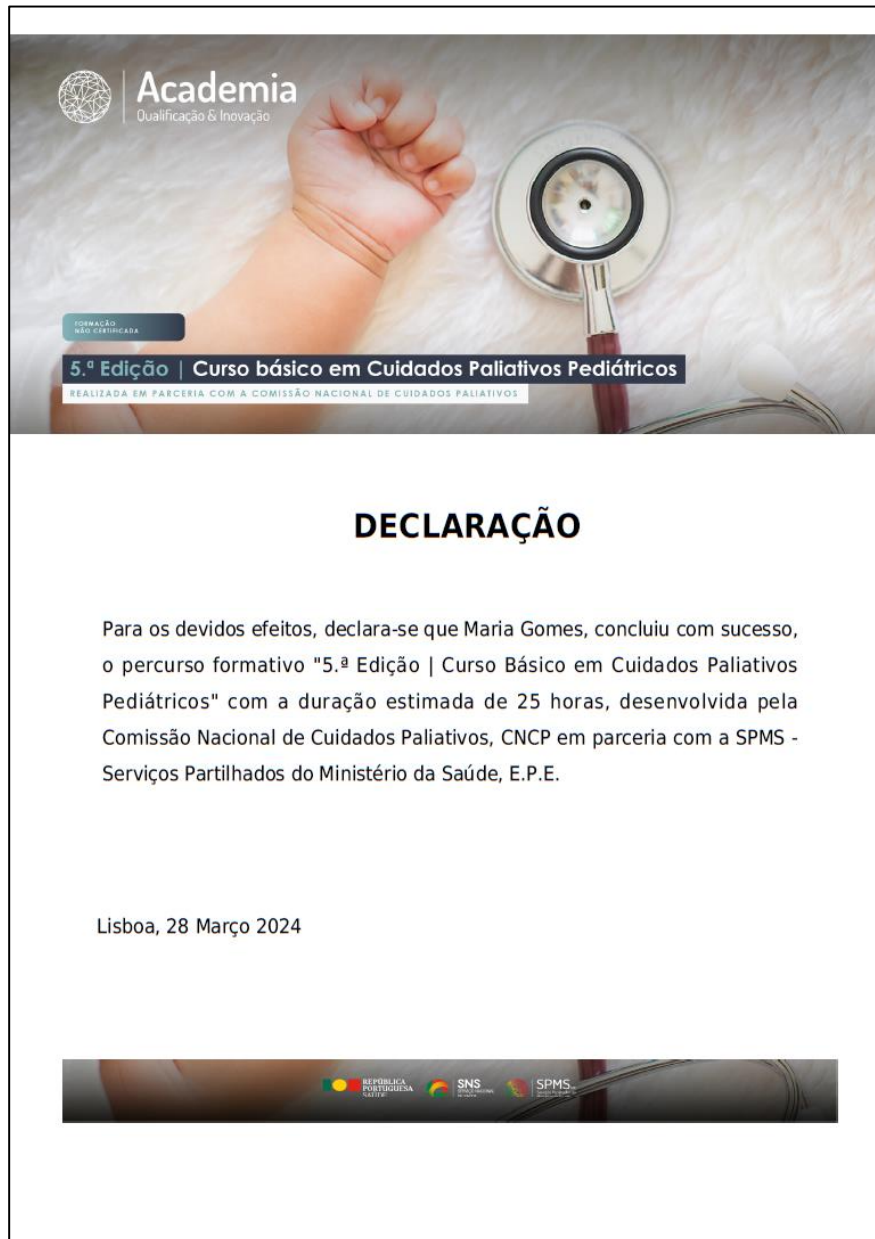
O autocuidado pessoal é nesta área profissional de suprema importância para otimizar a capacidade dos profissionais que diariamente vivenciam processos de perda e luto, preparar as equipas, aumentando a sua resiliência e competência profissional. A evidência científica suporta intervenções/estratégias a serem utilizadas na gestão do autocuidado pessoal dos recursos humanos, essenciais neste domínio. Os resultados evidenciam a importância do autocuidado pessoal e profissional das equipas que exercem a sua atividade em cuidados paliativos, no sentido de melhorar a qualidade de vida, a satisfação pessoal com o trabalho e reduzir o *burnout*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Anexo VI

Declaração de conclusão do Curso Básico em Cuidados Paliativos Pediátricos



Carga horária: 25 horas

Data de realização: Disponível para frequência online de 01 de fevereiro a 01 de abril de 2024