

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à
Pessoa Idosa
Relatório de Estágio**

**A intervenção de enfermagem promotora do conforto na
Pessoa Idosa hospitalizada, em situação paliativa**

Márcia Reis Luzia

**Lisboa
2020**

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à
Pessoa Idosa**

Relatório de Estágio

**A intervenção de enfermagem promotora do conforto na
Pessoa Idosa hospitalizada, em situação paliativa**

Márcia Reis Luzia



Orientador: Professora Doutora Maria Deolinda Antunes da Luz



**Lisboa
2020**

PENSAMENTO

“A realidade só pode ser entendida vivendo, e não em fuga. Quando buscamos um propósito para a vida, estamos a fugir, e não entendemos o que é a vida. A vida é o relacionamento, é a ação no relacionamento.”

J. Krishnamurti

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Deolinda Antunes da Luz,
pela disponibilidade, motivação e rigor científico fundamentais à realização deste
percurso.

Aos orientadores clínicos,
que facilitaram a execução dos estágios ao mostrarem prontidão para a discussão
de casos, pensar na melhor forma de prestar cuidados de conforto às Pessoas
Idosas e pelo exemplo de competência profissional demonstrado.

Aos serviços que me acolheram,
por facilitarem a minha integração e pensarmos formas de promover o conforto ao
nível institucional.

À Lina e à Carla, que estiveram sempre presentes nesta jornada.

Aos meus pais, avó, Patrícia, Pedro e Maria,
que são o núcleo que me tem ensinado o que é viver em relação, com transparência
e com amor mostrado em ações.

Ao Tiago,
pela presença constante que, através das artes, me ensinou a transcender os
problemas e a dar resposta aos desafios que surgiram.

RESUMO

Os avanços científicos alcançados têm resultado no aumento da esperança média de vida. Contudo, o aumento no número de anos de vida saudável não tem acompanhado esse crescimento. Os Cuidados Paliativos constituem-se uma resposta de promoção da saúde à Pessoa Idosa, visando o bem-estar e qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento e destinam-se a pessoas com doença crónica, em fase avançada e progressiva. Decorrente desta problemática, a Pessoa Idosa, com doença crónica, tem elevadas necessidades de conforto, pelo que a intervenção de enfermagem deverá focar-se no aumento do seu conforto. Os Serviços de Medicina, que recebem elevado número de Pessoas Idosas em situação paliativa, encaram desafios complexos no que concerne ao cuidado a estas pessoas, pelo que é essencial a inclusão de referenciais teóricos de enfermagem na área do conforto e de conhecimentos na área dos Cuidados Paliativos.

Dada esta realidade, o presente relatório descreve o percurso de estágio realizado, que culminou num estudo de investigação qualitativa versando o conforto da pessoa idosa hospitalizada, em situação paliativa, em que se apurou que esta população tem elevadas necessidades de conforto, bem como o facto de uma intervenção de enfermagem direcionada para o conforto, sistematizada, poder reduzir o desconforto destas pessoas. Neste âmbito, foi também desenvolvido o projeto de intervenção “Conforta-me”, que permitiu o desenvolvimento de competências de enfermagem no cuidado à Pessoa Idosa em situação paliativa e família, bem como o aumento de conhecimentos da equipa de enfermagem do Serviço de Medicina, nas áreas dos Cuidados Paliativos.

Palavras-chave: conforto, cuidados paliativos; pessoa idosa; cuidados de enfermagem

ABSTRACT

Scientific advances have resulted in the increase of average life expectancy. On the other hand, the increase of years with a healthy life has not accompanied the same growth. Palliative Care is an answer to promote elderly people health, preserving welfare and quality of life, diminishing suffering and is aimed for people with chronic diseases in an advanced and progressive stage. Due to this problem, elderly people with chronic illness, have high needs of comfort. Therefore, nursing intervention has to focus on increasing their comfort. The Medical Wards receive a large number of elderly people in palliative situations, and face complex challenges concerning the welfare of these people. Consequently, it is essential to include theoretical nursing references in providing comfort as well as knowledge in Palliative Care.

Facing present reality, this report describes the internship route that resulted in a qualitative research study versing the elderly persons comfort while hospitalized in a palliative situation and showed that this population has increased needs of comfort, additionally it demonstrated the fact that systematized nursing comfort interventions can resolve their discomfort. In this context, an intervention project named "Confortame", was created, allowing the development of nursing skills concerning caring for elderly persons in palliative situations, family, as well as increasing knowledge of the medical nursing team in the area of Palliative Care.

Keywords: comfort, Palliative Care, elderly people, nursing care.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

AVD – Atividades de Vida Diária

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EPE – Entidade Pública Empresarial

GSF-PIG - *Gold Standard Framework – Proactive Identification Guidance*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PI – Pessoa Idosa

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SP – Situação Paliativa

SPICT™ - *Supportive and Palliative Care Indicators Tool*

SQN – sempre que necessário

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
2. PERCURSO DE ESTÁGIO REALIZADO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	25
2.1. Atividades desenvolvidas no serviço de Cuidados Paliativos	29
2.1.1. Estudos de caso	32
2.1.2. Documento síntese e escuta das necessidades de conforto da Pessoa Idosa em Situação Paliativa.....	38
2.2. Atividades desenvolvidas no Serviço de Medicina.....	39
2.2.1. Apresentação do Projeto à equipa de enfermagem.....	40
2.2.2. Identificação da Pessoa Idosa em Situação Paliativa.....	40
2.2.3. Prestação de cuidados de conforto à Pessoa Idosa em Situação Paliativa	43
2.2.4. Elaboração e apresentação das sessões de formação	51
2.2.5. Participação em Jornadas de Enfermagem.....	55
2.2.6. Instrução de trabalho sobre cuidados de conforto à Pessoa Idosa	56
3. AVALIAÇÃO	58
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Questionário de avaliação das necessidades de aprendizagem	
APÊNDICE III – Apresentação do Projeto à equipa de Enfermagem (14/11/2019)	
APÊNDICE IV – Instrução de trabalho “Identificação da Pessoa Idosa com necessidades paliativas”	
APÊNDICE V – Modelo de consentimento informado	
APÊNDICE VI – Codificação em árvore dos termos utilizados no estudo com as Pessoas Idosa	
APÊNDICE VII – Plano de sessão da formação “Controlo da dispneia na Pessoa Idosa em situação paliativa”	

APÊNDICE VIII – Avaliação da formação “Controlo da dispneia na Pessoa Idosa em situação paliativa”

APÊNDICE IX – Plano de sessão da formação “Confusão mental e *delirium* na pessoa idosa em situação paliativa”

APÊNDICE X – Avaliação da sessão da formação “Confusão mental e *delirium* na pessoa idosa em situação paliativa”

APÊNDICE XI – Poster apresentado nas 1^{as} Jornadas Pensar a Enfermagem Avançada no contexto atual dos cuidados de saúde

APÊNDICE XII – Comunicação livre “Projeto Conforta-me a intervenção de enfermagem centrada na Pessoa Idosa hospitalizada, em situação paliativa”

ANEXOS

ANEXO I – Autorização Escala de Confusão NEECHAM

ANEXO II – Autorização da Comissão de Ética Hospitalar para o desenvolvimento do estudo

ANEXO III – Certificado de Participação no Workshop PAIN EDUCATION

ANEXO IV – Certificado de Participação nas 1 Jornadas Pensar a Enfermagem Avançada no Contexto atual dos Cuidados de Saúde

ANEXO V – Certificado Poster

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 - Mapa Conceptual do Projeto.....	24
Figura 2 - População segundo indicadores clínicos específicos, baseados nas trajetórias de doença.....	45
Figura 3 - Nível médio de desconforto nos dias 1 e 2 de intervenção.....	47

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Comparação do nível de desconforto e frequência cardíaca pré e pós intervenção nas Pessoas Idosas submetidas a intervenção de conforto sistematizada.....	46

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio é resultado do projeto desenvolvido na Unidade Curricular Opção II e nos estágios realizados no 3º semestre do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área da Pessoa Idosa (PI). O projeto tem como título “A intervenção de enfermagem promotora do conforto na Pessoa Idosa hospitalizada, em situação paliativa”. Desta forma, a finalidade deste percurso de estágio com relatório é desenvolver competências de mestre e especialista na área de enfermagem Médico-Cirúrgica, através da promoção do conforto à PI em situação paliativa (SP).

Assim, a metodologia adotada foi a de projeto, que é constituída por cinco etapas, nomeadamente o diagnóstico da situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e, por fim, divulgação dos resultados (Ruivo et al., 2010).

A motivação para a construção de um projeto que envolvesse a PI, os Cuidados Paliativos (CP) e o conforto foi encontrada através da observação de problemas na prática de cuidados. Estes problemas são de dois tipos, o primeiro relacionado com a dificuldade em prestar cuidados à PI, devido a questões relativas ao processo de envelhecimento. O segundo, que deriva do primeiro, prende-se com o desconforto que vários enfermeiros sentem ao cuidar PI em situação de dependência física, sofrimento físico, psicológico e emocional, descontrolo sintomático e em fim de vida.

Quanto ao primeiro problema, as questões relativas ao processo de envelhecimento são, entre outras, as síndromes geriátricas como: a fragilidade, a carga de doença crónica que afeta grande parte desta população, as indecisões quanto ao plano de cuidados a delinear, se é mais focado no controlo da doença, ou na promoção de conforto e controlo de sintomas. Em última instância, dificuldades na prestação de cuidados à PI em fim de vida.

O segundo problema, identificado na relação de diálogo com enfermeiros com quem trabalho, pode estar relacionado com o ambiente onde prestamos cuidados, que

é um Serviço de Medicina Interna. Nesta tipologia de serviço é frequente observar uma intervenção focada na cura e, concordante com a literatura, neste contexto torna-se, por vezes, difícil para a equipa cuidar a PI em SP na perspetiva holística, própria dos CP (Roche-Fahy & Dowling, 2009). Em consequência, as pessoas em fim de vida, nestes serviços, têm necessidades de conforto que não são atendidas, a par com descontrolo sintomático, problemas de comunicação e suporte emocional (Chan, Macdonald, Carnevale, & Cohen, 2017).

Além do que foi referido em epígrafe, existem outras razões que conferem relevância a esta problemática, nomeadamente o envelhecimento enquanto fenómeno global e as alterações ocorridas nos percursos de doença, nas últimas décadas.

O projeto teve início em março de 2019, com o estudo da literatura relevante para a problemática em questão e construção do projeto de estágio. Terminou no mês de fevereiro de 2020, após realização de estágio num serviço de Cuidados Paliativos e num Serviço de Medicina Interna, perfazendo um total de 18 semanas. Também estava previsto um curto estágio num serviço de CP em Inglaterra, com o objetivo de observar *in loco* a forma como os CP dão resposta à população idosa em SP, num dos países com maior número absoluto de serviços especializados em CP (Arias-Casais et al., 2019). Este estágio não se concretizou devido a ausência de resposta da instituição.

O objeto de estudo é, então, o conforto da PI em SP, algo que foi possibilitado através da investigação de literatura e pela observação e prestação de cuidados a PI com necessidades paliativas.

Quanto aos locais onde decorreram os estágios, há a destacar que um deles é o serviço onde atualmente desempenho funções, pelo que, associado à aprendizagem individual, existiu também uma preocupação com a aprendizagem de grupo. Esta preocupação foi objetivada através da facilitação da aprendizagem da equipa de enfermagem do Serviço de Medicina, com recurso a ações de formação e discussão de casos clínicos em momentos oportunos, como as passagens de turno.

Quanto à estrutura do relatório, tem quatro capítulos, onde será abordada a evidência científica e filosofia de cuidados subjacentes a este trabalho, constituindo-se como o diagnóstico teórico da situação, justificando a pertinência do projeto para a prática de enfermagem. Em seguida, a descrição do percurso de estágio realizado, que contemplará as restantes etapas da metodologia de projeto, ainda com o

diagnóstico da situação, relativamente ao contexto prático. Além disso, a enumeração dos objetivos gerais e específicos, as atividades realizadas, bem como a avaliação e divulgação dos resultados obtidos. No capítulo “Avaliação”, será descrito o balanço deste percurso, com reflexão sobre as atividades realizadas e o seu contributo no desenvolvimento de competências. Por fim, terá lugar um capítulo com as considerações finais e perspetivas de trabalho futuro.

O presente relatório foi redigido segundo as orientações da American Psychological Association (APA, 6th edition).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Portugal encontra-se entre os países mais envelhecidos da Europa (Direção-Geral da Saúde, 2017), com um índice de envelhecimento na ordem dos 153% (PORDATA, 2018). Relativamente à esperança média de vida aos 65 anos, as mulheres contam com 22,1 anos (PORDATA, 2020b) e os homens com 18,3 anos (PORDATA, 2020c). Apesar deste avanço em termos de tempo de vida, sabe-se que a realidade portuguesa no que concerne a anos de vida saudável aos 65 fica aquém destes valores, contando as mulheres com 6,9 anos e os homens com 7,8 anos (PORDATA, 2020a).

Estes dados indicam que existe uma elevada percentagem de pessoas idosas que vivem durante vários anos com doenças crónicas e dependência (Pimentel, 2014), além de outras necessidades complexas, diferentes das necessidades de um jovem adulto, fruto da existência de comorbilidades (Koffmann et al., 2008). Esta diferença nas necessidades deve-se, ainda, a fatores como a bagagem cultural e a diversidade de experiências de vida, que terão peso na conceção que a PI atribui à doença, à medicação e à habilidade para comunicar eficazmente (Gabbard & McNabney, 2017).

Na região onde se encontra o serviço sobre o qual se debruça o projeto, sabe-se que 86% das pessoas morrem depois dos 65 anos, das quais 32% morrem por doença cardiovascular, 20% por cancro, 10% por doença respiratória e 38% devido a outras causas. A referir, ainda, que 52% da população idosa morre no hospital (Observatório Português dos Cuidados Paliativos, 2017).

Tendo também em conta as projeções demográficas, ao nível nacional estima-se que em 2080 o índice de envelhecimento em Portugal ronde as 300 pessoas idosas por cada 100 jovens, acompanhado do aumento da esperança média de vida à nascença para 93,3 anos, para mulheres e 87,9 anos para homens (Instituto Nacional de Estatística, 2020). Assim, é previsível que exista maior população idosa, maior peso das doenças crónicas e, por sua vez, mais pessoas com necessidades paliativas (Arias-Casais et al., 2019).

A PI pode passar por transições situacionais, de desenvolvimento ou de saúde-doença, transições essas que envolvem sentimentos de perda e de não ser desejado, podendo ocorrer a perda de cônjuges, viver noutra local, ou com o surgimento de doenças crônicas (Meleis, 2010).

Relativamente à evidência sobre o percurso das doenças crônicas, tem-se algumas pistas quanto à evolução expectável da doença e os efeitos que esta terá na vida da PI, as necessidades paliativas que podem emergir e a forma como os serviços de saúde deverão estar preparados para dar resposta a essas necessidades. Estão, desde o início de 2000, descritas três possíveis trajetórias de doença crónica, uma para a pessoa com cancro, outra para a pessoa com insuficiência orgânica e a última para a pessoa com demência e síndrome de fragilidade (Lunney, Lynn, Foley, & Lipson, 2003; Roth & Canedo, 2019). Na pessoa com cancro, o percurso parece ser mais previsível, assistindo-se a um declínio abrupto nos últimos meses de vida. Na pessoa com insuficiência orgânica a trajetória é imprevisível, uma vez que sofrem diversos períodos de agudização da doença crónica, com necessidade de hospitalização e sempre com agravamento do estado funcional em relação ao período anterior. Por fim, a pessoa com demência ou a PI com síndrome de fragilidade tem uma trajetória marcada por um declínio lento, que pode estender-se por anos (Lunney et al., 2003; Roth & Canedo, 2019).

Além das trajetórias, também existem outros indicadores de declínio, razão pela qual é importante a realização da avaliação multidimensional da PI, nomeadamente a avaliação do *status* funcional e cognitivo (Huijberts, Buurman, & Rooij, 2015; Roth & Canedo, 2019). Além do declínio funcional, também a diminuição do apetite e perda ponderal são indicadores de sobrevivência (Roth & Canedo, 2019). Ao relacionar as trajetórias de doença crónica com o declínio funcional, Huijberts et al (2015) concluíram que foram as pessoas com síndrome de fragilidade e as com insuficiência orgânica que apresentaram maiores percentagens de *delirium* na admissão hospitalar, bem como outras condições geriátricas. Ainda neste estudo, estes grupos de pessoas doentes apresentaram maior nível de dependência nas atividades de vida diária (AVD), em comparação com o grupo de pessoas com cancro.

O peso da doença crónica constitui um dos maiores problemas da população idosa, sendo comum assistir-se a PI com doenças cardíacas, metabólicas ou musculoesqueléticas, associados a síndromes decorrentes do envelhecimento, como

Demência e Acidente Vascular Cerebral, a título de exemplo (Capel, 2017; World Health Organization, 2015).

Face a esta realidade, a Organização Mundial de Saúde (OMS) defende que os CP devem estender-se à PI pois, devido à presença de comorbidades, ela está mais suscetível ao surgimento de necessidades paliativas. Estas podem estar presentes não só no fim de vida, mas em qualquer fase da trajetória de doença (World Health Organization, 2011), pelo que é desejável que os CP sejam integrados nos estádios iniciais de doença (Roth & Canedo, 2019).

Associado às necessidades paliativas, considera-se que é importante desenvolver o cuidado de conforto à PI, nomeadamente em contexto hospitalar, devido às necessidades de conforto decorrentes da situação de vulnerabilidade em que esta vive. Além disso, o conforto é o objetivo central dos cuidados de enfermagem (Kolcaba, 2003; Morse, Bottorff, & Hutchinson, 1995; Pinto, Fumincelli, Mazzo, Caldeira, & Martins, 2016; Tutton & Seers, 2004), pelo que importa ter uma noção clara do seu conceito, das suas implicações nas várias transições vividas pela PI e nas suas implicações ao nível institucional.

No que concerne à filosofia de cuidados que suportou a minha ação em estágio, optei por reunir aportes da Teoria do Conforto, desenvolvida por Kolcaba (2003), do Modelo Centrado na Pessoa, desenvolvida por McCormack & McCance (2006), direcionada para o cuidado a PI e, por fim, a Teoria da Morte Tranquila, da autoria de Ruland & Moore (1998). Considerei importante incluir esta última teoria, dado que a PI em SP passará, a curto ou médio prazo, pela fase de fim de vida, pelo que importa compreender como deverá ser a intervenção de enfermagem que possibilite um fim de vida tranquilo, para uma morte digna.

A Teoria do Conforto é uma teoria que está classificada dentro da categoria das necessidades humanas, ou seja, é baseada nas necessidades das pessoas (Kolcaba, 2001), neste caso, a PI. Esta teoria é de médio alcance, pois dá resposta a vários critérios, entre eles ser facilmente operacionalizada, possível de aplicar em vários contextos, é relevante para os enfermeiros e orientada para resultados importantes para a pessoa cuidada (Kolcaba, 2001).

Esta teoria apresenta como definição de conforto, “a experiência imediata de ser fortalecido por ver as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas, nos quatro contextos da experiência” (Kolcaba & Fisher, 1996). Os

contextos da experiência são o físico, o psicoespiritual, o social e o ambiental (Kolcaba, 2003).

A teoria defende que, em situações de saúde stressantes para a pessoa, as necessidades de conforto não satisfeitas serão atendidas pelos enfermeiros. O conforto da pessoa será alcançado se as intervenções realizadas pelos enfermeiros forem bem-sucedidas. Outros postulados dizem que, se o conforto for aumentado, as pessoas cuidadas ficarão fortalecidas para se envolver em comportamentos de procura de saúde e, nesse cenário, estas e os enfermeiros sentirão maior satisfação com os seus cuidados de saúde. Por sua vez, quando existe satisfação por parte da pessoa cuidada, também é mantida a integridade institucional (Kolcaba, 2001).

Dois dos pressupostos da teoria são o facto dos seres humanos terem respostas holísticas face a estímulos complexos e que a integridade institucional tem os componentes normativo e descritivo, baseado num sistema de valores orientados para a pessoa (Kolcaba, 2001).

Quanto aos tipos de conforto, o alívio refere-se a um estado de calma e contentamento; a tranquilidade é experimentada quando uma pessoa vê uma necessidade de conforto atendida; a transcendência ocorre quando a pessoa consegue elevar-se acima da dor ou dos problemas (Kolcaba, 2003).

Relativamente aos contextos onde ocorre a experiência de conforto, temos o físico, relacionado com a componente fisiológica da pessoa; ambiental e social, relativo às condições e influências externas e às relações interpessoais, respetivamente (Dowd, 2004); e psicoespiritual, relativo à consciência de si, “incluindo a autoestima, o conceito de si mesmo, a sexualidade e o significado da vida; relação com uma ordem ou ser mais elevado” (Dowd, 2004, pág. 485).

Os tipos e contextos em que decorre a experiência de conforto foram organizados na estrutura taxonómica do conforto, que é uma ferramenta que possibilita a avaliação de todos os aspetos de conforto e delinear intervenções de enfermagem dirigidas às necessidades de conforto (Kolcaba, 2001).

Passando para o Modelo Centrado na Pessoa, este defende que o cuidado de enfermagem centrado na pessoa é efetivado a partir de quatro construtos, nomeadamente os pré-requisitos (características dos enfermeiros que facilitam a relação com a pessoa), ambiente de cuidados, processo centrado na pessoa e resultados esperados (McCormack & McCance, 2006). Os resultados esperados são a satisfação e o envolvimento no cuidado, o sentimento de bem-estar e a criação de

uma cultura terapêutica. A par disto, o conforto físico é um componente nuclear para o cuidado centrado na pessoa e o conforto, no seu âmbito geral, é nuclear para a sua experiência (Wensley, Botti, Mckillop, & Merry, 2017).

No que concerne à Teoria da Morte Tranquila, é afirmado que para que um fim de vida seja tranquilo, são necessárias diversas condições, nomeadamente a inexistência de dor, a experiência de conforto, estar em paz, manter a dignidade/respeito e estar próximo das pessoas significativas (Ruland & Moore, 1998).

Dado o supracitado, considero que os três referenciais teóricos se tocam, ao contribuírem para o bem-estar e conforto da pessoa. A par disto, a adoção desta filosofia de cuidados revela-se norteadora e estruturadora dos cuidados de enfermagem à PI, permitindo a satisfação das necessidades holísticas, num período marcado pela vulnerabilidade acrescida, devido, em parte, à presença de doença e à hospitalização.

A partir da leitura deste quadro conceptual em enfermagem, foi possível pensar sobre a necessidade de medidas institucionais que promovessem a prestação de cuidados. A Teoria do Conforto destaca a integridade institucional como fator importante para a promoção de conforto (Kolcaba, 2003) e o modelo Centrado na Pessoa defende que, mais que o cuidado centrado na pessoa, é necessária uma cultura de cuidado centrada na pessoa (McCormack et al., 2015).

A par das leituras sobre a filosofia de cuidados, realizei uma revisão narrativa da literatura, com o intuito de aprofundar conhecimento sobre os conceitos de conforto e CP. O conforto, enquanto conceito central de enfermagem, remonta ao tempo de Florence Nightingale, ao falar sobre a importância dos cuidados de higiene na sua promoção e de como este é sinal de que as forças vitais foram restauradas (Nightingale, 2005). O termo conforto deriva do latim “*confortare*”, que está relacionado com tornar-se forte, encorajar ou confortar (Pinto, Fumincelli et al., 2016).

Ao longo das últimas décadas, foram desenvolvidas várias teorias de enfermagem que afirmam a importância do conforto para a disciplina (Apóstolo, 2009). Destacam-se os esforços realizados por Morse (1994) e Kolcaba (2003), que iniciaram o estudo sobre o conforto entre os anos 80 e os anos 90. Nas publicações de Morse, o conforto é apontado como um conceito de difícil definição, sendo melhor reconhecido quando a pessoa passa pela experiência de desconforto (Morse, Bottorff, & Hutchinson, 1994). Face à vivência de desconforto, devido à presença de doença, o corpo chama a atenção para si mesmo, ao invés de se manter apenas no silencioso

funcionamento, o que torna disruptiva a relação da pessoa com o mundo (Morse et al., 1995). Perante esta realidade, o conforto é a experiência que permite à pessoa readaptar-se e restabelecer a força e a energia, conseguido através da intervenção de enfermagem, que permite à pessoa funcionar da forma mais adequada possível (Morse et al., 1994).

Quanto à Teoria do Conforto, explorada acima, acrescenta-se o facto de esta afirmar que as necessidades de conforto sentidas em situação de doença são elevadas, pelo que o objetivo é melhorar o conforto, face ao estado anterior (Kolcaba, 2003), reforçando, uma vez mais, a noção de desconforto e de necessidades de conforto.

Perante o exposto em epígrafe, compreende-se que o conceito de conforto não tem uma definição clara, sendo classificado como nome, verbo, adjetivo e, ainda, como um processo ou resultado (Pinto, Caldeira, & Martins, 2016). Apresenta-se, assim, como um conceito multidimensional (Wensley et al., 2017). No catálogo CIPE, o conceito de conforto é um foco dos cuidados de enfermagem, definido como “sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal” Ordem dos Enfermeiros, 2016, pág. 47).

No contexto dos CP, o termo “medidas de conforto” refere-se, frequentemente, à descontinuação de técnicas invasivas e à intensificação do controlo de sintomas (van Soest-Poortvliet et al., 2014; Wensley et al., 2017). Entre vários sintomas possíveis tem-se o controlo da dor, através do uso de fármacos opióides. Posto isto, existe alguma confusão entre cuidados em fim de vida e medidas de conforto (Oliveira, 2013).

Apesar do conforto ser essencial em todos os contextos de cuidados, assume especial dimensão na PI em SP. Num estudo realizado com PI em contexto de cuidados de longa duração (Sussman et al., 2017), os participantes afirmaram que os CP estão centrados na promoção do conforto das pessoas em fim de vida e dos seus familiares. Para estes, o conforto incluía a atenção aos aspetos físicos, sociais, emocionais, espirituais e relativos ao ambiente de cuidados, bem como a flexibilidade de horários de visitas e a possibilidade de os familiares dormirem na instituição. Outro aspeto relevante foi que a promoção do conforto na PI em fim de vida confortava, também, os restantes residentes, famílias e equipa de saúde (Sussman et al., 2017), indicando que a promoção do conforto, ao nível individual, tem repercussões ao nível global.

Num estudo realizado numa unidade de CP, concluiu-se que o recurso à imaginação guiada aumentava os níveis de conforto e reduzia os níveis de dor, frequência cardíaca e frequência respiratória (Coelho et al., 2018).

Quanto à relação entre confiança e conforto, compreende-se que coexistem num mecanismo de retroalimentação, em que um potencia ou outro (Oliveira & Lopes, 2009).

Assim, como “o conforto é central para a enfermagem e a enfermagem é central para o cuidado de idosos hospitalizados, é crucial que os profissionais sejam capacitados para desenvolver o seu potencial nesta área” (Tutton & Seers, 2004, pág. 387). Estima-se que os cuidados em fim de vida à PI hospitalizada têm sérias fragilidades (Beernaert et al., 2017). Desta forma, os enfermeiros deverão adquirir competências para a intervenção promotora do conforto, que substituam o desejo de tratamentos médicos agressivos, baseada na avaliação holística das necessidades das pessoas idosas (Oliveira, 2013). No campo das necessidades,

compreende-se a importância dos enfermeiros se centrarem nas reais necessidades dos idosos, o que passa pela construção de uma relação de confiança e proximidade dada, por si só, como confortadora, e pela procura de consistência no trabalho de equipa em redor dos modos/formas de confortar (Sousa, 2014).

Dado o exposto, para o desenvolvimento de competências no cuidado de conforto à PI, considero que o conhecimento em CP poderá contribuir para o conforto da PI em SP. A definição de CP dada pela OMS defende que estes melhoram a qualidade de vida das pessoas e famílias, em contexto de doença crónica, progressiva e incurável, através do alívio do sofrimento. Esse alívio é atingido pela identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e de outros problemas de ordem física, social, psicológica e espiritual (World Health Organization, 2010).

Neste sentido, os CP afirmam a vida e encaram o processo de morrer como algo inerente à vida, não acelerando nem atrasando a morte, conferindo a melhor qualidade de vida possível até que ela chegue (Radbruch et al., 2009). Como tal, é necessária uma abordagem holística da pessoa, que requer formação em quatro áreas fundamentais, nomeadamente, o controlo de sintomas, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa, designados como os pilares em CP (Neto, 2016).

Segundo o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos CP (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2017), os CP são prestados por equipas

multidisciplinares, na sua maioria com formação avançada em CP. Portanto, é necessário subdividir os níveis de especialização, encontrando-se os Serviços de Medicina Interna no nível de CP generalistas. Têm esta denominação por serem serviços com elevada prevalência de pessoas com doença incurável e progressiva, devendo os seus profissionais serem detentores de conhecimento de nível pós-graduado.

Uma vez que o projeto foi elaborado para um Serviço de Medicina, a denominação a ser utilizada é a Abordagem Paliativa, que “integra métodos e procedimentos usados em CP (medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo de sintomas, estratégias de comunicação...), no acompanhamento dos doentes em estruturas não especializadas em CP” (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2017, pág. 8). Assim, nesta tipologia de serviço, é expectável que exista uma abordagem paliativa à pessoa em SP.

Após a exposição sobre o conceito de CP, torna-se pertinente clarificar como é que se identifica que uma dada pessoa apresenta necessidades paliativas. Existem vários instrumentos que auxiliam os profissionais de saúde nessa identificação, como o *Gold Standards Framework Prognostic Indicator Guidance* (GSF-PIG), a *Supportive and Palliative Care Indicators Tool* (SPICT), *RADbound indicators for PAlliative Care* (RADPAC, desenvolvido na Holanda), *Necessidades Paliativas – NECPAL* (desenvolvido em Espanha) e *Integrated Palliative care Outcome Scale* (IPOS) (Janssen, Johnson, & Spruit, 2018). Estes instrumentos têm em conta indicadores gerais de declínio de saúde ou as necessidades paliativas, sendo que a SPICT inclui os dois (Janssen et al., 2018). A utilização destas ferramentas permite a identificação precoce da pessoa com necessidades paliativas, o que potencia a integração de CP em estadios de doença, ainda alvo de tratamento curativo. Nos estágios que realizei, contactei com as ferramentas GSF-PIG e com a SPICT™, que serão exploradas no capítulo destinado à descrição das atividades realizadas.

Desta forma, a identificação precoce da pessoa em SP facilita a revisão dos objetivos e a realização do plano de cuidados de enfermagem, antecipatório, que poderá ter utilidade na redução de internamentos prologados e de admissões hospitalares (Highet, Crawford, Murray, & Boyd, 2013). Também o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos CP relativo ao biénio 2019-2020 faz referência à importância da utilização destes instrumentos, como parte do eixo prioritário III, sobre a formação e

capacitação dos profissionais de saúde (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2019).

Na tentativa de relacionar a literatura discutida, construí um mapa conceitual que serviu de guia orientador no desenho do projeto:

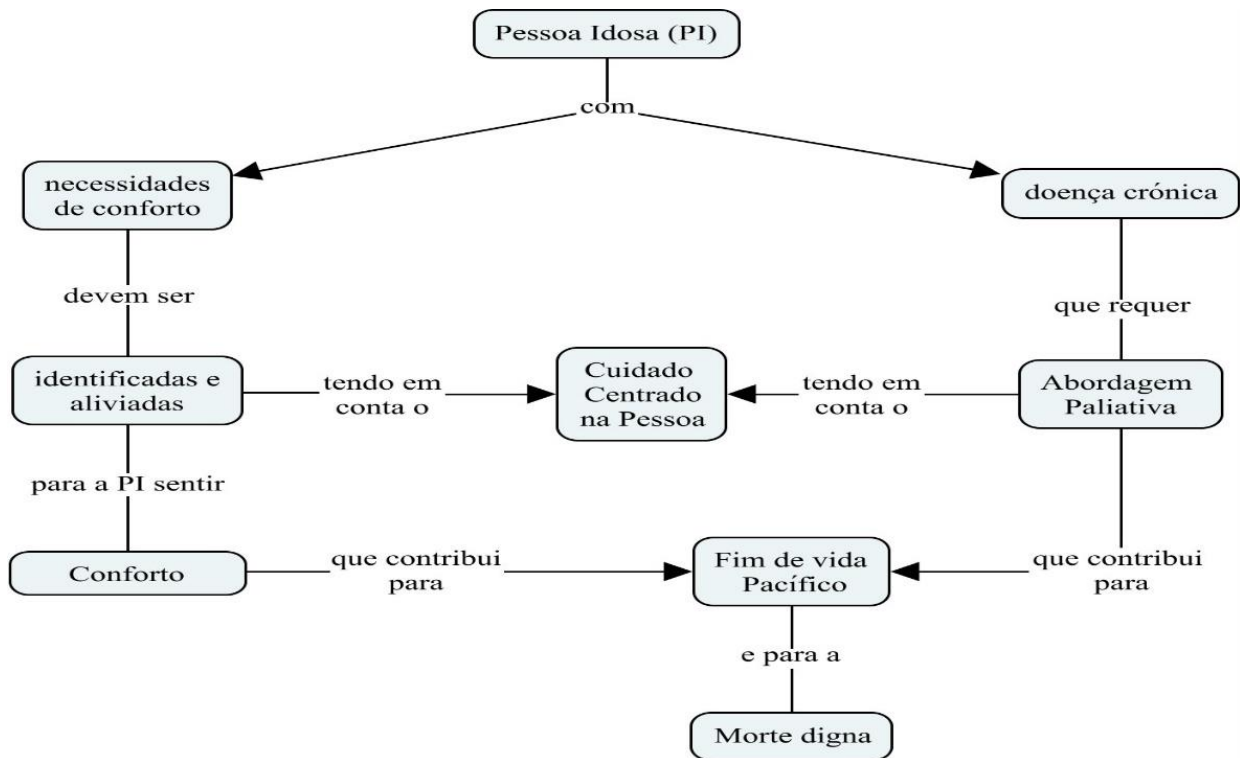


Figura 1 - Mapa Conceptual do Projeto

2. PERCURSO DE ESTÁGIO REALIZADO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O projeto desenvolvido, espelhado neste relatório de estágio, é produto do percurso realizado em dois contextos clínicos. O primeiro contexto foi uma Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos, na região de Lisboa e o segundo contexto foi um Serviço de Medicina Interna, na região do Oeste. A ordem utilizada para a realização dos estágios foi intencional. Assim, no primeiro contexto tive oportunidade de aprender, no seio de uma equipa especializada em CP, a prestar cuidados de conforto à PI em SP, de acordo com a filosofia própria dos CP. Nessa fase, colaborei com a equipa de CP, no sentido de aumentar a minha autonomia para a prestação de ações paliativas e cuidados de conforto, por forma a tornar-me mais competente para a realização do ensino clínico seguinte, que é o local onde exerço funções.

O serviço de Cuidados Continuados e Paliativos pertence a uma rede de hospitais de financiamento privado, mantendo parceria com várias seguradoras de saúde. Relativamente ao espaço físico, este serviço está ligado a outro serviço Médico-cirúrgico, pelo que a equipa de enfermagem dá resposta aos dois serviços. A distribuição das pessoas doentes, pela equipa de enfermagem, é realizada mediante a complexidade das necessidades da pessoa internada e as competências do enfermeiro para dar resposta eficaz a essas necessidades. A par disto, a maioria dos profissionais possui formação avançada em CP, existindo incentivo para a realização de formação contínua e desenvolvimento de competências avançadas em CP.

O Serviço de Medicina faz parte do Centro Hospitalar do Oeste, que é uma Entidade Pública Empresarial (EPE), incluído no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Segundo a norma para o cálculo de dotações seguras da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2014), a equipa de enfermagem deveria ser composta por 25 elementos. Contudo, durante o período em que decorreu o estágio apenas se

encontravam 19 enfermeiros no exercício de funções, estando quatro ausentes por motivos de saúde.

Quanto à descrição do serviço, em termos epidemiológicos, creio que os resultados de estudos realizados em território nacional nos últimos anos podem espelhar a sua realidade. Assim, um estudo realizado em 2015, que incluiu Serviços de Medicina de 43 hospitais (Carvalho et al., 2016), constatou-se que 76% das pessoas internadas nestes serviços tinham mais de 70 anos. O perfil de pessoa internada era caracterizado pela presença de múltiplas doenças crónicas, sendo as comorbilidades mais frequentes a insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, Diabetes *Mellitus*, hipertensão arterial, doença renal crónica, doença pulmonar crónica e demência. Associadas a estas comorbilidades, observa-se um elevado nível de dependência, com elevada percentagem de institucionalização. Quanto aos diagnósticos mais frequentes, foram pneumonia bacteriana, insuficiência cardíaca, enfarte cerebral e pneumonia por agente não especificado.

Concorrendo para semelhante realidade, outro estudo realizado em serviços de Medicina Interna de um hospital central (Temido, Borba, & Carvalho, 2018) comparou a evolução desta tipologia de serviço recorrendo a dados entre os anos 1992-1994 e 2012-2014. Os resultados obtidos mostraram que a idade média das pessoas internadas passou dos 58 anos para cerca de 75 anos, com uma taxa de mortalidade que se elevou de 8,3% para 15,4%. A par disto, o número médio de diagnósticos por pessoa internada também aumentou. Se no primeiro período 17,5% das pessoas apresentavam mais de 6 diagnósticos, no período mais recente essa percentagem aumentou para 64,8%.

Assim, as conclusões destes estudos revelam que os serviços de Medicina Interna têm o desafio de cuidar, maioritariamente, PI com múltiplas doenças crónicas e problemas de ordem social. Estas pessoas sofrem internamentos frequentes devido a processos infecciosos e devido a agudização de doenças crónicas, sendo necessário por parte das equipas de saúde o aprofundamento de conhecimentos nas áreas dos CP e de geriatria (Carvalho et al., 2016; Temido et al., 2018). Dadas as circunstâncias, o papel do Enfermeiro Especialista na Área da PI será de elevada pertinência neste tipo de serviços.

Na tentativa de resumir este percurso, identifico o primeiro estágio como fundamental para o desenvolvimento de conhecimento consonante com a prestação

de cuidados de conforto à PI em SP. Nessa continuidade pude, com maior segurança, cuidar da PI em SP, no Serviço de Medicina.

Dito isto, o percurso realizado foi traçado para dar resposta aos seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências, como enfermeira especialista e mestre, no cuidado de conforto à PI em SP.
- Sistematizar a intervenção de enfermagem promotora do conforto da Pessoa Idosa, em situação Paliativa, num Serviço de Medicina.

O segundo objetivo geral tem uma dupla intenção, na medida em que pretendi contribuir para a formação dos enfermeiros, através de atividades de formação em CP à PI em SP, que serão exploradas nos próximos subcapítulos.

Para o diagnóstico da situação, além dos dados supracitados sobre as características da população internada em Serviços de Medicina, realizei um questionário à equipa de enfermagem, depois da autorização da Enfermeira-Chefe do serviço. O questionário foi disponibilizado na plataforma *Google* Formulários (Apêndice I), durante o mês de junho de 2019, período em que construí o projeto de estágio. Foram obtidas 13 respostas, ou seja, 65% da equipa. É de salientar que, no momento da disponibilização do questionário, encontravam-se quatro elementos ausentes do serviço, o que pôde influenciar a percentagem de respostas.

No questionário, não identificado, foram realizadas as seguintes questões: 1) No seu contexto de trabalho depara-se com PI com necessidades paliativas?; 2) Considera importante ter conhecimentos na área dos CP para o desempenho da sua atividade profissional? ; 3) Como classifica o seu nível de conhecimento na área dos CP?; 4) Os CP estão assentes em quatro pilares: controlo sintomático, apoio à família, Comunicação e Trabalho em Equipa. De acordo com as suas necessidades de aprendizagem, coloque por ordem crescente os referidos pilares; 5) Dentro dos temas: comunicação, controlo da dor, dispneia, trabalho em equipa, espiritualidade, cuidados à boca, confusão/*delirium*, nutrição e hidratação em fim de vida – indique os três que considera de primordial importância desenvolver em contexto de formação no serviço. Pode indicar outros temas.

Através das respostas, apurou-se que é frequente receber PI com necessidades paliativas, o que por si só justificava a pertinência do projeto. Quanto à

segunda questão, 100% dos enfermeiros responderam que é importante obter conhecimentos em CP, sendo que a terceira questão mostra que 61,5% destes classificam o seu nível de conhecimentos em CP pouco satisfatório. Por fim, revelaram ter maior necessidade de conhecimento em controlo da dor, dispneia e confusão mental/*delirium*. Quanto ao sintoma dispneia, é indicado na literatura como um sintoma frequente na doença avançada e que contribui para o *distress* da pessoa em fim de vida (Feio, 2016), com forte impacto na experiência de desconforto (Lau et al., 2017).

Com este questionário, parece ter sido possível identificar deficiências no conhecimento da equipa de enfermagem na área dos CP. Deste modo, coloquei a hipótese de que uma equipa de enfermagem munida de conhecimentos teóricos e práticos na área dos CP terá maior capacidade para a prestação de cuidados de conforto à PI em SP, o que se traduzirá em ganhos em saúde.

De acordo com a literatura e esclarecendo a escolha das questões do questionário, um dos temas identificados como fundamental para a promoção do conforto, num serviço de agudos, é o suporte educativo (Roche-Fahy & Dowling, 2009). Esta necessidade formativa prende-se com a aprendizagem sobre controlo de sintomas, administração de terapêutica e o uso de equipamentos técnicos (Roche-Fahy & Dowling, 2009). Além disso, um estudo realizado com pessoas em unidades de CP, cujo enfoque eram as suas experiências de conforto, destacou que um dos aspetos que contribuiu para o conforto é a competência técnica e humana, bem como o controlo sintomático (Coelho, Parola, Escobar-Bravo, & Apóstolo, 2016). Assim, a minha intenção com a realização do projeto foi favorecer a aprendizagem da equipa de enfermagem para uma abordagem paliativa mais consistente.

Ainda em contexto de diagnóstico da situação, realizei uma análise SWOT. Como forças identifiquei o facto de a equipa de enfermagem reconhecer a necessidade formativa em CP; a minha motivação para o desenvolvimento do projeto; o apoio da Enfermeira-Chefe; e o conforto ser um objetivo fundamental dos cuidados de enfermagem. No campo das fraquezas, encontrava-se o nível de conhecimento em CP pouco satisfatório dos elementos da equipa. A principal ameaça encontrada foi a instabilidade vivida na equipa de enfermagem, devido a várias e prolongadas ausências e, conseqüentemente, a necessidade de integração de novos elementos. Outra ameaça residiu no período do ano em que o estágio iria decorrer, uma vez que coincidiu com o Plano de Contingência Saúde Sazonal, o que poderia traduzir-se em

menor tempo para a promoção do conforto da PI. Por fim, as oportunidades do projeto são a melhoria do conforto da PI, o fortalecimento da equipa de enfermagem e a promoção de uma cultura de cuidado centrado na pessoa e, concomitantemente, uma cultura de conforto.

2.1. Atividades desenvolvidas no serviço de Cuidados Paliativos

As atividades delineadas para o primeiro estágio pretendiam o atingir dos objetivos específicos: integrar o serviço de CP e colaborar na prestação de cuidados de enfermagem à PI em SP, de forma a desenvolver competências em CP, no seio de uma equipa multidisciplinar especializada.

Assim, para esse estágio, as atividades delineadas foram:

- Apresentação do projeto à equipa multidisciplinar.
- Leitura de normas e protocolos do serviço de CP.
- Partilha dos objetivos de estágio com o orientador clínico.
- Leitura de documentação relevante sobre CP.
- Discussão de casos clínicos com o supervisor clínico.
- Elaboração de *Journal Club* sobre um tema a definir.
- Prestação de cuidados à PI em SP, com escuta das necessidades de conforto sentidas pelas PI em SP.
- Elaboração de um estudo de caso.
- Escrita de um documento síntese das necessidades de conforto sentidas pelas PI em SP e por mim observadas.

Das atividades supracitadas, não foi possível realizar a apresentação do projeto à equipa multidisciplinar, nem a apresentação de *Journal Club*. Apesar da equipa multidisciplinar reunir uma vez por semana para a discussão de casos e apresentação de novos elementos, não foi possível realizar estas atividades devido ao elevado número de profissionais em estágio que tinham já as suas apresentações agendadas e ao meu curto período de estágio. Assim, o projeto foi apresentado apenas ao supervisor clínico e ao chefe do serviço, com recurso ao documento elaborado na Unidade Curricular Opção II, tendo rentabilizado esse momento e partilhado os objetivos de estágio com os mesmos.

Quanto às restantes atividades planeadas, creio ser pertinente identificá-las à luz dos princípios psicopedagógicos da aprendizagem significativa (Zabala & Arnau, 2010). Numa tentativa de integração das dinâmicas e saberes do serviço de CP, li as normas e os protocolos existentes do serviço e fiz um exercício de relação entre esses novos conhecimentos e os meus esquemas de conhecimento atual e dos conhecimentos prévios, relacionados com a prática que executo enquanto enfermeira num Serviço de Medicina. Concomitantemente, ao longo de todo o período de estágio consultei evidência científica sobre CP, nomeadamente, sobre os quatro pilares, que são o controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa (Neto, 2016). Esta procura de conhecimentos foi uma base para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeira especialista. Sem um conhecimento sólido em CP, não seria possível desenvolver as competências “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º140/2019, 2019, pág. 4749), e “cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, pág. 19360).

Simultâneo às atividades anteriores, prestei cuidados à PI em SP, em colaboração com o supervisor clínico, com um nível crescente de autonomia à medida que o estágio ia decorrendo.

Uma vez que o serviço abrange as áreas de cuidados de Medicina Interna, Cirurgia e CP, e o meu objetivo era a prestação de cuidados a, pelo menos, 80% de PI com necessidades paliativas, o Enfermeiro Chefe, ao realizar a distribuição diária de pessoas internadas pelos enfermeiros, tinha em atenção esse aspeto, pelo que o objetivo foi alcançado. Durante a prestação de cuidados, tive a oportunidade de realizar a articulação entre os novos conteúdos aprendidos e os meus conhecimentos prévios, algo que foi possível depois de me integrar devidamente naquele ambiente de cuidados e fazer uma seleção entre o saber adquirido e a adquirir (Zabala & Arnau, 2010).

Reconheço como facilitador deste processo, citado, a realização de diários de bordo, onde registei as características do serviço, as dinâmicas realizadas pelos vários profissionais, a dificuldade sentida durante a prestação de cuidados e as relações multiprofissionais, bem como características das PI, nomeadamente, a

transição saúde-doença, tipo de patologias associadas, relações familiares e comunicação entre a tríade PI-família-profissional.

Os diários de bordo, também, foram um espaço de reflexão sobre a ação (De Swardt, Du Toit, & Botha, 2012), potenciando a motivação para o pensamento crítico, flexibilidade e atitude de abertura à experiência. Estes pré-requisitos foram reunidos pelo facto de ter visto este estágio como uma oportunidade para desenvolver conhecimento teórico e prático, que conduziria a um efeito positivo não só em mim, mas também seria um contributo para a equipa multiprofissional, onde estou inserida. Em suma, esta experiência possibilitou-me ferramentas para contribuir para a criação de uma cultura de conforto e centrada na pessoa, no serviço onde desempenho funções.

Ainda quanto aos diários de bordo, facilitaram o processo de metacognição, que consiste na reflexão sobre a forma como é produzida a aprendizagem (Zabala & Arnau, 2010). A título de exemplo, na minha prática profissional sempre trabalhei com o método individual de cuidados de enfermagem, mas, possivelmente por ser um serviço de Medicina Interna e face aos constrangimentos vividos na área da saúde, é habitual prestar cuidados a várias pessoas no mesmo turno, podendo chegar a 14 pessoas num turno da noite, ou oito/nove num turno da tarde. Assim, fazia uma avaliação das necessidades das pessoas a quem prestava cuidados, mas face ao tempo disponível e aos poucos anos de experiência profissional, era frequente ajustar a maior parte dos cuidados em função do número de tarefas a realizar, bem como na gestão do tempo. No entanto, privilegiei a relação entre a pessoa cuidada e família, nomeadamente, um maior envolvimento em estes e, consecutivamente, maior conhecimento dos mesmos.

Assim, analisando à luz do referencial de Benner, estes comportamentos são típicos de um enfermeiro que está entre estágios de desenvolvimento de competente e proficiente (Alligood & Tomey, 2004). Com este estágio, ao observar outras práticas de cuidados e ao tornar-me uma “consumidora” frequente de evidência científica, comecei a alterar a minha praxis. Algumas dessas práticas são a avaliação das necessidades de conforto da PI de forma sistemática e a organização dos cuidados segundo essas necessidades, o que me ofereceu uma visão do todo e, até, antecipação de futuros cenários de cuidado.

Este último aspeto reveste-se de particular atenção, na medida que é importante conseguir avaliar a PI em SP e prever situações como progressão de

doença, agravamento da dependência, declínio cognitivo, ou fim de vida, de forma a evitar complicações e partilhar, dentro do possível, o planeamento de cuidados com a PI e família.

Assim, a experiência acumulada, a par com a reflexão estruturada e diária sobre a forma como ia adquirindo novas aprendizagens, a chamada metacognição, foram essenciais para identificar a fase de desenvolvimento em que me encontrava, o que contribuiu para a minha evolução enquanto futura enfermeira especializada no cuidado à PI. Com este processo consegui adquirir algumas características de enfermeira perita, como suportar a minha ação com base na experiência e ter uma compreensão mais intuitiva das vivências da PI, descolando-me cada vez mais de princípios e regras abstratos e relacionando com situações vividas anteriormente (Nunes, 2010).

Ainda na tentativa de detalhar a atividade de prestação de cuidados, colocando-a em diálogo com os princípios pedagógicos da aprendizagem, identifico como elemento importante no desenvolvimento em CP os conhecimentos de nível pós-graduado nesta área. Além disso, considero a aprendizagem significativa devido ao facto de estar motivada para aprender a dinâmica dos CP especializados e estruturados, de forma a poder fazer a translação do conhecimento adquirido para o meu local de trabalho, dado que é frequente cuidar da PI em SP.

2.1.1. Estudos de caso

Com a prestação de cuidados e a discussão de casos com o supervisor clínico, foi possível elaborar dois estudos de caso, que foram exercícios importantes em termos de raciocínio clínico mental, ou seja, ajudou-me na reelaboração de esquemas de conhecimento (Zabala & Arnau, 2010) e levou-me a questionar o porquê dos comportamentos das PI, famílias e profissionais de saúde (onde me incluo).

O primeiro estudo de caso, do Sr. D.G., foi sobre uma PI, com doença oncológica, adenocarcinoma gástrico estadio IV, com metastização hepática, carcinomatose peritoneal e oclusão gastrointestinal alta.

Tratava-se de uma pessoa a viver com a esposa, no seu domicílio, e tinham uma filha e dois netos. Quanto às relações familiares destaca-se uma relação próxima com os netos.

Durante a maior parte do internamento esteve vígil, orientado e colaborante. Inicialmente, foram identificadas necessidades de conforto ao nível físico, como perda de apetite, obstipação, episódios de vômitos esporádicos, xerostomia, dor abdominal intermitente e cansaço fácil a moderados esforços. Fazendo relação com o diagnóstico apresentado, a obstrução gastrointestinal é mais frequente em estádios avançados de doença oncológica e é responsável por sintomatologia violenta (Pina, 2016a), como a sentida pelo Sr. D.G.

Face aos sintomas manifestados, foi realizada otimização da terapêutica farmacológica, nomeadamente morfina e butilescopolamina, quer em horário pautado, quer em caso de necessidade (sempre que necessário (SQN)/ *pro re nata*). A morfina tem eficácia na dor abdominal contínua, enquanto que a butilescopolamina tem eficácia na dor abdominal tipo cólica. Além disso, a butilescopolamina tem também efeito na redução de secreções intestinais, reduzindo a distensão abdominal e, por sua vez, redução de náuseas e vômitos (Gonçalves, 2013; Pina, 2016a), daí ter sido escolhida como fármaco de primeira linha para as náuseas e vômitos neste estudo de caso. A par disto, foi também associado o fármaco ondansetrom, em caso de náuseas e vômitos refratários à butilescopolamina. Concomitantemente, também lhe era administrada dexametasona, um corticoide que tem efeito na redução do edema peritumoral, bem como efeito antiemético e como tratamento adjuvante da dor abdominal (Gonçalves, 2013; Pina, 2016a). De forma a aliviar este desconforto físico, existiu uma permanente avaliação das necessidades de conforto antes e após cada intervenção, quer por parte da equipa de enfermagem, como dos restantes elementos da equipa disciplinar.

Quanto à alimentação, o Sr. D.G. foi incentivado a alimentar-se dentro da sua vontade, pelo que procuramos conhecer os alimentos que mais lhe agradavam, sendo estes os oferecidos, sempre em pequenas porções, com cuidado na sua apresentação. Na última semana de vida alimentou-se, sobretudo, de pequenas, mas frequentes, porções de purés de fruta e de gelados, sendo esses os alimentos que lhe davam maior conforto. Nesta situação, a falta de apetite e anorexia apresentadas estavam relacionadas com a progressão da doença, ou seja, não era essa a causa de declínio do estado geral. Assim, a alimentação surge, nesta fase, associada a uma questão de promoção de conforto, daí a importância de adequar a dieta aos gostos e preferências da pessoa cuidada (Botejara & Neto, 2016).

Quanto à xerostomia, manifestada pelas queixas da PI e pela dificuldade em deglutir medicamentos, as intervenções de enfermagem realizadas foram higiene oral diária, a hidratação com água e a aplicação da solução de colutório de nistatina + lidocaína gel 12% + bicarbonato 1,2%, que, apesar deste não ter mucosite, encontrava alívio com esta opção terapêutica. A par disto, foi suspensa a administração de clonazepam, que tem como efeito colateral xerostomia (Drugs.com, 2019) e efetuada rotação de via de administração de fármacos para subcutânea.

Quanto a necessidades de conforto psico-espirituais, foram identificados no Sr. D.G. períodos de inquietação, ansiedade e de angústia, possivelmente relacionados com perda de autonomia, progressão da doença, desconforto abdominal e ruídos hidroaéreos. Também a sua esposa e filha apresentavam ansiedade e angústia face à evolução da doença e pela preocupação em que o Sr. D.G. pudesse ver e despedir-se dos netos, sendo que um deles tinha apresentado um episódio de crise convulsiva após uma visita ao avô. Quanto à estratégia farmacológica adotada, foi prescrita levomepromazina (até suspender devido a xerostomia) em horário fixo e, sempre que necessário, haloperidol (se inquietação). Quanto a estratégias não-farmacológicas, foi promovida a sua autonomia até ao final da vida, foram clarificadas as causas da sua angústia, bem como o seu conhecimento sobre o diagnóstico e realidade sobre a progressão da doença. Foi questionado sobre expectativas, tendo ele referido não querer sofrer e falado dos seus netos, reforçada aliança terapêutica e compromisso de não abandono. Além disto, foram adotadas estratégias básicas de comunicação, quer com o Sr. D.G., como com a família, como a compreensão empática, escuta ativa e *feedback* (Querido, Salazar, & Neto, 2016).

Com a sua família fez-se, em vários momentos, os exercícios de espelhar sentimentos e proporcionar orientação para a realidade, relativamente à progressão da doença e sintomas que observavam. Outras técnicas de comunicação utilizadas foram o compromisso de não abandono, reforço da aliança terapêutica, a técnica de dedos cruzados face à evolução da doença e, nos últimos dias de vida do sr. D.G., dados “tiros de aviso”, explicando que a melhoria visualizada era devido ao controlo sintomático, não a regressão da doença. Foi-lhes dada, também, a possibilidade de partilharem as emoções que sentiam e as suas preocupações. O apoio familiar foi intensificado nos últimos dias de vida, com validação da coragem de ambas e referindo que o Sr. D.G. estava confortável.

Quanto a necessidades de conforto socioculturais, identifiquei, principalmente, a vontade sentida pela família relativamente ao encontro entre o Sr. D.G. e os netos, bem como a preocupação quanto à forma de operacionalizar este encontro. Esta questão foi trabalhada com a filha e esposa, mas acabou por não ocorrer, visto o falecimento do Sr. D.G. acontecer poucos dias após a manifestação desta vontade.

Para concluir, consigo identificar claramente, nesta situação, a importância dos quatro pilares dos CP. O controlo sintomático, que teve efeito no alívio de necessidades de conforto físicas e psico-espirituais, que foi conseguido através de uma abordagem terapêutica simples e adaptada às reais necessidades da PI. A comunicação, que foi essencial para a aceitação do processo de evolução de doença e para a integração de perdas, bem como para o fortalecimento das relações familiares. O apoio à família, que permitiu uma vivência tranquila do fim de vida, o esclarecimento de crenças e mitos associados à evolução de doença e a partilha de sentimentos e emoções. E o trabalho em equipa, uma vez que esta abordagem foi bem conseguida devido à colaboração entre vários elementos, nomeadamente enfermeiros, médicos e psicóloga clínica. Assim, o Sr. D.G. faleceu durante a noite, de forma tranquila e serena, tendo apenas apresentado um período de agitação pré-terminal, que reverteu com a administração da terapêutica pautada. Esta agitação pré-terminal, pode ser encarada como um episódio de *delirium*, ou como um episódio de agitação e angústia, relacionado com a proximidade da morte, perceção de debilidade aumentada ou, ainda, conflitos interpessoais (Neto, 2016).

Concomitantemente a esta situação, acompanhei o processo de fim de vida mais uma PI e a sua família. Optei por inserir mais um estudo de caso, uma vez que considero este método uma excelente ferramenta de aprendizagem, onde se aprofunda a experiência vivida pela PI, pela família, a atividade da equipa multiprofissional (Duhamel & Fortin, 1999), bem como o suporte teórico mobilizado para dar resposta às necessidades emergentes. A construção do estudo de caso seguiu os mesmos moldes que o anterior, pelo que se segue apenas algumas características que interessa destacar.

A Sr.^a M.L.S., de 86 anos, foi internada no serviço de CP, tendo os seguintes antecedentes pessoais de saúde: fratura de L1 em 2017, submetida a tratamento conservador; hipertensão arterial, estenose aórtica grave – submetida a implantação de prótese aórtica biológica em 2016; mieloma múltiplo, com seguimento em consulta de hematologia; adenocarcinoma do cego, submetido a hemicolecotomia direita, em

2017; e cataratas. Residia no domicílio com o marido, também PI e com um filho, tendo agravado situação de dependência nas últimas semanas antes do internamento, acompanhada de episódios de *delirium* com comportamento de heteroagressividade, que terá motivado a ida ao Serviço de Urgência. Depois da realização de exames complementares de diagnóstico, assumiu-se provável recidiva hepática de neoplasia do cólon.

Esta situação remete para uma realidade frequente na PI, como a existência de múltiplas doenças crónicas com as quais a pessoa convive ao longo de vários anos, associado a progressiva dependência de outros para o autocuidado e declínio funcional (Chai, Meier, Morris, & Goldhirsch, 2014).

Na perspetiva das necessidades de conforto, a Sr.^a M.L.S. apresentou, como desconfortos do contexto físico, astenia, que se foi agravando à medida que o fim de vida se ia aproximando; xerostomia, que era aliviada com o reforço da higiene oral; redução do apetite, em que, à semelhança do caso anterior, lhe foram oferecidos alimentos conforme tolerância e satisfação; náuseas; *hippus*, que era controlado através da administração de domperidona (fármaco pró-cinético), até perda da via oral, e de haloperidol e levomepromazina, também úteis no controlo de *hippus* por bloqueio dopaminérgico (Pina, 2016b); dispneia em que, excluída existência de febre, era controlada através de alternância de posicionamento, de forma a favorecer a eficácia dos músculos respiratórios (Chai et al., 2014; Feio, 2016) e gestão da terapêutica, com administração de morfina, quer em horário pautado, quer SQN – a morfina é a classe de fármacos de primeira linha no tratamento da dispneia (Broglio, 2017; NHS Scotland, 2019a) - bem como na administração de broncodilatadores e de butilescopolamina, se se objetivasse farfalheira. Ainda no domínio das necessidades de conforto físico, também foi apurada alteração do sono, que pode estar relacionado com necessidades de conforto do contexto psico-espiritual.

Quanto aos desconfortos sentidos no contexto psico-espiritual, destacam-se angústia, medo de morrer, principalmente medo de morrer sozinha durante o período noturno, necessidade de segurança e necessidade de perdão. Entre várias intervenções realizadas, identifica-se a promoção do encontro entre a PI e a sua irmã, a fim de que pudessem reconciliar-se; a referenciação do capelão para facilitar as práticas religiosas; para aumentar a sensação de segurança a equipa multidisciplinar comunicou por diversas vezes a preocupação com o seu bem-estar e conforto, com compromisso de não abandono da PI e família; quanto ao medo de morrer sozinha, a

estratégia encontrada passou, mais uma vez, pelo compromisso de não abandono, materializado na promessa de a equipa de enfermagem passar várias vezes no quarto ao longo da noite e com otimização da terapêutica.

A principal necessidade de conforto do contexto ambiental era a de estar num quarto privado. Apesar de poder ser benéfico estar acompanhada por outra pessoa, a fim de combater o medo de estar sozinha, a equipa multidisciplinar atendeu a este pedido. Além disso, existiu sempre o cuidado em manter a luz de presença ligada durante a noite, ter a campainha de chamada acessível e regular a temperatura do quarto para promoção do conforto ambiental.

Ao nível sociocultural, um dos desconfortos sentidos pela Sr.^a M.L.S. e família foi a falta de informação relativamente às necessidades nutricionais nesta fase de evolução de doença. Assim, a intervenção de enfermagem foi explicar as alterações fisiológicas em fim de vida, das quais a redução do apetite, e que a Sr.^a M.L.S. não iria falecer por fome, mas devido ao processo evolutivo de doença, pelo que a alimentação deveria cumprir o objetivo de dar conforto, não sendo necessário forçar a ingestão de alimentos. Neste período de internamento foi também discutida a eventual alta hospitalar pois, apesar de se prever o falecimento a curto prazo, a senhora encontrava-se hemodinamicamente estável, pelo que podia regressar a casa. Contudo, devido à complexidade da situação, elevada dependência da Sr.^a M.L.S., marido igualmente PI, com dificuldade em integrar o fim de vida da sua companheira, a família não reunia condições para uma transição segura para o domicílio. Assim, a intervenção da equipa multidisciplinar foi, em conjunto com a família, conversar sobre os apoios sociais existentes, tendo-se optado pela referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (o que depois não veio a acontecer, uma vez que a Sr.^a M.L.S. faleceu no hospital).

Como conclusão destas atividades, ao acompanhar estas PI, identifico como elemento essencial a avaliação multidimensional que, ao ser pormenorizada e individualizada, permite à equipa multidisciplinar a compreensão da PI além da identificação de patologias e tratamentos médicos (Orini, 2018). Esta consiste na avaliação das necessidades da PI em vários domínios (médico, psicológico, social e funcional), bem como num plano de estratégias para satisfazer essas necessidades (Parker et al., 2018). No serviço de CP, as ferramentas utilizadas para a avaliação multidimensional são: Escala de Morse, para avaliação do risco de queda; Escala de *Braden*, para avaliação do risco de úlcera de pressão; Índice de *Barthel*, para

avaliação da dependência nas atividades de vida diária; Escala de sintomas de *Edmonton*; Escala de esperança *Herth* HHI-PT (9 itens); Escala de Confusão NEECHAM, para avaliação do estado cognitivo; e Índice de *Karnofsky*.

Com estes estudos de caso identificados, ainda, que as necessidades de conforto surgem interligadas, pelo que uma intervenção de enfermagem destinada ao alívio de uma necessidade de um dado contexto, poderá ter efeito em necessidades de outros contextos, tal como evidenciado na Teoria do Conforto (Kolcaba, 2003). Um exemplo ilustrativo observou-se com a Sr.^a M.L.S., cuja alteração do sono (necessidade de conforto do contexto físico) estava ligada à angústia e ao medo de morrer (necessidade de conforto do contexto psico-espiritual).

2.1.2. Documento síntese e escuta das necessidades de conforto da Pessoa Idosa em Situação Paliativa

As restantes atividades desenvolvidas neste estágio foram a escuta das necessidades de conforto sentidas pelas PI em SP, que vieram na sequência da prestação de cuidados a estas pessoas, o que levou à elaboração do documento síntese da informação obtida nesse campo (Apêndice II). De forma geral, quando questionadas sobre o que era para elas estar confortável, as PI referiam-se sobretudo a necessidades de conforto do contexto físico. Todas afirmaram que estar confortável era ter ausência de dor. Neste contexto, outras necessidades de conforto referidas foram alterações de sono, que pareciam estar ligadas a desconfortos de outros contextos, nomeadamente do psico-espiritual, astenia e desconforto abdominal.

Quanto a necessidades de conforto do contexto ambiental, destacou-se a necessidade de silêncio, quer nos quartos, quer nos corredores, pois afigurava-se um agente facilitador do sono e repouso. Além disso, como referiu uma PI, o cuidado demonstrado pelos profissionais ao manter o silêncio era revelador de respeito para com as pessoas cuidadas.

No contexto sociocultural, foi referida a necessidade de informação, nomeadamente sobre o estado de saúde e de educação para a gestão do regime terapêutico e realização das AVD. Neste contexto, também foram observados desconfortos relativamente à preparação para a alta, que se prendiam com questões de ordem monetária, necessidade de cuidador familiar (secundário a situação de declínio físico e agravamento da dependência), bem como necessidade de ajudas

técnicas, como camas articuladas, entre outras. Outra necessidade identificada foi a presença da família e poder assistir ao crescimento dos vários elementos, manifestada através de expressões como “conforto é poder sentir o afeto da família” e “conforto é poder ver os meus netos crescer mais um pouco”.

Quanto a desconfortos do contexto psico-espiritual, destaca-se a angústia, relacionada com o sofrimento provocado pela doença, por ser uma sobrecarga para a família, por perda de sentido de vida e pelo medo de morrer, principalmente o medo de morrer só.

2.2. Atividades desenvolvidas no Serviço de Medicina

As atividades programadas para o segundo estágio pretendiam o atingir dos seguintes objetivos específicos: apresentar o projeto no Serviço de Medicina; prestar cuidados de enfermagem à PI em SP; realizar três sessões de formação de acordo com as necessidades formativas da equipa de enfermagem; desenvolver um instrumento de trabalho facilitador do cuidado de conforto à PI em SP; e perceber se uma intervenção de enfermagem sistematizada de conforto influencia o conforto da PI em SP.

Assim, para este contexto, as atividades delineadas foram:

- Apresentação do projeto à equipa de enfermagem.
- Identificação da população alvo.
- Prestação de cuidados de conforto à PI em SP.
- Avaliação, no início e no final de cada turno, da frequência cardíaca e do nível de desconforto, através da escala visual analógica do conforto.
- Avaliação de sintomas, no início do primeiro turno com as PI, através da Escala de Avaliação de Sintomas de *Edmonton*.
- Elaboração de registos (tipo diário de bordo) em que constem aspetos como o ambiente em que decorre a prestação de cuidados, intervenções de enfermagem desenvolvidas, dados do discurso das pessoas idosas relacionados com o tema em estudo.
- Elaboração de um dossier técnico-pedagógico para suporte à formação da equipa de enfermagem.

- Elaboração das apresentações que darão suporte às sessões de formação, bem como apresentação das mesmas e avaliação através de questionário.
- Construção de um instrumento de trabalho que sistematize o cuidado de conforto à PI em SP, num serviço de internamento.

2.2.1. Apresentação do Projeto à equipa de enfermagem

A apresentação do projeto decorreu no mês de novembro (Apêndice III), onde foi dada informação sobre a problemática do envelhecimento ao nível nacional, a realidade observada nos serviços de medicina, onde se observa frequentemente PI em SP e com necessidades de conforto. Além disso, foram desenvolvidos os conceitos-chave do projeto, o referencial teórico adotado, o mapa conceptual e a planificação das atividades. No final desta apresentação, a equipa de enfermagem, bem como a Enfermeira Chefe, manifestaram interesse em que este projeto fizesse parte do plano de atividades do serviço para a próximo biénio. Desta forma, tornou-se claro para mim que não bastaria realizar um instrumento de trabalho sistematizador do cuidado de conforto à PI e levar a cabo sessões de formação. Seria preciso reformular o plano de atividades para que incluísse o planeamento do projeto no âmbito do Serviço de Medicina e dar-lhe um nome, para que, no futuro, ao se falar do cuidado à PI em SP, conseguíssemos ter uma linguagem comum. Então, o nome dado ao projeto foi “Conforta-me”, pois evidencia as necessidades de conforto da PI, dos profissionais de saúde e, até, da própria instituição, se conseguisse falar, sendo um projeto voltado para a PI e para todos os elementos que compõem o serviço, na perspetiva da criação de uma cultura de conforto e centrada na pessoa.

2.2.2. Identificação da Pessoa Idosa em Situação Paliativa

A segunda atividade consistiu na identificação da população alvo de cuidados, uma vez que o Serviço de Medicina admite pessoas doentes a partir dos 18 anos de idade e em situação paliativa e não paliativa, pelo que importa adotar mecanismos simples e fiáveis para a identificação da PI em SP.

Em suma, esta atividade assumiu uma dupla vertente: primeiro, a identificação das pessoas internadas a quem iria prestar cuidados de conforto durante o estágio;

em segundo lugar, no âmbito do projeto Conforta-me, para orientar os profissionais de saúde para a identificação desta população e, assim, poderem planear os cuidados de suporte com o foco no bem-estar e conforto da PI.

Assim sendo, a população a quem prestei cuidados durante este estágio reunia os seguintes critérios: ter idade igual ou superior a 65 anos, ter doença crónica, incurável e progressiva, com critérios para SP, segundo o fluxograma *Gold Standard Framework – Proactive Identification Guidance* (GSF-PIG), ter capacidade para comunicar verbalmente e estar orientado. Para o cumprimento do critério “estar orientado”, era necessário obter a classificação de pessoas “não confusas” ou “não confusas, mas com alto risco de confusão”, segundo a Escala de Confusão NeeCham. Escolhi esta escala de avaliação por estar validada para a população portuguesa (Neves, Silva, & Marques, 2011), ser simples, de heteroavaliação, por me ter familiarizado com esta ao longo do estágio anterior e por ter a autorização do autor para a sua utilização (Anexo I). A par disto, é um instrumento válido para a identificação precoce de *delirium* (Sörensen Duppils & Johansson, 2011).

O fluxograma GSF-PIG, que também tive oportunidade de conhecer no ensino estágio anterior, é um dos instrumentos *gold standard* para a identificação de pessoas que estão em fim de vida e que necessitam de cuidados de suporte paliativo (Armstrong et al., 2016). Esta avaliação é baseada na questão surpresa “ficaria surpreendido se o doente morresse no próximo ano, meses, semanas ou dias?”, destinada a profissionais de saúde. Se a resposta for afirmativa, significa que a pessoa necessitará de cuidados de suporte. Caso existam dúvidas, tem-se mais duas questões de suporte à avaliação, baseadas nas trajetórias de doença crónica que levam a pessoa à morte, como o cancro, a falência orgânica e o declínio gradual, observado na demência e síndrome de fragilidade. Além disso, o instrumento de identificação inclui, ainda, aspetos relativos à presença de comorbilidades, necessidade de suporte social e saúde mental (Armstrong et al., 2016).

Tendo em conta estes critérios de inclusão, consegui identificar nove PI em SP, a quem prestei cuidados durante dois turnos, como desenvolverei à frente. O número de PI não foi superior não pelo facto de não existirem pessoas em SP, mas devido aos critérios estar orientado e ter capacidade de comunicar verbalmente. A literatura aponta que em cerca de 20% das pessoas idosas hospitalizadas se observa *delirium* (Al-Aama et al., 2011) e que esta síndrome ocorre em até 85% das pessoas hospitalizadas, em fim de vida (Watson, Campbell, Vallath, & Wells, 2019).

Ao procurar evidência científica sobre a importância da identificação da pessoa em SP, conclui que devem ser adotadas políticas institucionais focadas na identificação precoce desta população, devendo existir parcerias entre os serviços de cuidados agudos e as equipas de cuidados paliativos (Chan et al., 2017). Concomitantemente, encontrei o instrumento de avaliação *Supportive and Palliative Care Indicators Tool* (SPICT™) que, à semelhança do GSF-PIG, permite identificar pessoas com necessidades paliativas. É um instrumento que está validado para a população portuguesa, podendo ser utilizado em ambiente hospitalar e dá indicações quanto ao planeamento de cuidados (The University of Edinburgh, n.d.). Este instrumento possui um campo destinado à procura de indicadores gerais de deterioração da saúde, outro campo onde se identificam indicadores clínicos de doenças limitantes da vida e um terceiro espaço dedicado à avaliação dos cuidados atuais e planeamento dos cuidados futuros (The University of Edinburgh, 2019).

Com este conhecimento resolvi, com a autorização da Enfermeira Chefe do serviço, entrar em contacto com a Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) do centro hospitalar e discutir sobre a possibilidade de se adotar a identificação precoce da PI em SP, a todas as PI internadas no serviço, até 48h após a admissão no Serviço de Medicina. A médica responsável pela EIHSCP, com quem contactei, reconheceu que esta avaliação seria uma oportunidade para as PI e facilitaria o processo de referenciação para esta equipa. Quanto à opção entre o instrumento de avaliação a ser utilizado, optou-se em conjunto pela SPICT™, por estar validada para a população portuguesa. Assim, disponibilizei-me para a construção de uma instrução de trabalho (Apêndice IV) que sirva de guia aos médicos e enfermeiros do serviço. Com isto, espera-se que as PI em SP beneficiem de uma abordagem paliativa atempada, pois o que se verifica quando estas pessoas não são identificadas é o não benefício de CP ou a identificação tardia, próxima do fim de vida (Highet et al., 2013).

2.2.3. Prestação de cuidados de conforto à Pessoa Idosa em Situação Paliativa

Uma das atividades que teve maior peso na construção da minha identidade enquanto futura enfermeira especialista foi a prestação de cuidados de conforto à PI em SP. Esta atividade acompanhou um problema identificado na minha prática, que era a inexistência de uma ação de enfermagem sistematizada, na área do conforto.

Com isto, associado à prestação de cuidados de enfermagem foi levado a cabo um estudo descritivo. As questões de investigação são, então:

Será que uma intervenção de enfermagem de conforto sistematizada tem influência no conforto da PI em SP, hospitalizada?

Quais as necessidades de conforto da PI em SP, hospitalizada?

A unidade de análise é a PI em SP e o contexto é o de hospitalização num Serviço de Medicina.

Assim, a hipótese de causalidade colocada foi que uma intervenção de enfermagem assente na promoção do conforto tem efeito positivo no conforto da PI em SP.

O objetivo do estudo foi verificar se uma intervenção de conforto sistematizada teria efeito positivo no conforto da PI em SP, hospitalizada.

A colheita de dados foi realizada ao longo de dois turnos, às PI identificadas, segundo os critérios de inclusão explorados em epígrafe. Logo, no início do primeiro turno, foi avaliada a frequência cardíaca e o nível de desconforto, através da Escala Visual Analógica do Conforto. Durante esse turno, também foi realizada a avaliação de sintomas, através da Escala de Sintomas de *Edmonton*, como sendo mais um instrumento facilitador da percepção das necessidades de conforto da PI.

A par da avaliação do nível de desconforto e de sintomas, foram realizadas, de forma individualizada, como preconizado na Teoria do Conforto de Kolcaba, uma avaliação das necessidades de conforto e plano de cuidados de conforto, recorrendo à estrutura taxonómica do conforto. Com base nessa avaliação, foram desenvolvidas intervenções de enfermagem promotoras do conforto, no sentido de dar resposta às necessidades de conforto da PI.

No final do turno, foi avaliada a frequência cardíaca e o nível de desconforto, à semelhança do realizado no início do turno.

Durante o segundo turno foram levados a cabo os mesmos procedimentos, à exceção do preenchimento da Escala de Sintomas de Edmonton.

De forma a operacionalizar os princípios do Modelo Centrado na Pessoa na relação com a PI, recorri às cinco etapas da construção do processo de parceria (Gomes, 2016). A primeira etapa, “Revelar-se”, consistiu no reconhecimento do potencial de desenvolvimento da PI e na construção da relação, sendo a fase inicial do processo de relação. Na etapa “Envolver-se”, foi o momento de identificar as particularidades da PI e conhecer as suas necessidades de conforto, bem como delinear as intervenções mais adequadas à PI, de forma a promover a sua autonomia e conforto. A terceira etapa dá lugar à capacitação da PI, para que esta assuma controlo de si e do seu projeto de vida. Fazendo um paralelo com a Teoria do Conforto, é esta capacitação que permite a adoção de comportamentos de procura de saúde (Kolcaba, 2003). Aqui, como enfermeira, tive “cuidado com o cuidado que o outro devia ter consigo próprio se tivesse capacidade e autonomia” (Gomes, 2016, pág. 235).

As últimas duas etapas, “Comprometer-se” e “Assumir o controlo de si ou assegurar o cuidado do outro”, dizem respeito ao desenvolvimento da capacidade real da PI e família para a gestão e manutenção da sua situação de saúde, bem como o assumir controlo do seu projeto de vida (Gomes, 2016). Estas etapas são mais difíceis de trabalhar num curto período pelo que, nesta interação de dois dias com as PI, não foram objetivados.

No que respeita a aspetos éticos, foi protegida a confidencialidade dos dados extraídos. Foi respeitada a privacidade da PI a autodeterminação, através da obtenção do consentimento informado (Apêndice V), obtido antes de iniciar o primeiro turno. Foi respeitado o princípio da beneficência, com o sentido de “dever fazer o bem, de ajudar o outro a obter o que é para seu benefício” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, pág. 60) e evitado o paternalismo, com a inclusão da PI no processo de tomada de decisão. A autorização para a realização do estudo foi emitida no mês de janeiro (Anexo II), uma das razões para o número reduzido de participantes, algo que constitui uma limitação deste estudo.

Do estudo fizeram parte nove PI, dos quais cinco do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Dois participantes encontravam-se na faixa etária entre os 65 e os 75 anos (inclusive), três entre os 75 e os 85 anos (inclusive) e quatro entre os 85 anos e

os 95 anos. Quanto ao estado civil, sete eram viúvos e dois eram casados. Quanto ao local/ com quem vivem as PI, uma vivia em lar, uma vivia em casa com cuidador formal e sete viviam com a família.

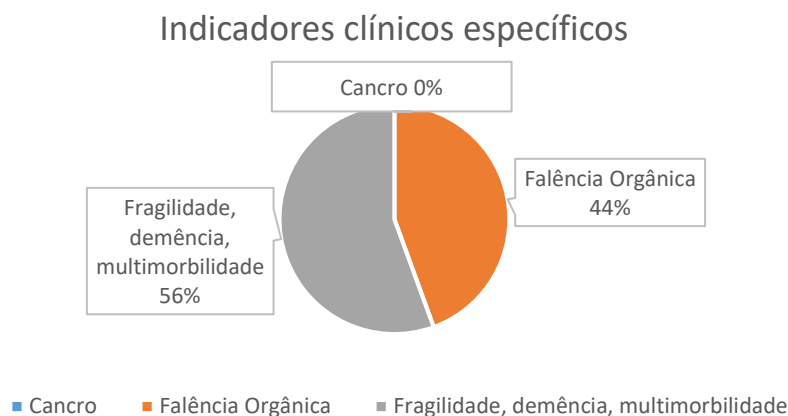


Figura 2 - População segundo Indicadores clínicos específicos, baseados nas trajetórias de doença.

Tendo em conta os indicadores clínicos específicos, segundo as três conhecidas trajetórias de doença, quatro PI estavam inseridas na trajetória de falência orgânica e cinco na trajetória fragilidade, demência e multimorbilidade, como se pode observar na Figura 2.

As alterações obtidas em termos de nível de desconforto e frequência cardíacas entre o início e o final de cada dia de intervenção podem ser observadas na Tabela 1.

No campo nível de desconforto, uma alteração negativa ocorre quando o nível de desconforto pós-turno foi superior ao nível obtido pré-turno; uma alteração positiva ocorre quando o nível de desconforto pós-turno é inferior ao nível obtido pré-turno; sem alteração quando os níveis pré e pós-turno são iguais.

No campo frequência cardíaca, uma alteração negativa ocorre quando a frequência cardíaca pós-turno é superior à frequência cardíaca pré-turno; uma alteração positiva ocorre quando a frequência cardíaca pós-turno é inferior à frequência cardíaca pré-turno.

Tabela 1 – Comparação do nível de desconforto e frequência cardíaca pré e pós intervenção nas Pessoas Idosas submetidas a intervenção de conforto sistematizada.

Variáveis	Dia 1 de intervenção		Dia 2 de intervenção		Resultados
	n	%	n	%	
Nível de desconforto (escala visual analógica do conforto)	0	0	0	0	Alteração negativa
	2	22.22	2	22.22	Sem alteração
	7	77.78	7	77.78	Alteração positiva
Frequência cardíaca	4	44.44	2	22.22	Alteração negativa
	1	11.11	2	22.22	Sem alteração
	4	44.44	5	55.56	Alteração positiva

Quantitativamente, nos dois dias de intervenção, 77.78% das PI apresentaram redução do nível de desconforto pós-turno, em relação ao início do turno. As restantes 22.22% não apresentaram alterações no nível de desconforto. Ninguém sofreu aumento do nível de desconforto após a intervenção.

Quanto ao valor de frequência cardíaca, no primeiro dia de intervenção, 44.44% das PI apresentaram frequência cardíaca no final do turno superior ao início do turno, 44.44% apresentaram redução da frequência cardíaca no final do turno e num participante não foi observada alteração. No segundo dia de intervenção, 22.22% apresentaram frequência cardíaca aumentada no final do turno, em 55.56% tiveram redução da frequência cardíaca e 22.22% não tiveram alterações. Neste ponto, existem alguns fatores que podem interferir com estes valores, a destacar que uma das PI era portadora de *pacemaker*; no primeiro dia uma das PI estava febril no final do turno, o que pode justificar aumento da frequência cardíaca; existência de PI com diagnóstico de insuficiência cardíaca.

O nível médio de desconforto sentido pelas pessoas idosas, nos dois dias de intervenção, pode ser observado na figura 3. No primeiro dia de intervenção, no início do turno, a média de desconforto foi de 4.22 e, no final do turno, foi de 2.44. No segundo dia de intervenção, o nível médio de desconforto no início do turno foi 4.78 e, no final do turno, foi de 2.

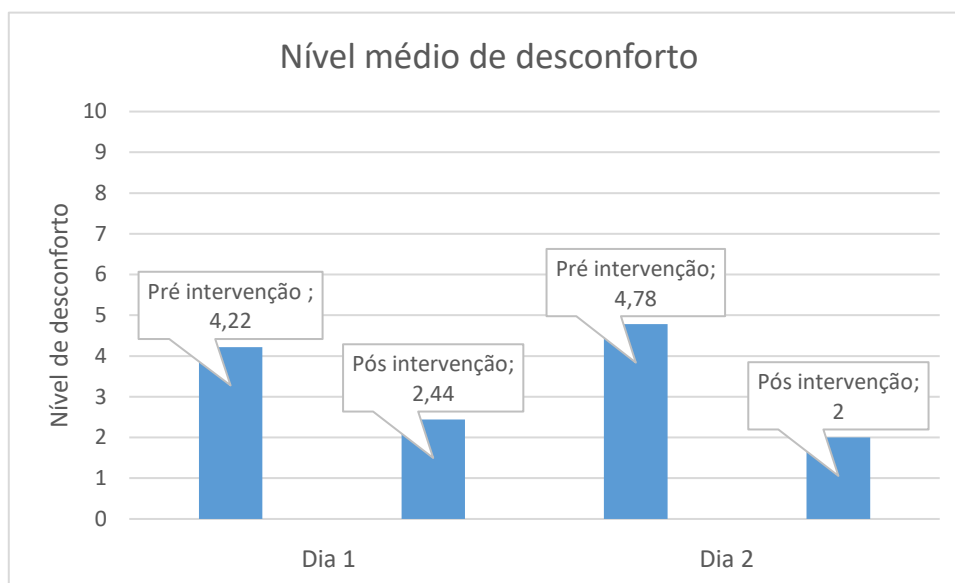


Figura 3 - Nível médio de desconforto nos dias 1 e 2 de intervenção

Quanto às necessidades de conforto sentidas pelas PI, estas foram codificadas segundo os contextos de conforto a que pertenciam, tendo em conta a Teoria do Conforto de Kolcaba (Kolcaba, 2003), com recurso ao programa webQDA.

Assim, foram identificadas necessidades de conforto dos contextos físico e psico-espiritual nas nove PI. As necessidades de conforto do contexto sociocultural foram identificadas em oito PI e as necessidades de conforto do contexto ambiental foram identificadas em sete PI. No total, foram identificadas 36 referências a necessidades de conforto do contexto físico, 15 do contexto psico-espiritual, 19 do contexto sociocultural e 10 do contexto ambiental.

Como necessidades de conforto do contexto físico, várias foram encontradas, nomeadamente dor, alterações de sinais vitais, insónia, redução do apetite, alterações dos órgãos dos sentidos (redução da acuidade visual e auditiva), hemorragia, perda de integridade cutânea, anemia, disfagia, dejeções diarreicas, cansaço/astenia, edemas nos membros inferiores, dispneia, alterações metabólicas (hiperglicemia), retenção urinária, sonolência diurna e vertigens. Deste conjunto, as necessidades de

conforto mais frequentes foram cansaço/ astenia, em cinco pessoas idosas, as alterações de sinais vitais, que ocorreram em quatro pessoas idosas, perda de integridade cutânea, em três pessoas idosas, insónia, que ocorreu em três pessoas idosas, alterações dos órgãos dos sentidos em quatro pessoas idosas e redução do apetite, em três pessoas idosas.

Ainda, relativamente às necessidades de conforto do contexto psico-espiritual, foram manifestadas com expressões emocionais, como “tristeza”, “medo”, “ansiedade”, “depressão”. Ao serem analisados todos os registos, as necessidades deste contexto foram categorizadas como estando relacionadas com a vivência de perdas (de independência, de pessoas significativas, de papéis sociais) e com a prática de rituais religiosos/ atitude perante a espiritualidade. Portanto, oito pessoas idosas referiram necessidades de conforto psico-espiritual relacionado com a vivência de perdas e duas referiram necessidades de conforto relacionadas com a prática de rituais religiosos.

No que concerne às necessidades de conforto do contexto sociocultural, estas desdobraram-se em cinco categorias, que são preocupação com familiares, necessidade de informação, necessidade de socialização, necessidade de suporte económico e social e necessidade de ocupação de tempos livres. Destas categorias, as que apresentaram maior expressão foram a necessidade de informação, afirmada por seis pessoas idosas, a necessidade de socialização, referida por cinco, e a necessidade de ocupação de tempos livres, apresentada por três pessoas idosas. Quanto à categoria necessidade de socialização, foram utilizadas expressões como “sinto-me só”, “passo muito tempo aqui sozinho”, “sabe, o relógio é uma companhia para mim”, “em casa não desligo o rádio 24h, para me sentir acompanhada”.

Por fim, a necessidade de conforto do contexto ambiental desdobrou-se nas categorias ruído e mobiliário do quarto. Seis pessoas idosas referiram necessidades de conforto relacionadas com o mobiliário do quarto, nomeadamente a falta de televisão e de relógio, bem como a existência de camas altas, que dificultam o levantar. Duas pessoas idosas referiram o ruído como algo que as deixava desconfortáveis. A codificação em árvore dos resultados apresentados encontra-se em Apêndice VI.

Em jeito de discussão e conclusão do estudo empírico, nenhuma das pessoas idosas identificadas apresentou como diagnóstico principal doença oncológica, ao contrário da crença ainda enraizada de que só este conjunto de pessoas é considerada com necessidades paliativas. Este dado é importante, na medida que a

literatura descreve a existência de disparidades no acesso a CP entre pessoas com doença oncológica e pessoas com outras trajetórias de doença, revelando que o primeiro grupo tem maior probabilidade de ter acesso a CP (Seow, O'Leary, Perez, & Tanuseputro, 2018).

Quanto às necessidades de conforto reportadas pelas PI e, também, por mim observadas, são em número elevado e complexas. As mais frequentes foram as necessidades relativas ao contexto físico, relacionadas com o controlo hemodinâmico e com o controlo de sintomas. Estas poderão estar em maior número dado que as pessoas idosas, na sua maioria, se encontravam em situação de agudização de doença crónica e quadros infecciosos. Além disso, parece que estas necessidades de conforto são mais fáceis de identificar e também de serem comunicadas, o que pode justificar este resultado. No campo das necessidades de conforto do contexto psico-espiritual, a categoria de vivência das perdas remete para o processo de luto, que gera uma mudança iniciada por um estado de privação ou de ausência de alguém ou objeto significativo e que é responsável por reações adaptativas de várias ordens (Barbosa, 2016b). Nestas pessoas idosas, foi possível observar o luto devido a perda de cônjuges, perda de capacidade de conduzir, perda de visão, perda de independência, perda de companhia e perda de significado perante o futuro, o que parece ser gerador de sentimentos de medo e de ansiedade. No campo da espiritualidade, as necessidades de conforto manifestadas foram ao encontro do contexto religioso, ligado à prática de rituais religiosos, como a leitura de escrituras bíblicas e a oração. Segundo Davis, citado por Barbosa (2016a), este tipo de experiência religiosa faz parte da modalidade regeneradora, uma das experiências mais frequentes, relacionada com “o facto de experimentar uma esperança, força, paz, etc., renovadas depois da oração, e a experiência de ser guiado, perdoado, curado, ajudado a levar uma vida mais moral ou amorosa” (pág. 746).

No domínio das necessidades de conforto socioculturais, as categorias que assumiram maior relevância foram a necessidade de informação e a necessidade de socialização. Para a PI, a socialização está relacionada com a solidão e não tanto com isolamento social. A solidão remete para um estado subjetivo de falta de afeto e proximidade com uma pessoa significativa, amigos ou família (Ong, Uchino, & Wethington, 2016). Estima-se que a solidão está associada ao aceleração do declínio cognitivo, independentemente da existência de outros fatores de risco (Donovan et al., 2017). Além disso, a solidão está também ligada a morbilidade física

e psicológica na PI, manifestada, por exemplo, na alteração do padrão de sono, sendo um fenómeno com elevada prevalência a nível mundial (Ong et al, 2016).

Já a necessidade de informação vai ao encontro do exposto na definição de conforto sociocultural, relativo à Teoria do Conforto de Kolcaba, quando se refere a aspetos relacionados com educação, nomeadamente o planeamento da alta hospitalar (Kolcaba, 2003). A este propósito, o Modelo Centrado na Pessoa (McCormack & McCance, 2006) e Sousa (2012) fazem referência ao conhecimento da PI como elemento importante da tomada de decisão aos cuidados de que deve ser alvo, em parceria com o profissional de enfermagem, com o sentido de “devolver ao idoso o sentido de utilidade e de pertença” (Ribeiro, 2012, pág. 351).

Ainda, quanto às necessidades de conforto do contexto ambiental, as categorias que emergiram foram mobiliário do quarto e ruído. De acordo com a literatura, os fatores ambientais e obstáculos organizacionais podem contribuir para o estado de conforto da PI hospitalizada (Ribeiro, 2012).

Concluindo, o nível de desconforto sentido pelas pessoas idosas, face aos resultados obtidos, corroboram a literatura, uma vez que mostram o caráter transitório do conforto (Kolcaba, 2003). Constatamos que os níveis de desconforto variaram entre os dois dias e até no próprio dia. A destacar que, nas avaliações realizadas no mesmo dia de intervenção, foi possível observar uma redução do nível de desconforto em cerca de 50%, o que permite afirmar que uma intervenção de conforto sistematizada tem efeito positivo no nível de desconforto da PI em SP.

O mesmo não foi possível determinar através da avaliação da frequência cardíaca. No primeiro dia de intervenção, o número de PI a registar alteração positiva no valor de frequência cardíaca foi igual ao número de PI a registar alteração negativa. Ainda assim, no segundo dia de intervenção, foi maior o número de PI a registar alteração positiva, em comparação com a alteração negativa ou sem alteração.

A par deste estudo descritivo, ao longo deste percurso de cuidados também fui escrevendo registos sobre especificidades do cuidado e da relação construída com a PI, das quais pude retirar algumas reflexões.

Em primeiro lugar, destaco a importância do espaço para a construção de relação com a PI. Para o desenho de um plano de cuidados foi fundamental o estabelecimento da relação de parceria, onde a tónica está em “conhecer para particularizar o cuidado” (Ribeiro, 2012, pág. 351), de forma que o cuidado pudesse ser humanizado e centrado na PI. Ir ao encontro das particularidades de cada PI,

conhecer o seu percurso de vida, interesses, desejos e receios foi uma pedra basilar para a individualização do cuidado. Identifico o fator tempo como um dos elementos que permitiu este aprofundamento da relação.

Poder cuidar a PI durante um período de tempo consistente contribuiu para que as etapas “revelar-se” e “envolver-se” do processo de parceria (Gomes, 2016) assumissem maior profundidade, dando lugar à melhor descoberta possível das necessidades de conforto. Este ponto remete para a necessidade de pensar a cultura de cuidado no Serviço de Medicina, nomeadamente, das suas dinâmicas como facilitadoras do cuidado de conforto.

Penso que esta proposta de cuidado, centrada na PI e no seu conforto, pode ser encarada como uma lógica de sustentabilidade dos serviços de saúde, que deverão estar preparados para enfrentar as futuras alterações demográficas. Pensar nisso é pensar na promoção de um envelhecimento ativo e saudável, no apoio efetivo e holístico da PI, na sua integração real na sociedade e no valor da sua experiência, dando qualidade de vida às pessoas.

É meritório o avanço da Medicina, que tem vindo a permitir que se viva cada vez mais. No entanto, é urgente encontrar formas de confortar a PI, tendo em conta o significado de confortar, que está associado ao fortalecimento. Cuidado confortador, nas palavras de Oliveira (2011, pág.205), é

um modo de “fazer as coisas” – uma forma fortalecedora de relacionamento –, que mesmo desconfortando ou resistindo, conforta. Ou seja, uma forma de agir em que tudo é feito de tal modo – individualizado, interessado e competente –, que mesmo desconfortando, é percebido como confortador; ou seja, é percebido como sendo uma forma da enfermeira juntar a sua força à força do cliente.

2.2.4. Elaboração e apresentação das sessões de formação

Dando continuidade às restantes atividades desenvolvidas, tinha proposto o objetivo de elaboração e apresentação das formações sobre três temas em CP. Este ciclo foi iniciado com o tema “Controlo da dispneia na PI em SP”. A formação cumpriu a duração de 95 minutos, com um intervalo de tempo. Os objetivos gerais da sessão foram aprofundar o conhecimento dos profissionais de saúde na gestão e controlo da dispneia na PI em SP e refletir sobre a importância do controlo da dispneia na pessoa em SP, particularmente a PI. Para a exposição dos conteúdos, realizei uma

apresentação em suporte *PowerPoint* e utilizei a plataforma *Mentimeter* para a avaliação de conhecimentos.

O Apêndice VII representa o dossier técnico-pedagógico da sessão, contando com o plano de sessão, um documento resumo disponibilizado aos enfermeiros do serviço, questionário de avaliação de sessão e do formador, a apresentação em *PowerPoint* e as questões realizadas para avaliação de conhecimentos. O Apêndice VIII contém os resultados dos questionários de avaliação da formação e do formador.

A sessão de formação decorreu nos dias 17 e 19 de dezembro de 2019, tendo a sua repetição o objetivo de conseguir contemplar todos os elementos da equipa. No total, participaram 17 enfermeiros, ou seja, cerca de 90% dos elementos no desempenho de funções. Das 16 respostas aos questionários, a destacar que, no item “quanto à quantidade e qualidade, como classifica a informação disponibilizada?”, obtive 15 respostas com nível cinco e uma com nível quatro (numa cotação de zero a cinco). No item “a duração da formação foi adequada?”, obtive 12 respostas com nível cinco, três respostas com nível quatro e uma resposta com nível três. A salientar que a pessoa que avaliou com nível três escreveu, como sugestão, aumentar o tempo de formação para conhecer protocolos de intervenção. Dou destaque ao item duração da formação, pois a minha preocupação inicial prendia-se com a duração da sessão, que foi longa. Contudo, ao analisar as respostas corroboro que, apesar de longo, foi o tempo necessário para o conteúdo preparado.

No que concerne ao espaço de sugestões, os participantes reconheceram que seria importante a participação da classe médica, para que o pensamento clínico fosse uniformizado. A par disto, foi também sugerida a construção de protocolos de atuação na dispneia aguda, no sentido de, mais uma vez, uniformizar o cuidado prestado à PI em SP e conferir maior autonomia para a atuação dos enfermeiros. Na formação optei por apresentar os protocolos de atuação desenvolvidos pelo National Healthcare Service (NHS) Scotland, por já ter contactado com estes durante o primeiro estágio. Um deles é sobre a gestão da dispneia em CP (NHS Scotland, 2019a) e outro sobre cuidados nos últimos dias de vida, onde está incluída a gestão deste sintoma (NHS Scotland, 2019b).

Relativamente aos conteúdos abordados, a minha preocupação inicial prendeu-se com a definição do sintoma, sendo que é “uma experiência subjetiva de desconforto respiratório que consiste em sensações qualitativamente distintas que variam em intensidade” (American Thoracic Society, 1999, pág. 322). Logo, a dispneia

é apenas percebida pela pessoa que a vivencia (Parshall et al., 2012). Ora, esta realidade remete para a importância de uma avaliação completa, através do conhecimento das suas causas e consequências, com a quantificação da experiência e percepção das expectativas da PI e família (Schrijvers & Van Fraeyenhove, 2010). Será necessário continuar a avaliar vários sinais, nomeadamente, cianose, taquicardia, taquipneia, utilização dos músculos respiratórios, entre outros, principalmente se a PI estiver incapaz de comunicar. Contudo, a tónica está naquilo que a PI afirma sentir e, enquanto enfermeira, é fundamental que seja um agente facilitador da comunicação desse desconforto. Para a avaliação da dispneia existem múltiplas escalas, devendo o instrumento escolhido adaptar-se à PI (Chai et al., 2014; Feio, 2016).

No que concerne ao diagnóstico, falou-se sobre a proporcionalidade terapêutica e de como pode ser difícil, num Serviço de Medicina, ter uma abordagem paliativa. Falamos sobre a importância de ponderar riscos e benefícios antes da prescrição/administração de tratamentos, bem como execução de exames complementares de diagnóstico, em que a equipa discuta e tenha em mente os objetivos de tratamento e que se considerem as preferências da PI e família (Chan, Tse, & Sham, 2015; Feio, 2016).

No tema tratamento, abordei estratégias não-farmacológicas, como é o exemplo da utilização da ventoinha manual, uma vez que o ar frio reduz a sensação de dispneia, com a ativação do nervo trigémeo (Galbraith, Fagan, Perkins, Lynch, & Booth, 2010). Outra estratégia importante passa pela educação da PI sobre as causas da dispneia, as técnicas de tratamento e os fármacos utilizados, dado que este conhecimento devolve-lhe controlo sobre a sua situação (Booth, Burkin, Moffat, & Spathis, 2014; Thomas, 2015). Quanto ao tratamento farmacológico, destaquei a utilização de opióides como fármacos de primeira escolha, independentemente da patologia associada, uma vez que têm ação na redução da sensibilidade à hipoxia e hipercapnia e redução do impulso respiratório, da ansiedade e, concomitantemente, melhoria da função cardíaca (Broglia, 2017; Currow, Abernethy, & Ko, 2014; Gomutbutra, O’Riordan, & Pantilat, 2013; NHS Scotland, 2019a).

A segunda sessão de formação foi dedicada ao tema “Confusão Mental e *Delirium* na PI em SP”. Teve a duração de 90 minutos, com um período de intervalo. O objetivo geral da sessão foi aprofundar o conhecimento dos profissionais de saúde na gestão e controlo da confusão mental/ *delirium* na PI em SP.

Para a exposição de conteúdos, realizei uma apresentação em *PowerPoint* e recorri a técnicas pedagógicas, como tempestade de ideias, discussão de casos clínicos e simulação de um caso clínico. Esta simulação, disponível no site <https://www.deliriumexperience.nl/profile>, versou a PI em contexto de internamento. Os participantes da sessão adotaram, em conjunto, o papel de enfermeiro e, segundo a evolução da PI, eram convidados a realizar intervenções de enfermagem. Posto isto, a atividade assumiu a dupla vertente de introdução do tema e de avaliação diagnóstica de conhecimentos.

O Apêndice IX representa o dossiê técnico-pedagógico da sessão, que foi construído nos mesmos moldes que o da sessão anterior. O Apêndice X contém os resultados dos questionários de avaliação da sessão e do formador. A sessão decorreu nos dias 7 e 15 de janeiro e contou com a presença de 21 elementos, dos quais três eram médicos a desempenhar funções no serviço e três eram enfermeiros que se encontram noutros serviços. Dos resultados apurados, destaco a questão “como classifica a sessão, em termos globais?”, que obteve 19 respostas com classificação “excelente” e duas respostas com “muito bom”. Em relação aos aspetos positivos da sessão, as respostas indicaram que o exercício de simulação foi um contributo importante, bem como a apresentação de estratégias farmacológicas e não-farmacológicas para a gestão do *delirium*. No que respeita a sugestões, ficou clara a necessidade de criação de protocolos de atuação, realização de mais sessões e com tempo mais alargado.

Passando em revista os conteúdos abordados, *delirium* é definido como um distúrbio na atenção (por exemplo, capacidade reduzida em direcionar, focar, ou alterar a atenção) e da consciência (reduzida orientação no ambiente), que se desenvolve num curto período de tempo (American Psychiatric Association, 2013). É uma complicação frequente na pessoa com neoplasia e na PI retirada do ambiente familiar (Caraceni & Simonetti, 2009) e pode verificar-se em até 85% das pessoas hospitalizadas, em fim de vida (Watson et al., 2019). É, frequentemente, subdiagnosticado e subtratado, sendo produto de múltiplas etiologias, pelo que o diagnóstico deve ser precoce e realizado junto da PI, não existindo exames específicos para deteção de *delirium* (American Psychiatric Association, 2013; Barbosa, Gama, & Lawlor, 2016; Breitbart & Alici, 2012; MacLeod, 2011; NHS Scotland, 2019c; Weckmann & Morrison, 2013a).

Existem vários instrumentos de avaliação e diagnóstico de *delirium*. Entre eles, uma opção é a escala NEECHAM (Sörensen Duppils & Johansson, 2011).

No que concerne à gestão e tratamento, foram apresentadas diversas estratégias não-farmacológicas, como reorganização temporo-espacial, com recurso a relógios, calendários e quadros com orientação espacial, estratégias de comunicação, entre elas a utilização de mensagens simples e claras, evitamento de confrontação e a distração. Outras estratégias recaem sobre os órgãos sensoriais (providenciar óculos e próteses auditivas), o ambiente (limitar rotatividade da equipa, permitir objetos pessoais, espaço calmo), evitar restrição de movimentos motivados por cateteres vesicais, perfusões endovenosas e oxigenoterapia, promover o sono, entre outras estratégias (Hipp & Ely, 2012; Prayce, Quaresma, & Neto, 2018; Weckmann & Morrison, 2013b). Neste campo, os participantes referiram que um dos constrangimentos do serviço era a falta de dispositivos auxiliares de memória. Desta forma, a equipa multidisciplinar conseguiu, à data do final do estágio, adquirir relógios de parede para todos os quartos do serviço e, ainda, os dispositivos com a identificação do local e da data, que se encontram em construção.

Por fim, quanto à abordagem farmacológica, é reservada somente se necessário ao controlo sintomático e deverá ser suspensa assim que resolução do quadro de *delirium*. O fármaco de primeira escolha é o haloperidol, que deverá ser iniciado em dose baixa (NHS Scotland, 2019c).

A terceira sessão de formação, destinada ao tema “Controlo da Dor da PI em SP” não pôde ser realizada em tempo útil de estágio, uma vez que o serviço não conseguiu disponibilizar mais horas de formação. Dado que estamos a atravessar desde março uma situação de pandemia devido ao SARS-CoV-2, esta formação ficou pendente e será realizada quando reunidas as devidas condições.

2.2.5. Participação em Jornadas de Enfermagem

Além destas atividades, realizei outras que não estavam inicialmente previstas, mas que se verificaram importantes para o desenvolvimento do projeto e das minhas competências de enfermeira mestre e especialista. Assim, no mês de novembro, participei no Workshop PAIN EDUCATION (Anexo III), promovido pela Fundação Grünenthal, que teve como objetivo elucidar os profissionais de saúde sobre a gestão

da dor crônica. Esta atividade permitiu a reciclagem e reativação de conhecimentos adquiridos outrora, importantes para o cuidado à PI em SP e também para a preparação da terceira sessão de formação.

No mês de dezembro de 2019, participei nas 1ª Jornadas Pensar a Enfermagem Avançada no contexto atual dos cuidados de saúde (Anexo IV), na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Neste dia, foram apresentados vários projetos desenvolvidos no âmbito do Curso de Mestrado, o que se revelou um auxílio na estruturação do percurso que me faltava efetuar, bem como adquirir uma percepção mais realista acerca das várias fases que compreendem a metodologia de projeto. Associada a estas jornadas, apresentei um póster científico com o título “Projeto Conforta-me – A intervenção de enfermagem promotora do conforto da Pessoa Idosa hospitalizada, em situação paliativa” (Apêndice XI), com o objetivo de divulgar o projeto enquanto uma prática de Enfermagem Avançada. Este póster obteve o 1º prémio na categoria de projetos em fase de conceção (Anexo V).

Em fevereiro, participei nas IIªs Jornadas de Enfermagem Cuidado Centrado na Pessoa, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz (Apêndice XII), onde tive a oportunidade de apresentar a comunicação livre “Projeto Conforta-me – a intervenção de enfermagem centrada na Pessoa Idosa hospitalizada, em situação paliativa” (Apêndice XIII).

Em suma, estas atividades contribuíram para o desenvolvimento de competências de enfermeira mestre e especialista no âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, mais concretamente no que concerne a suportar a prática clínica em evidência científica (Regulamento n.º140/2019, 2019).

2.2.6. Instrução de trabalho sobre cuidados de conforto à Pessoa Idosa

A última atividade desenvolvida foi a criação de uma instrução de trabalho para o serviço, cujo objetivo é promover a intervenção de enfermagem de conforto sistematizada à PI (Apêndice XIII). Esta instrução de trabalho tem um campo inicial de definições, onde se pode ler a importância da avaliação das necessidades da PI, a definição de conforto segundo a Teoria do Conforto de Kolcaba, bem como as

definições acerca dos tipos e contextos de conforto. Com esse texto pretendi que fosse uniformizado o discurso sobre conforto, para que toda a equipa de enfermagem tenha uma linguagem comum.

O segundo capítulo indica como pode ser avaliado o conforto à PI na prática de cuidados, tendo em conta a avaliação holística das necessidades de conforto da PI, com o preenchimento do Plano de Cuidados de Conforto. Sugere-se, ainda, a avaliação do conforto recorrendo à Escala Visual Analógica do Conforto (avaliação objetiva).

O último capítulo destina-se à forma como as intervenções de promoção de conforto podem ser registadas na plataforma Sclínico, dado que os registos de enfermagem são importantes para a continuidade de cuidados e devem espelhar, fielmente, a atividade dos enfermeiros. Neste contexto, dediquei-me a procurar no programa Sclinico do serviço quais os focos, diagnósticos e intervenções de enfermagem disponíveis para registo e conclui que as intervenções disponíveis são limitadas e parecem não refletir a intervenção de conforto realizada com a PI. Desta forma, reuni com a Enfermeira Chefe do Serviço e com o elo de ligação do Sclínico, a fim de comunicar esta fragilidade do sistema de registo informático. Conferi ser possível introduzir o Foco conforto e associar diagnósticos e intervenções de enfermagem. Face a esta realidade, o que consta na instrução de trabalho é uma proposta de registo das intervenções de conforto, com intervenções que estão disponíveis no catálogo CIPE, até que se venha a concretizar as alterações necessárias.

Por fim, deixei em anexo um esquema onde constam os tipos de conforto, exemplos de necessidades de conforto e, ainda, exemplos de intervenções de enfermagem dirigidas às referidas necessidades. Este esquema foi realizado tendo em conta informação disponível no site construído por Kolcaba para divulgação da sua teoria (Kolcaba, 2019) e não pretende roubar o carácter individualizado do cuidado de conforto, mas afigurar-se como um auxílio para a sistematização do cuidado de conforto.

3. AVALIAÇÃO

Neste capítulo pretendo avaliar o contributo das atividades realizadas para o desenvolvimento das minhas competências específicas enquanto enfermeira mestre e especialista no cuidado à PI, de acordo com os regulamentos das competências de enfermeiro especialista e com o quadro europeu de qualificações (Direção-Geral do Ensino Superior, n.d.). As competências desenvolvidas são o que me permitirá continuar a individualizar o cuidado à PI em SP, são o “*habitus* integrado em cada enfermeiro permite inovar na singularidade de cada ação, flexibilizar em situações idênticas e, em situações novas, efetuar adaptações a novos esquemas” (Serrano, Costa, & Costa, 2011, pág. 22).

Tendo em conta os quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º140/2019, 2019), no campo da responsabilidade profissional, ética e legal, a minha atividade profissional foi guiada pelos princípios previstos no Código Deontológico do Enfermeiro, quer na prestação de cuidados, como na recolha e apresentação dos dados obtidos, mantendo a confidencialidade dos dados e sigilo profissional, bem como o respeito pela privacidade da PI em SP. O processo de tomada de decisão, bem como a prestação de cuidados, foram baseados no conhecimento em Enfermagem, nomeadamente as Teorias de Enfermagem, e de outras áreas do saber, como os CP. Além do conhecimento científico, também recorri ao conhecimento proveniente da experiência, quer da que adquiri ao longo do percurso profissional, como a adquirida nos estágios, através da partilha de saberes dos supervisores clínicos e de outros elementos das equipas de saúde.

No domínio da melhoria contínua da qualidade (Regulamento n.º140/2019, 2019), o projeto Conforta-me foi uma oportunidade para o desenvolvimento de uma prática de cuidado à PI em SP baseada na evidência científica, com forte compromisso com a formação contínua da equipa de enfermagem do Serviço de Medicina. Dada a sua relevância no contexto do Serviço de Medicina, foi incluído no plano de atividades como projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, estando relacionado com as

categorias satisfação do cliente, prevenção de complicações e bem-estar e o autocuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Assim, no que diz respeito à satisfação do cliente, o “respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos de natureza individual do cliente” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, pág. 14). Relativamente à prevenção de complicações, “a identificação (...) dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (...) para prescrever, implementar e avaliar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes efeitos indesejáveis” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, pág. 15). Quanto ao bem-estar e o autocuidado, a “identificação (...) dos problemas do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, pág. 16).

Ao nível individual, o planeamento deste projeto tem-me dado a oportunidade de desenvolver competências de gestão e liderança de programas de melhoria contínua.

No domínio da gestão de cuidados (Regulamento n.º140/2019, 2019), a criação das instruções de trabalho para a identificação da PI em SP e para a promoção do conforto surge como recurso à prática de cuidados, por facilitarem/otimizarem o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão e auxiliarem a equipa a identificar fatores na PI que justifiquem a articulação precoce com a EIHS CP.

Das sessões de formação, ficou a sugestão para a criação de protocolos relativos ao controlo dos sintomas mais frequentes da PI em SP, o que poderá constituir mais um suporte para orientação das tarefas a serem delegadas, com a garantia da segurança e qualidade. Esta estruturação do cuidado poderá ser vista como uma adaptação do estilo de liderança, que favorece a melhor resposta ao grupo e aos indivíduos, nos processos de mudança (Regulamento n.º140/2019, 2019), que promovam a avaliação holística da PI em SP.

Essa avaliação, realizada no seio da equipa multidisciplinar, poderá fortalecer o respeito pelo princípio da beneficência, ao defender a proporcionalidade dos cuidados e evitar o encarniçamento terapêutico. Poderá, ainda, contribuir para o respeito pelo princípio da justiça, ao dar a cada pessoa os recursos humanos e materiais que necessita, utilizando-os de forma eficiente para a promoção da qualidade do cuidado e conforto da PI em SP.

O último domínio, relativo ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, compreende o autoconhecimento e a assertividade (Regulamento n.º140/2019, 2019). Segura de que este é um caminho de aperfeiçoamento pessoal e profissional, reconheço que os estágios foram importantes para o meu crescimento, na medida em que possibilitaram o contacto com outras realidades até aqui desconhecidas.

Estar inserida noutra contexto, com outras equipas de saúde, permitiu-me alargar a perceção do meu comportamento face a ambientes desconhecidos, bem como as minhas estratégias de adaptação aos contextos (Benner, 2001).

A disseminação do conhecimento em eventos científicos contribuiu para este desenvolvimento, uma vez que me levou a encontrar recursos internos, como força, criatividade e motivação, para levar a cabo atividades que não estavam previstas, numa fase de vida tão preenchida. Também foram uma oportunidade de desenvolver competências de comunicação científica.

Quanto à competência de pesquisa e consumo de evidência científica, foi desenvolvida logo desde a fase de planeamento do projeto de estágio, com o recurso a bases de dados e documentos publicados por entidades idóneas. A mobilização de evidência proveniente destas fontes foi essencial às aprendizagens em contexto de trabalho, conseguido, por exemplo, através das sessões de formação e discussão de casos clínicos.

No que respeita às competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, destaco a competência “cuida da pessoa e família/ cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes da doença aguda ou crónica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, pág. 19359). Para este cuidado, foram essenciais as atividades de prestação de cuidados nos serviços de CP e de Medicina.

Os dois campos de estágio foram bastante proveitosos, uma vez que tive a orientação de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com quem foi possível discutir sobre a prestação de cuidados a PI, bem como os desafios que os serviços de saúde enfrentam para dar uma resposta humanizada às necessidades por eles apresentadas. Adicionalmente, foi interessante observar as diferenças e semelhanças entre um sistema de saúde de financiamento privado e uma EPE, integrada no SNS. As principais diferenças encontradas foram em relação aos equipamentos tecnológicos e ao grau de exigência das pessoas cuidadas. Quanto aos

equipamentos, eram mais recentes e em maior quantidade na entidade privada, o que facilitava a prestação de cuidados de enfermagem. Relativamente às pessoas cuidadas, esse grau de exigência era visível, principalmente relacionado com a qualidade das refeições, a organização do ambiente físico, ou o tempo de espera admitido para o atendimento de determinada necessidade.

No serviço de CP, tive a oportunidade de identificar as necessidades de conforto da PI e família em contexto de patologia crónica e paliativa e de as discutir com profissionais especializados na área dos CP, que trabalham alicerçados na filosofia dos CP.

Para cuidar a PI em SP, reconheço como facilitador a associação dos conhecimentos dos referenciais teóricos de enfermagem supracitados e dos pilares dos CP.

Na prática, a avaliação das necessidades de conforto da PI permite traçar um plano de cuidados dirigido para o controlo sintomático, seja ele de ordem física ou psicológica, bem como o apoio à família.

Para a construção de um plano de cuidados e intervenção de enfermagem centrada na pessoa, é necessário uma comunicação adequada e trabalhar em equipa multidisciplinar. Esta intervenção de enfermagem, dirigida ao cuidado de conforto, tem um efeito restaurador de energia da PI e família, promovendo a capacidade de adaptação e transcendência face aos problemas identificados.

No campo das necessidades de conforto, observei que é facilitador do cuidado a rápida avaliação e satisfação das necessidades de conforto físico, para posteriormente se poder intervir na satisfação das necessidades psico-espirituais, como expresso no excerto “se qualquer desconforto físico intenso passar, haverá tempo e espaço para a vida se manifestar. Muitas vezes, diante do alívio do sofrimento físico, o que aparece em seguida é a expressão de outros sentimentos, como o emocional e o espiritual” (Arantes, 2019, pág. 59).

Neste contexto psico-espiritual, consegui desenvolver a perceção sobre a dimensão espiritual do sofrimento da PI e família, antever cenários de evolução da doença e iniciar um trabalho precoce na satisfação das necessidades de conforto psico-espiritual. A palavra angústia deriva do latim *angustia* e está ligada aos termos estreiteza e opressão. Esta angústia, relacionada com o sentimento de falta de controlo, configura o medo existencial (Barbosa, 2016a).

No segundo estágio, pude dar continuidade a este modelo de cuidar, mas desta vez com um desafio acrescido, que foi cuidar a PI em SP num serviço não vocacionado para os CP. Aqui, o primeiro obstáculo prendeu-se com a identificação da pessoa com necessidades paliativas. É mais fácil reconhecer que uma PI com doença oncológica tem necessidade de CP, do que uma PI com demência, síndrome de fragilidade ou falência orgânica. Tal como descrito na literatura, isto deve-se a falta de informação sobre os benefícios e papel potenciador do conforto dos CP e, ainda, de que estes cuidados são destinados apenas a pessoas em fim de vida (Siouta, Clement, Aertgeerts, Beek, & Menten, 2018).

Perante esta realidade, senti a necessidade de criar a instrução de trabalho sobre a identificação da PI em SP. Destaco como fator positivo a disponibilidade que a equipa de enfermagem demonstrou ao querer conhecer o instrumento de avaliação SPICT™ e aprender a identificar a população com necessidades paliativas. Este interesse foi demonstrado, a título de exemplo, quando num turno da manhã a equipa se reuniu e avaliou todas as pessoas internadas no serviço, tendo identificado que, em 25 pessoas, cuja média de idades era 75,6 anos, 17 apresentavam indicadores para cuidados de suporte paliativo.

Apesar desta ferramenta de identificação da PI em SP, da avaliação das necessidades de conforto e prestação de cuidados assentes numa abordagem paliativa, tive maior dificuldade em prestar cuidados de conforto, comparativamente com o estágio anterior. O motivo identificado é a existência, na equipa multidisciplinar, de um pensamento enraizado na cura e gestão da doença, em vez de uma abordagem paliativa nas situações que assim a requerem. Ainda assim, penso que dei passos importantes no cuidado de conforto à PI em SP, visível através da avaliação do desconforto no início e no final de cada turno. Identifico, como intervenções de enfermagem fundamentais para o conforto da PI em SP, a comunicação das necessidades de conforto, a promoção das relações familiares durante os períodos de visita, a transmissão de informação relativamente a questões que gerem preocupação à PI e família, a massagem de mãos e o exercício da autonomia, permitindo o envolvimento da PI na construção e avaliação do plano de cuidados.

No que respeita ao desenvolvimento de competências de mestre, creio que este percurso me possibilitou a aquisição de conhecimentos diferenciados nas áreas do conforto e dos CP, que serão a chave para “uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Decreto-Lei nº

107/2008, 2008, pág. 3842). Estes conhecimentos deram, ainda, suporte à reflexão na e sobre a ação, bem como à consecução do estudo de investigação. Por conseguinte, sinto-me apta para integrar novos estudos de investigação nestas áreas e contribuir para a integração de conhecimentos sobre CP e conforto, no serviço de medicina, através da formação da equipa e criação de normas e procedimentos. Concluindo, o perfil de competências desenvolvidas neste percurso de estágio permite-me ter uma atitude transformadora do cuidado, no meu contexto de trabalho. Desta forma, penso contribuir para a aquisição de novos conhecimentos da equipa de enfermagem, que visem as boas práticas, com o foco no conforto, do cuidado paliativo à PI internada no serviço.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este percurso tomei conhecimento do poder transformador do cuidado de conforto e do seu contributo na relação enfermeira, PI e família. Daí considerar que a abordagem do cuidado de conforto me fez “dar um salto” no sentido do paradigma holístico, tornando-me uma profissional mais completa.

Apesar da falta de tempo ser real, agravada pelos baixos rácios enfermeiro-pessoa doente, tive a oportunidade de experimentar que, ao adotar os pressupostos da Teoria do Conforto, conseguia fortalecer o meu relacionamento com a PI. Desta forma, pude conhecê-la melhor e adaptar o plano de cuidados à satisfação das suas necessidades de conforto. Assim, interiorizei que é no compromisso de uma relação de confiança, promotora de conforto, que se consegue a individualização dos cuidados.

Associar o conforto enquanto modelo de cuidar em enfermagem facilita a integração precoce dos CP, pois o foco é a relação com a pessoa, neste caso a PI, e a satisfação das suas necessidades de conforto. Principalmente, num serviço que não está, especificamente, treinado para cuidar PI em SP, o cuidado de conforto parece ser um agente facilitador da relação com a PI. Este cuidado dá espaço ao fortalecimento da PI e, consecutivamente, maior abertura para a abordagem de temas como objetivos de cuidado, diretivas antecipadas de vontade e fim de vida.

O cuidado de conforto fortalece a PI para comportamentos de procura de saúde e, na perspetiva da PI em SP, um comportamento de procura da saúde pode incluir um diálogo aberto sobre a integração dos CP no seu cuidado. Considero que a linguagem do conforto pode ser um meio de aproximação entre profissionais da área dos CP e da Medicina Interna, possibilitando o aumento das referências, precoces, para a EIHS CP.

Numa perspetiva de trabalho futuro, será interessante, em primeiro lugar, identificar de forma contínua a população idosa em SP, hospitalizada no serviço de Medicina, com recurso à ferramenta SPICT™. Neste contexto, pretendo realizar um

estudo sobre a representatividade desta população para a gestão de cuidados no serviço. Assim, será possível estudar formas de centrar o cuidado na PI em SP e, concomitantemente, trabalhar no sentido de manter a sustentabilidade dos cuidados de saúde. Seguindo esta linha de pensamento, é fundamental investigar “o conforto dos enfermeiros, bem como a relação do seu conforto com o conforto da PI em SP”.

Ao relembrar as várias interações com as pessoas idosas, questiono-me em que medida esta união das nossas forças tem impacto no meu conforto. Ou seja, quando uma PI se dizia confortável, eu também me sentia fortalecida, como uma espécie de feedback positivo. Será que esta forma de pensar se deve ao facto de conseguir ver o propósito da minha atividade enquanto enfermeira, que é, acima de tudo, cuidar em relação?

Ao longo deste percurso, nem sempre foi fácil cuidar a PI desta forma individualizada, interessada e competente, pois estas pessoas têm elevadas necessidades de conforto, encontram-se em vulnerabilidade acrescida, fruto de várias perdas, pela vivência da doença crónica, pelo processo de envelhecimento e, em alguns casos, pela vivência do fim de vida, além do facto de estarem hospitalizados. Esta complexidade, adicionada a fatores pessoais, nomeadamente o cansaço físico e psíquico, acentuados pela exigência que é realizar estágio e trabalhar em simultâneo, levaram-me à compreensão de que o meu conforto foi um elemento importante na minha forma de cuidar. A relação do meu conforto com o cuidado à PI em SP pode ser traduzida no seguinte excerto de Arantes (2019, pág. 66):

O ato de cuidar de alguém que está a morrer sem a responsabilidade do autocuidado é, a meu ver, uma expressão clara e absoluta de hipocrisia. Quem cuida do outro e não cuida de si mesmo acaba cheio de lixe. Lixo de maus cuidados físicos, emocionais e espirituais. E lixos não servem para cuidar bem de ninguém.

Desta forma, penso que será importante investigar, no futuro, o conforto dos enfermeiros que prestam cuidados à PI em SP, no sentido de se conhecer quais as suas necessidades de conforto e encontrar estratégias, quer ao nível pessoal, como institucional, de promoção de conforto. Este caminho poderá ser, indiretamente, uma forma de promover o conforto da PI em SP, uma vez que um enfermeiro confortado poderá estar mais capacitado para cuidar segundo o ponto de vista do conforto, um processo complexo e diligente (Oliveira, 2011).

Este conhecimento, associado ao conhecimento nas áreas dos CP e da geriatria, fazem parte dos meus pré-requisitos, no que respeita a atributos importantes para a competência profissional (McCormack & McCance, 2006).

No serviço onde exerço a atividade profissional, está previsto que o projeto “Conforta-me” integre o programa de melhoria contínua do serviço, o que se revelará um contributo para a excelência do exercício profissional (Lei n.º 156/2015), ao defender os interesses da PI, como descrito no artigo 102.º, alínea C “salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida”.

Para terminar, muito se tem discorrido sobre a ausência de afetos, espectro deste período de isolamento social, principalmente da ausência de contacto físico, especificamente, do abraço. Tudo isso faz-me pensar em todas as pessoas idosas que me dizem sentir-se sós. Além do isolamento, acrescenta-se a doença, a dependência, as perdas vividas e a falta de toque. Estas poderão ser as maiores pandemias da sociedade envelhecida. Há quem viva em isolamento permanente, ainda que inserido no seio de uma família ou de uma instituição. Isolado por se sentir só, por se sentir tocado como “um objeto”, por ser privado da partilha da vida, da história, dos medos e o futuro, mesmo que esse futuro represente falar sobre fim de vida.

Chegada a esta parte do relatório, considero que este percurso foi além do desenvolvimento de competências que me permitem o exercício de enfermeira mestre e especialista. Assim sendo, considero que deixou, também, uma semente no seio da equipa do Serviço de Medicina – o projeto “Conforta-me” – que, apesar de ainda se encontrar numa fase de desenvolvimento/ implementação, já sensibilizou a equipa de enfermagem para a necessidade de um cuidado diferenciado à PI em SP, que exige aprofundamento de conhecimento nas áreas da Enfermagem, Geriatria e dos CP. Acredito que este despertar facilitará a procura de soluções que visem o fortalecimento de uma cultura de cuidado centrado na pessoa e, simultaneamente, uma cultura de conforto associada à abordagem paliativa. A par disto, esta realidade será catalisadora do conhecimento da PI, bem como da sua participação no plano de cuidados e, ao nível profissional, a fomentação de princípios que reconhecem o valor intrínseco da pessoa (Mitchell & McCance, 2010).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Aama, T., Brymer, C., Gutmanis, I., Woolmore-Goodwin, S. M., Esbaugh, J., & Dasgupta, M. (2011). Melatonin decreases delirium in elderly patients: A randomized, placebo-controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 687–694. Doi: <https://doi.org/10.1002/gps.2582>.
- Alligood, M., & Tomey, A. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Loures: Lusodidacta.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5* (Fifth Edit). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Thoracic Society. (1999). Dyspnea Mechanisms, Assessment, and Management: A Consensus Statement. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 159, 321–340. Doi: <https://doi.org/10.2165/00124363-200519030-00005>.
- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista de Enfermagem Referência*, II(9), 61–67. Acedido a 20/06/2019. Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2133&id_revista=4&id_edicao=26.
- Aranes, A. C. (2019). *A morte é um dia que vale a pena viver*. Alfragide: Oficina do Livro.
- Arias-Casais, N., Garralda, E., Rhee, J. Y., Lima, L. de, Pons, J. J., Clark, D., ... Centeno, C. (2019). *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019*. Vilvoorde: EAPC vzw Press. Acedido em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES_dest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2
- Armstrong, J., & et al. (2016). *The GSF PIG 2016 – Proactive Identification Guidance*. Disponível em: <https://www.goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/PIG/NEW PIG - 20.1.17 KT vs17.pdf>
- Barbosa, A. (2016a). Espiritualidade. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. Neto (Eds.) *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª edição, pp. 737–780). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da

Universidade de Lisboa.

- Barbosa, A. (2016b). O Luto em Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. Neto (Eds.) *Manual de Cuidados Paliativos* (3^a, pp. 553–629). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Barbosa, A., Gama, G. M. da, & Lawlor, P. (2016). Confusão/Delirium. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. Neto (Eds.) *Manual de Cuidados Paliativos* (3.^a, pp. 297–216). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Beernaert, K., Smets, T., Cohen, J., Verhofstede, R., Costantini, M., Eecloo, K., ... Deliens, L. (2017). Improving comfort around dying in elderly people: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*, 1–10. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31265-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31265-5).
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Booth, S., Burkin, J., Moffat, C., & Spathis, A. (2014). *Managing breathlessness in clinical practice*. London: Springer.
- Botejara, A., & Neto, I. (2016). Hidratação e nutrição em fim de vida. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3.^a Edição, pp. 331–344). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Breitbart, W., & Alici, Y. (2012). Evidence-based treatment of delirium in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1206–1214. Doi: <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.39.8784>
- Broglio, K. (2017). Dyspnea. In C. Dalin, P. Coyne, & B. Ferrell (Eds.), *Clinical Pocket Guide to Advanced Practice Palliative Nursing*. New York: Oxford University Press.
- Capel, M. (2017). Palliative Medicine for Older Patient. In ELSEVIER (Ed.), *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology, Eighth edition* (8^o Edition, pp. 953–962). Philadelphia: Elsevier.
- Caraceni, A., & Simonetti, F. (2009). Palliating delirium in patients with cancer. *The Lancet Oncology*, 10(2), 164–172. Doi: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(09\)70018-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(09)70018-X)
- Carvalho, A., Dias, C., Morais, A., Veríssimo, M., Sousa, M., Campos, L., ... Maia, G. (2016). *Rede de Referência Hospitalar - Medicina Interna*. Acedido a 15/12/2019. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/01/RRH-Medicina-Interna-Para-CP-21-12-2017.pdf>
- Chai, E., Meier, D., Morris, J., & Goldhirsch, S. (2014). *Geriatric Palliative Care*. New York: Oxford University Press.

- Chan, K., Tse, D., & Sham, M. (2015). Dyspnoea and other respiratory symptoms in palliative care. In N. Cherny, M. Fallon, S. Kaasa, & D. Currow (Eds.), *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (Fifth, pp. 421–434). New York: Oxford University Press.
- Chan, L. S., Macdonald, M. E., Carnevale, F. A., & Cohen, S. R. (2017). 'I'm only dealing with the acute issues': How medical ward 'busyness' constrains care of the dying. *Health (United Kingdom)*, 1–18. Doi: <https://doi.org/10.1177/1363459317708822>.
- Coelho, A., Parola, V., Escobar-Bravo, M., & Apóstolo, J. (2016). Comfort experience in palliative care: A phenomenological study. *BMC Palliative Care*, 15, 1–8. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0145-0>.
- Coelho, A., Parola, V., Sandgren, A., Fernandes, O., Kolcaba, K., & Apóstolo, J. (2018). The Effects of Guided Imagery on Comfort in Palliative Care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 20(4), 392–399. Doi: <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000460>.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2017). *Plano Estratégico Para O Desenvolvimento Dos Cuidados Paliativos. Biénio 2017-2018*. Lisboa. Acedido a 12/03/2019. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estratégico-CP_2017-2018-1-1.pdf.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2019). *Plano Estratégico de Desenvolvimento Cuidados Paliativos. Biénio 2019-2020*. Acedido a 10/01/2020. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/PEDCP-2019-2020-versao-final-10.02.2019.pdf>.
- Currow, D. C., Abernethy, A. P., & Ko, D. N. (2014). The active identification and management of chronic refractory breathlessness is a human right. *Thorax*, 69(4), 393–394. Doi: <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2013-204701>.
- Decreto-Lei n.º 107/2008. (2008). Graus académicos e diplomas do ensino superior. *Diário Da República I Série (Nº 121 de 25-06-2008)*, 3835–3853. Retrieved from http://www.ipvc.pt/sites/default/files/rh_declei107_08.pdf
- De Swardt, H. C., Du Toit, H. S., & Botha, A. (2012). Guided reflection as a tool to deal with the theory – practice gap in critical care nursing students. *Health SA Gesondheid*, 17(1), 1–9. Doi: <https://doi.org/10.4102/hsag.v17i1.591>.
- Diário da República. (2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. *Lei n. 52/2012 de 5 de Setembro, 1.ª série*, 5119–5124.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025. Direção-Geral de Saúde*. Lisboa. Acedido a 10/10/2019. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>.
- Donovan, N. J., Wu, Q., Rentz, D. M., Sperling, R. A., Gad, A., & Glymour, M. M. (2017). Loneliness, depression and cognitive function in older U.S. adults. *Int J Geriatr Psychiatry*, 32(5), 564–573. Doi: <https://doi.org/10.1002/gps.4495>.

- Dowd, T. (2004). Teoria do Conforto. In Alligood, M., & Tomey, A., *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5.^a Edição, pp. 481–496). Loures: Lusociência.
- Drugs.com. (2019). Clonazepam Side Effects. Acedido a 12/05/2020. Disponível: <https://www.drugs.com/sfx/clonazepam-side-effects.html>
- Duhamel, F., & Fortin, M.-F. (1999). Os estudos de Tipo descritivo. In *O Processo de investigação da concepção à realização* (pp. 161–172). Loures: Lusociência.
- Feio, M. (2016). Dispneia. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3.^a edição, pp. 219–229). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Gabbard, J., & McNabney, M. (2017). The Case for Dual Training in Geriatric Medicine and Palliative Care: The Time is Now. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 1–7. Doi: <https://doi.org/10.1177/1049909117696251>.
- Galbraith, S., Fagan, P., Perkins, P., Lynch, A., & Booth, S. (2010). Does the Use of a Handheld Fan Improve Chronic Dyspnea? A Randomized, Controlled, Crossover Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(5), 831–838. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.09.024>.
- Gomes, I. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa*. Lisboa: Novas Edições Acadêmicas.
- Gomutbutra, P., O’Riordan, D. L., & Pantilat, S. Z. (2013). Management of moderate-to-severe dyspnea in hospitalized patients receiving palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(5), 885–891. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.05.004>
- Gonçalves, J. F. (2013). *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado* (2^a). Lisboa: Coisas de Ler.
- Highet, G., Crawford, D., Murray, S. A., & Boyd, K. (2013). Development and evaluation of the supportive and palliative care indicators tool (SPICT): A mixed-methods study. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 1–6. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000488>.
- Hipp, D. M., & Ely, E. W. (2012). Pharmacological and Nonpharmacological Management of Delirium in Critically Ill Patients. *Neurotherapeutics*, 9(1), 158–175. Doi: <https://doi.org/10.1007/s13311-011-0102-9>.
- Huijberts, S., Buurman, B. M., & Rooij, S. E. De. (2015). End-of-life care during and after an acute hospitalization in older patients with cancer , end-stage organ failure , or frailty : A sub-analysis of a prospective cohort study. *Palliative Medicine*, 1–8. Doi: <https://doi.org/10.1177/0269216315606010>.
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). Projeções de População Residente 2018-2080. INE. Acedido a 15/03/2020. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES

dest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2.

- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE® Versão 2015 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM* (Edição Por). Loures: Lusodidacta.
- Janssen, D. J. A., Johnson, M. J., & Spruit, M. A. (2018). Palliative care needs assessment in chronic heart failure. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 12(1), 25–31. Doi: <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000317>.
- Koffmann, J., Harding, R., & Higginson, I. (2008). Palliative care: the magnitude of the problem. In Mitchell, G. (Ed.), *Palliative Care: a patient-centered approach* (pp. 7–34). United Kingdom: Radcliffe Publishing.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K. Y., & Fisher, E. M. (1996). A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nursing Quarterly*, 18(4), 66–76. Doi: <https://doi.org/10.1097/00002727-199602000-00009>.
- Kolcaba, Katharine. (2001). Evolution of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research. *Nursing Outlook*, 49, 86–92. Doi: <https://doi.org/10.1067/mno.2001.110268>.
- Kolcaba, Katharine. (2019). The Comfort Line. Acedido a 05/04/2019. Disponível em: <https://www.thecomfortline.com/philosophical-perspectives>.
- Lau, C., Stilos, K., Nowell, A., Lau, F., Moore, J., & Wynnychuk, L. (2017). The Comfort Measures Order Set at a Tertiary Care Academic Hospital: Is There a Comparable Difference in End-of-Life Care Between Patients Dying in Acute Care When CMOS Is Utilized? *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 1–12. Doi: <https://doi.org/10.1177/1049909117734228>.
- Lei n.º 156/2015. (2015). Código Deontológico do Enfermeiro. *Diário Da República*, 1ª Série (16 de Setembro), 8059–8105.
- Lunney, J. R., Lynn, J., Foley, D. J., & Lipson, S. (2003). Patterns of Functional Decline at the End of Life. *JAMA*, 289(18), 2387–2392. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/196538>.
- MacLeod, S. (2011). *The Psychiatry of Palliative Medicine - The dying mind*. (second edi). Boca Raton, FL: CRC Press.
- Mccormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., ... Wilson, V. (2015). Person-centredness – the ‘ state ’ of the art. *International Practice Development Journal*, 5, 1–15. Disponível em: [https://www.fons.org/Resources/Documents/Journal/Vol5Suppl/IPDJ_05\(suppl\)_01.pdf](https://www.fons.org/Resources/Documents/Journal/Vol5Suppl/IPDJ_05(suppl)_01.pdf).
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-

- centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mitchell, E. A., & McCance, T. (2010). Nurse-patient encounters in the hospital ward, from the perspectives of older persons: An analysis using the Authentic Consciousness Framework. *International Journal of Older People Nursing*, 95–104. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00233.x>.
- Morse, J., Bottorff, J., & Hutchinson, S. (1994). The Phenomenology of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 189–195. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1747-9991.2007.00122.x>.
- Morse, J., Bottorff, J., & Hutchinson, S. (1995). The Paradox of Comfort. *Nursing Research*, 44, 14–19.
- Neto, I. (2016). Cuidados Paliativos: Princípios e conceitos fundamentais. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3.^a Edição, pp. 1–22). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Neto, I. G. (2016). Cuidados na Agonia. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3.^a edição, pp. 317–330). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Neves, H., Silva, A., & Marques, P. (2011). Tradução e adaptação cultural da escala de confusão de NEECHAM. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 3), Doi: 105–112. <https://doi.org/10.12707/rrii1052>.
- NHS Scotland. (2019a). Breathlessness. *Scottish Palliative Care Guidelines – Breathlessness*. Scotland: Healthcare Improvement Scotland, Scottish Partnership for Palliative Care.
- NHS Scotland. (2019b). *Care in the Last Days of Life. Scottish Palliative Care Guidelines*. Scotland. Acedido a 20/10/2019. Disponível em: <http://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/end-of-life-care/care-in-the-last-days-of-life.aspx>.
- NHS Scotland. (2019c). *Scottish Palliative Care Guidelines - Delirium*. Scotland. Acedido a 20/10/2019. Disponível em: <https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/symptom-control/breathlessness.aspx>.
- Nightingale, F. (2005). *Notas Sobre Enfermagem: O que é e o que não é*. Loures: Lusociência.
- Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem. *Revista Percursos*, 3–9. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9215>.

- Observatório Português dos Cuidados Paliativos. (2017). Perfis Regionais de Cuidados Paliativos 2017. Acedido a 18/07/2019. Disponível em: <https://www.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=9ca34025ed2e4f23abb9cb9098985320#>.
- Oliveira, C. (2011). *O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: Individualizar a intervenção conciliando tensões* (Tese de Doutoramento). Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/3815>.
- Oliveira, C., & Lopes, M. (2009). Construir laços de confiança e promover o conforto. *Pensar Enfermagem*, 13(1), 67–74. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_67-74\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_67-74(1).pdf).
- Oliveira, I. (2013). Comfort Measures: A Concept Analysis. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 27(2), 95–114. Doi: https://doi.org/10.1007/978-3-642-23499-6_100216.
- Ong, A. D., Uchino, B., & Wethington, E. (2016). Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. *Gerontology*, 62(4), 443–449. Doi: <https://doi.org/10.1159/000441651>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Assembleia Geral Ordinária*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoes_seguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orini, L. (2018). Comprehensive Geriatric Assessment: An Updated Perspective. In A. Pilloto & F. Martin (Eds.), *Comprehensive Geriatric Assessment* (pp. 1–10). Switzerland: Springer.
- Parker, S. G., Mccue, P., Phelps, K., Mccleod, A., Arora, S., Nockels, K., ... Conroy, S. (2018). What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. *Age and Ageing*, 47(1), 149–155. Doi: <https://doi.org/10.1093/ageing/afx166>.
- Parshall, M. B., Schwartzstein, R. M., Adams, L., Banzett, R. B., Manning, H. L., Bourbeau, J., ... O'Donnell, D. E. (2012). An official American thoracic society statement: Update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 185(4), 435–452. Doi: <https://doi.org/10.1164/rccm.201111-2042ST>.
- Pimentel, F. L. (2014). Cuidados paliativos em idosos. In Pimentel, F.L., *Geriatría*

- fundamental* (1ª edição, pp. 375–383). Lisboa: Lidel.
- Pina, P. R. (2016a). A gestão de uma oclusão intestinal em Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª edição, pp. 167–184). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Pina, P. R. (2016b). Soluções em Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª edição, pp. 131–148). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Pinto, S., Caldeira, Sílvia, & Martins, J. C. (2016). A systematic literature review toward the characterization of comfort. *Holistic Nursing Practice*, 30(1), 14–24. Doi: <https://doi.org/10.1097/HNP.000000000000126>.
- Pinto, S., Fumincelli, L., Mazzo, A., Caldeira, S., & Martins, J. C. (2016). Comfort, well-being and quality of life: Discussion of the differences and similarities among the concepts. *Porto Biomedical Journal*, 2(1), 1–7. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.pbj.2016.11.003>.
- PORDATA. (2018). PORDATA - Indicadores de envelhecimento Europa. Acedido a 15/03/2019. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Europa/Índice+de+envelhecimento-1609>.
- PORDATA. (2020a). Anos de vida saudável aos 65 anos: por sexo. Acedido a 07/04/2020. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Europa/Anos+de+vida+saudável+aos+65+anos+por+sexo-1590>.
- PORDATA. (2020b). Esperança de vida aos 65 anos da população do sexo feminino. Acedido a 07/04/2020. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Europa/Esperança+de+vida+aos+65+anos+da+população+do+sexo+feminino+total+e+por+anos+de+vida+saudável+e+não+saudável-2808>.
- PORDATA. (2020c). Esperança de vida aos 65 anos da população do sexo masculino. Acedido a 07/04/2020. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Europa/Esperança+de+vida+aos+65+anos+da+população+do+sexo+masculino+total+e+por+anos+de+vida+saudável+e+não+saudável-2804-315213>.
- Prayce, R., Quaresma, F., & Neto, I. G. (2018). Delirium: O 7º Parâmetro Vital? *Acta Medica Portuguesa*, 31(1), 51–58. Doi: <https://doi.org/10.20344/amp.9670>.
- Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. (2016). Comunicação. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 815–831). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Radbruch, L., Payne, S., Bercovitch, M., Caraceni, A., Vlioger, T., & Firth, P. (2009).

White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care*, 16(6), 278–289. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11249-005-8550-1>.

Regulamento n.º 429/2018. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica. *Diário Da República*, 2.ª Série (N.º 135 de 16/07/2018), 19359–19366.

Regulamento n.º140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2.ª Série — N.º 26 — 6 de Fevereiro de 2019, 4744–4750.

Ribeiro, P. (2012). *A Natureza Do Processo De Conforto Do Doente Crónico Em Contexto Hospitalar* (Tese de Doutoramento). Disponível em: [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12685/1/Tese Doutoramento - Patrícia Pontífice Sousa.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12685/1/Tese%20Doutoramento%20-%20Patr%C3%ADcia%20Pont%C3%ADfice%20Sousa.pdf).

Roche-Fahy, V., & Dowling, M. (2009). Providing comfort to patients in their palliative care trajectory: experiences of female nurses working in an acute setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(3), 134–141. Doi: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2009.15.3.41092>.

Roth, A. R., & Canedo, A. R. (2019). Introduction to Hospice and Palliative Care. *Primary Care Office Practice*, 46, 287–302. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.pop.2019.04.001>.

Ruivo, M. . A., Ferrito, C., Nunes, L., Assenhas, A., Mirante, A., Silva, C., ... Fernandes, C. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1–38. Disponível em: <http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf>.

Ruland, C., & Moore, S. (1998). Theory Construction Based on Standards of Care: A Proposed Theory of the Peaceful End of Life. *Nursing Outlook*, 46, 169–175. Doi: 10.1016/s0029-6554(98)90069-0.

Schrijvers, D., & Van Fraeyenhove, F. (2010). Emergencies in palliative care. *The Cancer Journal*, 16(5), 514–520. Doi: <https://doi.org/10.1097/PPO.0b013e3181f28a8d>.

Seow, H., O’Leary, E., Perez, R., & Tanuseputro, P. (2018). Access to palliative care by disease trajectory: A population-based cohort of Ontario decedents. *BMJ Open*, 8(4), 1–9. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021147>.

Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(nº 3), 15–23. Doi: <https://doi.org/10.12707/rrii1019>.

Siouta, N., Clement, P., Aertgeerts, B., Beek, K. Van, & Menten, J. (2018).

- Professionals' perceptions and current practices of integrated palliative care in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease : a qualitative study in Belgium. *BMC Palliative Care*, 17, 1–9. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0356-7> RESEARCH.
- Sörensen Duppils, G., & Johansson, I. (2011). Predictive value and validation of the NEECHAM Confusion Scale using DSM-IV criteria for delirium as gold standard. *International Journal of Older People Nursing*, 6(2), 133–142. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00232.x>.
- Sousa, P. (2014). *O conforto da pessoa idosa*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Sussman, T., Kaasalainen, S., Mintzberg, S., Sinclair, S., Young, L., Ploeg, J., ... McKee, M. (2017). Broadening end-of-life comfort to improve palliative care practices in long term care. *Canadian Journal on Aging*, 36(3), 306–317. Doi: <https://doi.org/10.1017/S0714980817000253>.
- Temido, H., Borba, V., & Carvalho, A. (2018). Internamento em Medicina Interna: Evolução em 20 Anos num Hospital Universitário. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 25(4), 275–279. Doi: <https://doi.org/10.24950/rspm/origina/224/4/2018>.
- The University of Edinburgh. (n.d.). Using SPICT. Acedido a 02/01/2020. Disponível em: <https://www.spict.org.uk/>.
- The University of Edinburgh. (2019). Ferramenta de indicadores de cuidados paliativos e de suporte (SPICT-PT). Acedido a 02/01/2020. Disponível em: <https://www.spict.org.uk/>.
- Thomas, J. (2015). Dyspnea. In E. Bruera, I. Higginson, C. Gunten, & T. Morita (Eds.), *Textbook of Palliative Medicine* (pp. 663–672). New York: Group, Taylor & Francis, CRC Press.
- Tutton, E., & Seers, K. (2004). Comfort on a ward for older people. *Journal of Advanced Nursing*, 46(4), 380–389. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03005.x>.
- van Soest-Poortvliet, M. C., van der Steen, J. T., de Vet, H. C. W., Hertogh, C. M. P. M., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & Deliens, L. H. J. (2014). Factors Related to Establishing a Comfort Care Goal in Nursing Home Patients with Dementia: A Cohort Study among Family and Professional Caregivers. *Journal of Palliative Medicine*, 17(12), 1317–1327. Doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0205>.
- Watson, M., Campbell, R., Vallath, N., & Wells, J. (2019). Psychiatric symptoms in palliative care. In *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (Third edit, pp. 637–656). United Kingdom: Oxford University Press.
- Weckmann, M. T., & Morrison, R. S. (2013a). What is delirium? In Goldstein, N., Morrison, R., *Evidence-Based Practice of Palliative Medicine* (pp. 198–204).

Philadelphia: Elsevier Saunders.

- Weckmann, M. T., & Morrison, R. S. (2013b). What Nonpharmacological Treatments Are Effective for Delirium? In Goldstein, N., Morrison, R., *Evidence-Based Practice of Palliative Medicine* (pp. 211–214). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Wensley, C., Botti, M., Mckillop, A., & Merry, A. F. (2017). A framework of comfort for practice: An integrative review identifying the multiple influences on patients' experience of comfort in healthcare settings. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(2), 151–162. Doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw158>.
- World Health Organization. (2010). Cancer. Aceido a 05/06/2019. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
- World Health Organization. (2011). *Palliative care for older people: better practices*. Copenhagen: World Health Organization.
- World Health Organization. (2015). *World report on Ageing and Health*. Suíça. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>.
- Zabala, A., & Arnau, L. (2010). *Como aprender e ensinar competências*. São Paulo: Artmed.

APÊNDICES

**APÊNDICE I – Questionário de avaliação das necessidades de
aprendizagem**

PERGUNTAS RESPOSTAS 13

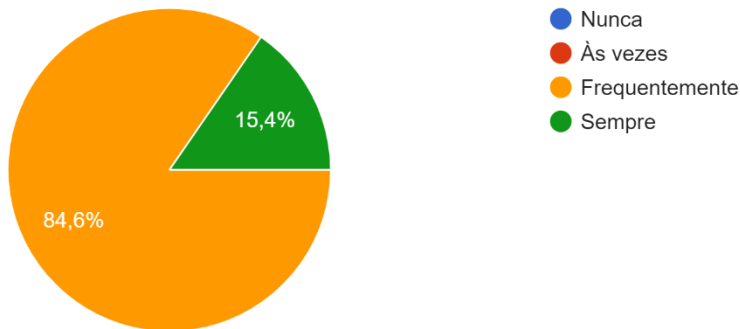
13 respostas

RESUMO INDIVIDUAL

Aceitar respostas

No seu contexto de trabalho depara-se com pessoas idosas com necessidades paliativas?

13 respostas



Avaliação das necessidades de aprendizagem

PERGUNTAS RESPOSTAS 13

Considera importante ter conhecimentos na área dos Cuidados Paliativos para o desempenho da sua atividade profissional?

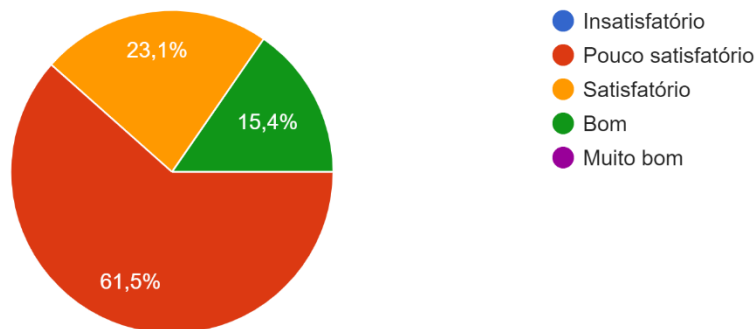
13 respostas

A pie chart with two segments: a large blue segment (100%) and a very small red segment. A tooltip points to the blue segment, showing 'Sim 13 (100%)'. A legend to the right identifies the colors: blue for 'Sim' and red for 'Não'.

Resposta	Porcentagem
Sim	100%
Não	0%

Como classifica o seu nível de conhecimento na área dos Cuidados Paliativos?

13 respostas



Avaliação das necessidades de aprendizagem

PERGUNTAS RESPOSTAS 13

Os Cuidados Paliativos estão assentes em quatro pilares: Controlo sintomático, Apoio à família, Comunicação e Trabalho em Equipa. Coloque por ordem crescente os referidos pilares, de acordo com as suas necessidades de aprendizagem.

13 respostas

- Trabalho em Equipa, Comunicação, Apoio à Família, Controlo Sintomático
- 1-Controlo sintomático; 2-Apoio à família; 3-Comunicação e Trabalho em Equipa
- Trabalho em equipa, comunicação, apoio á família e controlo sintomático
- Apoio à família, Comunicação, Trabalho em Equipa e Controlo Sintomático
- Controlo sintomático, comunicação, apoio a familiae trabalho em equipa
- Comunicação, controlo sintomático, apoio a família, trabalho em equipa
- Controlo sintomático, Trabalho em equipa, apoio à família
- Comunicação, Trabalho em Equipa, Apoio à família, Controlo sintomático
- Controlo sintomático, apoio à família, trabalho em equipa, comunicação.
- Controlo sintomático, trabalho em equipa, apoio à família, comunicação di
- Controlo sintomático, comunicação, apoio a família, trabalho em equipa

Comunicação
Apoio à família
Trabalho em equipa
Controlo sintomático

Comunicação, apoio à família, controlo sintomático, trabalho em equipa.



PERGUNTAS

RESPOSTAS

13

Dentro dos temas - comunicação, controlo da dor, dispneia, trabalho em equipa, espiritualidade, cuidados à boca, confusão/delirium e nutrição e hidratação em fim de vida – indique 3 que considera de primordial importância desenvolver em contexto de formação no serviço. Pode indicar outros temas.

13 respostas

Controlo da Dor, Dispneia, nutrição e hidratação em fim de vida

Controlo da dor, dispneia; confusão/delirium.

Apesar de indicar estes 3 temas, também gostaria que fossem abordados os restantes temas mencionados. Deduzo que dentro do tema espiritualidade esteja incluindo o tema apoio à família.

Deduzo também que o tema Comunicação se refere à comunicação com o doente, família e equipa multidisciplinar.

Gostaria que fosse abordado o apoio ao profissional na sua própria aceitação da morte.

Controlo de dor, confusão/delirium e dispneia

Controlo da dor, hidratação e dispneia

Controlo da dor, delirium, trabalho em equipa

Controlo da dor, dispneia e nutrição e hidratação em final de vida

Controlo da dor, confusão/delirium, dispneia

Hidratação em fim de vida, Confusão/delirium, Dispneia

Confusão/delirium, nutrição/hidratação, controlo da dor

Dispneia, nutrição e hidratação, controlo da dor

protocolos de atuação em controlo de dor; trabalho em equipa e confusão/delirium

Controlo da dispneia

Confusão/delirium

Nutrição/ hidratação em fim de vida

Controlo da dor, trabalho em equipa, confusão/delirium.

**APÊNDICE II – Necessidades de Conforto da Pessoa
Idosa em Situação Paliativa**

NECESSIDADES DE CONFORTO DA PI EM SP

Ao longo do primeiro estágio, durante a prestação de cuidados fui perguntando às PI o que era para elas conforto. Todas as respostas referiram que conforto era a ausência de dor. Além disso, acrescentavam outros fatores, como a presença de profissionais competentes, em que pudessem confiar. Perguntei a um senhor porque é que tinha escolhido ficar naquele serviço, ao que ele respondeu que era pela equipa de profissionais, porque ali era bem cuidado, porque os profissionais eram competentes.

Outro aspeto referido foi a existência de silêncio, principalmente durante a noite, como facilitador do sono e repouso. O Sr. E. referiu que a presença de silêncio era uma demonstração de respeito por eles (pessoas internadas naquele serviço) e que, quando havia ruído, era como se os profissionais se esquecessem que os doentes existiam.

Uma PI disse que se sentia confortada quando não lhe era omitida informação relativamente ao seu estado clínico, que era sinal de que podia confiar nos profissionais de saúde.

A par disto, as PI também afirmaram que o seu conforto era potenciado com a presença da família. Utilizaram expressões como “conforto é poder sentir o afeto da família”, “conforto é poder ver os meus netos crescer mais um pouco”, “conforto é estar acompanhada”.

Uma outra descrição de conforto, mais de carácter físico, mas que a sua resolução afetaria também o conforto psicossocial, estava relacionada com a energia para conseguir falar com a família. Esta descrição de conforto foi verbalizada pela Sr.^a E., uma PI, que se encontrava bastante debilitada, mas com o desejo de sair do serviço para ir a casa e visitar a praia em que conheceu o seu marido. Este objetivo foi conseguido, com articulação entre a família e cuidadora formal e equipa

multidisciplinar. A senhora esteve ausente do serviço durante cinco horas, esteve na companhia da sua família nuclear, nomeadamente marido, filhos e netos e pôde estar deitada no sofá da sua casa e visitar a praia, em jeito de encerramento de um ciclo. Quando voltou ao serviço, foi possível observar melhoria no seu conforto, manifestado por uma noite de sono profundo e tranquilo, algo que não acontecia há uma semana, sem necessidade de fármacos em sos.

Para um senhor, que estava nas últimas semanas de vida, o seu maior desconforto era a sensação de enfartamento, que foi minimizada com a gestão de terapêutica. Neste caso, é de salientar que este desconforto está relacionado com o diagnóstico de carcinomatose peritoneal e obstrução intestinal alta.

Ao nível do conforto psicoespiritual, a Sr.^a M.L.S. referiu que estava com medo de morrer devido a “falta de ar e estar sozinha”. Portanto, esta senhora sentia-se, sobretudo, angustiada, relacionado com a progressão da doença a declínio do estado geral. As intervenções encontradas para a confortar a este nível foram o compromisso de não abandono, a gestão da terapêutica para o controlo sintomático e o compromisso da equipa de fazer rondas frequentes ao seu quarto durante o período noturno.

Além destas situações, tive a oportunidade de cuidar da Sr.^a C., PI com o diagnóstico de neoplasia do intestino, sujeita a intervenção cirúrgica para colocação de ileostomia que, após várias complicações de saúde, viu-se internada naquele serviço durante alguns meses. Ela parecia estar calma, a aceitar tranquilamente o diagnóstico e alterações decorrentes do mesmo, nomeadamente da imagem corporal. Contudo, na semana em que se começou a abordar a questão da alta, ficaram visíveis diversas necessidades de conforto.

Em primeiro lugar, ao nível físico, deram-se alterações do sono, como insónia inicial e intermédia. Num turno da noite, após esta ter tocado a campainha, perguntei-lhe o que a estava a causar desconforto e como é que a equipa de saúde poderia minimizar esse desconforto. De forma a resolver a insónia (pontualmente), foi-lhe administrada uma benzodiazepina, que estava prescrita em sos. No período após a toma da medicação e até a mesma iniciar o seu efeito, tive oportunidade de conversar com a Sr.^a C., que confessou estar angustiada com a realidade do regresso a casa, mas especificamente por ser uma sobrecarga para o seu marido (também idoso) e para a sua filha. A par disto, sentia-se também desconfortável com a otimização da

ileostomia, principalmente com a tarefa de trocar o saco e placa, tendo medo de que ela e o seu marido não fossem capazes de executar essa tarefa. Outra questão prendeu-se com questões monetárias, pois ambos têm como fonte económica as suas reformas, valor que não seria suficiente para contratar um cuidador formal. Outro desconforto estava relacionado com o ambiente, pois ela iria ficar noutra quarto, separada do marido, devido ao facto de necessitar de uma cama articulada, algo que a deixava triste porque, segundo ela, nunca tinha dormido afastada do marido desde que estavam casados. Por fim, falou no medo de morrer sozinha, ou de necessitar de ajuda e de ninguém a ouvir, ao contrário do que acontecia no hospital.

Ao analisar esta situação à luz da estrutura taxonómica de Kolcaba (Kolcaba, 2003), é possível identificar necessidades de conforto do contexto físico, que são a alteração do padrão de sono e alteração da motricidade fina, que dificulta a otimização da ileostomia.

No contexto psicoespiritual tem-se a angústia, relacionada com a alteração da imagem corporal, com a questão do fim de vida e a falta de confiança no regresso a casa. Possivelmente esta angústia traduz-se na manifestação de medo e ansiedade, podendo-se dizer que a minimização da angústia poderia ter impacto positivo na resolução da insónia.

No contexto sociocultural, tem-se como necessidades de conforto a preparação para a alta e continuidade dos cuidados, cujos pontos fulcrais são a educação para a otimização da ileostomia e nomear um ou vários elementos capazes de realizar esta intervenção (a própria, marido, filha, cuidador formal, apoio domiciliário, entre outras soluções). A par disto, existiam outras necessidades de informação, como a gestão do regime terapêutico, realização de higiene, ajuda nos posicionamentos e transferências para cadeira-de-rodas. Ainda neste contexto, seria necessário articular com a assistente social e com a fisioterapeuta, no sentido de discutir sobre recursos técnicos e humanos necessários (e ajustados aos recursos financeiros) para garantir uma transição de cuidados segura e confortável e programar um plano de reabilitação motora, que já havia sido iniciado em contexto de internamento. Por fim, tem-se a relação da Sr.^a C. com o seu marido, que iria sofrer alterações, como o deixarem de dormir juntos e a eventualidade deste poder colaborar na otimização da ileostomia.

Quanto ao contexto ambiental, tem-se o odor intenso e o aspeto das fezes quando existe rutura do saco de ileostomia, ou durante o despejo ou troca de saco,

que são desconfortáveis para a própria e para a família. A outra necessidade de conforto é a proximidade de alguém (marido) durante o período noturno, ou a possibilidade de poder chamar alguém caso precise de ajuda.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.

**APÊNDICE III – Apresentação do Projeto à equipa de
Enfermagem (14/11/2019)**

A intervenção de enfermagem promotora do conforto na Pessoa Idosa hospitalizada, em situação paliativa

Márcia Reis Luzia

Docente orientadora: Prof. Doutora Deolinda Antunes da
Luz

Projeto de estágio

novembro de 2019

Sumário

1. Problemática
 2. Diagnóstico da situação
 - Planeamento metodológico
 - O contexto
 - Conceitos-chave
 - Mapa conceptual
 - Análise SWOT
 3. Definição de objetivos
 - Referencial teórico
 - Finalidade e objetivos
 4. Planificação
 - Plano de ação
 - Cronograma
- Referências bibliográficas

2

1. Problemática

Portugal é o **4º país**
da União Europeia
com **maior**
percentagem de
pessoas idosas.

(DGS, 2017)

(PORDATA, 2018)

153%

Índice de
envelhecimento em
2017

(PORDATA, 2019)

6,4
Mulheres

7,7
Homens

Anos de vida saudável

A carga de doença crónica
constitui um dos maiores
problemas da população idosa
(Capel, 2017; Pimentel, 2014; WHO, 2015)

3

1. Problemática

Compreende-se a importância dos enfermeiros se centrarem nas reais necessidades dos idosos, o que passa pela construção de uma relação de confiança e proximidade dada, por si só, como confortadora, e pela procura de consistência no trabalho de equipa em redor dos modos/formas de confortar.

(Sousa, 2014, pág.146)



O conforto, na ótica das pessoas idosas, famílias e profissionais é visto como uma característica central dos Cuidados Paliativos.

(Sussman et al., 2017)



O termo "Comfort" é referido, no *Geriatric Palliative Care*, 137 vezes.

(Chai, Meier, Morris, & Goldhirsch, 2014)

A prestação de cuidados de conforto no fim de vida à pessoa idosa era confortante não só para esta, mas para outras pessoas idosas famílias e profissionais (em contexto de cuidados de longa duração).

(Sussman et al., 2017)

2. Diagnóstico da Situação

Planeamento metodológico



Questionário à equipa sobre o conhecimento em Cuidados Paliativos.

Tipo de estudo

Qualitativo
Descritivo.

Título

A intervenção de enfermagem promotora do conforto na Pessoa Idosa hospitalizada, em situação paliativa.

Instrumentos de recolha de dados

Escala Visual Analógica do Conforto.
Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS).

Tempo

De 23 de setembro de 2019 até 7 de fevereiro de 2020.

2. Diagnóstico da Situação

Planeamento metodológico

Critérios de inclusão

01.

Idade igual ou superior a 65 anos.

02.

Ter doença crónica, incurável e progressiva.

03.

Critérios para se encontrar em situação paliativa GSF – PIG Flow Chart.

04.

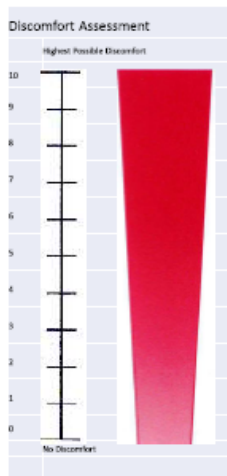
Estar orientado - Escala Neecham.

05.

Capacidade de comunicar verbalmente.

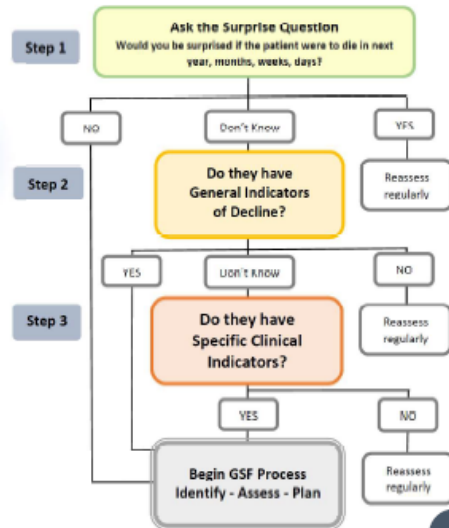
2. Diagnóstico da Situação

Planeamento metodológico



GSF – PIG
Flow Chart

Escala visual analógica do conforto



Fonte: www.goldstandardsframework.org.uk/PIG

7

2. Diagnóstico da Situação

Planeamento metodológico

Escala ESAS

Nome do doente: _____
Data: _____

Por favor circule o número que melhor descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento.

Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem cansaço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
Sem náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea possível
Sem depressão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sonolência possível
Muito bom apetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior apetite possível
Muito boa sensação de bem-estar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de bem-estar possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível
.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8

2. Diagnóstico da Situação

O contexto



Serviço de Medicina, cuja população doente é, maioritariamente, idosa.



Elevada carga de doença crónica (oncológica e não oncológica).



Pessoas idosas em situação paliativa e com necessidades de conforto.



A equipa de enfermagem refere

Necessidade de conhecimento na área dos Cuidados Paliativos.

Mais de 50% da equipa afirma ter conhecimento pouco satisfatório nesta área.

Temas de maior necessidade: controlo da dor, dispneia, confusão mental/delirium.

9

2. Diagnóstico da Situação

Conceitos-chave

Abordagem Paliativa

"Integra métodos e procedimentos usados em CP (medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo de sintomas, estratégias de comunicação...), no acompanhamento dos doentes em estruturas não especializadas em CP."

(CNCP, 2017, pág. 8)

Conforto

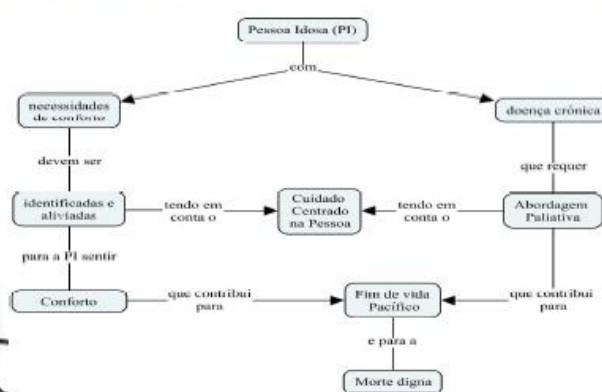
Experiência imediata de ser fortalecido por ter as **necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência** satisfeitas em quatro contextos (físico, psicoespíritual, ambiental e sócio-cultural).

(Kolcaba, 2003)

10

2. Diagnóstico da Situação

Mapa conceptual



Questão de investigação

Quais as intervenções de enfermagem promotoras do conforto da PI em situação paliativa, hospitalizada?

11

2. Diagnóstico da Situação

Análise SWOT

- Forças**
- A equipa de enfermagem reconhece necessidade de conhecimento em Cuidados Paliativos.
 - O conforto é um resultado fundamental nos cuidados de enfermagem.
- Ameaça**
- Instabilidade da equipa (equipa médica rotativa, ausências prolongadas de enfermeiros e integração de novos elementos).



- Fraqueza**
- Conhecimento pouco satisfatório em Cuidados Paliativos (mais de 50% da equipa).
- Oportunidades**
- Melhoria do conforto da pessoa idosa;
 - Fortalecimento da equipa de enfermagem;
 - Promoção de uma cultura de cuidado centrado na pessoa.

12

3. Definição de objetivos

Referencial teórico

Teoria do Conforto, Kolcaba, 2003

Teoria de médio alcance. As necessidades de conforto sentidas em situação de doença são elevadas, pelo que o objetivo é o aumento do conforto comparativamente ao estado anterior.

	RELIEF	EASE	TRANSCENDENCE
PHYSICAL			
PSYCHOEMOTIONAL			
ENVIRONMENTAL			
SOCIOCULTURAL			

Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa, McCormack & McCance, 2006

Teoria de médio alcance. Desenvolvida no cuidado a pessoas idosas.

- ▶ Pré-requisitos.
- ▶ Ambiente de cuidados.
- ▶ Processo centrado na pessoa.
- ▶ Resultados esperados.

Satisfação e envolvimento com o cuidado, sentimento de bem-estar e criação de cultura terapêutica.

Teoria do Fim de Vida Pacífico, Ruland & Moore (1998) (Ruland & Moore, 1998)

Teoria de médio alcance. Para que o fim de vida seja pacífico, são necessárias as condições:

- ▶ Não ter dor.
- ▶ Experiência de conforto.
- ▶ Exp. de dignidade/respeito.
- ▶ Estar em paz.
- ▶ Proximidade das pessoas significativas.

13

3. Definição de objetivos

Finalidade e objetivos gerais

Finalidade

Desenvolver competências de mestre e especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente pessoa idosa, através da promoção do conforto à pessoa idosa em situação paliativa.

Objetivos gerais

Desenvolver competências, como enfermeiro especialista e mestre, no cuidado de conforto à pessoa idosa em situação paliativa.

01

Desenvolver um instrumento de trabalho facilitador do cuidado de conforto à pessoa idosa em situação paliativa, num serviço de internamento.

02

14

3. Definição de objetivos

Objetivos específicos

Integrar no Serviço de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz.

Colaborar na prestação de cuidados de enfermagem à PI em SP, no Serviço de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz, até 31 de outubro de 2019.

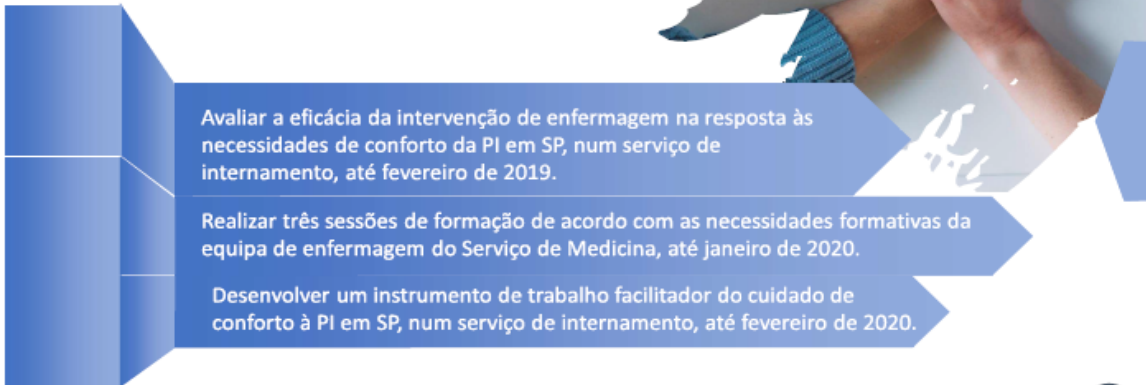
Apresentar o projeto no Serviço de Medicina do Hospital de Peniche.

Prestar cuidados de enfermagem à PI em SP, no Serviço de Medicina, entre novembro de 2019 e fevereiro de 2020.

15

3. Definição de objetivos

Objetivos específicos



4. Planificação

Plano de ação

Objetivo específico

Avaliar a eficácia da intervenção de enfermagem na resposta às necessidades de conforto da PI em SP, num serviço de internamento, até fevereiro de 2019.

Estratégias/ intervenções

- Aplicação, no início de cada turno, nas PI selecionadas, da escala visual analógica do conforto.
- Aplicação, no início de cada turno, nas PI selecionadas, da escala de avaliação de sintomas de Edmonton.
- Avaliação da frequência cardíaca de cada PI, no início do turno.
- Leitura de literatura relativa a Geriatria e Cuidados Paliativos.



Recursos

Colaboração das Pessoas Idosas.
Escala de avaliação.
Oxímetro de pulso.
Material de escrita.
Tempo.



Avaliação

Obtenção de, pelo menos, 25 registos de conforto das Pessoas Idosas.

Relatório de estágio onde constem os dados obtidos e a sua análise.

4. Planificação

Cronograma

Início

Setembro – Novembro 2019

Estágio no Hospital da Luz;

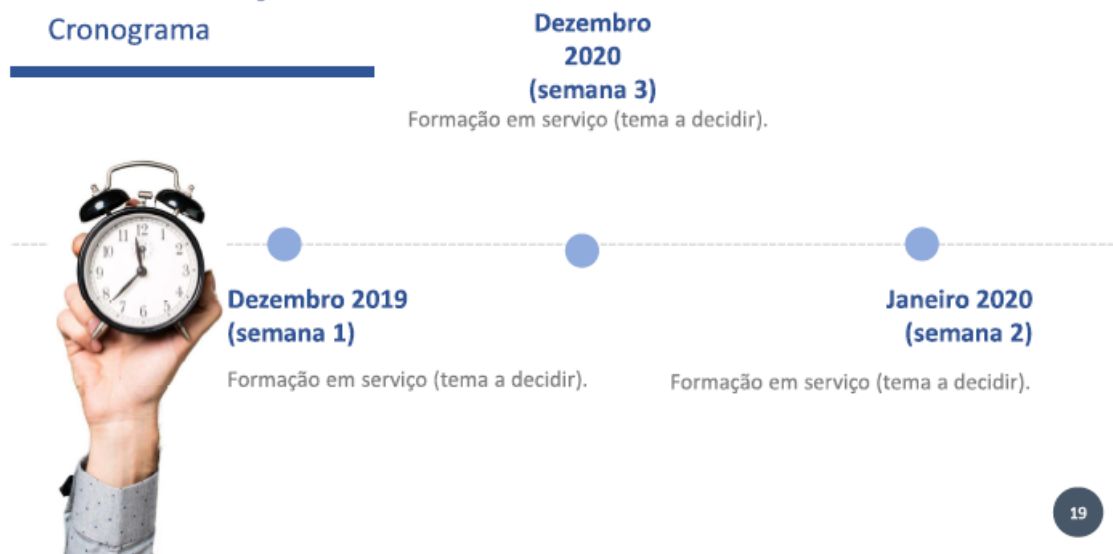


Novembro 2019 – Fevereiro 2020

Estágio no Hospital de Peniche;
Prática de cuidados a Pessoas Idosas em situação paliativa;

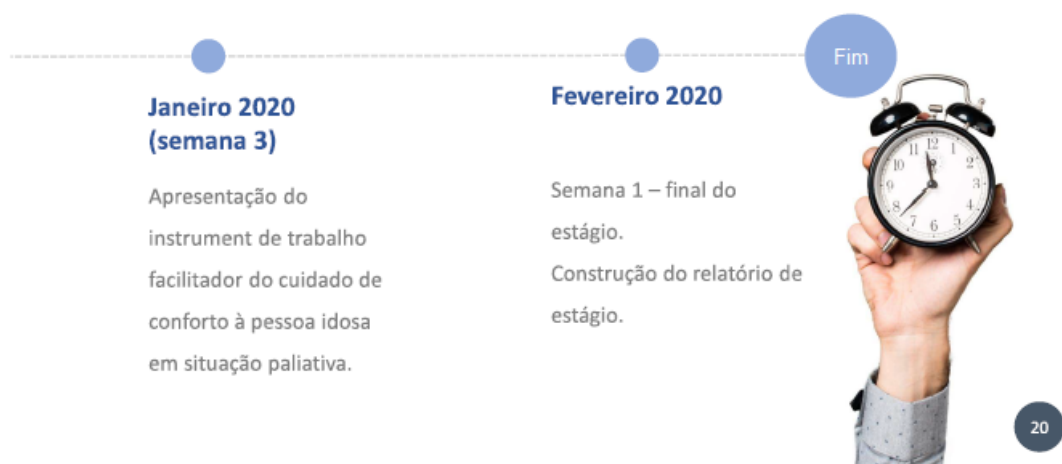
4. Planificação

Cronograma



4. Planificação

Cronograma



Referências bibliográficas

- Capel, M. (2017). Palliative Medicine for Older Patient. In ELSEVIER (Ed.), *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology, Eighth edition* (8^o Edition, pp. 953–962). Philadelphia.
- Chai, E., Meier, D., Morris, J., & Goldhirsch, S. (2014). *Geriatric Palliative Care*. New York: Oxford University Press.
- DGS. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025. Direção-Geral de Saúde*. Lisboa.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- Pimentel, F. L. (2014). Cuidados paliativos em idosos. In LIDEL (Ed.), *Geriatría fundamental* (1^a edição, pp. 375–383). Lisboa.

Referências bibliográficas

- Ruland, C., & Moore, S. (1998). Theory Construction Based on Standards of Care: A Proposed Theory of the Peaceful End of Life. *Nursing Outlook*, *46*, 169–175.
- Sousa, P. P. (2014). *O conforto da pessoa idosa*. (Universidade Católica Editora, Ed.). Lisboa: Europress.
- Sussman, T., Kaasalainen, S., Mintzberg, S., Sinclair, S., Young, L., Ploeg, J., ... McKee, M. (2017). Broadening end-of-life comfort to improve palliative care practices in long term care. *Canadian Journal on Aging*, *36*(3), 306–317. <https://doi.org/10.1017/S0714980817000253>
- World Health Organization. (2015). *World report on Ageing and Health*. Suíça.

APÊNDICE IV – Instrução de trabalho “Identificação da Pessoa Idosa com necessidades paliativas”

1. CAMPO DE APLICAÇÃO

A presente instrução de trabalho tem como foco a identificação de Pessoas Idosas com necessidades paliativas. Destina-se aos utentes internados nos Serviços de Medicina Interna.

2. DESCRIÇÃO

2.1 Definições

Portugal é um dos países mais envelhecidos da Europa (Direção-Geral da Saúde, 2017), com índice de envelhecimento de 153% (PORDATA, 2018). Apesar deste ganho, os anos de vida saudável após os 65 anos são de 7,7 anos, para homens, e 6,4 anos, para mulheres (PORDATA, 2019), o que se deve, em parte, à predominância de doenças crónicas (Capel, 2017; Koffmann, Harding, & Higginson, 2008). Face a esta realidade, os cuidados paliativos devem ser extensivos à pessoa idosa (World Health Organization, 2011).

Quanto à região do Oeste, os números revelam que 86% das pessoas morrem depois dos 65 anos, sendo que 32% dessas pessoas idosas morrem por doença cardiovascular, 20% por cancro, 10% por doença respiratória e 38% devido a outras causas. A par destes dados, 52% das pessoas idosas morrem no hospital (Observatório Português dos Cuidados Paliativos, 2017).

Nos serviços de Medicina é frequente constatar uma abordagem focada na cura, dificultando o cuidado à Pessoa Idosa em situação paliativa na abordagem holística, própria dos cuidados paliativos (Roche-Fahy & Dowling, 2009). Consequentemente, as pessoas em fim de vida, nestes serviços, têm necessidades de conforto que não são satisfeitas, sintomas mal controlados, suporte emocional inadequado e problemas de comunicação (Chan, Macdonald, Carnevale, & Cohen, 2017).

A definição de Cuidados Paliativos dada pela Organização Mundial de Saúde defende que estes melhoram a qualidade de vida das pessoas e famílias, em contexto de doença crónica, progressiva e incurável, através do alívio do sofrimento. Esse alívio é atingido pela identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e de outros

problemas de ordem física, social, psicológica e espiritual (World Health Organization, 2010).

Neste sentido, os Cuidados Paliativos afirmam a vida e encaram o processo de morrer como algo normal, não acelerando nem atrasando a morte, conferindo a melhor qualidade de vida possível até que ela chegue (Radbruch et al., 2009). Como tal, é necessária uma abordagem holística da pessoa, que requer formação em quatro áreas fundamentais, nomeadamente o controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa, também designados como os pilares em Cuidados Paliativos (Neto, 2016).

Além dos Cuidados Paliativos especializados, prestados por equipas multidisciplinares diferenciadas, tem-se a Abordagem Paliativa, que deve ser praticada por profissionais de saúde dos Serviços de Medicina, que cuidam frequentemente de pessoas com doenças incuráveis e ameaçadoras da vida (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2017). Em definição, a Abordagem Paliativa pretende “integrar métodos e procedimentos usados em CP (medidas farmacológicas e não farmacológicas para o controlo de sintomas, estratégias de comunicação...), no acompanhamento dos doentes e famílias em todas as estruturas não especializadas em CP” (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2017).

Face ao exposto, as políticas institucionais devem focar-se na identificação precoce das pessoas com necessidades paliativas, promovendo o trabalho conjunto entre os serviços de cuidados agudos e as equipas de cuidados paliativos (Chan et al., 2017). A identificação precoce permite a integração de cuidados paliativos ainda em estadios de doença onde são administrados tratamentos curativos. Esta abordagem facilita a revisão dos objetivos de cuidado e a realização de um plano antecipatório de cuidados, o que pode ser útil na redução de admissões hospitalares e de internamentos prolongados (Highet, Crawford, Murray, & Boyd, 2013).

2.2 Procedimento – Descrição

A SPICT™ (Supportive and Palliative Care Indicators Tool) é um instrumento de avaliação simples, que permite identificar pessoas com necessidades paliativas. Esta ferramenta serve de suporte ao julgamento clínico e deve constituir o primeiro passo no cuidado à pessoa em situação paliativa. Caso contrário, muitas pessoas idosas não beneficiarão de cuidados paliativos ou serão identificadas tardiamente

(Highet et al., 2013).

Tem apenas uma página, está validada para a população portuguesa e pode ser utilizada em cuidados de saúde primários e secundários. Está direcionado para a avaliação das necessidades paliativas e, conseqüentemente, planeamento dos cuidados, não constituindo uma ferramenta de prognóstico. Apesar disso, estudos indicam que existe maior probabilidade de morrer no espaço de um ano quando são verificados dois ou mais indicadores gerais da SPICT™ (The University of Edinburgh, n.d.). Desta forma, a questão que acompanha este instrumento de avaliação é : *“are there clinical indicators that the health of this person who has one or more progressive conditions is deteriorating”?* Se a resposta for afirmativa, preconiza-se que as necessidades da pessoa sejam avaliadas de forma holística (The University of Edinburgh, n.d.).

Possui um campo inicial onde se procura por indicadores gerais de deterioração da saúde. O segundo campo procura identificar indicadores clínicos de doenças limitantes da vida, nomeadamente cancro, demência/ fragilidade, doença cardiovascular, doença renal, doença respiratória, doença hepática e outras situações. Por fim, tem um terceiro campo destinado à avaliação dos cuidados atuais e planeamento dos cuidados futuros (The University of Edinburgh, 2019a).

Com isto, pretende-se que a SPICT™ seja aplicada **a todas as pessoas idosas (com mais de 65 anos), que estejam internadas no Serviço de Medicina, no período de tempo compreendido entre a admissão no serviço e as 48h de internamento.**

Nas pessoas idosas identificadas, dever-se-á adotar uma abordagem paliativa, com foco no conforto e qualidade de vida. Dever-se-á, ainda, referenciar a pessoa idosa à Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, nas situações de sintomas/ necessidades complexas (The University of Edinburgh, 2019b).

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Capel, M. (2017). Palliative Medicine for Older Patient. In ELSEVIER (Ed.), *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology, Eighth edition* (8^o Edition, pp. 953–962). Philadelphia.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2017). *Plano Estratégico Para O Desenvolvimento Dos Cuidados Paliativos. Biénio 2017-2018*. Lisboa. Retrieved

from https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1-1.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025*. Direção-Geral de Saúde. Lisboa. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Highet, G., Crawford, D., Murray, S. A., & Boyd, K. (2013). Development and evaluation of the supportive and palliative care indicators tool (SPICT): A mixed-methods study. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 1–6. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000488>

Koffmann, J., Harding, R., & Higginson, I. (2008). Palliative care: the magnitude of the problem. In Radcliffe Publishing (Ed.), *Palliative Care: a patient-centered approach* (pp. 7–34). United Kingdom.

Neto, I. (2016). Cuidados Paliativos: Princípios e conceitos fundamentais. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3.^a Edição, pp. 1–22). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Observatório Português dos Cuidados Paliativos. (2017). Observatório Português de Cuidados Paliativos. Retrieved July 18, 2019, from <https://www.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=9ca34025ed2e4f23abb9cb9098985320#>

PORDATA. (2018). PORDATA - Indicadores de envelhecimento Europa. Retrieved from <https://www.pordata.pt/Europa/Índice+de+envelhecimento-1609>

PORDATA. (2019). Anos de vida saudável aos 65 anos: por sexo. Retrieved May 9, 2019, from <https://www.pordata.pt/Europa/Anos+de+vida+saudável+aos+65+anos+por+sexo-1590>

Radbruch, L., Payne, S., Bercovitch, M., Caraceni, A., Vlieger, T., & Firth, P. (2009). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care*, 16(6), 278–289. <https://doi.org/10.1007/s11249-005-8550-1>

Roche-Fahy, V., & Dowling, M. (2009). Providing comfort to patients in their palliative care trajectory: experiences of female nurses working in an acute setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(3), 134–141. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2009.15.3.41092>

The University of Edinburgh. (n.d.). Using SPICT. Retrieved January 2, 2020, from <https://www.spict.org.uk/>

The University of Edinburgh. (2019a). Ferramenta de indicadores de cuidados paliativos e de suporte (SPICT-PT). Retrieved January 2, 2020, from <https://www.spict.org.uk/>

The University of Edinburgh. (2019b). Guide to Using SPICT. Retrieved January 2, 2020, from <https://www.spict.org.uk/>

World Health Organization. (2010). Cancer. Retrieved June 5, 2019, from <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

World Health Organization. (2011). *Palliative care for older people: better practices*. (S. Hall, H. Petkova, A. Tsouros, M. Costantini, & I. Higginson, Eds.). Copenhagen.

ANEXOS

- Ferramenta de identificação SPICT™.
- Instruções de utilização da SPICT™.

Ferramenta de indicadores de cuidados paliativos e de suporte (SPICT-PT™)

A SPICT™ é um instrumento que permite identificar pessoas em situação de doença grave e irreversível. Permite avaliar a necessidade de cuidados paliativos e fazer o seu planeamento.

Procurar por indicadores gerais de deterioração da saúde

- Internamentos hospitalares não planeados.
- Má performance funcional ou declínio com reversibilidade limitada (pessoa acamada ou em cadeira-de-rodas mais do que 50% do dia).
- Dependente de outros nos cuidados pessoais devido a problemas de saúde físicos e/ou mentais.
- O cuidador precisa de mais assistência.
- Perda ponderal progressiva; permanece abaixo do peso normal; massa muscular diminuída.
- Sintomas persistentes, apesar do tratamento otimizado para as doenças de base.
- O próprio (ou a família) pede cuidados paliativos; escolhe reduzir, parar ou não receber tratamento; deseja focar-se na qualidade de vida.

Procurar por indicadores clínicos de uma ou mais doenças limitantes da vida

Cancro

Deterioração da capacidade funcional devido a cancro progressivo.

Estado físico muito debilitado para tratamentos oncológicos ou tratamento apenas para controlo dos sintomas.

Demência/ fragilidade

Incapacidade de se vestir, andar ou comer sem ajuda.

Redução na ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição.

Incontinência fecal ou urinária.

Incapacidade em manter a interação verbal; pouca interação social.

Quedas frequentes; fratura do fémur.

Episódios frequentes de febre ou infeções; pneumonia de aspiração.

Doença neurológica

Deterioração progressiva das funções físicas e/ou cognitivas apesar de terapia otimizada.

Problemas de fala com crescente dificuldade de comunicação e/ou deglutição.

Pneumonias de aspiração recorrentes; dispneia ou insuficiência respiratória.

Paralisia persistente após Acidente Vascular Cerebral com significativa perda de função e incapacidade progressiva.

Doença cardiovascular

Insuficiência cardíaca ou doença arterial coronária extensa e intratável: com sintomas de dispneia ou dor torácica em repouso ou com esforço mínimo.

Doença arterial periférica grave e inoperável.

Doença respiratória

Doença pulmonar crónica grave: dispneia em repouso ou com esforço mínimo entre as exacerbações.

Hipóxia persistente com necessidade de oxigenoterapia de longo prazo.

Já precisou de ventiloterapia para insuficiência respiratória ou a ventilação é contraindicada.

Outras situações

Deterioração e risco de morrer de outras condições ou complicações irreversíveis; qualquer tratamento disponível terá poucos resultados.

Doença renal

Estádios 4 e 5 de doença renal crónica (TFG < 30 mL/min) com agravamento clínico.

Insuficiência renal com complicações para outras condições clínicas limitantes ou tratamentos.

Indicação para parar ou intolerância à diálise.

Doença hepática

Cirrose com uma ou mais complicações no último ano:

- ascite resistente a diuréticos
- encefalopatia hepática
- síndrome hepatorenal
- peritonite bacteriana
- hemorragias recorrentes de varizes esofágicas

Transplante hepático contraindicado.

Avaliar os cuidados atuais e planear os cuidados futuros

- Revisão do tratamento e medicação atuais para garantir que a pessoa recebe cuidados otimizados; polifarmácia minimizada.
- Considerar encaminhamento para um especialista se os sintomas ou problemas forem complexos ou difíceis de tratar.
- Acordar um plano imediato e futuro de cuidados com a pessoa e a sua família. Apoiar os cuidadores.
- Planear com antecedência caso a pessoa esteja em risco de perda da capacidade de decisão.
- Comunicar, coordenar e fazer o registo do plano de cuidados.

Why use the SPICT™?

The SPICT™ helps professionals identify people with general indicators of poor or deteriorating health and clinical signs of life-limiting conditions for assessment and care planning.

What will happen to each person and when is often uncertain. SPICT™ looks at health status not a prognostic time frame. Identifying people with deteriorating health earlier improves care.

Using SPICT™ to assess people's needs and plan care.

- After an **unplanned hospital admission** or a **decline in health status**: review current care, treatment and medication; discuss future options; plan for managing further deterioration.
- For people with **poorly controlled symptoms**: review and optimise treatment of underlying conditions, stop medicines not of benefit; use effective symptom control measures.
- Identify people who are **increasingly dependent on others** due to deteriorating function, general frailty and/or mental health problems for additional care and support.
- Identify people (and caregivers) with **complex symptoms or other needs**; consider assessment by a specialist palliative care service or another appropriate specialist or service.
- Assess **decision-making capacity**. Record details of close family/ friends and any POA or proxy for decision-making and involve them if the person's capacity is impaired.
- Identify people who need proactive, **coordinated care in the community** from the primary care team and/or other community staff and services.
- Agree, record and share an **Advance/ Anticipatory Care Plan**; include plans for emergency care and treatment if the person's health (or care at home) deteriorates rapidly or unexpectedly.

Talking about future care planning

- Ask:
 - What do you know about your health problems and what might happen in the future?
 - '*What matters*' to you? What are you worried about? What could help with those things?
 - Who should be contacted and how urgently if your health deteriorates?
- Talk about:
 - The outcomes of hospital admission and treatments such as: IV antibiotics; surgery; interventions for stroke, vascular or cardiac disease; tube or IV feeding; ventilation.
 - Treatments that will not work or have a poor outcome for this person. (eg. CPR)
 - POA or proxy for decision-making in case the person loses capacity in the future.
 - Help and support for family/ informal caregivers.

Tips on starting conversations about deteriorating health

- *I wish we had a treatment for...., but could we talk about what we can do if that's not possible?*
- *I am glad you feel better and I hope you will stay well, but I am worried that you could get ill again...*
- *Can we talk about how we might manage with not knowing exactly what will happen and when?*
- *If you were to get less well in the future, what would be important for us to think about?*
- *Some people want to talk about whether to go to hospital or be cared for at home....*

APÊNDICE V – Modelo de consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, declaro ter compreendido o objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina esta documento, ter-me sido dada a oportunidade de fazer novas perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/ Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Local: _____

Data: _____

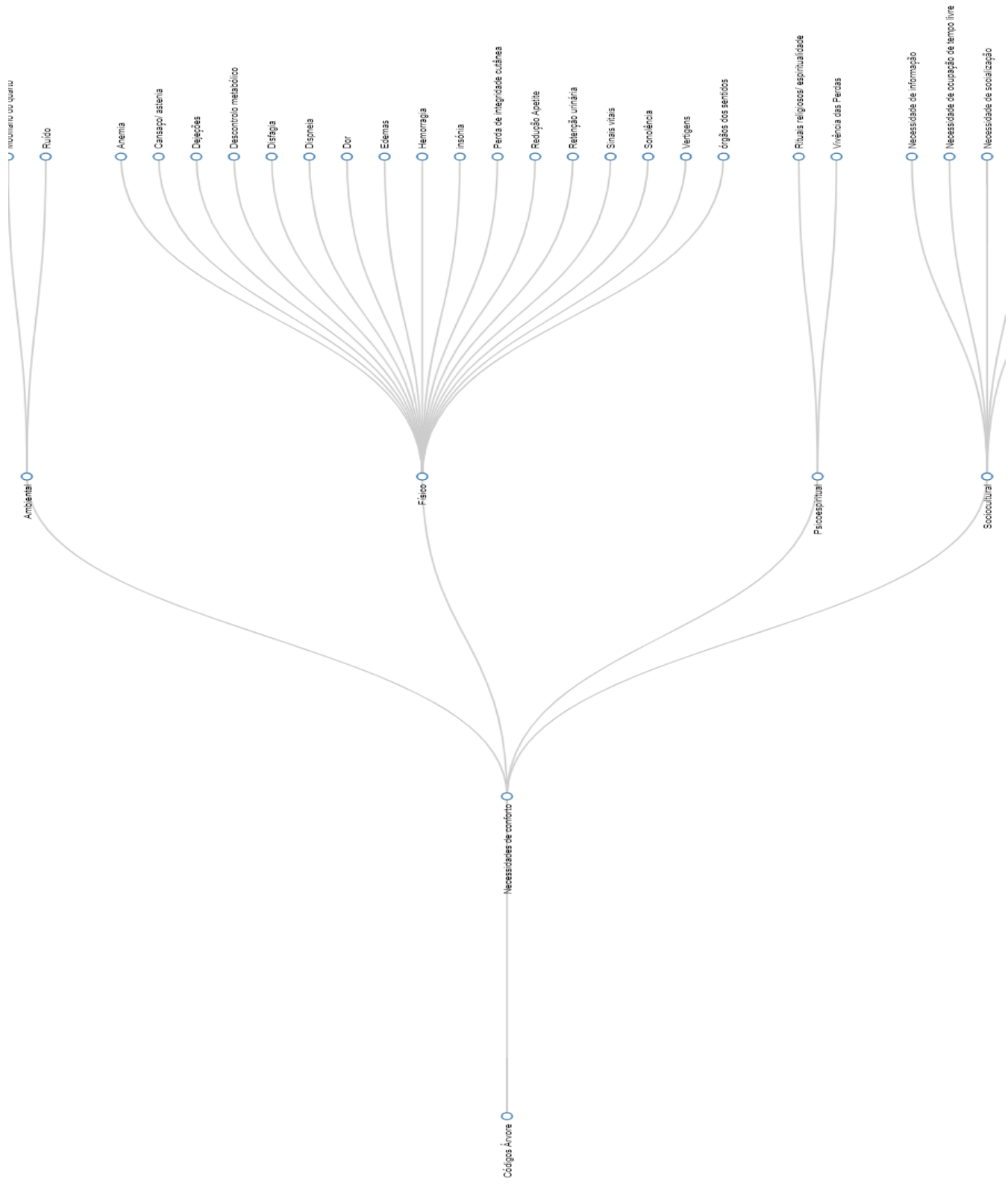
Assinatura: _____

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada de decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Data: _____

Nome do investigador: _____

**APÊNDICE VI – Codificação em árvore dos termos utilizados
no estudo com as Pessoas Idosa**



conforto

Emitido por m.luzia93



Códigos Árvore

Nome	Fontes	Refs
Necessidades de conforto	0	0
Físico	9	36
Dor	1	1
Sinais vitais	4	4
insónia	3	3
Perda de integridade cutânea	3	4
Anemia	1	1
Dejeções	1	1
Cansaço/ astenia	5	5
Edemas	1	1
Dispneia	1	1
Descontrolo metabólico	2	2
Retenção urinária	1	1
Sonolência	1	1
Vertigens	1	1
Redução Apetite	3	3
órgãos dos sentidos	4	4
Hemorragia	1	1
Disfagia	1	1
Psicoespiritual	9	15
Vivência das Perdas	8	13
Rituais religiosos/ espiritualidade	2	2
Sociocultural	8	19
Preocupação com familiares	2	2
Necessidade de informação	5	6
Necessidade de socialização	5	5
Necessidade de Suporte económico e social	2	3
Necessidade de ocupação de tempo livre	3	3
Ambiental	7	10
Ruído	2	2
Mobiliário do quarto	5	6

APÊNDICE VII – Plano de sessão da formação “Controlo da dispneia na Pessoa Idosa em situação paliativa”

PLANO DE SESSÃO

1.1. Designação do tema: Controlo da dispneia na pessoa idosa em situação paliativa.

1.2. Duração global da sessão: 50 minutos + 45 minutos. Dada a extensão de conteúdos a abordar, a sessão será constituída por duas partes, com um intervalo.

1.3. Identificação do Formador: Márcia Reis Luzia, enfermeira no Serviço de Medicina X e mestranda no Curso de Mestrado, Especialização Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção da Pessoa Idosa.

1.4. Identificação dos Formandos: Enfermeiros e Médicos do Serviço de Medicina X.

1.5. Local de Realização: instalações do serviço X.

1.6. Material necessário

- Computador.
- Videoprojector.
- Tela de projeção.
- Colunas de som.

1.7. Metodologia

O desenvolvimento da sessão prevê o recurso a um conjunto variado de métodos (expositivo e ativo) e de técnicas pedagógicas harmonizáveis de acordo com os objetivos, o grupo de profissionais e tempo disponibilizado para a sessão. Será realizada exposição teórica, utilização de meios audiovisuais, tempestade de ideias e casos clínicos.

1.8. Objetivos gerais da sessão:

- Aprofundar o conhecimento dos profissionais de saúde na gestão e controlo da dispneia na pessoa idosa em situação paliativa.
- Refletir sobre a importância do controlo da dispneia na pessoa em situação paliativa, particularmente a pessoa idosa.

1.9. Objetivos específicos da sessão:

Pretende-se que cada profissional, após esta sessão, esteja apto a:

- Definir o conceito de dispneia.
- Reconhecer este sintoma como impactante na qualidade de vida na pessoa idosa em situação paliativa.
- Enumerar aspetos básicos da fisiopatologia da dispneia.
- Identificar as causas da dispneia na pessoa em situação paliativa.
- Identificar escalas de avaliação de dispneia.
- Descrever intervenções farmacológicas para o controlo da dispneia.
- Descrever intervenções não farmacológicas para o controlo da dispneia.
- Atuar em caso de dispneia aguda, em fim de vida.

1.10. Avaliação de conhecimentos e avaliação da sessão

A avaliação de conhecimentos será formativa (aprendizagens), em relação ao domínio dos conteúdos programáticos da sessão.

Para tal, serão realizadas questões de escolha múltipla, com recurso à plataforma Mentimeter.

A avaliação da sessão é em suporte papel e será disponibilizada aos formandos no final da sessão.

1.11 Guião da sessão

Fases	Objetivos específicos	Conteúdos	Estratégias	Tempo	Avaliação
Introdução	Reconhecer este sintoma como impactante na qualidade de vida na pessoa idosa em situação paliativa.	Considerações iniciais. Prevalência da dispneia.	Apresentação powerpoint. Experiência profissional dos profissionais. Exposição das temáticas.	10 minutos	Questões ao longo da sessão. Interação dos participantes. Questionário breve no final na sessão (Mentimeter)
Desenvolvimento	Definir o conceito de dispneia. Enumerar aspetos básicos da fisiopatologia da dispneia. Identificar as causas da dispneia na pessoa em situação paliativa. Identificar escalas de avaliação de dispneia.	Dispneia – Definição. Dispneia – Fisiopatologia. Dispneia – Avaliação.	Apresentação powerpoint. Experiência profissional dos profissionais. Exposição das temáticas. Visionamento de 2 vídeos.	80 minutos	Questões ao longo da sessão. Interação dos participantes. Questionário breve no final na sessão (Mentimeter)

	<p>Descrever intervenções farmacológicas para o controlo da dispneia.</p> <p>Descrever intervenções não farmacológicas para o controlo da dispneia.</p> <p>Atuar em caso de dispneia aguda, em fim de vida.</p>	<p>Dispneia – Diagnóstico.</p> <p>Dispneia – Tratamento.</p> <p>Dispneia – Fim de vida.</p>			
Conclusão	Abordar os aspetos essenciais para o controlo da dispneia.	<p>Considerações finais.</p> <p>Quizz.</p>	<p>Apresentação powerpoint.</p> <p>Realização de Quizz e observação dos resultados.</p>	5 minutos	<p>Questões ao longo da sessão.</p> <p>Interação dos participantes.</p> <p>Questionário breve no final na sessão (Mentimeter)</p>

APÊNDICES

1. Questionário de Avaliação da sessão e do Formador



Questionário de Avaliação da sessão e do Formador

Este questionário de avaliação tem como objetivo obter dados concretos sobre a pertinência desta sessão e desempenho do formador. A sua colaboração é importante, pois permitirá alterar aspetos relevantes.

Muito obrigado.

Sessão de Formação: Controlo da dispneia na pessoa em situação paliativa.

Assinale, com uma cruz (X) o item que achar mais adequado.

1 – Nada, Não satisfatório; 2- Pouco satisfatório, deficiente; 3 – Suficiente; 4 Muito bom; 5 - Excelente

	1	2	3	4	5
1. O conteúdo da sessão foi adequado?					

	1	2	3	4	5
2. A estrutura da sessão facilitou a aprendizagem?					

	1	2	3	4	5
3. Quanto à quantidade e qualidade, como classifica a informação disponibilizada?					

	1	2	3	4	5
4. A duração da formação foi adequada?					

	1	2	3	4	5

5. As instalações onde decorreu a formação eram adequadas?					
------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

	1	2	3	4	5
6. Como classifica o desempenho do formador quanto a:					
Domínio de conhecimentos.					
Comunicação (clareza e fluência do discurso).					
Esclarecimento de dúvidas.					

	1	2	3	4	5
7. Como classifica a sessão, em termos globais?					

8. Indique os aspetos mais positivos desta sessão:

9. Críticas/ sugestões/ comentários:

2. Apresentação em suporte PowerPoint



Projeto
Conforta-me



**Controlo da dispneia
na Pessoa Idosa em
situação paliativa**

Márcia Reis Luzia

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Médico-cirúrgica
área de intervenção Enfermagem à pessoa
idosa

Docente orientadora:
Prof. Doutora Deolinda
Antunes da Luz

Dezembro, 2019



Sumário

- Notas introdutórias
- Prevalência
- Definição
- Fisiopatologia
- Avaliação
- Diagnóstico
- Tratamento
- Considerações finais

02



Dispneia

Notas introdutórias

- Respirar é uma atividade **automática**.
- É um alerta que surge em resposta a uma necessidade **metabólica**.

(Chan, Tse, & Sham, 2015)

Comum na pessoa em situação paliativa.

Fator de **mau prognóstico** na pessoa com doença avançada.

- Doença oncológica
- Doença não-oncológica

(Booth & Chin, 2016; Chan et al, 2015)

03



Dispnea Fisiopatologia



Pode estar associada a fatores fisiológicos, psicológicos, sociais, ambientais e espirituais.
(Chan et al, 2015; NHS Scotland, 2019a)



É sentida quando há incompatibilidade entre as necessidades ventilatórias e a percepção sobre a respiração.
(Booth, Burkin, Moffat, & Spathis, 2014)



Sinais de dispnea:

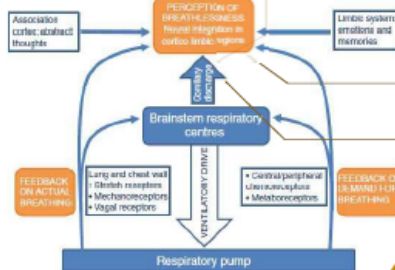
- Taquipneia
- Utilização dos músculos respiratórios

(Parshall et al, 2012)

07

A “*corollary discharge*” é comparada aos sinais eferentes que ocorrem.

Dispnea Fisiopatologia



(Booth et al, 2014)

Há ativação de regiões do cortex cerebral, através de informações do sistema respiratório.

É enviada uma cópia da informação eferente ao nível central, permitindo que o cérebro preveja a resposta sensorial que deve ocorrer.

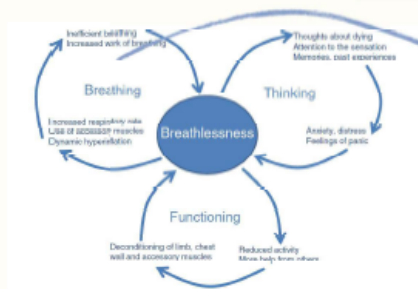


a incompatibilidade entre a “*corollary discharge*” e os sinais eferentes reais está na origem da dispnea.

(Booth et al, 2014; Parshall et al, 2012)

08

Dispnea Fisiopatologia

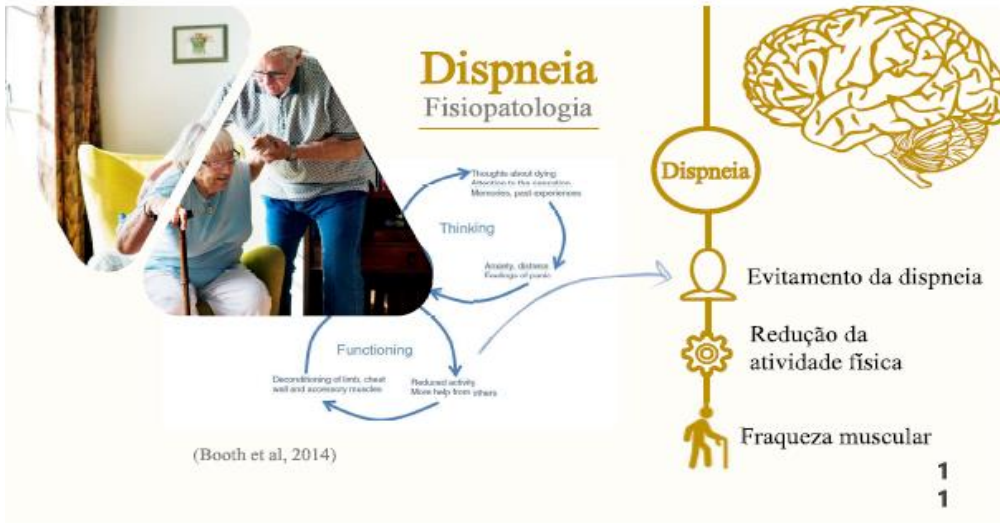
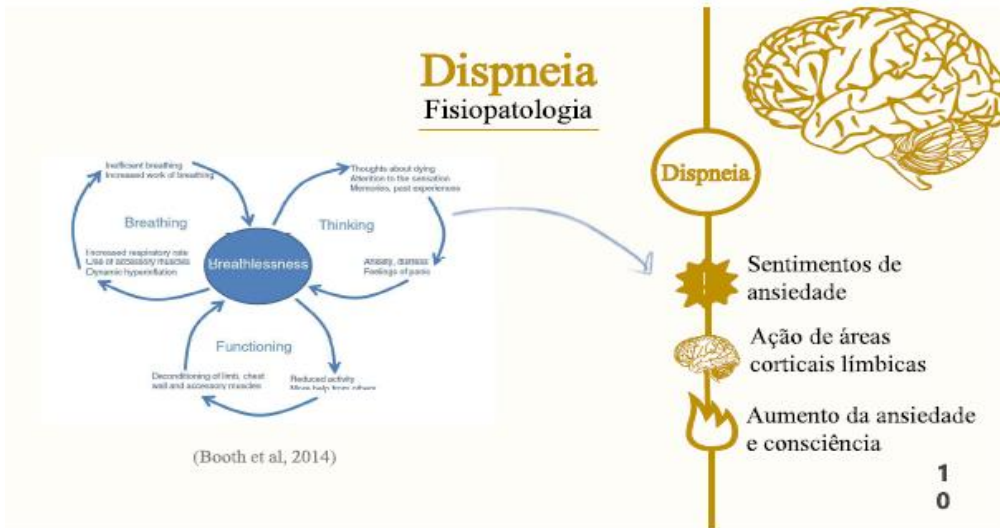


(Booth et al, 2014)

1. Padrão respiratório ineficaz
2. Utilização dos músculos acessórios
3. Aumento do trabalho respiratório

Dispnea

09





Dispneia Avaliação

Dispneia Avaliação

Objetivos

- Encontrar as causas e as consequências
- Quantificar a experiência
- Perceber as expectativas da pessoa e família

Especialmente na pessoa idosa incapaz de comunicar

O que observar...

(Schrijvers & Van Fraeyenhove, 2010)

1
4

Dispneia Avaliação

Colheita de dados






- Duração do sintoma (recente ou crónico)
- O que a pessoa idosa sente concretamente (nomes dados ao sintoma)
- A sua compreensão sobre o que despoleta a dispneia
- A intensidade
- Fatores de agravamento
- Fatores de alívio

(Booth et al, 2014; Chai, Meier, Morris, & Goldhirsch, 2014; Feio, 2016; Thomas, 2015)

15

Dispneia Avaliação

Colheita de dados

-  Existência de outros sintomas (tosse, dor, outros)
-  Qual o impacto no bem-estar?
-  Qual o impacto na realização das atividades de vida diária?
-  Alterações no desempenho de papéis sociais
-  Quais as prioridades (dormir bem, passear tempo com familiares...)?

(Booth et al, 2014; Chai, Meier, Morris, & Goldhirsch, 2014; Feio, 2016; Thomas, 2015)



16

Dispneia Avaliação

Apurar antecedentes pessoais de saúde

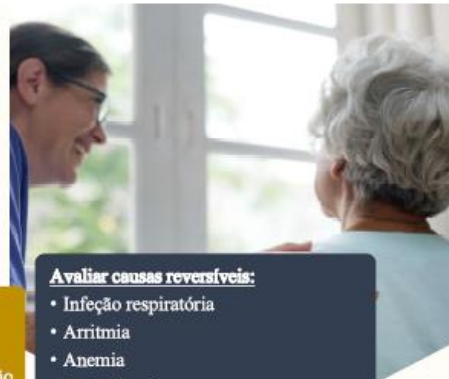


Doença pulmonar, doença cardíaca.



Hábitos tabágicos, medicação habitual, tratamentos realizados, história de ansiedade.

(Booth et al, 2014; Chai, Meier, Morris, & Goldhirsch, 2014; Feio, 2016; Thomas, 2015)



Avaliar causas reversíveis:

- Infecção respiratória
- Arritmia
- Anemia
- Embolia pulmonar
- Derrame pleural
- Broncospasma
- Hipoxia

(NHS Scotland, 2019a)

17

Dispneia Avaliação

Como quantificar?

(Chai et al, 2014; Feio, 2016)

- Múltiplas escalas!
Adequar o tipo de escala à pessoa
- Unidimensionais
Escala visual analógica, escala numérica...
- Multidimensionais...
Mais utilizadas na investigação clínica

Às vezes, a dispneia é só um dos sintomas...
(Feio, 2016; Kamal et al, 2011)



Escala
ESAS

Nome do doente: _____
Data: _____

Por favor circule o número que melhor descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento.

Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem cansaço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
Sem náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea possível
Sem depressão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sonolência possível
Muito bom apetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior apetite possível
Muito boa sensação de bem-estar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de bem-estar possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível
.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

18



Dispneia Diagnóstico



Dispneia Diagnóstico

Identificar as causas:

- Reversíveis/ Não reversíveis
- Malignas/ não malignas

O tratamento deve ser dirigido à causa, mas nem sempre é possível...

- Estado geral da pessoa.
- Fase de progressão da doença...



Causas da dispneia em cuidados paliativos:

- Neoplasia em fase avançada
- DPOC
- Insuficiência cardíaca

(NHS Scotland, 2019a)

20

Causas malignas Diretas

- Neoplasia do pulmão
- Metastização pulmonar
- Tumor pleural
- Derrame pleural
- Derrame pericárdico
- Obstrução da veia cava superior
- Linfangite carcinomatosa
- Outras...

Dispneia Diagnóstico



(Chan et al, 2015; Feio, 2016)

21

Dispneia

Diagnóstico

Causas malignas Indiretas

- Pneumonia
- Embolia pulmonar
- Ascite
- Caquexia
- Anemia
- Distúrbios eletrolíticos

Relacionadas com tratamentos

- Cirurgia
- Fibrose pulmonar secundária à quimioterapia
- Cardiomiopatia associada à radioterapia
- Infeções



(Chan et al, 2015; Feio, 2016)

22

Dispneia

Diagnóstico

Causas não malignas

- Doença pulmonar obstrutiva crônica
- Insuficiência cardíaca congestiva
- Asma
- Doença intersticial pulmonar
- Doenças neuromusculares
- Crises de pânico
- Arritmia
- Outras...



(Chan et al, 2015; Feio, 2016; Thomas, 2015)

23

Dispneia

Diagnóstico

Exames complementares de diagnóstico...

- Ponderar riscos e benefícios
- Ter em mente os objetivos de tratamento
- Considerar as preferências da pessoa e família

Análises
sanguíneas
(diárias?)
Valor de spO_2 ?

Raio-X,
Tomografia
computadorizada
...

Pesquisa de gases no
sangue.
Determinação de D-
dímeros...

Raramente aconselhada
em cuidados paliativos



(Chan et al, 2015; Feio, 2016)

24



Dispneia Tratamento



Dispneia Tratamento Não-Farmacológico

Tem em vista as necessidades multidimensionais da pessoa idosa
(Chan et al, 2015)

Adaptar a..

Status funcional

Prognóstico

Nível de cognição

Motivação

Equipa multidisciplinar

(Booth, Moffat, Burkin, Galbraith, & Bausewein, 2011)

(Feio, 2016)

27

Dispneia

Tratamento Não-Farmacológico

- Ventoinha manual
- Conservação de energia
- Meios auxiliares de marcha
- Exercício físico
- Eletroestimulação neuromuscular
- Redução da ansiedade

(Booth et al, 2014, 2011; Chai et al, 2014; Chan et al, 2015; Feio, 2016; Gonçalves, 2013; NHS Scotland, 2019; Parshall et al, 2012; Thomas, 2015)

Nonpharmacological interventions for breathlessness

Sara Booth^a, Catherine Moffat^a, Julie Burkin^a, Sarah Galbraith^a and Claudia Bausewein^b

^aDepartment of Public Care, University of Cambridge, Department of Palliative Care, Breathlessness Intervention Long Term Condition Service, Department of Health, Cambridge University Hospitals, FRC Foundation Trust, Addenbrooke's Hospital, Cambridge and ^bDepartment of Public Care, Pain & Rehabilitation, King's College London, London, United Kingdom

Correspondence to: Sara Booth, Clinical Director of Palliative Medicine, Honorary Academic Lecturer, Department of Public Care, University of Cambridge, The Prince of Wales Hospital, Addenbrooke's Hospital, 100 Brookside Drive, Cambridge CB2 3RQ, UK. Tel: +44 (0)223 3631223. Email: s.booth@cam.ac.uk

Support Statement in *Breathlessness and Palliative Care* (2011), 577-88.

Purpose of review

Breathlessness is difficult to palliate and nonpharmacological interventions are effective management strategies currently available for palliative patients. There are a diverse group of interventions, currently poorly defined and inconsistently used. This review concentrates on identifying and recommending the most effective nonpharmacological strategies for breathlessness, to aid clinical practice.

Search strategy

Much of the evidence presented is based on a Cochrane Review, which demonstrated that, based on the best available evidence, nonpharmacological interventions such as electrical stimulation of the vagus nerve, breathing exercises, pacing and positioning are frequently used to manage breathlessness, but need definition and further research. Anxiety reduction techniques and caregiver support are used in chronic disease management and applicable for breathlessness, but not included. Exercise is a long established management strategy in both respiratory and other chronic diseases to maintain fitness (which reduces breathlessness) and increase psychological well-being.

Summary

28

Dispneia

Tratamento Não-Farmacológico

Ventoinha manual

O ar frio reduz a sensação de dispneia

Ativação do nervo trigêmeo

- Estimulação dos receptores das vias aéreas e face
- Efeito placebo

(Galbraith, Fagan, Perkins, Lynch, & Booth, 2010)

Explicar o funcionamento

29

Dispneia

Tratamento Não-Farmacológico

Exercício físico

- Previne o descondicionamento
- Aumento da autonomia
- Melhoria do estado geral

Ajustar à pessoa

(Booth et al, 2011; Feio, 2016)



Exercícios respiratórios

- Controlo respiratório
- Respiração diafragmática
- Respiração com lábios semicerrados

(Booth et al, 2011; Thomas, 2015)

30

Dispneia

Tratamento Não-Farmacológico

Conservação de energia

(Booth et al, 2014; Chan et al, 2015; Feio, 2016; Thomas, 2015)

Equilíbrio entre atividade e repouso

Planeamento de atividades

Utilização eficaz da energia

Terapia ocupacional



Meios auxiliares de marcha

Favorece a conservação de energia

Melhora a capacidade respiratória

31

Dispneia

Tratamento Não-Farmacológico

Posicionamentos

Posição de sentado, com apoio da cabeça, pescoço e braços, com ajuda de almofadas

Favorece a eficácia dos músculos respiratórios

(Booth et al, 2011)

(Chai et al, 2014; Feio, 2016)

Positioning for Breathless Patient

32

Dispneia

Tratamento Não-Farmacológico

Educação

Causas da dispneia

Técnicas utilizadas no tratamento

Devolver controlo sobre a situação!!!

Fármacos utilizados (opióides, broncodilatadores, diuréticos)

(Booth et al, 2014; Thomas, 2015)

33

Dispneia

Tratamento Não-Farmacológico

Reabilitação pulmonar

Programa de exercícios para redução da dispneia durante o exercício e melhorar a tolerância ao exercício

(Parshall et al., 2012)



Outras terapias...

Acupuntura

Mindfulness

Yoga

Pouca evidência científica...

(Chan et al., 2015; Parshall et al., 2012)

34

Dispneia

Tratamento Não-Farmacológico

Ventilação Não Invasiva

Reduz o trabalho dos músculos respiratórios

Indicado na agudização da DPOC e nas doenças do neurónio motor

Consentimento da pessoa

Atenção aos objetivos de cuidado!



(Chai et al., 2014; Chan et al., 2015; Feio, 2016)

35

Dispneia

Oxigenoterapia



Uso controverso...

Destina-se a pessoas com hipóxia.

Realizar teste se spO_2 abaixo de 92% (verificar controlo do sintoma).

Avaliar, avaliar, avaliar...

(Schrijvers & Van Fraeyenhove, 2010)

(NHS Scotland, 2019a)

36

Dispneia Oxigenoterapia

Comparação
entre **ar ambiente**
e oxigênio por
cânula nasal

(Abernethy et al, 2010)

não existiu benefício
sintomático no alívio da
dispneia refratária.

As máscaras de
oxigênio são
desconfortáveis

37

Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a double-blind, randomised controlled trial

Andy P Abernethy, Christine F McDonald, Peter A Fair, Katherine Clark, James F Henderson, E Joseph Muscillo, Berni Young, Janet Bell, Andrew Wilson, Sam Booth, Janet Whelan, James A Tully, Alan Cockell, David L Coxson

Summary

Background: Palliative oxygen therapy is widely used for treatment of dyspnoea in outpatients with life-limiting illness who are ineligible for long-term oxygen therapy. We assessed the effectiveness of oxygen compared with room air delivered by nasal cannula for relief of breathlessness in this population of patients.

Methods: Adults from outpatient clinics at nine sites in Australia, the USA, and the UK were eligible for enrollment in this double-blind, randomised controlled trial if they had life-limiting illness, refractory dyspnoea, and partial pressure of oxygen by arterial blood gas (paO₂) lower than 7.3 kPa. Participants were randomly assigned to receive oxygen or a control computer-generated system to receive oxygen or room air via a concentrator through a nasal cannula at 2 L per min for 7 days. Participants were instructed to use the concentrator for at least 15 h per day. The randomisation sequence was sequentially broken to allow inclusion of new trial patients. The primary outcome measure was total mean (SD) 0–38 numerical rating scale (NRS), measured twice a day morning and evening. All randomized patients who

Riscos e desconfortos



Secura das vias aéreas



Epistaxis



Risco de infecção



Descondicionamento



Barulho do humidificador

Hipercapnia progressiva

Dependência psicológica

Restrição de movimentos

É um
tratamento caro

(Thomas, 2015)

(Booth et al, 2014; Feio, 2016)

38

Dispneia

Tratamento Farmacológico- opióides

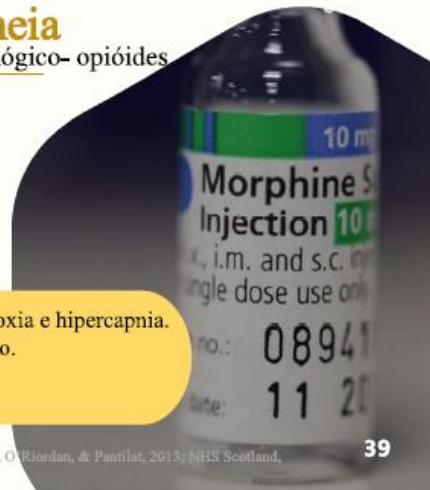
1ª escolha - OPIÓIDES

Independentemente da patologia.

Mecanismo de ação
parcialmente conhecido.



- Redução da sensibilidade à hipoxia e hipercapnia.
- Redução do impulso respiratório.
- Redução da ansiedade.
- Melhoria da função cardíaca.



(Broglio, 2017; Currow, Abernethy, & Ko, 2014; Feio, 2016; Gonnurbutra, O'Riordan, & Pantilat, 2013; NHS Scotland, 2019a; Schrijvers & Van Praeyenhove, 2010)

39

Dispneia

Tratamento Farmacológico - benzodiazepinas



Para dispneia refratária a opióides

Alívio do pânico e ansiedade

Ação rápida
0,5mg, per os, a cada 4h-6h, se necessário.

Ação rápida e breve
5mg, per os, à noite, se ansiedade e angústia contínua.

Fármacos de eleição:

- Lorazepam.
- Diazepam.
- Midazolam.

Ação rápida e breve
2mg - 5mg, via SC, a cada 4h-6h, se necessário, ou se via oral indisponível.

(Broglia, 2017; Gonçalves, 2013; NHS Scotland, 2019a)

46

Dispneia

Tratamento Farmacológico - corticosteróides



Em caso de obstrução reversível das vias aéreas

Fármaco de eleição:
dexametasona

8mg - 16mg/ dia
Nos casos de obstrução aérea relacionada com o tumor.



A dose deve ser revista ao fim de uma semana e proceder-se a desmame, ou suspensão, se não for eficaz.

(NHS Scotland, 2019a; Schrijvers, & Van Fraeyenhove, 2010)

47

Dispneia

Fim de Vida

Puncionar acesso endovenoso

Titulação rápida de fármacos

Associar benzodiazepinas

Adotar postura calma e tranquilizante

Associar intervenções não-farmacológicas



(Broglia, 2017)

48

Dispneia

Considerações finais

- A dispneia é uma fonte de sofrimento e angústia para a pessoa idosa, família e profissionais de saúde.
- É importante a correta avaliação e diagnóstico das causas da dispneia.
- A abordagem de tratamento deve associar intervenções não farmacológicas e intervenções farmacológicas.
- Os opióides são os fármacos de primeira escolha para o tratamento da dispneia.



Dispneia

Referências bibliográficas

- Abernethy, A. P., McDonald, C. F., Frith, P. A., Clark, K., Herndon, J. E., Marcello, J., ... Currow, D. C. (2010). Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: A double-blind, randomised controlled trial. *The Lancet*, 376(9743), 784–793. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61115-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61115-4)
- American Thoracic Society. (1999). Dyspnea Mechanisms, Assessment, and Management: A Consensus Statement. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 159, 321–340. <https://doi.org/10.2165/00124363-200519030-00005>
- Booth, S., & Chin, C. (2016). Managing Breathlessness: a palliative care approach. *Postgrad Med J*, 92, 393–400. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2015-133578>
- Booth, Sara, Burkin, J., Moffat, C., & Spathis, A. (2014). *Managing breathlessness in clinical practice. Managing Breathlessness in Clinical Practice* (Vol. 9781447147). London: Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4471-4754-1_1

53

Dispneia

Referências bibliográficas

- Booth, Sara, Moffat, C., Burkin, J., Galbraith, S., & Bausewein, C. (2011). Nonpharmacological interventions for breathlessness. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 5(2), 77–86. <https://doi.org/10.1097/SPC.0b013e3283460e93>
- Broglio, K. (2017). Dyspnea. In C. Dahlin, P. Coyne, & B. Ferrell (Eds.), *Clinical Pocket Guide to Advanced Practice Palliative Nursing* (pp. 15–24). New York: Oxford University Press.
- Chai, E., Meier, D., Morris, J., & Goldhirsch, S. (2014). *Geriatric Palliative Care*. New York: Oxford University Press.
- Chan, K., Tse, D., & Sham, M. (2015). Dyspnoea and other respiratory symptoms in palliative care. In N. Cherny, M. Fallon, S. Kaasa, & D. Currow (Eds.), *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (Fifth, pp. 421–434). New York: Oxford University Press.
- Currow, D. C., Abernethy, A. P., & Ko, D. N. (2014). The active identification and management of chronic refractory breathlessness is a human right. *Thorax*, 69(4), 393–394. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2013-204701>

54

Dispneia

Referências bibliográficas

- Currow, D. C., Plummer, J. L., Crockett, A., & Abernethy, A. P. (2009). A Community Population Survey of Prevalence and Severity of Dyspnea in Adults. *Journal of Pain and Symptom Management, 38*(4), 533–545.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.01.006>
- Feio, M. (2016). Dispneia. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª edição, pp. 219–229). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Galbraith, S., Fagan, P., Perkins, P., Lynch, A., & Booth, S. (2010). Does the Use of a Handheld Fan Improve Chronic Dyspnea? A Randomized, Controlled, Crossover Trial. *Journal of Pain and Symptom Management, 39*(5), 831–838.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.09.024>
- Gomutbutra, P., O'Riordan, D. L., & Pantilat, S. Z. (2013). Management of moderate-to-severe dyspnea in hospitalized patients receiving palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management, 45*(5), 885–891.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.05.004>

55

Dispneia

Referências bibliográficas

- Gonçalves, J. F. (2013). *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado (2ª)*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Hallenbeck, J. (2012). Pathophysiologies of Dyspnea Explained: Why Might Opioids Relieve Dyspnea and Not Hasten Death? *Journal of Palliative Medicine, 15*(8), 848–853. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0167>
- Kamal, A. H., Maguire, J. M., Wheeler, J. L., Currow, D. C., & Abernethy, A. P. (2011). Dyspnea review for the palliative care professional: Assessment, burdens, and etiologies. *Journal of Palliative Medicine, 14*(10), 1167–1172.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0109>
- Navigante, A. H., Cerchietti, L. C. A., Castro, M. A., Lutteral, M. A., & Cabalar, M. E. (2006). Midazolam as adjunct therapy to morphine in the alleviation of severe dyspnea perception in patients with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management, 31*(1), 38–47. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.06.009>
- NHS Scotland. (2019a). Breathlessness. *Scottish Palliative Care Guidelines – Breathlessness*. Scotland: Healthcare Improvement Scotland, Scottish Partnership for Palliative Care.

56

Dispneia

Referências bibliográficas

- NHS Scotland. (2019b). *Care in the Last Days of Life. Scottish Palliative Care Guidelines*. Scotland. Retrieved from <http://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/end-of-life-care/care-in-the-last-days-of-life.aspx>
- Parshall, M. B., Schwartzstein, R. M., Adams, L., Banzett, R. B., Manning, H. L., Bourbeau, J., ... O'Donnell, D. E. (2012). An official American thoracic society statement: Update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 185*(4), 435–452.
<https://doi.org/10.1164/rccm.201111-2042ST>
- Schrijvers, D., & Van Fraeyenhove, F. (2010). Emergencies in palliative care. *The Cancer Journal, 16*(5), 514–520.
<https://doi.org/10.1097/PPO.0b013e3181f28a8d>
- Thomas, J. (2015). Dyspnea. In E. Bruera, I. Higginson, C. Gunten, & T. Morita (Eds.), *Textbook of Palliative Medicine* (pp. 663–672). New York: Group, Taylor & Francis, CRC Press.

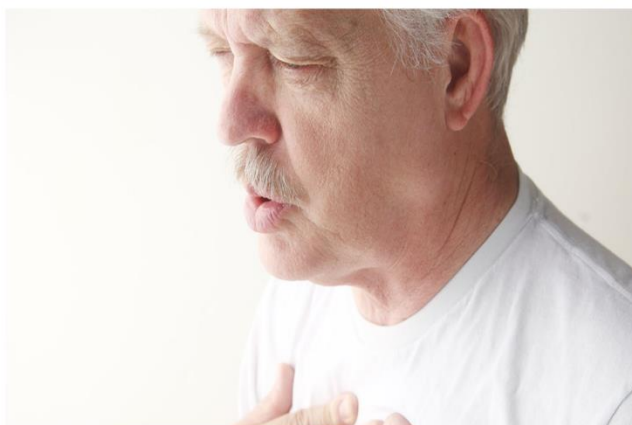
57

3. Avaliação de conhecimentos

Go to www.menti.com and use the code **89 64 54**

A dispneia é uma sensação que surge a partir da interação de múltiplos fatores, nomeadamente psicológicos, ambientais, fisiológicos e sociais.

Mentimeter



Hide image

02:45 Until voting closes Cancel

0

Go to www.menti.com and use the code **89 64 54**

As benzodiazepinas são a primeira linha no tratamento farmacológico da dispneia.

Mentimeter



Hide image

01:30 Until voting closes Cancel

0

Go to www.menti.com and use the code **89 64 54**

Mentimeter

A depressão respiratória é um efeito adverso frequente do uso de opióides no controlo da dispneia.



0 0
Verdadeiro Falso

00:05 Until voting closes

0

Go to www.menti.com and use the code **89 64 54**

Mentimeter

O oxigénio... (escolha a mais correta)



0 0 0 0 0
Não é eficaz no controlo da dispneia. E responsável por restrição física e dependência psicológica. É um recurso caro. E tão eficaz como uma ventoinha. Todas as opções são verdadeiras. Todas as opções são falsas.

03:16 Until the voting closes

0

**APÊNDICE VIII – Avaliação da formação “Controlo da dispneia
na Pessoa Idosa em situação paliativa”**

AVALIAÇÃO DA SESSÃO “CONTROLO DA DISPNEIA NA PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO PALIATIVA”

A sessão decorreu nos dias 17 e 19 de dezembro, para abranger o maior número possível de enfermeiros do serviço. No total, participaram 17 elementos, num total de 23 elementos que formam a equipa. A salientar que, dos 23 elementos existentes, quatro encontram-se ausentes por período prolongado, sendo que na realidade a equipa está a funcionar com 19 enfermeiros.

Foi distribuído um questionário de avaliação da sessão e do formador, que foi preenchido por 16 participantes. De seguida, apresenta-se as respostas conseguidas.

Avaliação dos questionários

Questão 1: o conteúdo da sessão foi adequado?

1 resposta: nível 4

15 respostas: nível 5

Questão 2: A estrutura da sessão facilitou a aprendizagem?

16 respostas: nível 5

Questão 3: Quanto à quantidade e qualidade, como classifica a informação disponibilizada?

1 resposta: nível 4

15 respostas: nível 5

Questão 4: A duração da formação foi adequada?

1 resposta: nível 3

3 respostas: nível 4

12 respostas: nível 5

Questão 5: As instalações onde decorreu a formação eram adequadas?

4 respostas: nível 3

10 respostas: nível 4

2 respostas: nível 5

Questão 6a: Como classifica o desempenho do formador quanto a domínio de conhecimentos?

1 resposta: nível 4

15 respostas: nível 5

Questão 6b: Como classifica o desempenho do formador quanto a comunicação (clareza e fluência do discurso)?

16 respostas: nível 5

Questão 6c: Como classifica o desempenho do formador quanto a esclarecimento de dúvidas?

1 resposta: nível 4

15 respostas: nível 5

Questão 7: Como classifica a sessão, em termos globais?

1 resposta: nível 4

15 respostas: nível 5

Questão 8: Indique os aspetos mais positivos desta sessão:

- Desmistificação/ clarificação de conceitos/mitos acerca da dispneia, intervenções de tratamento e avaliação.
- Dinâmica de apresentação com interação, discussão de casos.
- A aprendizagem de medidas não farmacológicas e farmacológicas de atuação no doente com dispneia.
- A aprendizagem dos diferentes meios de atuação na dispneia, seja farmacológica ou não farmacológica.
- A clareza com que forneceu a informação dando casos práticos dos utentes do serviço foi algo que achei bastante positivo.

- Abordagem do tema recorrendo também a casos práticos e situações de utentes internados no serviço.
- Interação da formadora com os formandos; grau de conhecimentos da formadora; tema bastante oportuno tendo em conta os sintomas/patologias dos “nossos” doentes.
- Grau de conhecimentos do formador e à vontade na abordagem do tema.
- Aprendizagem de mais técnicas para o controlo da dispneia. Ter maior conhecimento acerca do tema.
- Esclarecedor ao nível do diagnóstico e tratamento da dispneia.

Questão 9: Críticas/ Sugestões/ comentários:

- Gostei bastante do tema abordado, da forma como foi apresentado.
- Mais tempo para conhecer os protocolos de intervenção.
- Formação dada à parte médica (tendo em conta a prescrição clínica).
- Sugiro que os médicos assistam a esta formação, no sentido de uniformizar cuidados ao doente. Sugiro a criação de protocolos para o serviço, de atuação em caso de dispneia em fase paliativa/terminal.

APÊNDICE IX – Plano de sessão da formação “Confusão mental e *delirium* na pessoa idosa em situação paliativa”

PLANO DE SESSÃO

1.1 Designação do tema: Confusão mental/ *delirium* na pessoa idosa em situação paliativa.

1.2 Duração global da sessão: 45 minutos + 45 minutos. Dada a extensão de conteúdos a abordar, a sessão será constituída por duas partes, com um intervalo.

1.3 Identificação do Formador: Márcia Reis Luzia, enfermeira no Serviço de Medicina X e mestranda no Curso de Mestrado, Especialização Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção da Pessoa Idosa.

1.4 Identificação dos Formandos: Enfermeiros e Médicos do Serviço de Medicina X.

1.5 Local de Realização: instalações do serviço X.

1.6 Material necessário

- Computador.
- Videoprojector.
- Tela de projeção.
- Colunas de som.

1.7 Metodologia

O desenvolvimento da sessão prevê o recurso a um conjunto variado de métodos (expositivo e ativo) e de técnicas pedagógicas harmonizáveis de acordo com os objetivos, o grupo de profissionais e tempo disponibilizado para a sessão. Será realizada exposição teórica, utilização de meios audiovisuais, tempestade de ideias, casos clínicos e simulação de uma pessoa idosa com *delirium*, em contexto de internamento. A simulação a realizar está disponível no site <https://www.deliriumexperience.nl/profile>.

1.8 Objetivos gerais da sessão:

- Aprofundar o conhecimento dos profissionais de saúde na gestão e controlo da confusão mental/ *delirium* na pessoa idosa em situação paliativa.

1.9 Objetivos específicos da sessão:

Pretende-se que cada profissional, após esta sessão, esteja apto a:

- Definir o conceito de *delirium*.
- Reconhecer este sintoma como impactante na qualidade de vida na pessoa idosa em situação paliativa.
- Identificar as causas da confusão mental/delirium na pessoa idosa em situação paliativa.
- Identificar instrumentos de avaliação de *delirium*.
- Descrever intervenções farmacológicas para o controlo da confusão mental/ *delirium*.
- Descrever intervenções não farmacológicas para o controlo da confusão mental/ *delirium*.

1.10 Avaliação de conhecimentos e avaliação da sessão

A simulação será realizada no início da sessão e servirá como instrumento de avaliação diagnóstica de conhecimentos na gestão da pessoa idosa com *delirium*.

A avaliação da sessão será obtida através das respostas ao questionário de avaliação da sessão e do formador.

1.11 Plano de sessão

Fases	Objetivos específicos	Conteúdos	Estratégias	Tempo	Avaliação
Introdução	Reconhecer este sintoma como impactante na qualidade de vida na pessoa idosa em situação paliativa.	Considerações iniciais. Prevalência do delirium.	Apresentação powerpoint. Simulação Experiência profissional dos profissionais. Exposição das temáticas.	20 minutos	Questões ao longo da sessão. Interação dos participantes. Avaliação diagnóstica com simulação.
Desenvolvimento	Definir o conceito de <i>delirium</i> . Enumerar hipóteses explicativas da fisiopatologia do <i>delirium</i> . Identificar as causas do <i>delirium</i> na pessoa idosa em situação paliativa.	<i>Delirium</i> – Definição. <i>Delirium</i> – Fisiopatologia. <i>Delirium</i> – Avaliação e diagnóstico.	Apresentação powerpoint. Experiência profissional dos profissionais. Exposição das temáticas.	65 minutos	Questões ao longo da sessão. Interação dos participantes.

	<p>Identificar instrumentos de avaliação de <i>delirium</i>.</p> <p>Descrever intervenções farmacológicas para o controlo do <i>delirium</i>.</p> <p>Descrever intervenções não farmacológicas para o controlo do <i>delirium</i>.</p> <p>Atuar em caso de <i>delirium</i> em fim de vida.</p>	<p><i>Delirium</i> – Gestão e tratamento.</p> <p><i>Delirium</i> – impacto no cuidador</p> <p><i>Delirium</i> – Fim de vida.</p>			
Conclusão	Abordar os aspetos essenciais para o controlo do <i>delirium</i> .	<p>Considerações finais.</p> <p>Questões</p>	Apresentação powerpoint.	5 minutos	<p>Questões ao longo da sessão.</p> <p>Interação dos participantes.</p>

APÊNDICES

1. Questionário de Avaliação da sessão e do Formador



Questionário de Avaliação da sessão e do Formador

Este questionário de avaliação tem como objetivo obter dados concretos sobre a pertinência desta sessão e desempenho do formador. A sua colaboração é importante, pois permitirá alterar aspetos relevantes.

Muito obrigado.

Sessão de Formação: Confusão mental e *delirium* na pessoa em situação paliativa.

Assinale, com uma cruz (X) o item que achar mais adequado.

1 – Nada, Não satisfatório; 2- Pouco satisfatório, deficiente; 3 – Suficiente; 4 Muito bom; 5 - Excelente

	1	2	3	4	5
10. O conteúdo da sessão foi adequado?					

	1	2	3	4	5
11. A estrutura da sessão facilitou a aprendizagem?					

	1	2	3	4	5
12. Quanto à quantidade e qualidade, como classifica a informação disponibilizada?					

	1	2	3	4	5
1. A duração da formação foi adequada?					

	1	2	3	4	5
2. As instalações onde decorreu a formação eram adequadas?					

	1	2	3	4	5
3. Como classifica o desempenho do formador quanto a:					
Domínio de conhecimentos.					
Comunicação (clareza e fluência do discurso).					
Esclarecimento de dúvidas.					

	1	2	3	4	5
4. Como classifica a sessão, em termos globais?					

5. Indique os aspetos mais positivos desta sessão:

6. Críticas/ sugestões/ comentários:

2. Apresentação em suporte PowerPoint



Projeto
Conforta-me

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

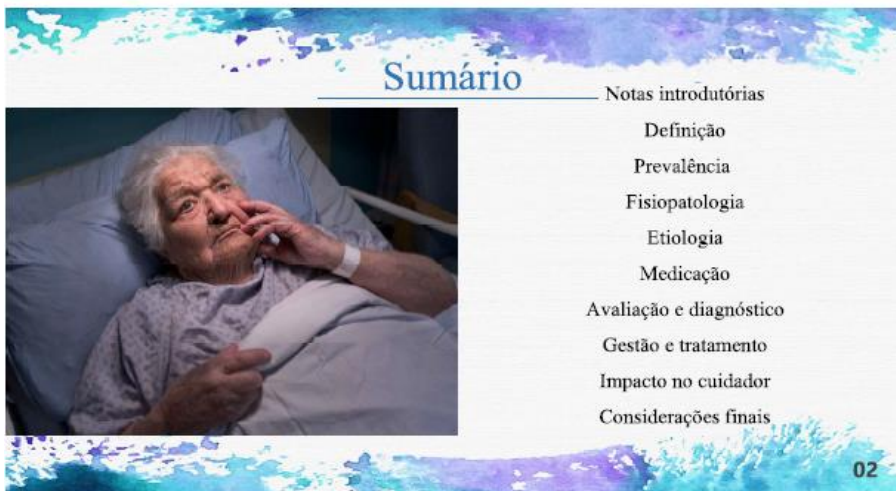
Confusão mental e
delirium na Pessoa
Idosa em situação
paliativa

Márcia Reis Luzia

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Médico-cirúrgica
área de intervenção Enfermagem à pessoa
idosa

Docente orientadora:
Prof. Doutora Deolinda
Antunes da Luz

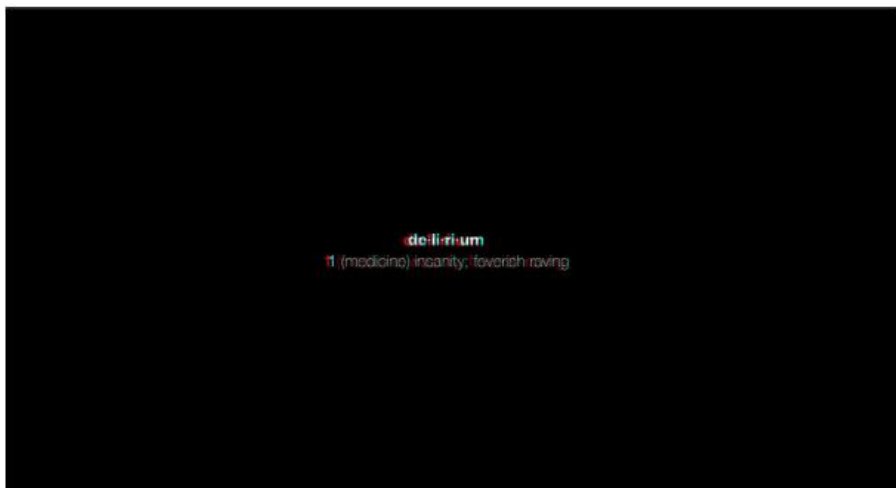
Janeiro, 2019



Sumário

- Notas introdutórias
- Definição
- Prevalência
- Fisiopatologia
- Etiologia
- Medicação
- Avaliação e diagnóstico
- Gestão e tratamento
- Impacto no cuidador
- Considerações finais

02



delirium
1 (medicina) incanidade; febre com alucinações

Delirium

Notas introdutórias

“ É um síndrome comum, potencialmente fatal e evitável (na maioria das situações) (Al-Aama et al, 2011)

A principal complicação é o aumento da taxa de mortalidade **22% - 76%** na pessoa hospitalizada

Confusão frequente com depressão, dificultando o diagnóstico e tratamento precoce ”

04

Delirium

Notas introdutórias

Comparativamente a pessoas sem delirium, a pessoa com delirium tem:

- Risco três vezes superior de declínio funcional
- Risco três vezes superior de institucionalização

(American Psychiatric Association, 2013)



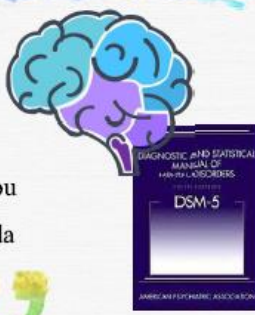
05

Delirium

Definição

“ É um distúrbio na atenção (por exemplo, capacidade reduzida em direcionar, focar, ou alterar a atenção) e da consciência (reduzida orientação no ambiente) ”

(American Psychiatric Association, 2013)



06

Delirium

Definição



Associado a fraca memória de curto prazo, dificuldade em encontrar palavras e por alterações na percepção



Déficite cognitivo agudo e de curso flutuante

É multifactorial

Habitualmente reversível

(American Psychiatric Association, 2013; Watson, Campbell, Vallath, & Wells, 2019; Weckmann & Morrison, 2013a)

Afeta o comportamento

Duração varia entre horas e dias


07

Delirium

Classificação

- Hiperativo: Nível hiperativo de atividade psicomotora; pode existir labilidade emocional e agitação.
- Hipoativo: nível hipoativo de atividade psicomotora; pode existir lentificação e letargia, até ao estupor.
- Misto: nível normal de atividade psicomotora, com alteração da atenção e consciência. Inclui estados de flutuação do nível de atividade.

É o tipo mais comum




(American Psychiatric Association, 2013)

08

Delirium

Prevalência

- Verifica-se em cerca de 20% das pessoas idosas hospitalizadas
(Al-Aama et al, 2011)
- Complicação frequente na pessoa com neoplasia e na pessoa idosa retirada do ambiente familiar
(Caraceni & Simonetti, 2009)
- Até 85% das pessoas hospitalizadas, em fim de vida
(Watson, Campbell, Vallath, & Wells, 2019)



09

Delirium

Prevalência

Locais e patologias	Com delirium
Doentes hospitalizados por causas médicas	10-30%
Doentes idosos hospitalizados	10-40%
Doentes oncológicos hospitalizados	25%
Doentes com SIDA hospitalizados	30-40%
Doentes em cuidados paliativos (hospícios e no domicílio)	30%
Doentes em unidades de cuidados paliativos agudos	42%
Doentes em fase terminal	80%

Adaptado de Brown, 2002, e Caraceni, 2003 (Barbosa, Gama, & Lawlor, 2016)

10

Delirium

Fisiopatologia

- Várias hipóteses complementares.
- Neurotransmissores importantes para a vigília e consciência são: acetilcolina, dopamina, noradrenalina, serotonina, histamina e GABA.
- Todas as drogas com efeitos anticolinérgicos são potenciais causadoras de *delirium*.

(Barbosa et al, 2016; Caraceni & Simonetti, 2009; Maldonado, 2008)

11

Delirium

Fisiopatologia

Hipóteses

- Privação de oxigénio:** redução do metabolismo oxidativo que causa disfunção cerebral e anomalias nos neurotransmissores.
Défice de oxigénio, glicémia, tiamina
- Neurotransmissores:** redução da síntese e libertação da acetilcolina; libertação excessiva de dopamina, noradrenalina.
Stress

(Barbosa et al, 2016; Caraceni & Simonetti, 2009; Maldonado, 2008)

12

Delirium

Fisiopatologia

Hipóteses

(Barbosa et al, 2016; Caraceni & Simonetti, 2009; Maldonado, 2008)

Envelhecimento neuronal: alterações dos neurotransmissores observadas no processo de envelhecimento.

Hipótese inflamatória: aumento da secreção de citocinas pode aumentar atividade dos sistemas dopaminérgico e serotoninérgico e redução da libertação da acetilcolina.

exposição ao stress

13

Delirium

Etiologia

Fatores predisponentes

- Idade avançada, infância
- Presença e gravidade da demência
- Delirium prévio
- Dependência Funcional
- Diminuição da acuidade visual
- Hipoacusia

- Imobilidade
- Desidratação
- Alcoolismo
- Gravidade da doença física
- Genética?

(Holt, John, & Heseltine, 2013; MacLeod, 2011, NHS Scotland, 2019b)

14

Delirium

Etiologia

Fatores precipitantes

- Doença aguda grave
- Infecção
- Distúrbios hidroeletrólíticos
- Falência renal
- Falência hepática
- Medicação (opióides, benzodiazepinas...)

- Dor
- Privação de álcool
- Privação de medicamentos
- Hipóxia
- Obstipação
- Acidente vascular cerebral
- Ambiente hospitalar
- Retenção urinária

(Holt, John, & Heseltine, 2013; MacLeod, 2011, NHS Scotland, 2019b)

15

Delirium Medicação

- Os fármacos com ação anticolinérgica inibem a ação da acetilcolina.
- É aconselhável a redução destes medicamentos na pessoa idosa, pois precipitam o *delirium*.
- Utilizar a **dose mínima eficaz**.

(Howard M Fillit, Kenneth Rockwood, 2017, MacLeod, 2011, Simón, 2017) **16**



Delirium Medicação

Anticolinérgicos → atropina

Antidepressivos → amitriptilina

Antipsicóticos → cloropromazina

Anti-histamínicos → hidroxizina

Corticosteróides → dexametasona

Anti-espasmódicos → butilescopolamina

Ipratrópio, clozapina, levomepromazina, paroxetina...

(Howard M Fillit, Kenneth Rockwood, 2017, MacLeod, 2011, Simón, 2017) **17**



Delirium Medicação

Box 2. Medications with anticholinergic effects

- Alprazolam
- Amantadina
- Amitriptyline
- Ampicillin
- Atropina
- Azathioprine
- Captopril
- Cefamandole
- Cefoxitin
- Chlorazepate
- Chlorzaxepoxide
- Chlorzaxipolone
- Cimetidine
- Clindamycin
- Codeine
- Corticosterone
- Cycloserine
- Cyclosporin
- Urisipramine
- Dexamethasone
- Diazepam
- Digoxin
- Diltiazem
- Diphenhydramine
- Dipyridamole
- Dyvalide
- Flunitrazepam
- Flurazepam
- Furazolidone
- Gentamycin
- Hydralazine

NEUROBIOLOGY MODEL OF DELIRIUM

- Oxybutynin chloride
- Oxycodone
- Pancuronium bromide
- Phenelzine
- Phenobarbital
- Piperacillin
- Prednisolone
- Ranitidine
- Theophylline
- Thioridazine
- Ticlopidin
- Tobramycin
- Triamterene
- Valproic acid
- Vancomycin
- Warfarin

Data from Tune LE, Egel S. Acetylcholine and delirium. *Dement Geriatr Cogn Disord* 1999;10:342-4.

(Maldonado, 2008) **18**





Delirium

Avaliação e diagnóstico



- A** Alteração da consciência e da atenção.
A alteração desenvolve-se num curto período de tempo, representando uma mudança da atenção e da consciência basais, podendo flutuar em gravidade ao longo do dia.
- B**
- C** Alteração da cognição (défice memória, liguagem, orientação e percepção).
- D** As perturbações dos critérios A e C não são explicadas por outro transtorno neurocognitivo.
- E** A história clínica e exames de diagnóstico confirmam que a alteração é consequência fisiológica direta de uma condição médica.

(American Psychiatric Association, 2013) 20

Delirium

Avaliação e diagnóstico

Diagnóstico diferencial

	DELIRIUM	DEMÊNCIA	DEPRESSÃO	PSICOSE AGUDA
Início	agudo	insidioso	variável	variável
Curso	flutuante	progressivo	V ar. diurna	variável
Consciência e orientação	Alt consciência	Alt consciência estadios finais	Sem alt.	Sem alt.
Atenção e memória	Desatenção, memória curta alterada	Memória alterada, sem desatenção	Atenção pobre, sem alt. de memória	Atenção pobre, sem alt. de memória
Ideação psicótica	Comum	Menos comum	Rara	Frequente e elaborada
EEG	Anormal 80-90%	Anormal 80-90%	Normal	Normal

(Meagher, 2001) 21

Delirium

Avaliação e diagnóstico

(American Psychiatric Association, 2013; Barbosa et al, 2016; Breitbart & Alici, 2012; MacLeod, 2011; NHS Scotland, 2019b; Weckmann & Morrison, 2013a)

Frequentemente subdiagnosticado e subtratado

Importância do diagnóstico precoce

O diagnóstico é realizado junto da pessoa idosa

Produto de múltiplas etiologias

Não existem exames específicos para detecção de *delirium*

22

Delirium

Avaliação e diagnóstico

(American Psychiatric Association, 2013; Barbosa et al, 2016; Breitbart & Alici, 2012; MacLeod, 2011; NHS Scotland, 2019; Weckmann & Morrison, 2013a)

- História clínica
- Medicação prescrita/ alterações medicamentosas
- Processo infeccioso, encefalopatia hepática...

Colheita de dados

Sinais e sintomas

Avaliação do estado mental

Procurar causas possíveis

- Obstipação, retenção urinária, cateteres...
- Apurar com a pessoa e família
- Atenção
- Consciência

23

Delirium

Avaliação e diagnóstico

(American Psychiatric Association, 2013; Barbosa et al, 2016; Breitbart & Alici, 2012; MacLeod, 2011; NHS Scotland, 2019; Weckmann & Morrison, 2013a)

↑ Não distingue *delirium* e demência

- Mini Mental State Examination
- DSI
- MDAS

Confusion Assessment Method

Escala NEECHAM

● Múltiplos instrumentos de avaliação

→ Mais utilizado

(Sørensen Dupplis & Johansson, 2011)

24

International Journal of Public Health
ORIGINAL ARTICLE
Predictive value and validation of the NEECHAM Confusion Scale using DSM-IV criteria for delirium as gold standard
Sørensen Dupplis, M. et al.
Assistant Professor, Department of Health and Food Sciences, Copenhagen University, Copenhagen, Denmark
Professor, Department of Nursing, Sørlandet University, Arendal, Sørlandet and University College of Oslo, Oslo, Norway

Delirium

Avaliação e diagnóstico

Na pessoa em situação paliativa, nem sempre é fácil a aplicação dos outros instrumentos de avaliação.

Pergunta única:
“pensa que (nome) está mais confuso ultimamente?”

(Sands, Dantoc, Hartshorn, Ryan, & Lujic, 2010)

Original Article

Single Question in Delirium (SQID): testing its efficacy against psychiatrist interview, the Confusion Assessment Method and the Memorial Delirium Assessment Scale

MB Sands, Department of Palliative Care, Prince of Wales Hospital and Sydney School of Medicine, University of New South Wales, Sydney, Australia
BP Dantoc, Saint Ambrose College of Sacred Pastoral Care, Sydney, NSW, Australia
A Hartshorn, Department of Neurology, Prince of Wales Hospital, Australia
CJ Ryan, Department of Psychiatry and Centre for Health, Ethics and the Law in Medicine, University of Sydney and Department of Psychiatry, Memorial Hospital, Sydney, Australia
S Lujic, School of Medicine, University of Western Australia, Perth, Australia

Abstract
 In this study we assessed the research question: how sensitive is a single question in delirium case finding? Of 22 “large” admissions, symptoms were observed from 21 patients. The single question, “Do you think [name of patient] has been more confused lately?” was put to friend or family. Results of the Single Question in Delirium (SQID) were compared to psychiatrist interview (PI) which was the reference standard. The Confusion Assessment Method (CAM) and two other tools were also applied. Compared with PI, the SQID achieved a sensitivity and specificity of 85% (95% CI 76.5–94.5%) and 71% (41.95–91.61%) respectively. The CAM demonstrated a negative predictive value (NPV) of 88% (95% CI 76.17–99.83%) and a specificity of 70% (40.76–99.24%).

PALLIATIVE MEDICINE

Volume 24(1) 2014
 © 2014 SAGE Publications
 10.1177/1472752814528114
 pmj.sagepub.com



Delirium

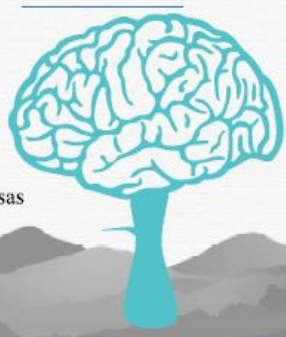
Gestão e tratamento

Delirium

Tratamento

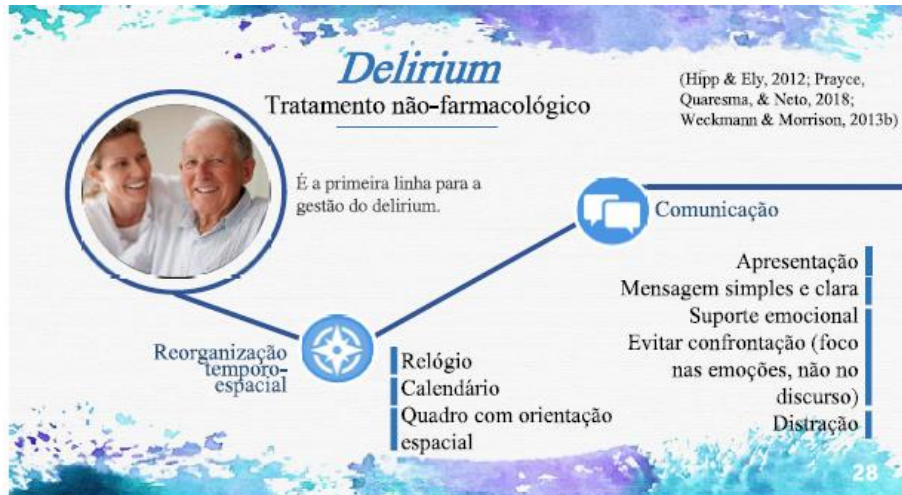
Princípios

- Prevenção
- Criação de ambiente seguro
- Tratamento das causas



- Controlo de sintomas
- Estratégias ambientais
- Intervenções psicológicas
- Intervenções farmacológicas

(MacLeod, 2011)



Delirium Tratamento

(Hospital Elder Life Program, 2020, Zaubler et al., 2013)

N = 595 pessoas idosas

Aplicação do protocolo *The Hospital Elder Life Program*

Áreas de intervenção:

- Privação de sono
- Desidratação
- Défice cognitivo
- Imobilidade
- Hipoacusia
- Redução da acuidade visual

Psychiatry 2013, 17(1): 20-29 © 2013 The Author(s). Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

Original Research Reports

Quality Improvement and Cost Savings with Multicomponent Delirium Interventions: Replication of the Hospital Elder Life Program in a Community Hospital

Thomas G. Zaubler, M.D., M.P.H., Barry Murphy, D.O., Lori Rozario, LCSW, Rachel Sirens, M.S.N., G.N.P., Christine Skotko, M.D., Jill Guadano, M.A., M.S.W., Rami Baskari, Ph.D., MBA, Shana K. Joazez, M.D., M.P.H.

OBJECTIVE: Delirium is a common problem associated with increased morbidity, mortality, and healthcare costs in the inpatient setting. Our study replicates the Hospital Elder Life Program (HELP) for use in a community hospital and assessed its impact on delirium rate, length of stay (LOS), and healthcare costs in elderly patients. **METHODS:** Delirium episodes and duration, and patient days with delirium and LOS were assessed in 270 patients 70 years of age or older admitted to a general medical floor at a community hospital. Postdelirium care outcomes were assessed on the medical floor for 4 months. Interventions adopted from HELP occurred over 9 months and included hourly vital sign, reorientation, and eye-of-care updates. **RESULTS:** Delirium was assessed on a daily basis with the Confusion Assessment Method (CAM). Results: The rate of delirium decreased from 20% in the pre-intervention group to 12% in the intervention group, a relative 40% reduction (P = .005). Total patient days with delirium decreased from 9% in the control group to 5% in the intervention group (P = .003). LOS among all patients enrolled in the intervention group decreased by 2 days (P = .001). Interventions resulted in \$10,000 cost savings over 9 months. Conclusions: HELP can be successfully adopted for implementation in a community hospital setting to decrease delirium episodes and patient days with delirium and LOS and generate substantial cost savings.

31

Delirium Tratamento

(Zaubler et al., 2013)

- Redução de 40% na incidência de *delirium*
- Redução do período médio de *delirium*
- Redução do n.º de dias de internamento (de 6 dias para 4 dias)
- Redução de custos (acima de 1.000.000 de dólares/ ano)

Psychiatry 2013, 17(1): 20-29 © 2013 The Author(s). Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

Original Research Reports

Quality Improvement and Cost Savings with Multicomponent Delirium Interventions: Replication of the Hospital Elder Life Program in a Community Hospital

Thomas G. Zaubler, M.D., M.P.H., Barry Murphy, D.O., Lori Rozario, LCSW, Rachel Sirens, M.S.N., G.N.P., Christine Skotko, M.D., Jill Guadano, M.A., M.S.W., Rami Baskari, Ph.D., MBA, Shana K. Joazez, M.D., M.P.H.

OBJECTIVE: Delirium is a common problem associated with increased morbidity, mortality, and healthcare costs in the inpatient setting. Our study replicates the Hospital Elder Life Program (HELP) for use in a community hospital and assessed its impact on delirium rate, length of stay (LOS), and healthcare costs in elderly patients. **METHODS:** Delirium episodes and duration, and patient days with delirium and LOS were assessed in 270 patients 70 years of age or older admitted to a general medical floor at a community hospital. Postdelirium care outcomes were assessed on the medical floor for 4 months. Interventions adopted from HELP occurred over 9 months and included hourly vital sign, reorientation, and eye-of-care updates. **RESULTS:** Delirium was assessed on a daily basis with the Confusion Assessment Method (CAM). Results: The rate of delirium decreased from 20% in the pre-intervention group to 12% in the intervention group, a relative 40% reduction (P = .005). Total patient days with delirium decreased from 9% in the control group to 5% in the intervention group (P = .003). LOS among all patients enrolled in the intervention group decreased by 2 days (P = .001). Interventions resulted in \$10,000 cost savings over 9 months. Conclusions: HELP can be successfully adopted for implementation in a community hospital setting to decrease delirium episodes and patient days with delirium and LOS and generate substantial cost savings.

32

Delirium Tratamento

(Direção-Geral da Saúde, 2011; Kuronen, Kautiainen, Karppi, Hartikainen, & Koponen, 2017)

<https://www.deliriumexperience.nl/>

- Limitam a liberdade, autodeterminação e dignidade
- Último recurso, depois de esgotadas as medidas preventivas
- Sintomas psicóticos estão associados ao uso de contenções mecânicas
- Utilização inadequada aumenta a possibilidade de acidentes

33

Delirium

Tratamento farmacológico

(NHS Scotland, 2019b)

Somente se necessário ao controlo sintomático.

Suspender terapêutica assim que resolução do quadro.

1ª escolha:
Haloperidol

Delirium

Introduction

In this guideline, delirium is defined as disturbed consciousness and inattention with cognitive impairment; acute onset and fluctuating course as a physiological consequence of disease or treatment. Delirium is often reversible. Other terms used to describe delirium include acute confusional state, agitation, and terminal restlessness, but the terms restlessness and terminal agitation should be used once reversibility is excluded.

Assessment

- Common (50 to 85% of hospice patients), often reversible but diagnosed late.
- Three types:
 - hyperactive – increased arousal and agitation
 - hypoactive – quiet, withdrawn and inactive: more common but often missed or misdiagnosed as depression
 - mixed pattern.
- Diagnosis depends mainly on careful clinical assessment: consider using mini-mental

34

Delirium

Tratamento farmacológico

(NHS Scotland, 2019b)

Início do tratamento

Haloperidol

Manutenção

- 0,5mg – 3mg, via *per os* ou SC 1x/dia.
- Pode ser repetido ao fim de 2h.
- Iniciar com dose baixa.

- Se persistência de sintomas
- 0,5 mg – 3mg *per os* ou 2mg SC.

35

Delirium

Tratamento farmacológico

(NHS Scotland, 2019b)

2ª escolha
Benzodiazepinas

Tratamento

- Podem trazer efeitos nefastos à função cognitiva.
- Utilizado no *delirium* provocado pela privação de álcool ou medicação.
- Úteis na doença de Parkinson.

- Lorazepam 0,5mg – 1mg *per os* ou sublingual
- Midazolam 2mg – 5mg sc, 1/1h ou 2/2h.
- Diazepam: 5mg, *per os* ou retal, 8/8h ou 12/12h.

36

Delirium

Considerações finais

- O *delirium* provoca aumento da mortalidade, na pessoa hospitalizada.
- A intervenção não-farmacológica é central na prevenção e tratamento do *delirium* e deve ser a primeira abordagem.
- O *delirium* tem impacto negativo, manifestado por níveis de stress elevados, na pessoa idosa, família e profissionais de saúde.



40

Delirium

Referências bibliográficas

- Al-Aama, T., Brymer, C., Gutmanis, I., Woolmore-Goodwin, S. M., Esbaugh, J., & Dasgupta, M. (2011). Melatonin decreases delirium in elderly patients: A randomized, placebo-controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 26*, 687–694. <https://doi.org/10.1002/gps.2582>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5* (Fifth Edit). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Barbosa, A., Gama, G. M. da, & Lawlor, P. (2016). Confusão/Delirium. In *Manual de Cuidados Paliativos* (3.ª, pp. 297–216). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Breitbart, W., & Alici, Y. (2012). Evidence-based treatment of delirium in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology, 30*(11), 1206–1214. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.39.8784>

41

Delirium

Referências bibliográficas

- Caraceni, A., & Simonetti, F. (2009). Palliating delirium in patients with cancer. *The Lancet Oncology, 10*(2), 164–172. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(09\)70018-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(09)70018-X)
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente -Orientação da Direção -Geral da Saúde. 021/2011*. Lisboa. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0212011-de-06062011-jpg.aspx>
- Finucane, A. M., Lugton, J., Kennedy, C., & Spiller, J. A. (2016). The experiences of caregivers of patients with delirium, and their role in its management in palliative care settings: an integrative literature review. *Psycho-Oncology, 26*(3), 291–300. <https://doi.org/10.1002/pon.4140>
- Hipp, D. M., & Ely, E. W. (2012). Pharmacological and Nonpharmacological Management of Delirium in Critically Ill Patients. *Neurotherapeutics, 9*(1), 158–175. <https://doi.org/10.1007/s13311-011-0102-9>

42

Delirium

Referências bibliográficas

- Holt, R., John, Y., & Heseltine, D. (2013). Effectiveness of a multi-component intervention to reduce delirium incidence in elderly care wards. *Age and Ageing*, 42, 721–727. <https://doi.org/10.1093/ageing/af1120>
- Hospital Elder Life Program. (2020). The Hospital Elder Life Program. Retrieved January 6, 2020, from <https://www.hospitalelderlifeprogram.org/delirium-instruments>
- Howard M Fillit, Kenneth Rockwood, J. Y. (2017). *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology, Eighth edition.*
- Kuronen, M., Kautiainen, H., Karppi, P., Hartikainen, S., & Koponen, H. (2017). Physical restraints and associations with neuropsychiatric symptoms and personal characteristics in residential care: a cross-sectional study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(12), 1418–1424. <https://doi.org/10.1002/gps.4629>

43

Delirium

Referências bibliográficas

- MacLeod, S. (2011). *The Psychiatry of Palliative Medicine - The dying mind. The Psychiatry of Palliative Medicine* (second edi). Boca Raton, FL: CRC Press. <https://doi.org/10.4324/9781315385532>
- Maldonado, J. R. (2008). Pathoetiological Model of Delirium: a Comprehensive Understanding of the Neurobiology of Delirium and an Evidence-Based Approach to Prevention and Treatment. *Critical Care Clinics*, 789–856. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2008.06.004>
- Martins, S., Simões, M., & Fernandes, L. (2013). O impacto do delirium na família/cuidadores. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 10(10), 43–48. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0053>
- Meagher, D. (2001). Optimising management of delirium. *BMJ*, 322, 144–149. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7302.1602>

44

Delirium

Referências bibliográficas

- NHS Scotland. (2019a). *Care in the Last Days of Life. Scottish Palliative Care Guidelines*. Scotland. Retrieved from <http://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/end-of-life-care/care-in-the-last-days-of-life.aspx>
- NHS Scotland. (2019b). *Scottish Palliative Care Guidelines - Delirium*. Scotland.
- Prayce, R., Quaresma, F., & Neto, I. G. (2018). Delirium: O 7º Parâmetro Vital? *Acta Medica Portuguesa*, 31(1), 51–58. <https://doi.org/10.20344/amp.9670>
- Sands, M. B., Dantoc, B. P., Hartshorn, A., Ryan, C. J., & Lujic, S. (2010). Single question in delirium (SQiD): Testing its efficacy against psychiatrist interview, the confusion assessment method and the memorial delirium assessment scale. *Palliative Medicine*, 24(6), 561–565. <https://doi.org/10.1177/0269216310371556>

45

Delirium

Referências bibliográficas

- Simón, A. (2017). Riscos dos medicamentos anticolinérgicos em idosos. *E Publicação*, 1–3. Retrieved from https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/cim_e_publicacoes_anticolinergicos_em_idosos_56156771659d2128dd44e0.pdf
- Sörensen Duppils, G., & Johansson, I. (2011). Predictive value and validation of the NEECHAM Confusion Scale using DSM-IV criteria for delirium as gold standard. *International Journal of Older People Nursing*, *6*(2), 133–142. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00232.x>
- Watson, M., Campbell, R., Vallath, N., & Wells, J. (2019). Psychiatric symptoms in palliative care. In *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (Third edit, pp. 637–656). United Kingdom: Oxford University Press.
- Weckmann, M. T., & Morrison, R. S. (2013a). What is delirium? In *Evidence-Based Practice of Palliative Medicine* (pp. 199–204). Philadelphia: Elsevier Saunders. <https://doi.org/10.1016/C2009-0-62811-7>

46

Delirium

Referências bibliográficas

- Weckmann, M. T., & Morrison, R. S. (2013b). What Nonpharmacological Treatments Are Effective for Delirium? In *Evidence-Based Practice of Palliative Medicine* (pp. 211–214). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Weckmann, M. T., & Morrison, R. S. (2013c). What Pharmacological Treatments Are Effective for Delirium? In *Evidence-Based Practice of Palliative Medicine* (pp. 205–210). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Zaubler, T. S., Murphy, K., Rizzuto, L., Santos, R., Skotzko, C., Giordano, J., ... Inouye, S. K. (2013). Quality Improvement and Cost Savings with Multicomponent Delirium Interventions: Replication of the Hospital Elder Life Program in a Community Hospital. *Psychosomatics*, *54*(3), 219–226. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2013.01.010>

47

**APÊNDICE X – Avaliação da sessão da formação “Confusão
mental e *delirium* na pessoa idosa em situação paliativa”**

AVALIAÇÃO DA SESSÃO “CONFUSÃO MENTAL E *DELIRIUM* NA PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO PALIATIVA”

A sessão decorreu nos dias 7 e 15 de janeiro, para abranger o maior número possível de enfermeiros do serviço. No total, participaram 21 elementos, num total de 23 elementos que formam a equipa de enfermagem. A salientar que, dos 23 elementos existentes, quatro encontram-se ausentes por período prolongado, sendo que na realidade a equipa está a funcionar com 19 enfermeiros. Esta formação contou, ainda, com a presença de três enfermeiros de outro serviço, a seu pedido, bem como de três médicos que desempenham atualmente funções no serviço de medicina.

Foi distribuído um questionário de avaliação da sessão e do formador, que foi preenchido por X participantes. De seguida, apresenta-se as respostas conseguidas.

Avaliação dos questionários

Questão 1: o conteúdo da sessão foi adequado?

2 respostas: nível 4

19 respostas: nível 5

Questão 2: A estrutura da sessão facilitou a aprendizagem?

2 respostas: nível 4

19 respostas: nível 5

Questão 3: Quanto à quantidade e qualidade, como classifica a informação disponibilizada?

4 respostas: nível 4

17 respostas: nível 5

Questão 4: A duração da formação foi adequada?

2 respostas: nível 3

4 respostas: nível 4

15 respostas: nível 5

Questão 5: As instalações onde decorreu a formação eram adequadas?

8 respostas: nível 3

7 respostas: nível 4

6 respostas: nível 5

Questão 6a: Como classifica o desempenho do formador quanto a domínio de conhecimentos?

3 respostas: nível 4

18 respostas: nível 5

Questão 6b: Como classifica o desempenho do formador quanto a comunicação (clareza e fluência do discurso)?

17 respostas: nível 5

4 respostas: nível 4

Questão 6c: Como classifica o desempenho do formador quanto a esclarecimento de dúvidas?

3 respostas: nível 4

18 respostas: nível 5

Questão 7: Como classifica a sessão, em termos globais?

2 respostas: nível 4

19 respostas: nível 5

Questão 8: Indique os aspetos mais positivos desta sessão:

- Parte prática/ exercício.
- Relevância nas intervenções não farmacológicas, na necessidade de comunicar e recentrar o doente.
- Foi uma sessão dinâmica, com partilha de opiniões. É bastante positivo adequar o tema da formação às situações do serviço.
- Conhecimento acerca do delirium e medicação a administrar em situação de delirium.
- É informação pertinente para aplicar no serviço de medicina.
- Esclarecimento de delirium/confusão mental/demência. Domínio de conhecimentos da formadora.

- Tratamento não farmacológico e farmacológico. Jogo sobre *delirium*.
- O tratamento não farmacológico, o jogo interativo.

Questão 9: Críticas/ Sugestões/ comentários:

- Mais sessões!
- Criar protocolo.
- É muita informação em pouco tempo, talvez aumentar o tempo de formação para assimilar melhor a informação.
- Criação de protocolo de administração de medicação em situação de delirium.

APÊNDICE XI – Poster apresentado nas 1^{as} Jornadas Pensar a Enfermagem Avançada no contexto atual dos cuidados de saúde

Autores: **Márcia Reis Luzia¹**, Deolinda Antunes da Luz²

¹Enfermeira, mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de intervenção de Enfermagem à Pessoa Idosa; CHO Centro Hospitalar do Oeste, Serviço de Medicina, Unidade de Peniche; m.luzia93@gmail.com; ²Docente, doutorada em Psicologia; ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; dluz@esel.pt.

Projeto CONFORTA-ME

A intervenção de enfermagem promotora do conforto da Pessoa Idosa hospitalizada, em situação paliativa

Fundamentação



Nos serviços de Medicina, é frequente observar-se uma abordagem focada na cura, o que pode dificultar o cuidado à Pessoa Idosa em situação paliativa numa perspetiva holística, própria dos cuidados paliativos (Roche-Fahy & Dowling, 2009).

Os Cuidados Paliativos (CP) visam a promoção do bem-estar e qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento (Diário da República, 2012) e destinam-se a pessoas com doença crónica, em fase avançada e progressiva (CNCP, 2017).

O conforto é um foco dos cuidados de enfermagem (Kolcaba, 2003; Morse, Bottorff, & Hutchinson, 1995; Pinto, Fumincelli, Mazzo, Caldeira, & Martins, 2016; Tutton & Seers, 2004), com implicações nas transições vividas pela Pessoa Idosa, como evidenciado em vários referenciais teóricos de enfermagem (Kolcaba, 2003; McCormack & McCance, 2006; Ruland & Moore, 1998).

Objetivo

Sistematizar a intervenção de enfermagem promotora do conforto da Pessoa Idosa, em situação paliativa.

Estratégias e instrumentos

- Questionário de diagnóstico das necessidades de conhecimento em CP
- Formações em serviço sobre os temas: dispneia, confusão/delirium e dor
- Identificação da Pessoa Idosa em situação paliativa
- Prestação de cuidados de enfermagem, assentes na abordagem paliativa
- Avaliação das necessidades de conforto da Pessoa Idosa
- Avaliação do Conforto – Escala Visual Analógica do Conforto
- Criação de um questionário de satisfação do utente

Conclusões

A implementação deste projeto é mobilizadora de competências de uma prática de enfermagem avançada (CNA, 2008), com a identificação das necessidades de conhecimento dos enfermeiros e desenvolvimento de um programa de formação ajustado às suas necessidades; com pesquisa e integração de conhecimento em Enfermagem e dos Cuidados Paliativos, tendo em vista uma prática baseada na evidência e centrada na pessoa; com início de um processo de mudança promotor do conforto na Pessoa Idosa.

Palavras-chave:

conforto, cuidados paliativos, pessoa idosa, cuidados de enfermagem

Implicações para a prática

Fortalecimento de uma cultura de cuidado centrado na pessoa e, concomitantemente, uma cultura de conforto, em Cuidados Paliativos.

Resultados esperados

- Maior conhecimento da equipa de enfermagem em CP
- Identificação precoce da Pessoa em situação paliativa
- Aumento da avaliação do conforto da Pessoa Idosa
- Plano de cuidados ajustado às necessidades de conforto da Pessoa Idosa e à sua situação de saúde
- Promoção do conforto da Pessoa Idosa

**APÊNDICE XII – Comunicação livre “Projeto Conforta-me a
intervenção de enfermagem centrada na Pessoa Idosa
hospitalizada, em situação paliativa”**



II Jornadas de **Enfermagem** da Escola Superior de Saúde Egas Moniz

Cuidado Centrado na Pessoa

Projeto conforta-me: a intervenção de enfermagem centrada na Pessoa Idosa hospitalizada, em situação paliativa



Márcia Reis Luzia (m.luzia93@gmail.com)

Isabel Cunha, M^a Deolinda Antunes da Luz



Monte da Caparica, 20 e 21 de Fevereiro de 2020



II Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde Egas Moniz

Sumário



Problemática

Objetivo

Metodologia

Resultados

Conclusões



Problemática

(Sussman et al, 2017)



Pessoa Idosa

- Múltiplas doenças crónicas
(World Health Organization, 2011)
- Elevadas necessidades de conforto
(Kolcaba, 2003)
- Benefício da abordagem paliativa
(World Health Organization, 2011)

O conforto, na ótica da pessoa idosa e família, é visto como característica central da Abordagem Paliativa.



Problemática



Serviços de Medicina Interna

- Abordagem focada na cura
- Dificuldade em cuidar a PI de forma holística

(Chan, Macdonald, Carnevale, & Cohen, 2017, Roche-Fahy & Dowling, 2009)

Necessidades de conforto não satisfeitas
Sintomas mal controlados
Suporte emocional inadequado
Problemas de comunicação

Políticas institucionais devem favorecer a identificação precoce da PI com necessidades paliativas



Problemática



Objetivo

- Implementar um projeto centrado na Pessoa Idosa hospitalizada, em situação paliativa, com vista à promoção do seu conforto.





Metodologia

- Questionário aos enfermeiros do Serviço de Medicina acerca das suas perceções de conhecimento em Cuidados Paliativos.
- Sessões de formação (2h cada) sobre os temas de maior necessidade.

Mais de 50% da equipa afirma ter conhecimento pouco satisfatório nesta área.


Temas: controlo da dor, dispneia, confusão mental/ *delirium*.


Pré-requisitos

(McComack & McCance, 2006)



Metodologia

 Instrução de trabalho para identificação da PI com necessidades paliativas.

 Inclusão do instrumento de trabalho SPICT-PT™
(The University of Edinburgh, n.d.)



Facilita:

Revisão de objetivos de cuidado

Realização de plano de cuidados antecipatório

Nas primeiras 48h de internamento





Metodologia

Instrução de trabalho sobre conforto



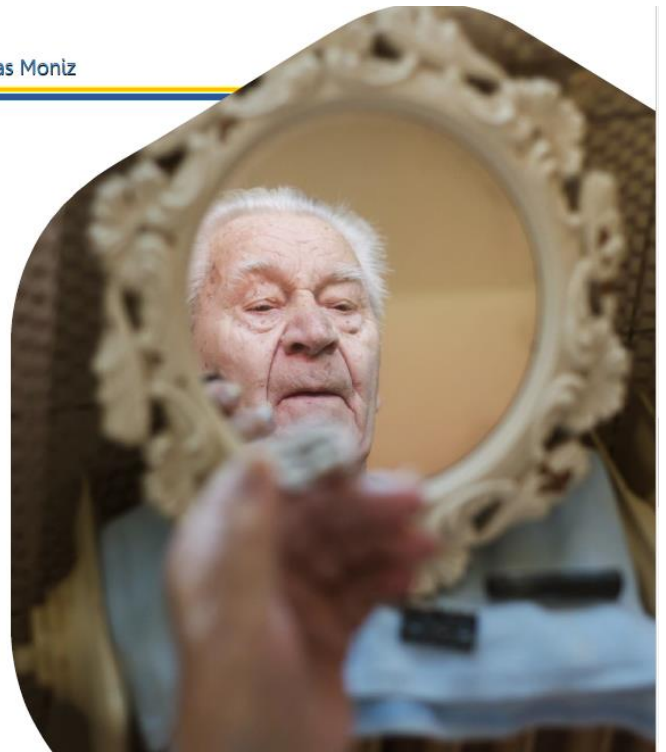
Avaliação das necessidades de conforto



Escala Visual Analógica do Conforto



Estratégias de intervenção promotoras do conforto



Resultados

Pré-requisitos dos enfermeiros

(McCormack & McCance, 2006)

Maior conhecimento na área dos Cuidados Paliativos.

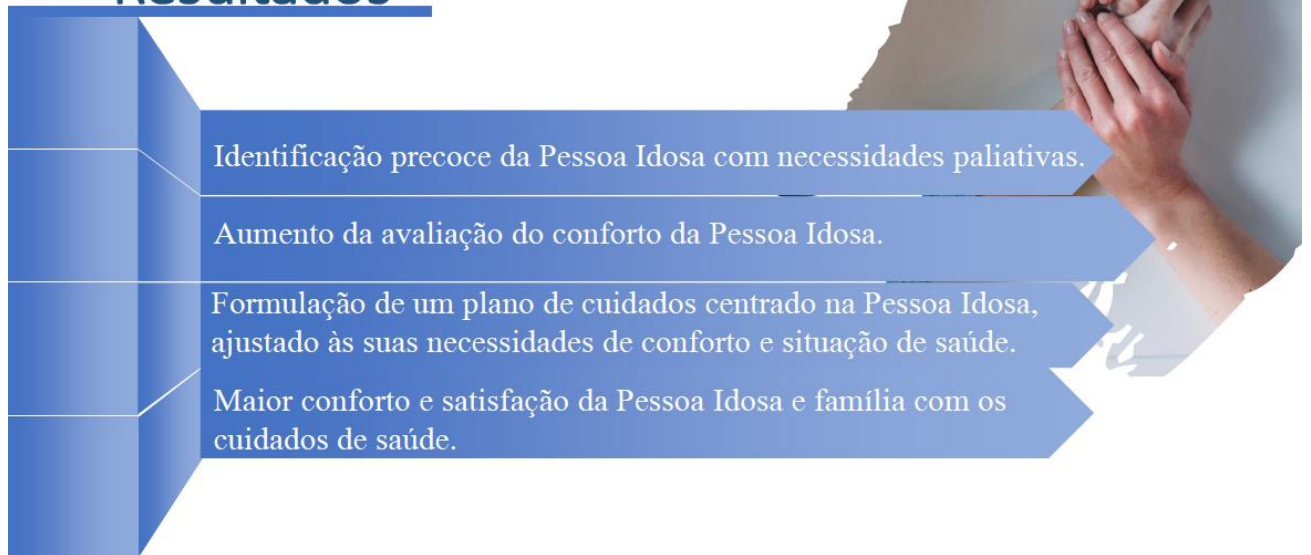
Capacitação para a identificação precoce da Pessoa Idosa com necessidades paliativas.

Capacitação para a avaliação das necessidades de conforto e sua promoção.

Melhor articulação com a Equipa de Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos.



Resultados



Conclusões

Contributo para o fortalecimento de uma cultura de cuidado centrado na pessoa e, simultaneamente, uma cultura de conforto associada à abordagem paliativa.

Favorece

Conhecimento da Pessoa Idosa

(Mitchell & McCance, 2010)



Participação no plano de cuidados

Valorização de princípios que reconhecem o valor intrínseco da pessoa



Referências Bibliográficas

- Chan, L. S., Macdonald, M. E., Carnevale, F. A., & Cohen, S. R. (2017). 'I'm only dealing with the acute issues': How medical ward 'busyness' constrains care of the dying. *Health (United Kingdom)*, 1–18. <https://doi.org/10.1177/1363459317708822>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- Mitchell, E. A., & McCance, T. (2010). Nurse-patient encounters in the hospital ward, from the perspectives of older persons: An analysis using the Authentic Consciousness Framework. *International Journal of Older People Nursing*, 95–104. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00233.x>
- Roche-Fahy, V., & Dowling, M. (2009). Providing comfort to patients in their palliative care trajectory: experiences of female nurses working in an acute setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(3), 134–141. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2009.15.3.41092>
- Sussman, T., Kaasalainen, S., Mintzberg, S., Sinclair, S., Young, L., Ploeg, J., ... McKee, M. (2017). Broadening end-of-life comfort to improve palliative care practices in long term care. *Canadian Journal on Aging*, 36(3), 306–317. <https://doi.org/10.1017/S0714980817000253>
- World Health Organization. (2011). *Palliative care for older people: better practices*. (S. Hall, H. Petkova, A. Tsouros, M. Costantini, & I. Higginson, Eds.). Copenhagen.



II Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde Egas Moniz

Cuidado Centrado na Pessoa

Projeto conforta-me: a intervenção de enfermagem centrada na Pessoa Idosa hospitalizada, em situação paliativa



Márcia Reis Luzia (m.luzia93@gmail.com)

Isabel Cunha, M^ª Deolinda Antunes da Luz



Monte da Caparica, 20 e 21 de Fevereiro de 2020



IIªs Jornadas de Enfermagem

Escola Superior de Saúde Egas Moniz

Certificado

Márcia Reis Luzia

Participou com a apresentação da seguinte comunicação Livre "*Projeto Conforta-me a intervenção de enfermagem centrada na Pessoa Idosa hospitalizada, em situação paliativa*", em co-autoria com Isabel Cunha e Deolinda Antunes da Luz, nas IIªs Jornadas de Enfermagem - Cuidado Centrado na Pessoa, que decorreram nos dias 20 e 21 de Fevereiro de 2020, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

C. de L. Cunha

Presidente da Comissão Científica

A. da Serra

Presidente da Comissão Organizadora

Com o apoio de:



**APÊNDICE XII – Instrução de trabalho “A
intervenção de enfermagem promotora do conforto da Pessoa
Idosa hospitalizada, em situação paliativa”**

1. CAMPO DE APLICAÇÃO

A presente instrução de trabalho tem como foco o conforto da Pessoa Idosa com necessidades paliativas. Destina-se aos utentes internados nos Serviços de Medicina Interna.

2. DESCRIÇÃO

2.1 Definições

É importante desenvolver o cuidado de conforto à Pessoa Idosa, nomeadamente em contexto hospitalar, devido às necessidades de conforto decorrentes da situação de vulnerabilidade que esta vive. Além disso, o conforto é o objetivo central dos cuidados de enfermagem (Kolcaba, 2003; Pinto, Caldeira, & Martins, 2016; Tutton & Seers, 2004). Assim, como “o conforto é central para a enfermagem e a enfermagem é central para o cuidado de idosos hospitalizados, é crucial que os profissionais sejam capacitados para realizar o seu potencial nesta área” (Tutton & Seers, 2004, pág. 387).

Desta forma, os enfermeiros deverão desenvolver competências para a intervenção promotora de conforto, que substituam o desejo de tratamentos médicos agressivos, baseada na avaliação holística das necessidades das pessoas idosas (Oliveira, 2013). No campo das necessidades,

compreende-se a importância dos enfermeiros se centrarem nas reais necessidades dos idosos, o que passa pela construção de uma relação de confiança e proximidade dada, por si só, como confortadora, e pela procura de consistência no trabalho de equipa em redor dos modos/formas de confortar. (Sousa, 2014).

Quando o conforto é fortalecido, a pessoa idosa adota um comportamento de procura de saúde, que se pode manifestar ao nível interno, ao nível externo (nomeadamente na participação ativa no processo de cuidados) ou na morte tranquila. Com isto, também é fortalecida a integridade da instituição, porque uma pessoa idosa com um comportamento de procura de saúde implica melhores resultados, como redução do tempo de internamento (March & McCormack, 2009).

Conforto pode ser definido como “a experiência de ser fortalecido por ver as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas, nos quatro contextos (físico, psicoespiritual, social e ambiental)” (Kolcaba, 2003).

Abaixo caracteriza-se os tipos e os contextos de conforto (Kolcaba, 2003).

Tipos de conforto:

Alívio: estado de calma e contentamento.

Tranquilidade: quando uma pessoa vê uma necessidade de conforto atendida.

Transcendência: quando a pessoa se eleva acima da dor ou de problemas.

Contextos:

Físico: relacionado com a componente fisiológica da pessoa.

Psicoespiritual: relativo à consciência de si, “incluindo a autoestima, o conceito de si mesmo, a sexualidade e o significado da vida; relação com uma ordem ou um ser mais elevado” (Dowd, 2004, pág. 485).

Social: relativo às relações interpessoais.

Ambiental: relativo às condições e influências externas.

2.2 Procedimento

2.2.1 Material

- Plano de Cuidados de Conforto (ANEXO I)
- Escala Visual Analógica do Conforto (ANEXO II)
- Esquema de necessidades de conforto e estratégias de intervenção de enfermagem (ANEXO III).

2.2.2 Descrição do procedimento

- Avaliação holística das necessidades de conforto da Pessoa Idosa e/ ou família, com recurso ao Plano de Cuidados de Conforto (ANEXO I).
- Planeamento de intervenções de conforto com o objetivo de aumentar o conforto da Pessoa Idosa e/ou família (ver ANEXO III).
- Avaliação do conforto após a intervenção e comparação com o nível de conforto inicial.

o Avaliação: as intervenções de enfermagem utilizadas funcionaram?

o A avaliação pode ser subjetiva e objetiva, através da utilização da Escala Visual Analógica do Conforto (ANEXO II).

2.3 Processo de enfermagem

Foco de atenção	Intervenções De diagnóstico	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de enfermagem	SCD (Nível de dependência)
Foco Conforto	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conforto • Avaliar bem-estar psicológico • Avaliar cognição • Avaliar a autoestima • Avaliar crenças espirituais 	<ul style="list-style-type: none"> • Conforto comprometido • Autoestima comprometida • Autonomia comprometida • Bem-estar social comprometido 	Executar técnica de distração	Todos
			Executar técnica de imaginação guiada	Todos
			Executar técnica de massagem	Todos
			Executar técnica de relaxamento	Todos
			Gerir ambiente	Todos
			Gerir medidas de segurança	Todos
			Lavar a boca	Dependência moderada e dependência elevada
			Manter a dignidade e a privacidade	Todos
			Providenciar apoio emocional	Todos
			Estabelecer uma ligação	Todos
			Proporcionar orientação para a realidade	Todos
			Promover o uso de dispositivo para auxiliar a memória	Todos
			Ensinar a família acerca do <i>delirium</i>	Todos
Promover a autoestima	Todos			
Reforçar os sucessos	Todos			
Envolver no processo de tomada de decisão	Todos			

			Reforçar a definição de prioridades	Todos
			Apoiar no processo de tomada de decisão	Todos
			Apoiar as crenças	Todos
			Proporcionar apoio espiritual	Todos
			Encaminhar para o serviço religioso	Todos
			Proporcionar privacidade para o comportamento espiritual	Todos
			Implementar terapêutica do humor	Todos
			Promover o bem-estar social	Todos
			Proporcionar apoio social	Todos
			Ensinar a família acerca do processo de doença	Todos

Nota: as intervenções supracitadas estão disponíveis no catálogo CIPE, devendo-se, no futuro, agrupá-las no programa SClínico.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dowd, T. (2004). Teoria do Conforto. In *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5.a Edição, pp. 481–496). Loures: Lusociência.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.

Pinto, S., Caldeira, Sílvia, & Martins, J. C. (2016). A systematic literature review toward the characterization of comfort. *Holistic Nursing Practice*, 30(1), 14–24. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000126>

Tutton, E., & Seers, K. (2004). Comfort on a ward for older people. *Journal of Advanced Nursing*, 46(4), 380–389. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03005.x>

ANEXOS

- Plano de Cuidados de Conforto (ANEXO I)
- Escala Visual Analógica do Conforto (ANEXO II).
- Esquema de necessidades de conforto e estratégias de intervenção de enfermagem (ANEXO III).

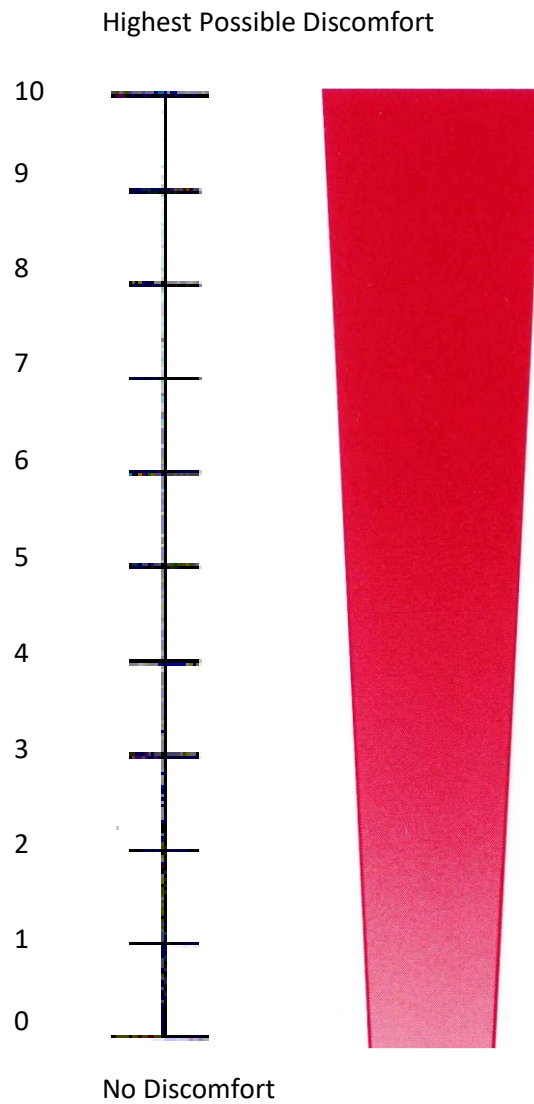
Anexo I – Plano de Cuidados de Conforto

Necessidades de conforto	Intervenções de conforto	Avaliação
• Físicas		Subjetiva
• Psicoespirituais		Objetiva
• Ambientais		
• Socioculturais		

Anexo II - Escala Visual Analógica do Conforto

100-mm Visual Analogue Scale

Discomfort Assessment



Anexo IV - Esquema de necessidades de conforto e intervenções de conforto

Tipos de Conforto	Necessidades de Conforto	Exemplos de intervenções
Conforto físico	<ul style="list-style-type: none"> • Homeostasia – fluídos, eletrólitos, sistema respiratório, sistema circulatório, sistema metabólico, nutrição. • Gestão da dor • Outros desconfortos físicos – obstipação, dispneia, náuseas, <i>delirium</i>... • Alterações sensoriais – acuidade auditiva, acuidade visual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionar a pessoa idosa. • Colocação de almofadas. • Massagem com o intuito de aumentar o conforto e reduzir dor. • Cuidados de higiene total/parcial, para que a Pessoa Idosa se sinta limpa. • Cuidados de higiene à boca. • Manter contacto físico – tocar a pessoa através de abraço ou toque tranquilizador. • Cuidado ao cabelo – lavar, pentear ou massajar. • Providenciar ajudas sensoriais, como próteses dentárias, óculos, próteses auditivas). • Alívio de outros desconfortos físicos. • Administração de medicação.
Conforto psicoespiritual	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidades espirituais – capelão, guia espiritual. • Ansiedade • Medo • Perda de controlo • Prognóstico • Stress • Sentido da vida • Significado dado à doença. • Revisão de vida 	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar e elogiar a Pessoa Idosa com o objetivo de melhorar a autoestima. • Promover estratégias de auto conforto: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pensamento positivo – colocar acontecimentos em perspetiva, com o foco na melhoria da condição atual; ○ Procura de tranquilidade – saber identificar a ajuda necessária e como obtê-la; procura de segurança, através da disponibilidade e competência da equipa profissional. • Pedir aconselhamento espiritual (padre, capelão, guia espiritual). • Utilizar de estratégias de comunicação que facilitem a comunicação de necessidades de conforto da Pessoa Idosa.

		<ul style="list-style-type: none"> • Permitir objetos e símbolos religiosos na enfermaria. • Realização de atividades religiosas, como leitura de escrituras, meditação, ouvir música religiosa, manter-se conectado com a natureza. • Promover privacidade – fechar cortinas e portas. • Outras – qualquer intervenção que promova o conforto psicoespiritual.
Conforto sociocultural	<ul style="list-style-type: none"> • Finanças • Preparação para a alta. • Necessidades de informação/ educação. • Relações significativas – resolução de conflitos. • Preferências de visitas. • Suporte social 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover interação familiar. • Envolver a família no processo de cuidados. • Conversar com a Pessoa Idosa sobre outros assuntos que não estejam relacionados com a hospitalização. • Uso terapêutico de si – responder de forma calorosa às necessidades de conforto da Pessoa Idosa, estar aberto ao encontro com a pessoa. • Facilitar o sentimento de pertença ao ambiente hospitalar (neutralização de emoções negativas associados à separação de casa e de vida doméstica, familiarização com as dinâmicas do serviço). • Permitir o uso de objetos pessoais. • Explicar à Pessoa Idosa o plano de cuidados de forma a promover o autocuidado. • Promover estratégias de auto conforto: <ul style="list-style-type: none"> ○ Procurar informação, adaptar-se – desenvolver formas de aceitar uma nova forma de vida, gerir sintomas, com vista à recuperação da capacidade funcional, independência e capacidade para o autocuidado. ○ Manter-se ocupado/distraído, através de visualização de televisão, leitura, hobbies. • Qualquer outra intervenção que aumente a socialização da Pessoa Idosa.
Conforto ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Quarto privado/ privacidade. • Cadeira para a família descansar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trocar a roupa de cama. • Acender / desligar luzes conforme preferência da Pessoa Idosa. • Controlar o ruído – fechar portas dos

	<ul style="list-style-type: none"> • Odores, ruído, luz. • Decoração, mobiliário. • Ambiente seguro • Ambiente calmo • 	<p>quartos, ajustar alarmes dos aparelhos, manter o silêncio de forma a reduzir estímulos desnecessários.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ligar/ desligar televisão, conforme preferência da Pessoa Idosa. • Alterar a temperatura do quarto (ligar aquecimento/ abrir janelas/ providenciar ventoinha). • Qualquer outra intervenção que promova o conforto ambiental.
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANEXOS

ANEXO I – Autorização Escala de Confusão NEECHAM

Pedido de autorização da Escala de confusão NEECHAM >



Márcia Luzia <m.luzia93@gmail.com>

quinta, 7/11, 22:54 (há 3 dias)



para hugoneves ▾

Exmo. Sr. Hugo Neves,

Chamo-me Márcia Reis Luzia, sou enfermeira e estudante do 10º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa Idosa, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Estou a desenvolver um projeto que tem como título "a intervenção de enfermagem promotora do conforto na Pessoa Idosa hospitalizada, em situação paliativa". Um dos critérios de inclusão da população em estudo é a orientação. Assim, venho por este meio pedir autorização para utilizar a escala de Confusão NEECHAM, bem como o instrumento de avaliação e outros dados relevantes.

Agradeço, desde já, a sua disponibilidade.

Márcia Reis Luzia

↩ Responder

➡ Encaminhar

Hugo Neves <hugoneves@gmail.com>

📧 12/11/2019, 19:07



para mim ▾

Estimada Márcia,

Caso fosse possível, recomendava o envio do pedido às professoras Virginia Neelon (vneelon@email.unc.edu) e Mary Champagne (champ001@mc.duke.edu), a validar o uso, uma vez que a escala é propriedade intelectual das mesmas. São pessoas extremamente acessíveis. Relativamente ao uso da versão portuguesa, serve o presente email para autorizar o uso da versão portuguesa da Escala de Confusão NeeCham. Em anexo seguem a escala, as instruções e a dissertação de mestrado (caso não a tenha). Caso venha a citar a tradução da escala, se possível, pedia que utilizasse o artigo da Revista Referência. Segue também o meu contacto telefónico, caso necessite de alguma informação adicional.

Desejos de um excelente trabalho,

**ANEXO II – Autorização da Comissão de Ética Hospitalar para
o desenvolvimento do estudo**

RE: Pedido de Autorização à Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Oeste



Caixa de entrada x



Secretariado CA- CHOeste <secretariado.ca@choeste.min-saude.pt>

terça, 14/01, 12:59



Exm^a Senhora
Enf^a Márcia Reis Luzia

Na sequência do email infra, encarrega-me o Conselho de Administração de informar, de acordo com a sua deliberação de 9 de janeiro de 2020, que foi autorizada a realização do estudo de investigação solicitado, cumprindo este os pareceres da Comissão de Ética e Centro de Investigação, em anexo.

Com os melhores cumprimentos,

[Redacted signature line]

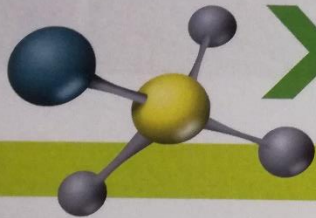
Coordenadora Técnica

Secretariado do Conselho de Administração

[Redacted contact information]

[Redacted contact information]

**ANEXO III – Certificado de Participação no Workshop PAIN
EDUCATION**



PAIN
EDUCATION

FUNDAÇÃO
GRÜNENTHAL

VIVER SEM DOR, VIVER MELHOR

workshop

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos, certifica-se que Márcia Reis Vieira
participou no Workshop PAIN EDUCATION que se realizou no dia 16
de Novembro de 2019, em Lisboa, com a duração de 8 horas.

em nome

FUNDAÇÃO GRÜNENTHAL

PROGRAMA | Classificação da Dor • Fisiologia da Dor • Cronificação da Dor • Avaliação da Dor
• Farmacologia da Dor

ANEXO IV – Certificado de Participação nas 1 Jornadas Pensar a Enfermagem Avançada no Contexto atual dos Cuidados de Saúde



1 Jornadas
Pensar a Enfermagem Avançada no
contexto atual dos cuidados de saúde

18 Dezembro 2019
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Auditório do pólo Artur Passalunghi

Certificado

Mércia Reis Vieira

esteve presente nas **1 Jornadas Pensar a Enfermagem Avançada no Contexto atual dos Cuidados de Saúde**, realizadas pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no dia 18 de dezembro de 2019.

O Presidente da ESEL, João Carlos Barreiros dos Santos

 LUSODIDACTA



ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ANEXO V – Certificado Poster



1 Jornadas
Pensar a Enfermagem Avançada no
contexto atual dos cuidados de saúde

18 Dezembro 2019
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Auditório do pólo Artur Ravara

Certificado

Márcia Reis Luzia; Deolinda Antunes da Luz, venceram o 1.º prémio na categoria de projetos em fase de conceção com o poster subordinado ao tema “A intervenção de enfermagem promotora do conforto na Pessoa Idosa hospitalizada, em situação paliativa.”, nas **1 Jornadas Pensar a Enfermagem Avançada no Contexto atual dos Cuidados de Saúde**, realizadas pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no dia 18 de dezembro de 2019.

O Presidente da ESEL, João Carlos Barreiros dos Santos

