

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

A PERCEÇÃO DO CONFORTO PELA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

CONFORT PERCEPTION FOR PEOPLE IN PALLIATIVE CARE

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

INTERNSHIP REPORT

Autor

Elisete Cristina da Rocha Silva

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

A PERCEÇÃO DO CONFORTO PELA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA - Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa

CONFORT PERCEPTION FOR PEOPLE IN PALLIATIVE CARE - Specialized clinical skills development project in the área of nursing for people in a palliative situation

Orientador(es)

Marisa da Conceição Gomes Lourenço
Professor Adjunto, Doutor

Autor

Elisete Cristina da Rocha Silva

Porto, 2024

RESUMO

Introdução: Os Cuidados Paliativos (CP) são uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos clientes que enfrentam problemas associados a doenças com risco de vida, bem como da sua família. Previne e alivia o sofrimento por meio, da identificação precoce, avaliação adequada e tratamento da dor e outros problemas, podendo ser eles físicos, psicossociais ou espirituais. O envelhecimento demográfico da população Portuguesa e o aumento de doenças oncológicas, neurológicas e insuficiência de órgãos, concorrem para a presença de um número elevado de grupos de clientes que estão em grande sofrimento, pelo que os enfermeiros devem ter competências para prestar assistência e cuidados adequados ao cliente/família, evidenciando-se a necessidade que se imprime para a formação especializada em CP. No cuidado à pessoa em situação paliativa e família o conforto, numa perspetiva multidimensional, assume-se como pedra basilar.

Objetivo: Pretende-se apresentar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista (EE) e competências específicas do EE em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação paliativa, realizado no estágio de natureza profissional (ENP), no contexto da unidade de cuidados paliativos (UCP) e da equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos (ECSCP).

Metodologia: O presente relatório baseia-se numa metodologia descritiva, crítico-reflexiva do processo para obtenção competências comuns e específicas de EE, de acordo com a legislação portuguesa para obtenção de grau de mestre e conforme previsto pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para o desenvolvimento de competências profissionais, tendo como mote orientador, a intervenção especializada do enfermeiro sobre a promoção de conforto, considerando a perceção do conforto pela pessoa em situação paliativa.

Resultados: Realizada a descrição das atividades concretizadas na ENP, que contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns e específicas em enfermagem médico cirúrgica à pessoa em situação paliativa e ainda a elaboração de uma revisão rápida da literatura, sobre a perceção de conforto pela pessoa em situação paliativa, que sustentaram a prática clínica com evidência científica atual.

Conclusão: O desenvolvimento de competências comuns e específicas de EE, emancipa o papel do EE em CP, para uma posição, que possa fazer diferença na vida daqueles que se encontram no momento de grande vulnerabilidade ao enfrentarem doenças crónicas e terminais em qualquer dos contextos da prática clínica, permitindo proporcionar o cuidado holístico, com o contributo significativo no conforto, alívio do sofrimento e preservação da dignidade.

Palavras chave: Cuidados paliativos; conforto; enfermeiro especialista; competências.

ABSTRACT

Introduction: Palliative Care (PC) is an approach that aims to improve the quality of life of clients facing problems associated with life-threatening illnesses, as well as their families. Prevents and alleviates suffering through early identification, adequate assessment and treatment of pain and other problems, whether physical, psychosocial or spiritual. The demographic aging of the Portuguese population and the increase in oncological and neurological diseases and organ failure, contribute to the presence of a high number of groups of clients who are in great suffering, therefore nurses must have skills to provide adequate assistance and care to the client/family, highlighting the need for specialized training in PC. In the care of people in palliative situations and their families, the comfort, from a multidimensional perspective, is the cornerstone.

Objective: The aim is to present the path of acquisition and development of common skills of specialist nurses (SN) and specific skills of the SN in medical surgical nursing in the area of people in palliative situations, carried out in the professional nature internship (PNI), in the context palliative care unit (PCU) and community palliative care support team (CPCST).

Methodology: This report is based on a descriptive, critical-reflective methodology of the process for obtaining common and specific SN competencies, in accordance with Portuguese legislation for obtaining a master's degree and as provided by the Order of Nurses (ON) for the development of professional skills, with the guiding theme being the specialized intervention of the nurse on the promotion of comfort, considering the perception of comfort by the person in a palliative situation.

Results: A description of the activities carried out in the PNI was made, which contributed to the development of common and specific skills in medical-surgical nursing for people in a palliative situation and also the preparation of a quick review of the literature, on the perception of comfort by the person in the situation palliative, which supported clinical practice with current scientific evidence.

Conclusion: The development of common and specific SN skills emancipates the role of SN in PC, to a position that can make a difference in the lives of those who find themselves at a time of great vulnerability when facing chronic and terminal illnesses in any context of clinical practice, allowing to provide holistic care, with a significant contribution to comfort, relief of suffering and preservation of dignity.

Keywords: Palliative care; comfort; specialist nurse; Skills.

ABREVIATURAS

- BIPAP - Bilevel Positive Airway Pressure
- CP - Cuidados Paliativos
- DAV - Diretivas Antecipadas de Vontade
- DGS - Direção Geral de Saúde
- DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
- ECSCP - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
- EIHSCP - Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
- EE - Enfermeiro Especialista
- ENP - Estágio de Natureza Profissional
- ESAS - Edmonton System Assessment Scale
- ESMO - European Society of Medical Oncology
- ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto
- EV- Endovenosa
- IEV - Infusão endovenosa
- IPO - Instituto Português de Oncologia
- ICN - International Council of Nurses
- Nº - Número
- OE - Ordem dos Enfermeiros
- OSF - Open Science Framework
- p.- Página
- PAINAD - Pain Assessment in Advanced Dementia
- PEDCP - Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos
- PPS - Palliative Performance Scale
- RNCP - Rede Nacional de Cuidados Paliativos
- RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- SC - Subcutânea
- SL - Sublingual
- Sr. ^o - Senhor
- Sr. ^a - Senhora
- SUDHV - Situação de Últimos Dias ou Horas de Vida
- UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade
- UCP - Unidade de Cuidados Paliativos
- ULS - Unidade Local de Saúde
- VNI - Ventilação Não Invasiva
- WHO - World Health Organization

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	19
3. ESTUDO DE CASO 1 - UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS	29
3.1. Enquadramento teórico	29
3.2. Clientes	33
3.3. Medicação	33
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	34
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	35
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	37
3.5. Domínios	38
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	38
3.6. Conceção de Cuidados	52
3.7. Especificação das intervenções	58
3.8. Síntese relativa ao caso	60
4. ESTUDO DE CASO 2 - EQUIPA COMUNITÁRIA DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS	65
4.1. Enquadramento teórico	65
4.2. Clientes	68
4.3. Medicação	69
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	69
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	72
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	73
4.5. Domínios	74
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	74
4.6. Conceção de Cuidados	81
4.7. Especificação das intervenções	87
4.8. Síntese relativa ao caso	89
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	93
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	123
7. BIBLIOGRAFIA	125
ANEXOS	137

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Número de clientes por idades na UCP

Quadro 2 - Número de clientes por diagnóstico na UCP

Quadro 3 - Sinais/sintomas e problemas ativos dos clientes da UCP

Quadro 4 - Número de clientes por idades acompanhados pela ECSCP

Quadro 5 - Número de clientes por diagnóstico acompanhados pela ECSCP

Quadro 6 - Sinais/sintomas e problemas ativos dos clientes seguidos pela ECSCP

Quadro 7 - Estrutura taxómica do conforto desenvolvida com os dados do Sr. ^o A

Quadro 8 - Estrutura taxómica do conforto desenvolvida com os dados da Sr. ^a B

Quadro 9 - A perceção do conforto pela pessoa em situação paliativa no internamento

Quadro 10 - A perceção do conforto pela pessoa em situação paliativa no domicílio

Quadro 11 - Extração de dados dos estudos incluídos na revisão rápida literatura

Quadro 12 - Síntese dos resultados da revisão rápida sobre a perceção de conforto

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma PRISMA no processo de seleção e inclusão de estudos

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

No último século, o progresso tecnológico influenciou os cuidados de saúde, proporcionando uma enorme oportunidade de se focarem na cura, o que levou ao aumento da longevidade dos clientes, mas também ao consequente aparecimento de patologias crónicas. Com este avanço, as necessidades dos clientes e famílias ficavam em segundo plano e a pretensão da vertente curativa, fomentava o sentimento de insucesso da ciência e da medicina, perante os casos de incurabilidade e morte (Capelas et al., 2016).

A desadequação dos serviços de saúde em relação ao sofrimento dos clientes com patologia crónica e incurável e a especificidade de cuidados que deveriam ser prestados, conduziu ao movimento dos CP (ibidem).

O surgimento dos CP, numa perspetiva mais moderna (cuidados, formação e investigação), reporta-se aos anos 60 do século passado, quando Cicely Saunders, no contato com um cliente que estava a morrer com cancro levantou o desafio de compreender a dor e outros sintomas. Tendo culminado, com a fundação do St. Christopher's Hospice, em Londres, no ano de 1967 (Capelas et al., 2014).

Em Portugal, foi na década de 90, que se expandiram os CP, através do Hospital do Fundão com a inauguração da unidade da dor que depois se transformou no serviço de internamento para CP, e cerca de dois anos após, no Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto com o surgimento da primeira UCP, também com valência de consultoria intra-hospitalar e apoio domiciliário (ibidem).

Em 2012, foi criada a Lei de Bases dos CP que consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos CP, define a responsabilidade do estado nesta matéria e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP). A RNCP integra a equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP), a ECSCP e a UCP, para dar resposta a situações paliativas complexas enquanto equipa especializada em CP (Lei nº 52/2012). Posto isto, a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos ([CNCP], 2023) faz a coordenação da RNCP e procede a elaboração de Planos Estratégicos para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP), entre outras funções.

Os CP emergem com uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos clientes que enfrentam problemas associados a doenças com risco de vida, bem como da sua família. Previne e alivia o sofrimento por meio, da identificação precoce, avaliação adequada e tratamento da dor e outros problemas, podendo ser eles físicos, psicossociais ou espirituais (World Health Organization [WHO], 2020).

A intervenção dos profissionais de saúde em CP é regida por princípios, nomeadamente: “afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica; Aumento da qualidade de vida do doente e sua família; Prestação individualizada, humanizada, tecnicamente rigorosa, de cuidados paliativos aos doentes que necessitem deste tipo de cuidados; Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados paliativos; Conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas; Consideração pelas necessidades individuais dos pacientes; respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas e continuidade de cuidados ao longo da doença” (Lei 52/2012, 2012, p. 5120).

Para cumprir estes princípios, os CP centram a sua ação em 4 pilares essenciais: controlo de sintomas, comunicação, apoio à família e trabalho em equipa (Neto, 2016b).

O controlo de sintomas em CP estende-se além do controlo da dor ou de outros sintomas físicos, é crucial integrar as necessidades espirituais, psicológicas, emocionais do cliente que surgem e têm repercussões diretas sobre o seu bem-estar (Neto, 2016c).

A comunicação na doença avançada e terminal opera como estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento (Querido et al., 2016a).

O apoio à família em CP é fundamental para a sua integração na equipa, acompanhamento e capacitação. Para além que, o impacto da doença não afeta apenas o cliente, mas toda família (Fernandes, 2016), levando a que esta seja considerada como prestadora e recetora de cuidados (Neto, 2016b).

O trabalho em equipa requer uma abordagem transdisciplinar, ou seja, os elementos, envolvem-se numa conceção comum, delineiam juntos a teoria e a resolução dos problemas, que são considerados de todos. São incluídos os clientes, cuidadores/famíliares, serviços sociais, médicos, enfermeiros, entre outros, com o objetivo de atuar para o bem-estar global do cliente e da família (Bernardo et al., 2016b).

Ter conhecimento sobre as trajetórias das doenças crónicas progressivas, permite, planear uma “boa morte”, nomeadamente morrer em casa que é manifestado por cerca de 65% dos clientes no início de uma doença oncológica ou falência orgânica, programar um local preferido de cuidados, resolver questões pendentes, obter uma comunicação tranquila, realizar diretivas avançadas de vontade e o testamento vital (Murray et al., 2005).

O profissional de saúde, ao considerar as trajetórias de doença, permite obter um padrão temporal, prováveis necessidades do cliente e interações com serviços sociais e de saúde, face ao inevitável processo de morte (ibidem). Assim sendo, são descritas três trajetórias de doença em clientes com doença crónica progressiva (Murray et al., 2017):

A trajetória de rápido declínio é típica em doenças oncológicas e conduz a um declínio previsível

na saúde, afetando simultaneamente as componentes física, psicológica e social. Todas as pessoas cujo cancro pode limitar a vida em qualquer aspeto, mesmo que não seja necessariamente incurável, devem ser referenciadas para CP desde o diagnóstico, possibilitando o planeamento avançado de cuidados. Esperar pelo declínio físico é perder a oportunidade de fornecer CP bem coordenados e integrados com outros tratamentos (Murray et al., 2017).

A trajetória de declínio intermitente verifica-se geralmente em clientes com condições de insuficiência de órgãos, como a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), insuficiência hepática ou insuficiência cardíaca. O decréscimo das dimensões social e psicológica tende a seguir o declínio físico, enquanto o sofrimento espiritual é influenciado pela capacidade da pessoa de permanecer resiliente. Durante meses ou anos, os clientes padecem de exacerbações frequentes que podem conduzir à morte, embora o cliente possa sobreviver a muitos desses episódios. No entanto, a deterioração gradual da saúde e do estado funcional é inevitável e a morte pode ser um acontecimento inesperado (ibidem).

A trajetória de declínio gradual é frequentemente associada a demências ou a doenças neurológicas progressivas, incluindo a incapacidade a longo prazo após um acidente vascular cerebral grave. O bem-estar psicológico é afetado pelas mudanças que ocorrem ao nível social ou pela ocorrência de episódios agudos da doença. Apesar disso, a diminuição do bem-estar devido a alterações de carácter psicológico, existencial e social pode sinalizar um declínio físico global ou a morte (ibidem).

Todavia, apesar dos CP terem como principal objetivo proporcionar o conforto aos clientes e às famílias, estes ainda enfrentam o desconforto, principalmente quando se persiste em priorizar o conforto físico em detrimento de outras dimensões relacionadas ao processo da doença (Coelho et al., 2016).

A dor física continua a ser alvo de destaque na literatura científica e quando se torna prioridade no plano de cuidados, outros aspetos intrínsecos à multidimensionalidade do conforto podem ser negligenciados (ibidem).

O termo conforto, provém do latim “confortare”, significa “fortificar, corroborar, consolar, aliviar, assistir, ajudar e auxiliar” (Souza et al., 2021, p. 423). Consiste numa experiência individual, subjetiva e positiva que pode ser vivenciada em situações de doença ou tratamento do cliente (Souza et al., 2021).

Segundo Kolcaba (2003), o conforto é o estado de satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência nos quatro contextos da experiência humana: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental.

As necessidades de conforto de cada pessoa resultam de estímulos que causam tensões negativas, podendo ser implementadas medidas de conforto, inerentes às intervenções de enfermagem, para responder às necessidades da pessoa e para que ascendam tensões

positivas que conduzam ao aumento do conforto (Lourenço et al., 2021).

O conforto pode incluir a comunicação efetiva, a presença de pessoas significativas, a manutenção da funcionalidade e das características pessoais, o alívio físico, intervenções psicossociais e espirituais (Pinto et al., 2017), bem como a disponibilidade, carinho e apoio, provocando um impacto significativo (Coelho et al., 2016).

No caso dos últimos dias de vida, Arcadinho (2022), refere que devem ser incluídas as intervenções de enfermagem no conforto como: demonstrar respeito pela dignidade da pessoa; estabelecer uma relação empática; demonstrar compaixão; estar junto do cliente e família; executar escuta ativa; apoiar o cliente e família no processo de luto; identificar e apoiar na gestão de sentimentos e emoções negativas; apoiar a pessoa na construção de um legado; incentivar a expressão de sentimentos e emoções entre a pessoa e a sua família; estabelecer e assegurar o compromisso de não abandono; valorizar aspetos culturais/religiosos/rituais da pessoa; proporcionar momentos para a prática espiritual/religiosa e identificar e atender às necessidades físicas.

Entende-se que a compreensão do fenómeno do conforto passa pela perceção da pessoa em situação paliativa, dando-lhe a oportunidade de ser o condutor da identificação da sua própria perceção de conforto e, conseqüentemente, das suas necessidades individuais, permitindo desenvolver intervenções de enfermagem para a obtenção dos três estados de conforto definidos por Kolacaba (2003): tranquilidade, alívio e transcendência

O cuidado com foco na pessoa exige que as organizações e os profissionais de saúde valorizem as experiências e os valores individuais, reconhecendo-as na sua unicidade. Nesta linha de pensamento, é imprescindível considerar a pessoa como parceiro da construção do cuidado (Edgman-Levitan & Schoenbaum, 2021).

A teoria de conforto de Kolcaba (2003) fornece uma estrutura que orienta a prestação de cuidados de conforto holístico à pessoa em fim de vida e à sua família. Assim, será o referencial teórico utilizado para fundamentar as atividades que permitem o desenvolvimento de competências comuns e específicas no ENP.

Ter por base uma teoria de enfermagem sobre o conforto, permite organização e disciplina do pensamento, influência a pesquisa e a prática, direcionada as questões realizadas e facilita obtenção de resultados significativos e positivos, dada a congruência que a teoria exige.

O presente relatório foi realizado no âmbito da unidade curricular ENP com relatório - Módulo II, inserido no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), em dois contextos distintos de CP, UCP e na ECSCP, no período de 18 de setembro de 2023 a 26 de janeiro de 2024.

O relatório de estágio tem como objetivos apresentar e refletir sobre as atividades realizadas no ENP para o desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas de Enfermagem em Médico cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018 (2018) tendo como mote orientador o tema a perceção de conforto pela pessoa em situação paliativa e obter a certificação de competências clínicas especializadas, que reconhece ao profissional de enfermagem a atribuição do título de enfermeiro especialista.

Do ponto de vista metodológico para a elaboração deste documento, utilizou-se uma abordagem reflexiva, crítica e descritiva, recorreu-se à evidência científica mais atual e foi considerada a legislação portuguesa que regulamenta a atribuição do grau de mestre e de enfermeiro especialista em Enfermagem em Médico cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa.

Quanto à organização estrutural do relatório, este encontra-se dividido em três partes. A primeira parte corresponde à caracterização dos contextos clínicos onde decorreu o ENP. A segunda parte diz respeito à apresentação da conceção de cuidados de dois casos clínicos desenvolvidos no ENP, na UCP e na ECSCP. Por fim, a terceira parte do relatório refere-se ao desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE, com especial relevo para as competências específicas na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa. Inclui ainda a apresentação de uma revisão rápida da literatura sobre a perceção de conforto pela pessoa em situação paliativa.

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

A ordem dos enfermeiros ([OE], 2021), no que concerne à prestação de cuidados de enfermagem especializados, considera crucial que os EE compreendam as dinâmicas da sua intervenção, destacando a realização de estágios no contexto de prestação de cuidados, como elementos que facilitam o processo de aprendizagem e consolidação de conhecimentos.

Assim sendo, o ENP do presente curso de mestrado de enfermagem ocorreu em dois contextos, na UCP e na ECSCP. A seleção dos referidos contextos, foi motivada pelo o objetivo de desenvolver competências de EE para a prestação de CP especializados, mas também por razões pessoais e profissionais, especialmente pelo fato da minha atividade profissional em enfermagem ser exercida no internamento de uma UCP.

Especificamente a escolha da UCP recai no sentido de expandir o conhecimento num contexto idêntico ao do meu local trabalho e para dissipar uma possível visão comprometida por práticas de cuidados diários e a ECSCP para uma melhor compreensão sobre a continuidade de CP no contexto domiciliário.

Segundo a lei de bases de cuidados paliativos (Lei nº 52/2012, 2012), a política de recursos humanos das equipas locais de CP (UCP, EIHSCP e ECSCP) deve ser regida por padrões de qualidade baseada em formação específica e tendo em consideração os níveis de diferenciação recomendados. Para além disso, as equipas devem ser constituídas por profissionais de enfermagem, medicina, serviço social e psicologia com formação específica em CP, podendo ainda fazerem parte outros profissionais mediante a complexidade dos cuidados.

CARATERIZAÇÃO DA UCP

De acordo com, a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei nº 52/2012, 2012), a UCP é um serviço em regime de internamento, podendo estar integrada num hospital ou noutra instituição de saúde com internamento, para o tratamento de clientes que necessitam de CP diferenciados e multidisciplinares, perante uma situação clínica aguda complexa. Estas unidades ainda podem ter diferentes valências assistenciais, como o apoio intra-hospitalar, centro de dia, apoio domiciliário ou consulta externa.

Os serviços prestados pela UCP incluem, a prestação de cuidados médicos e de enfermagem permanentes; intervenção psicológica para os clientes, familiares e profissionais de saúde; intervenção e apoio social no luto; intervenção espiritual; prescrição e administração de fármacos; realização de exames complementares de diagnóstico; prestação de cuidados de higiene, conforto e alimentação; prestação de serviços de convívio e lazer; formação em CP;

assessoria na área de CP a profissionais de saúde da área de influência da instituição de saúde onde a UCP está integrada (Portaria nº 66/2018, 2018).

O ENP decorreu primeiramente no internamento da UCP, num hospital privado da região norte do País, no período entre 18 de setembro de 2023 a 20 de novembro de 2023, com a duração de 170 horas presenciais. A UCP funciona num serviço de internamento geral de adultos do hospital, como unidade independente, 24 horas por dia.

No ano de 2014, o hospital criou uma área reservada a CP integrados no centro de oncologia do mesmo, com uma equipa especializada em CP. Em 2017, foi distinguida como unidade certificada e de referência na prática integrada de CP e Oncologia pela Sociedade Europeia de Oncologia Médica (ESMO), passando a fazer parte dos "ESMO Designated Centres." A qualidade dos cuidados prestados e o reconhecimento do benefício dos CP ao cliente oncológico no decurso da trajetória de doença e não apenas aos últimos dias de vida, foram os alicerces para esta acreditação.

O centro integrado de oncologia e CP dispõem de consulta externa de CP, assistência em hospital de dia de oncologia, internamento para casos mais complexos e que não permitem a sua continuidade no domicílio e cuidados domiciliários com apoio da equipa médica do internamento de CP.

As principais áreas de intervenção da referida UCP, incidem no controlo da dor e outros sintomas; apoio a situações complexas de depressão, ansiedade, luto e sofrimento existencial; apoio na resolução de conflitos no âmbito de objetivos / procedimentos terapêuticos e apoio na tomada de decisões (não introdução/suspensão de procedimentos sem benefício clínico) ao cliente e família.

Quanto à área geográfica de intervenção, esta contempla o país na sua generalidade e a referenciação dos clientes é realizada através da consulta externa, hospital de dia de oncologia, serviço de urgência, serviços das diversas especialidades que contemplam o próprio hospital, a pedido de clientes e família e instituições de saúde externas.

A equipa de CP da respetiva UCP é multidisciplinar, desenvolve um trabalho interdisciplinar e assume como missão cuidar, acompanhar e intervir ativamente junto do cliente e família no tratamento do controlo de sintomas, quando a doença se prolonga ou quando os tratamentos são ineficazes, respeitando a singularidade, autonomia e dignidade do cliente.

No que diz respeito ao método de trabalho de enfermagem utilizado na UCP, é um método individual, em que ocorre a distribuição de clientes por enfermeiro em cada turno, que fica responsável pelo cuidado holístico, assegura a continuidade de cuidados e a qualidade dos mesmos. O método de trabalho da UCP apoia-se no trabalho em equipa, realizando-se reuniões diárias da equipa de enfermagem com os médicos e reuniões multidisciplinares (médicos,

enfermeiros, psicóloga, nutricionista) semanais para processos de tomada de decisão e planeamento de cuidados.

Relativamente aos recursos humanos a equipa da UCP é constituída por duas médicas efetivas de medicina interna com mestrado em CP; dois médicos de oncologia, com formação avançada em CP, que dão apoio ao internamento ao fim de semana; um enfermeiro chefe que abrange funções no internamento de adultos e inclui o serviço de paliativos; um enfermeiro com especialidade em médico cirúrgica; dois enfermeiros com mestrado em CP; três enfermeiros com pós-graduação em CP; dois enfermeiros com curso básico em CP; assistentes operacionais (consoante o número de clientes pois exercem também funções no internamento de cirurgia); uma nutricionista, uma psicóloga (a tempo a parcial) e um capelão (presta apoio espiritual quando solicitado). Efetivamente, perante um hospital de sector privado, a equipa não dispõe de um assistente social.

No que concerne, aos recursos físicos dispõe de pelo menos sete quartos individuais destinados ao internamento de CP, podendo abranger um maior número de acordo com as necessidades e vagas disponíveis. Os quartos incluem, televisão e casa de banho individual, alguns deles possuem janelas com vista para o mar, permitindo que os clientes possam contemplar a paisagem, no momento de grande vulnerabilidade. Apresentam um gabinete médico, uma sala de enfermagem com computadores, com um cofre para substâncias que são controladas (por exemplo, estupefacientes) e frigorífico, uma sala de visitas, farmácia (partilhada entre os serviços do hospital), uma copa para profissionais, assim como, o acesso a uma capela num outro piso do hospital.

Quanto às visitas, uma vez que, o serviço de internamento é composto por quartos individuais, o cliente poderá ter visitas diárias e acompanhar-se por familiares 24 horas por dia. É também permitida a visita de animais de companhia, caso seja vontade do cliente.

De acordo com o PEDCP (CNCP, 2023), um dos eixos que necessita de ser desenvolvido é a formação, porque é importante que cada elemento de cada equipa de CP possa realizar um programa de formação contínua que inclua a especificidade de cada área profissional. A presente UCP já efetuou projetos de estudo e investigação, nomeadamente na área de acompanhamento ao cliente e família e no processo do luto, mas atualmente apesar da motivação não estão a ser realizados projetos.

Durante o período de ENP tive a possibilidade de prestar cuidados de enfermagem a 17 clientes internados na UCP, com idades compreendidas, entre os 40 e os 90, anos de idade (**Quadro 1**).

Idade	Número de clientes
40-50	1
51-60	3
61-70	4
71-80	5
81-90	4

Quadro 1 - Número de clientes por idades na UCP.

Dos 17 clientes, a maior parte apresentava um diagnóstico de doença oncológica, sendo o adenocarcinoma do pulmão o mais prevalente (**Quadro 2**).

Diagnóstico de doença oncológica	Número de clientes	Diagnóstico de doença não oncológica	Número de clientes
Adenocarcinoma do pulmão	9	Síndrome demencial	1
Linfoma linfoplasmocítico	1		
Carcinoma da próstata	1		
Carcinoma do esófago	1		
Adenocarcinoma do reto	1		
Carcinoma da mama	2		
Carcinoma do ovário	1		

Quadro 2 - Número de clientes por diagnóstico na UCP.

Relativamente aos sinais/sintomas e problemas ativos mais frequentes, a dor foi a mais diagnosticada em 15 dos clientes, seguindo-se a dispneia, anorexia e astenia em 13 dos clientes (**Quadro 3**).

Sinais/ sintomas e problemas ativos	Número de clientes
Dispneia	13
Obstipação	5
Dor	15
Náusea/vômito	5
Edema	6
Alteração do sono	8
Astenia	13
Tosse	2
Angústia espiritual	5
Disfagia	8
Ansiedade	10
Febre	5
Cefaleias	3
Xerostomia	9
Anorexia	13
Luto	10
Alteração da estado de consciência	4
Desorientação/confusão	3
Agitação/Inquietação	3
Estertor	4
Risco de asfixia	1
Risco de hemorragia	1
Oclusão	1

Quadro 3 - Sinais/sintomas e problemas ativos dos clientes da UCP

Em relação ao foco de atenção o conforto, constatou-se em conversas abertas com os enfermeiros da equipa da UCP, que na sua generalidade associavam o conforto ao alívio de sintomas físicos, sobretudo a dor e o desconforto dos posicionamentos.

No contacto com os clientes, percebeu-se que os enfermeiros questionavam, "está confortável?" e de imediato abordavam, "tem dores?", "está confortável nessa posição?", sendo necessária em algumas das abordagens, uma comunicação mais eficaz, para se expandir outras perceções de conforto ou desconforto pelos clientes e família.

Quanto aos registo de enfermagem dos clientes sobre o conforto, os mais frequentes foram descritos com as seguintes frases: "Prestados cuidados de higiene e conforto"; "doente está confortável"; "doente desconfortável por dor (...), dispneia (...)" não especificando outras dimensões de conforto ou desconforto além do contexto físico, que por vezes se evidenciavam.

Com a restante equipa multidisciplinar o conforto também na sua generalidade encontrava-se relacionado com o alívio de sintomas físicos, referindo por exemplo, "Está mais confortável (...) não tem dores com alteração terapêutica", "fica confortável ao humedecer a mucosa oral" e entre outros.

Entende-se que há a priorização do conforto pela equipa, mas ainda com enfoque no contexto físico.

CARATERIZAÇÃO DA ECSCP

A ECSCP presta CP a clientes que deles necessitam e apoia às suas famílias ou cuidadores no domicílio e presta apoio e aconselhamento diferenciado em CP às unidades de cuidados de saúde primários, particularmente às unidades de cuidados na comunidade (UCC) e à RNCCI (Lei nº 52/2012, 2012).

O ENP realizou-se numa ECSCP que se encontra integrada numa Unidade Local de Saúde (ULS), no norte do País, de 21 de novembro de 2023 a 26 de janeiro de 2024, com a duração de 170 horas presenciais.

A ECSCP está distribuída por quatro UCC dos centros de saúde, e um enfermeiro fica alocado a cada UCC, para a prestação de CP domiciliários adaptados aos diferentes níveis de complexidade do cliente e para o apoio à família.

As principais atividades desenvolvidas pela equipa referida, passam pela elaboração e concretização do plano de cuidados face as necessidades dos clientes e família, articulação e consultadoria com as equipas assistenciais dos cuidados de saúde primários e hospitalares, atendimento telefónico aos clientes e cuidadores/familiares e articulação com outros profissionais para avaliação de uma intervenção diferenciada, como o apoio psicológico, espiritual, social, entre outros.

No que concerne ao horário de funcionamento da ECSCP, é de segunda a sexta, das 8h às 20h, em turnos de manhã ou tarde. É disponibilizado um número de contacto telefónico aos clientes e familiares que funciona neste mesmo horário.

A ECSCP baseia-se numa vertente multidisciplinar, e por isso, é constituída por quatro enfermeiros, um médico (com funções partilhadas entre hospital e comunidade), um assistente social (a tempo parcial), um psicólogo (a tempo inteiro) e uma assistente técnica. De salientar, que relativamente à formação dos enfermeiros e do médico, todos têm formação avançada em CP.

A missão da ECSCP é viabilizar que o cliente em situação paliativa possa permanecer no seu domicílio, se assim o desejar, com o suporte de uma equipa especializada para garantir os cuidados necessários e o apoio aos seus cuidadores/familiares.

Quanto à referenciação dos clientes para admissão na ECSCP, esta procede-se através do internamento, consultas externas de especialidades médicas, equipas de saúde familiar da própria ULS e entre outras instituições de saúde externas. Porém os clientes terão de ter o diagnóstico de uma doença incurável, avançada e progressiva e cumprir com critérios, nomeadamente; apresentar um cuidador/familiar para assumir os cuidados no domicílio; os cuidados pela ECSCP serem aceites pelo cliente e família; ter o domicílio no concelho de prestação de cuidados da ECSCP; encontrar-se numa situação de dependência; padecer de

condição sem tratamento atual curativo.

O método de trabalho da equipa de enfermagem é o estudo de caso, com uma abordagem estruturada e colaborativa para o planeamento dos cuidados de saúde e nas reuniões multidisciplinares semanais eram discutidas as intercorrências ocorridas, avaliadas as situações de cada cliente e das respetivas famílias e realizado o plano de cuidados individualizado, sustentado pela abordagem multidisciplinar, para uma prestação de cuidados mais abrangente e eficaz.

Aquando da admissão do cliente na ECSCP a primeira visita domiciliária era efetuada pelo médico e o enfermeiro, e procedia-se à recolha de informação sobre a história clínica e de vida, avaliação do estado global do cliente e da independência para o autocuidado, identificação de sintomas e o risco de sobrecarga para o cuidador. Uma vez por semana, o enfermeiro da ECSCP na visita domiciliária fazia-se acompanhar do médico.

Relativamente aos recursos físicos e materiais da ECSCP, esta encontra-se sediada num dos edifícios dos centros de saúde da região norte, possui uma sala de enfermagem com computador, uma sala de reuniões partilhada com outras unidades funcionais integradas, um armazém de material de enfermagem e de farmácia com cofre para substâncias que são controladas (por exemplo, estupefacientes), frigorífico e um carro com 5 lugares para se deslocarem ao domicílio dos clientes.

Quanto aos projetos de melhoria contínua a ECSCP que pretende continuar a desenvolver a curto prazo ao nível da programação de ações de formação básica em CP, sobre o luto e participação em estudos clínicos mas no decurso do ENP não se concretizaram.

Durante o período de ENP tive oportunidade de acompanhar 12 clientes no âmbito da ECSCP, com idades compreendidas entre os 51 e os 85 anos de idade **(Quadro 4)**.

Idade	Número de clientes
51-60	2
61-70	4
71 -80	1
>81 anos	5

Quadro 4 - Número de clientes por idades acompanhados pela ECSCP

Dos 12 clientes, apresentavam o diagnóstico de doença oncológica 9 e doença não oncológica 3 clientes **(Quadro 5)**.

Diagnóstico de doença oncológica	Número de clientes	Diagnóstico de doença não oncológica	Número de clientes
Adenocarcinoma do cólon	1	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	2
Adenocarcinoma do pulmão	2	Esclerose múltipla	1
Carcinoma gástrico	2		
Carcinoma da próstata	1		
Adenocarcinoma da mama	2		
Glioblastoma	1		

Quadro 5 - Número de clientes por diagnóstico acompanhados pela ECSCP

Relativamente aos sinais/sintomas e problemas ativos mais prevalentes, identificou-se a dor em 10 dos clientes seguindo-se a dispneia em 7 dos clientes (**Quadro 6**).

Sinais/sintomas e problemas ativos	Número de clientes
Dispneia	7
Obstipação	4
Dor	10
Náusea/vómito	3
Edema	4
Alteração do sono	4
Astenia	6
Tosse	1
Angústia espiritual	5
Disfagia	6
Ansiedade	6
Febre	3
Cefaleias	1
Xerostomia	5
Anorexia	6
Luto	6
Alteração da estado de consciência	3
Confusão	1
Agitação/inquietação	1
Estertor	2
Risco de convulsão	1
Oclusão	1

Quadro 6 - Sinais/sintomas e problemas ativos dos clientes seguidos pela ECSCP

Em relação ao foco do conforto verificou-se através de conversas abertas com os enfermeiros, que estava predominantemente relacionado com alívio de sintomas físicos, sobretudo com alívio da dor, tal como no contexto da UCP. Durante as visitas domiciliárias a abordagem do conforto pelo enfermeiro, muitas das vezes, era através da questão, "está confortável?", centrando-se no

conforto físico não explorando diretamente outras dimensões.

Porém, através da identificação de outros diagnósticos e ao intervir neles conduziram a um estado de conforto do cliente. No que diz respeito, aos registo de enfermagem sobre o conforto, a descrição centrava-se no desconforto de sintomas físicos sem a identificação de outras dimensões. A abordagem da equipa multidisciplinar também se guiava pelo controlo de sintomas físicos para obtenção de conforto do cliente.

3. ESTUDO DE CASO 1 - UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

O Sr.^o A, tem 69 anos é empresário, casado, pai de três filhos e avô de três netos. Em Outubro de 2022, foi diagnosticado com o carcinoma do pulmão de pequenas células à direita, com metastização óssea (T4 N1 M1). Em setembro de 2023, fica internado no serviço de CP para cuidados de fim de vida. Apresenta-se orientado, dependente em grau moderado no autocuidado, com aumento da dispneia e da dor torácica. Iniciou uma infusão endovenosa continua com morfina e cumpre oxigenoterapia para controlo da sintomatologia. Vê-se confrontado com as perdas físicas e de papéis e apercebe-se da sua finitude de vida, mas não quer expor verbalmente a sua fragilidade à família, pois considera que sempre foi o “homem da família.” Refere não ter cumprido o seu propósito de vida, sobretudo porque não pode acompanhar o crescimento dos netos. Quando questionado sobre as expectativas em relação à sua situação, diz que vai morrer em breve e aborda a necessidade de conforto. Ao longo do processo da doença, associou o conforto a não ter dores nem falta de ar, bem como ficar na sua casa nos últimos dias de vida com a família. Atualmente, prefere permanecer no hospital pela segurança que traz a si e à sua família no controlo de sintomas, face a experiência que teve antes deste internamento (falta de ar exacerbada). A esposa acompanha o cliente no internamento 24 horas por dia e tem visita diária dos filhos que se demonstram ansiosos face ao agravamento do estado clínico. Com a realização de uma conferência familiar, foi possível perceber o receio dos familiares de que o Sr.^o A tenha o fim de vida num local diferente daquele que desejava (a sua casa), receando a falta de conforto.

3.1. Enquadramento teórico

Cancro do pulmão

A doença oncológica é considerada uma das principais causas de mortalidade e morbilidade em todo o mundo (Ferlay et al., 2019). O diagnóstico de uma doença oncológica desencadeia uma resposta emocional significativamente mais intensa do que o de outras patologias, independentemente da taxa de sobrevivência e do tratamento disponível (Sahadevan & Namboodiri, 2019).

Para muitos, este diagnóstico representa não apenas uma batalha contra a doença, mas também um confronto com o seu sofrimento, os medos e as incertezas, além do impacto na imagem, no desempenho físico, psicossocial e no bem-estar (Schouten et al., 2019).

O Cancro do pulmão é a principal causa de mortalidade por cancro em todo o mundo, com uma estimativa de 2,1 milhões de novos casos e 1,8 milhões de mortes em 2018 (Bray et al., 2018).

Surge no epitélio respiratório (brônquios, bronquíolos e alvéolos) e histologicamente pode ser dividido em dois tipos: carcinoma do pulmão de pequenas células e carcinoma do pulmão de não pequenas células, em que o último inclui o adenocarcinoma, carcinoma espinocelular e o carcinoma do pulmão de grandes células (Kasper et al., 2019).

Quanto ao nível de proporções relativas de cada tipo, o adenocarcinoma evidencia-se com 38%, seguindo-se o carcinoma de células escamosas com 20%, o carcinoma de pequenas células com 14% e o carcinoma de grandes células apenas com 3% (Kumar et al., 2016).

A sua etiologia está amplamente relacionada à exposição ao tabaco e, portanto, a adoção de medidas de prevenção e a cessação tabágica são reconhecidas como estratégias eficazes para reduzir a sua incidência (ibidem).

Um outro ponto relevante a considerar é a disseminação do cancro do pulmão, que pode ocorrer através de metástases em qualquer sistema orgânico como no cérebro, ossos, fígado e suprarrenais (Kasper et al., 2019).

As manifestações clínicas do cancro do pulmão podem resultar do local/crescimento do tumor, da disseminação ou de síndromes paraneoplásicas. No que se refere aos sintomas causados pelo efeito do crescimento do tumor, incluem-se a tosse (8-75%), perda de peso (0-68%), dispneia (3-60%), dor torácica (20-49%), hemoptise (6-35%), dor óssea (6-25%), febre (0-20%), fadiga (0-10%), obstrução da veia cava superior (0-4%), disfagia (0-2%) e sibilos (0-2%). Relativamente aos sintomas decorrentes das metástases, incluem-se a perda de peso, cefaleias, convulsões, síncope, rouquidão e dor óssea (ibidem)

Para a identificação do diagnóstico da doença oncológica, é essencial determinar o estágio do cancro, pois permite definir o tratamento e avaliar o prognóstico de forma mais adequada. O sistema internacional de classificação Tumor-linfonodo-metástase (TNM) elaborado pela União Internacional de Controlo do Cancro permite o estadiamento dos tumores e fornece informações úteis para o prognóstico (ibidem).

Assim sendo, é avaliado o tamanho do tumor (T) classificado de 1 a 4, o comprometimento de linfonodos regionais (N) classificado de 0 a 3 e a presença ou ausência de metástases à distância (M) classificada de 0 a 1, que são combinados para formar grupos de estádios diferentes designados de estágio I, II, III e IV (ibidem).

A integração dos CP no acompanhamento do cliente oncológico é recomendada desde o momento do diagnóstico, para todos aqueles com doenças graves, progressivas e incuráveis, que coloquem em risco a continuidade da vida e não apenas na fase final de vida, para melhorar a sua qualidade de vida (Silva et al., 2020).

O cliente que se encontram no estágio IV da doença em fase avançada, o tratamento torna-se paliativo, focando-se sobretudo no controlo dos sintomas e no aumento da sobrevida, podendo ocorrer a realização de quimioterapia e radioterapia paliativa, sendo as hipóteses de cura com o tratamento reduzidas (Lenhani et al., 2019).

Relativamente ao caso clínico, o Sr. ^o A apresenta um carcinoma do pulmão de pequenas células à direita, que é o tipo menos frequente e se caracteriza por um crescimento tumoral rápido, disseminação metastática precoce (Direção geral de saúde [DGS], 2013), localização predominantemente nos brônquios e uma forte associação epidemiológica com o tabagismo, uma vez que apenas cerca de 1% ocorre em não fumadores (Kumar et al., 2016).

Deste modo, os hábitos tabágicos de há 50 anos foram um fator de risco preponderante para o diagnóstico do Sr. ^o A, assim como a disseminação da doença, ao nível ósseo no momento do diagnóstico. Devido ao rápido crescimento do tumor e às metástases ósseas, o tumor encontra-se no estágio IV, que segundo a classificação TNM é T4N1M1.

A SUDHV é caracterizada por um conjunto de mudanças clínicas, fisiológicas e o aparecimento de novos sintomas ou agravamento dos previamente existentes (Braga et al., 2017) podendo ocorrer num período de 1 a 14 dias (Neto, 2016a).

Os CP numa SUDHV, permitem respeitar a unicidade do cliente na sua dimensão biológica, através do controlo de sintomas e na sua dimensão emocional, para que seja compreendido e acompanhado nos medos, necessidades e valores. Têm como objetivo central proporcionar conforto ao cliente e preservar a sua dignidade (Santos & Bermejo, 2015).

A equipa de profissionais de saúde representa um suporte crucial para os familiares, garantindo-lhes orientação e apoio contínuo. Isso permite não apenas a compreensão das necessidades do cliente, capacitando-os a implementar medidas eficazes e benéficas para o conforto, como também a apoiá-los no seu processo de luto (Neto, 2016b).

Posto isto, “os enfermeiros preparam os clientes para a vivência das transições e são quem facilita o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagem nas experiências de saúde/doença e para uma Boa Morte” (Meleis et al., 2000, p.13).

Perceção de conforto

As necessidades de conforto podem ter início em qualquer dos contextos da experiência humana: físico, psicoespiritual, sociocultural, ambiental e podem se relacionar (Kolcaba, 2003).

Atendendo que a identificação das necessidades de conforto do cliente e da sua família é uma intervenção de enfermagem, esta pode ser facilitada pela utilização de instrumentos de avaliação do conforto como a Escala de conforto holístico - doentes crónicos HCQ-PT-DC© (Querido & Dixe, 2012) e o Questionário de conforto holístico - família - PT HCQ-F-PT© (Marques

et al., 2016), traduzidos e validados em Portugal.

Todavia, na UCP estes instrumentos não eram aplicados, uma vez que não estavam integrados no sistema de informação utilizado para os registos de enfermagem sobre a conceção de cuidados. Posto isto, no primeiro contacto com o cliente, recorreu-se a uma conversa aberta, com a supervisão do EE orientador de estágio, para abordar a perceção de conforto e identificar as suas necessidades de conforto. Através das narrativas do Sr.º A, identificou-se o que mais o confortava e o que lhe era desconfortável naquele momento.

Perceção de conforto segundo o Sr. º A

“O conforto para mim é não sofrer (...), não ter falta de ar nem dores . Ser eu a fazer o que ainda posso (...) mas sei que estou a deixar de conseguir. É ter a minha família por perto (...) ter os profissionais para me ajudar (...) e garantir e que a minha família não sofra (...).”

(Sr.º A , 2023)

- O que mais o conforta no momento ?

- "Ter a minha família perto de mim"
- "Saber que ao estar no hospital podem me ajudar a controlar a dor e a falta de ar"
- "Ainda conseguir falar e dizer o que quero"
- "Conseguir ver o mar, mesmo estando neste quarto fechado e deitado na cama"

(Sr.º A, 2023)

- O que lhe é mais desconfortável no momento ?

- "Estar com falta de ar e dor"
- "Não consigo abrir-me com a minha esposa porque não quero parecer fraco. Sempre fui o homem da família"
- "Saber que não vou acompanhar o crescimento dos meus netos"
- "Ser um fardo "
- "Deixar de ter autonomia"

(Sr.º A, 2023)

Seguindo a teoria de conforto de Kolcaba, após a conversa com o Sr. º A foram identificados os seguintes contextos de conforto:

- **Conforto ou desconforto físico:** dispneia e dor.
- **Conforto ou desconforto psicoespiritual:** falta de propósito por não acompanhar o crescimento dos netos.
- **Conforto ou desconforto sociocultural:** não conseguir-se abrir com esposa sobre os sentimentos e receios e ter a presença e apoio da família.
- **Conforto ou desconforto ambiental:** ver o mar do quarto mesmo deitado na cama e poder ficar no hospital .
- **Outros:** autonomia.

De seguida, é apresentado o planeamento dos cuidados de enfermagem com base no cenário previamente descrito, integrando os princípios dos CP e tendo como referência a ontologia de enfermagem, bem como o uso de uma metodologia crítico-reflexiva.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 69 anos | Masculino

Cuidador

26-09-2023 08:00

26-09-2023 08:00 - Parentesco: cônjuge.

26-09-2023 08:00 - Coabita com a pessoa dependente.

26-09-2023 08:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

26-09-2023 08:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

26-09-2023 08:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

26-09-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no andar: suficiente para assegurar parcialmente.

26-09-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se

26-09-2023 08:00 - suficiente para assegurar na totalidade.

26-09-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para dar banho

26-09-2023 08:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - suficiente para assegurar na totalidade.

26-09-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para deslocar cliente em cadeira de rodas: suficiente para assegurar na totalidade.

26-09-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para posicionar

26-09-2023 08:00 - Dispositivo: Cama articulada - suficiente para assegurar na totalidade.

26-09-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para transferir

26-09-2023 08:00 - suficiente para assegurar na totalidade.

26-09-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar na totalidade.

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-09-26 08:00:00	Dexametasona 5mg/1ml - 5mg (EV) 12h/12h às 9h/21h	
2023-09-26 08:00:00	Cloreto de sódio 0,9%- 100ml IEV de 12h/12h às 7h/19h	
2023-09-26 08:00:00	Morfina 10mg/1ml - 2mg (EV) em SOS de 1h/1h se dores ou dispneia	
2023-09-26 08:00:00	Paracetamol 1000mg (EV) em SOS de 8h/8h se febre	
2023-09-26 08:00:00	Lorazepam 1mg (SI) 1cp 22h	2023-10-01 09:00:00
2023-09-26 08:00:00	Morfina 10mg/1ml - 20mg IEV 12h/12h às 7h/19h	
2023-10-01 09:00:00	Midazolam 15mg/3ml- 1mg (EV) em SOS de 1h/1h se inquietação/ansiedade	
2023-10-01 09:00:00	Butilescopolamina 20mg/1ml - 20mg (EV) em SOS de 12h/12h se estertor	

3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, 1996) é da competência do mesmo proceder, “à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detém, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais” (p. 2961).

Atendendo o cenário apresentado, segue-se a descrição dos aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita:

Midazolam - Pertence ao grupo dos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (benzodiazepinas) e tem como efeito terapêutico a sedação. Na dispneia, atua por mediação dos estímulos periféricos que atingem o sistema nervoso central, diminuindo a dispneia (Infarmed®, 2023). Podem desenvolver-se efeitos secundários como sonolência, sedação prolongada, confusão, alucinações, depressão respiratória, espasmo e bloqueio súbito da via aérea (laringoespasmo) (ibidem). No caso de depressão respiratória atribuível às benzodiazepinas, deve-se administrar como antídoto, segundo prescrição médica, o Flumazenil por via EV (Gonçalves, 2011).

No presente estudo caso, a prescrição desta terapêutica em SOS é apresentada apenas na segunda sessão da conceção de cuidados, para períodos de ansiedade ou agitação/inquietação pré - morte.

Morfina - É classificada como estupefaciente opioide (Infarmed®, 2023), utilizada para o tratamento da tosse, dispneia e dor moderada a intensa (Pina, 2016). Quando administrada por via EV o início de ação é de três a cinco minutos (Infarmed®, 2023). Pode produzir efeitos

secundários, sendo os mais comuns as náuseas, vômitos, obstipação, sedação e confusão (ibidem), desenvolvendo-se a tolerância a estes efeitos com uso contínuo, exceto na obstipação que requer a necessidade da prescrição de laxantes. Se ocorrer intoxicação por opioide, o antídoto a administrar segundo prescrição médica, é a naloxona por via EV (Gonçalves, 2011).

No caso do Sr.º A, a prescrição da morfina deve-se ao fato deste apresentar dispneia e dor torácica. A administração é efetuada de modo contínuo, através de uma infusão endovenosa de 12h/12 horas e em bolus como terapêutica de resgate (SOS), para períodos de exacerbação da dor ou da dispneia.

Dexametasona - É um glucocorticoide (Infarmed©, 2023), administrado no tratamento adjuvante da dor e da dispneia em CP. Reduz a dor por inibição diminuição da permeabilidade vascular que resulta em edema do tecido e tem capacidade de aliviar a dispneia, dada atividade anti-inflamatória (Gonçalves, 2011). Os efeitos adversos mais frequentes incluem, insônia, perturbações mentais (depressão, psicose ou delírio), hiperglicemia, aumento da suscetibilidade a infeções, irritação gástrica e características Cushingóides (Infarmed©, 2023). O Sr.º A tem prescrito este fármaco para o controlo da dor e da dispneia.

Butilescopolamina - Esta classificada como anticolinérgico (Infarmed©, 2023). Funciona como um antagonista dos recetores muscarínicos e tem efeito na inibição de produção de secreções brônquicas. A sua administração é para quadros de estertor, que resultam da incapacidade de expulsar as secreções da orofaringe e da traqueia. Deve ser administrado logo que se detetam secreções para se evitar a aspiração de secreções uma vez que a sua utilização é como último recurso e não como método principal de controlo deste problema (Gonçalves, 2011). Os principais efeitos secundários são a diplopia, visão turva, taquicardia (Infarmed©, 2023). Por isso, no caso do Sr. º A a prescrição em SOS está associada ao aparecimento de estertor.

Cloreto de sódio 0,9% - Esta classificado como corretivo da volémia e das alterações eletrolítica (Infarmed©, 2023), mas no caso do Sr. º A tem como indicação ser um diluente para o fármaco da IEV (morfina).

Lorazepam - É um ansiolítico, sedativo e hipnótico e está indicado para o tratamento da ansiedade e insónia. Pode apresentar como efeitos secundários, sonolência diurna, confusão, fadiga, tonturas/vertigens, dores de cabeça, falta de equilíbrio, diplopia, etc. (Infarmed©, 2023). No presente estudo caso, a prescrição está associada à ansiedade e como recurso para a possibilidade de insónia.

Paracetamol - Pertence ao grupo de analgésicos, com indicação terapêutica para a dor ligeira a moderada e atua também como antipirético. O efeitos secundários são a sonolência ligeira e vertigens (Infarmed©, 2023). A administração no Sr. º A é no caso de febre.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

26-09-2023 08:00

26-09-2023 08:00 - Oxigenoterapia

26-09-2023 08:00 - FiO2: 40 %.

01-10-2023 09:00 - FiO2: 40 %.

26-09-2023 08:00 - Débito de oxigénio: 8.00 L/min.

01-10-2023 09:00 - Débito de oxigénio: 8.00 L/min.

26-09-2023 08:00 - Assegurar oxigenoterapia

26-09-2023 08:00 - Manter oxigenoterapia

26-09-2023 08:00 - Promover autogestão: oxigenoterapia [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre oxigenoterapia

26-09-2023 08:00 - Dispositivo: Máscara de oxigénio - facilitador.

Sondas, Drenos e Cateteres

26-09-2023 08:00

26-09-2023 08:00 - Sonda de oxigénio

26-09-2023 08:00 - Características do dispositivo: Máscara de oxigénio.

26-09-2023 08:00 - Assegurar funcionamento da sonda

26-09-2023 08:00 - Otimizar sonda de oxigénio

26-09-2023 08:00 - Promover adesão: medidas de otimização da sonda de oxigénio [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Capacidade para otimizar sonda de oxigénio: facilitadora.

26-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da adesão a medidas de otimização da sonda de oxigénio [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Cateter venoso periférico

01-10-2023 09:00 - Localização do cateter venoso periférico

01-10-2023 09:00 - Braço Direita(o)

01-10-2023 09:00 - Características do dispositivo: cateter venoso periférico nº 22.

01-10-2023 09:00 - Ausência de dor.

01-10-2023 09:00 - Ausência de calor.

01-10-2023 09:00 - Ausência de rubor.

01-10-2023 09:00 - Ausência de tumefação.

01-10-2023 09:00 - Ausência de exsudado.

01-10-2023 09:00 - Ausência de infiltração.

26-09-2023 08:00 - Localização do cateter venoso periférico

26-09-2023 08:00 - Braço Direita(o)

26-09-2023 08:00 - Características do dispositivo: cateter venoso periférico nº 22.

26-09-2023 08:00 - Ausência de dor.

26-09-2023 08:00 - Ausência de calor.

26-09-2023 08:00 - Ausência de rubor.

26-09-2023 08:00 - Ausência de tumefação.

26-09-2023 08:00 - Ausência de exsudado.

26-09-2023 08:00 - Ausência de infiltração.

26-09-2023 08:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

26-09-2023 08:00 - *Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico*

26-09-2023 08:00 - Assegurar funcionamento do cateter

26-09-2023 08:00 - *Otimizar cateter venoso periférico*

26-09-2023 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

26-09-2023 08:00 - *Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico*

26-09-2023 08:00 - *Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [FIM]* 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

26-09-2023 08:00 - *Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico*

26-09-2023 08:00 - *Trocar cateter venoso periférico*

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

Cateter venoso periférico

A manipulação do cateter venoso periférico, inclui a seleção do calibre do cateter venoso, o local de inserção, a manutenção e vigilância, assim como a administração dos fármacos em vários contextos e patologias, por parte dos enfermeiros. Este procedimento pode conduzir à infeção local, flebite e infiltração (Braga et al., 2018).

Em CP a via endovenosa pode ser ocasionalmente indicada para permitir o ajuste rápido da dose no controlo sintomático emergente, em casos de edemas generalizados, dor ou aparecimento de abscessos com a administração da terapêutica subcutânea, se o cliente possuir um cateter venoso periférico, se tiver alterações da coagulação e má circulação periférica (Gonçalves, 2011).

Foi colocado um cateter venoso periférico no braço direito do Sr.º A, para administração da terapêutica endovenosa em bolus e através de uma infusão contínua de 12/12horas (prática comum em CP), com objetivo do controlo sintomático mais rápido, visto que na admissão tinha exacerbação da dispneia e da dor.

A equipa de enfermagem previamente averiguou a existência de bons acessos venosos no

cliente, caso contrário, seria uma medida que causaria mais sofrimento ao cliente e a equipa médica seria alertada para rever a prescrição.

Oxigenoterapia

A administração do oxigénio pode ser por cânula nasal ou máscara e a sua eficácia é descrita para quadros hipoxémicos. Em outros casos não existe benefício no controlo sintomático, embora apresente efeito placebo tranquilizante para alguns clientes em CP com dispneia (Neto, 2016a).

No caso de SUDHV a oxigenoterapia não substitui a intervenção farmacológica como administração de opioides e outros fármacos como os corticoides ou ansiolíticos para o controlo da dispneia (ibidem).

O Sr.º A apresenta dispneia e cumpre oxigenoterapia a 8l/min por máscara de oxigénio. Efetivamente é fundamental realçar que perante a avaliação há alívio do sintoma e conforto.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
26-09-2023 08:00	Sistema respiratório	
26-09-2023 08:00	Emoção	
26-09-2023 08:00	Virar-se	
26-09-2023 08:00	Cuidar da higiene pessoal	
26-09-2023 08:00	Alimentar-se	
26-09-2023 08:00	Atitudes terapêuticas	
26-09-2023 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
26-09-2023 08:00	Sensações somáticas	
01-10-2023 09:00	Consciência	

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

Para a seleção dos domínios foi contemplado, os objetivos dos CP, os dados obtidos no local de ENP e a informação mencionada no referencial teórico, dando relevância à evidência recentemente encontrada, para o processo de tomada decisão devidamente fundamentado.

De realçar, que foram desenvolvidos teoricamente os domínios que tinham implicação no conforto do Sr. º A e da família, visto ser, o mote de orientação para o desenvolvimento de competências de EE.

- **Sensações somáticas - Dor**

A dor constitui uma das principais características do sofrimento humano com implicações na qualidade de vida e no bem-estar físico, espiritual e psicossocial (Coelho et al., 2018). Alguns estudos, referem que o conforto quando percebido pela pessoa em situação paliativa, está intimamente associado ao alívio da dor física (Bablitz et al., 2018; Lau et al., 2018; Lee & Ramaswamy, 2020; Shen et al., 2018).

Estima-se que cerca de 40% dos clientes em fases iniciais e intermédias da doença oncológica sofrem de dor, aumentando para 70-80% em fases mais avançadas. A dor pode ser atribuída em grande parte à progressão da própria doença, representando aproximadamente 70% dos casos, enquanto os restantes 30% estão relacionados com os tratamentos e patologias associadas (Vicente et al., 2022).

Segundo Saavedra e Rocha (2021), fundamentados na descrição da International Association for the Study of Pain, definem a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual atual ou potencial, ou assim percebida como dano” (p. 25).

Para Cicely Saunders, a dor vai além das sensações físicas, é uma “dor total” que integra as dimensões física, psicológica, social e espiritual envolvidas no sofrimento. Compreender o conceito numa visão multidimensional é fundamental para proporcionar um cuidado integral da pessoa no controlo da dor, garantindo a dignidade e o conforto até os últimos dias de vida (Castro et al., 2021).

No que concerne ao tipo, a dor é classificada em dor nociceptiva e neuropática. A dor nociceptiva está associada a danos tecidulares, resultando da estimulação de nociceptores devido a lesões somáticas (dor tipo moedeira) ou viscerais (dor mal localizada/sensação de aperto). A dor neuropática é provocada por uma lesão nervosa afetando o sistema nervoso central ou periférico. Para além das duas classificações apresentadas, a dor pode ainda assumir um carácter misto (Saavedra & Rocha, 2021).

A evolução temporal da dor pode resultar em dor aguda ou crónica. A dor aguda surge relacionada a um estímulo nociceptivo usualmente reconhecido, assume uma função de proteção contra lesões e tem uma duração de horas a semanas. A dor crónica persiste para além da eliminação do estímulo, a sua intensidade não apresenta uma relação com estímulo causal, permanecendo durante um período igual ou superior a três meses (ibidem).

Na doença oncológica, a dor é de origem multifatorial, podendo ser causada pelo efeito direto da doença, envolvimento ósseo e visceral, compressão nos nervos, progressão ao nível dos tecidos moles, pressão intracraniana, efeitos secundários provocados pelos tratamentos ou uma combinação desses fatores. Pode ainda estar relacionada com os efeitos secundários provocados pelos tratamentos, resultando em lesões periféricas induzidas pela quimioterapia, neuropatia, linfedema e espasmos musculares, ou uma combinação de fatores (WHO, 2018).

De acordo com Gonçalves (2023), a dor é determinada por uma multiplicidade de fatores e não se resume simplesmente à lesão física. As suas manifestações podem variar conforme a cultura, educação e personalidade de cada indivíduo, sendo crucial reconhecer e validar a dor que o cliente descreve.

A DGS (2003), sugere que a avaliação da intensidade da dor e o registo sejam efetuados de forma contínua e regular através de escalas formais: Escala Qualitativa, Escala Visual Analógica, Escala Numérica ou a Escala de Faces, em clientes cujo estado de consciência não esteja alterado.

Apesar do progresso de diversos fármacos analgésicos muitos clientes ainda apresentam sofrimento desnecessário, com níveis de dor que variam de moderada a insuportável, decorrente da falha na deteção, monitorização e tratamento adequados da dor (Gonçalves, 2023).

As barreiras que interferem no tratamento da dor adequado estão associadas a aspetos relacionados com os clientes (evitar queixar-se para não incomodar, mitos sobre os fármacos, tolerância à terapêutica, etc), com os profissionais de saúde (dificuldade na conversão de opioides, avaliação deficitária da dor, falta de comunicação, etc) e com o sistema de saúde (formação de profissionais de saúde sobre a dor e disponibilização de opioides ,etc.) (ibidem).

O Sr. ^o A refere na primeira avaliação: “Tenho dor no peito do lado direito (...) e isto dura há meses (...) mas agora é mais forte.” Foi constatado que a dor está associada ao crescimento periférico do tumor e ao comprometimento da parede torácica (Kasper et al., 2019), além de ser uma dor crônica. Este também menciona períodos de maior exacerbação da dor, que são designados como, dor irruptiva.

Define-se dor irruptiva como “uma exacerbação da dor, despoletada ou não por um fator identificável, com dor basal controlada” (Saavedra & Rocha, 2021, p. 29). Assim sendo, para tratar ou prevenir episódios de dor não controlada é administrada uma dose de resgate de opioide de libertação imediata (Saavedra & Rocha, 2021).

O tratamento farmacológico para o controlo da dor em CP de forma geral tem por base a escada analgésica da OMS. O primeiro degrau integra a dor ligeira (1-3) e são utilizados fármacos não opioides (exemplo, paracetamol, anti-inflamatórios, não esteroides, metamizol). O segundo degrau inclui o uso de fármacos opioides (exemplo, tramadol e tapentadol), para dor moderada (4-6). O terceiro degrau são utilizados fármacos opioides fortes (exemplo morfina, fentanil, buprenorfina etc) para dor intensa (7-10). O quarto degrau são utilizados procedimentos invasivos (bloqueios plexos, etc), que devem ser discutidos caso a caso, em função da técnica e do estado geral do cliente (Pina, 2016; Saavedra & Rocha, 2021).

A esta terapêutica, por vezes, adicionam-se fármacos adjuvantes que têm indicações primárias para além do tratamento da dor, mas que possuem propriedades analgésicas (ibidem).

A rotação ou substituição de opioides é uma prática frequente pelos clínicos em CP para aprimorar a gestão da dor. Refere-se à mudança de um fármaco opioide para outro ou há alteração da via de administração, especialmente quando o estado do cliente compromete as propriedades farmacocinéticas ou o metabolismo desses fármacos (Treillet et al., 2018). O papel dos enfermeiros é fundamental para avaliação da melhoria no controle da dor, dada a sua presença continuada nos cuidados.

O tratamento não farmacológico da dor pode ser um complemento do tratamento farmacológico. A evidência sugere que algumas das intervenções mais eficazes incluem técnicas de relaxamento e imaginação guiada. A combinação do relaxamento muscular e a visualização mental de imagens guiadas permite melhorar a dor e o bem-estar. Além disso, a musicoterapia, por meio da escuta de música instrumental com fones de ouvido e a escuta de poesia, também podem contribuir para a diminuição da dor (Ruano et al., 2022).

- **Sistema respiratório - Dispneia**

A dispneia é definida como “movimento laborioso da entrada e saída de ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigênio no sangue circulante, sensações de desconforto e ansiedade” (Internacional Council of Nurses [ICN], 2019).

Cerca de 78% dos clientes com cancro do pulmão são afetados pela dispneia, cuja intensidade varia ao longo da trajetória da doença, agravando na maioria das vezes no final de vida (Chin & Booth, 2016). Frequentemente, é entendida como um processo fisiológico devido à perda progressiva da independência, mas vai além, pois também é influenciada por fatores emocionais, crenças e valores (Martins et al., 2019).

Em situações de dispneia severa, 60% dos clientes descrevem-na como um sintoma “angustiante”, com relatos associados de medo de acordar com falta de ar ou de falecer durante uma crise (Chin & Booth, 2016). Na fase terminal, é o sintoma mais habitualmente identificado como causador de sofrimento contribuindo para a experiência de desconforto do cliente e da sua família (Lau et al., 2018).

O mecanismo da dispneia compreende diferentes sensações desagradáveis como esforço respiratório, um processo de inspiração insatisfatório ou insuficiente e constrição torácica, entre outras (Feio, 2016). O Sr. ^o A refere dispneia e descreve-a como “sensação de grande falta de ar (...) esforço para conseguir ter ar.”

As causas da dispneia em CP podem estar relacionadas com doenças oncológicas com envolvimento direto (tumor pulmonar, derrame pleural maligno, etc) ou com ação direta (pneumonia, anorexia, caquexia, ascite) e doenças não oncológicas (DPOC, insuficiência cardíaca, etc) (Feio, 2016).

O tratamento da dispneia em CP procura abordar o sintoma e a causa adjacente, quando a causa não é reversível, o objetivo passa a ser o alívio do sintoma e o conforto (Gonçalves,

2023).

No caso do Sr.^o A a causa da dispneia é o tumor pulmonar e consequentemente o crescimento deste ao nível intratorácico. O tratamento para a dispneia atendendo que a causa não é reversível também tem como objetivo o alívio e controlo do sintoma.

O tratamento farmacológico incide na administração de fármacos opioides como a morfina, que permitem reduzir o impulso ventilatório, diversos estímulos (como a hipoxemia e o exercício) e moldar a atividade do Sistema Nervoso Central (Gonçalves, 2011).

A utilização de benzodiazepinas como o midazolam, diazepam, lorazepam, a sua ação está associada ao efeito ansiolítico e diminuição da ansiedade (ibidem) e é considerado um tratamento de segunda ou terceira linha, no caso dos opioides como a morfina, não conseguirem controlar a dispneia (Maddocks et al., 2017). A utilização da oxigenoterapia na doença avançada a evidência é parcial sendo o objetivo o alívio do sintoma (Feio, 2016).

O tratamento não farmacológico consiste em adotar posicionamentos que facilitem a respiração e aliviem a sensação de falta de ar, como a posição sentada, com ligeira inclinação para a frente e os braços apoiados nas pernas, ou quando deitado, em diferentes posições, com os membros superiores e inferiores apoiados em almofadas e a cabeceira elevada em semi-flower (Chin & Booth, 2016; Kako et al., 2018).

A utilização de ventoinhas dirigidas ao rosto ou abrir uma janela, para que a pessoa sinta na face a corrente de ar, promovem também a diminuição da sensação da dispneia através da modulação da perceção deste sintoma, mediada pela estimulação do segundo e terceiro ramos do nervo trigémeo (ibidem).

A reabilitação pulmonar e outras estratégias, como técnicas de relaxamento muscular e musicoterapia, também podem ajudar a diminuir o ciclo da dispneia e da ansiedade (Chin & Booth, 2016; Peng et al., 2019).

- **Emoção - Luto preparatório**

O luto é uma “resposta adaptativa a uma experiência de perda de vínculo afetivo que desencadeia um processo dinâmico de mudança e de transformação envolvendo dimensões físicas, psicológicas, comportamentais, espirituais e socioculturais da experiência humana,” (Barbosa, 2016, p. 553).

Neste contexto, a perda é uma experiência na qual o indivíduo abandona uma ligação com um objeto por ele valorizado, podendo este objeto ser animado, inanimado, real ou percebido, uma relação, um estado ou uma situação (Alves, 2020).

A manifestação da perda desenvolve-se através de um conjunto de reações adaptativas somáticas, afetivas, cognitivas, comportamentais e espirituais que se traduzem no processo de

luto (Sousa, 2019).

O processo de luto pode ser designado de normal, preparatório, antecipatório, e prolongado/complicado, dependendo como a pessoa gere as suas reações (Pimenta & Capelas, 2019).

O processo de luto normal, antecipatório e prolongado/complicado está associado à família pela perda do ente querido (ibidem) e o processo de luto preparatório está relacionado com o cliente terminal (Periyakoil & Hallenbeck, 2002).

O luto preparatório foi apresentado por Kubler-Ross no seu livro “On Death and Dying”, sendo aquele que o doente terminal passa para se preparar para a separação final deste mundo (ibidem). O cliente poderá atravessar um processo de desenvolvimento em resposta às várias perdas irreversíveis que ocorreram a curto e a médio prazo. É um veículo de preparação para o fim de vida que está próximo (Barbosa, 2016; Pimenta & Capelas, 2019).

No fim de vida, ocorrem simultaneamente vários tipos de perdas associadas à patologia, nomeadamente a perda emocional (autoimagem, autorregulação emocional perspectivas do futuro, etc.); perda física (sensação de bem estar físico, funções corporais, etc.); perda social (profissão, vida familiar, convívios, etc.); perda espiritual (sentimento de esperança, significado, propósito, valor pessoal, etc.) e perda cognitiva (concentração, atenção, memória a curto prazo, etc.), que são um enorme desafio para o cliente e família e causam sofrimento (Barbosa, 2016).

A atenção da pessoa no luto preparatório vai para além da evolução da doença e sobrevida, podendo ser invadida por pensamentos sobre o seu funeral, o que há além da morte, vivências e histórias do passado, como deceções, oportunidades perdidas, os prazeres simples da vida e variações de múltiplos sentimentos (dor, raiva, tristeza, etc) (Barbosa, 2016; Sousa, 2019).

As perdas devem ser diagnosticadas e monitorizadas pelos profissionais de saúde para desenvolvimento de intervenções que respondam às verdadeiras necessidades do cliente e família (Barbosa, 2016).

No caso do Sr. ^o A, as perdas centram-se no físico, alicerçadas na dependência física e limitação funcional; no âmbito social, fundamentadas pelo fato de ter deixado de exercer funções na sua empresa e na vida familiar como pai, marido e avô; e na vertente espiritual, pelo sentimento de perda de valor como pessoa e de propósito por não poder acompanhar o crescimento dos netos.

O cliente em situação terminal, confrontado com uma perda, muitas das vezes utiliza como recurso protetor da sua dor, o silêncio, isolando-se e acabando por vivenciar o sofrimento sem a possibilidade de o partilhar (Barbosa, 2016). O Sr. ^o A perante as perdas, não quer demonstrar as suas fragilidades preferindo não falar com a esposa e a restante família sobre os suas angústias, medos e desejos.

Um dos contributos de Kubler-Ross, assenta na importância de quebrar-se as barreiras do

silêncio, sobre a morte e o luto, e de levar a que o cliente possa rever o significado da vida, as vitórias, fracassos, alegrias e tristezas, caminhando no sentido da exploração da dimensão existencial (ibidem).

Algumas das intervenções que podem facilitar o luto preparatório são: respeitar os limites emocionais dos clientes e oferecer apoio dentro desses limites; Validar a experiência do processo de luto e leva-lo a refletir sobre a normalidade da experiência; apoiar na revisão de vida, ajudando através perguntas sobre as suas realizações, histórias especiais ou legados que desejam transmitir às gerações futuras; Identificar estratégias que cliente utilizou no passado em situações de luto, pode ser útil para que ele possa experimentar as estratégias que já foram eficazes; explicar que a raiva sentida pelos clientes e familiares em relação a si mesmo, à situação e aos outros é uma resposta comum e normal diante de uma doença terminal; identificar, validar e canalizar saídas construtivas perante a raiva para ajudar a diminuir os conflitos entre os clientes e suas famílias (Periyakoil & Hallenbeck, 2002).

No caso de escalas de avaliação do luto preparatório, não foi encontrada nenhuma escala mensurável e validada para a população portuguesa.

- **Luto antecipatório do familiar cuidador**

O luto antecipatório refere-se ao luto vivenciado pela família da pessoa em fim de vida. Neste processo, o familiar pode elaborar previamente uma perda que se aproxima, o que facilita a sua consciencialização da situação e a conseguir imaginar a sua vida sem o cliente (Pimenta & Capelas, 2019).

Segundo Barbosa (2016), o luto antecipatório representa um mecanismo eficaz cujo propósito é equilibrar e regular o sofrimento, de modo a que não seja uma surpresa quando a perda se concretiza.

A trajetória final dos clientes oncológicos em CP desencadeia um processo de luto antecipatório nos cuidadores/familiares. Devido ao seu intenso envolvimento nos cuidados e à sua proximidade emocional com o cliente, enfrentam um nível elevado de sofrimento durante o cuidado e o luto. Para além dos fatores de stress diretamente relacionados com o cuidado e o seu impacto na vida pessoal, os familiares também precisam gerir expectativas e emoções associadas ao medo de perder o cliente (Coelho et al., 2020).

Trata-se de um processo complexo, especialmente durante a fase final da vida do cliente. Em algumas famílias, surgem dificuldades que podem afetar a capacidade de lidar com a situação, devido a perturbações do sistema familiar (conflitos no processo de tomada de decisão e conflitos antigos), além de preocupações com fatores económicos, laborais ou com a prestação de cuidados a outros familiares (Barbosa, 2016).

Segundo Coelho et al (2020), os familiares cuidadores ao vivenciarem o processo de luto

antecipatório podem experienciar o sofrimento traumático e a angústia de separação.

O sofrimento traumático no familiar cuidador integra a incerteza da doença associada à imprevisibilidade dos acontecimentos; Imagem de degradação do cliente, sobretudo relacionado com o declínio progressivo; Sofrimento vicário, dado que, a exposição contínua ao sofrimento do outro também lhe traz sofrimento psíquico; Impotência perante as falhas profissionais ou falta de apoio ou reconhecimento da incapacidade de controlar o curso da doença (Coelho et al., 2020).

A angústia de separação pode estar relacionada com a antecipação da morte, perdas relacionais, ansiedade da separação e evitação e sentimento de proteção familiar (ibidem).

A antecipação da morte é mencionada em virtude de situações de ameaça constante de perda do familiar e pela ocorrência de perdas relacionais associadas a mudanças no relacionamento, que afetam o sentimento de afeto com o cliente, suscitando sentimentos de perda e saudade (ibidem).

Quanto à ansiedade de separação manifesta-se pelo receio dos cuidadores familiares de que algo ocorra na sua ausência, podendo não estar presentes para garantir a segurança, ou pela consciência da brevidade de vida do cliente, levando-os a passar o máximo tempo possível junto dele (ibidem).

No que se refere ao sentimento de proteção do cliente, recai pelo fato de poderem se sentirem culpados na transição para os cuidados de fim de vida. Por conseguinte, atenuam este sentimento, ao estarem presentes e a cooperarem na tranquilidade, evitando transparecer as suas emoções ou assuntos dolorosos relacionados com a morte e a doença (ibidem).

Neste contexto, é importante que o profissional de saúde estabeleça uma relação terapêutica com a família auxiliando na preparação do que ainda está por vir, que é mais do que disponibilizar informação sobre o prognóstico, é necessário adaptar a informação às incertezas e orientar para o processamento ao nível emocional (ibidem).

A forma como são vivenciados os momentos antes ou posteriores à morte conduzem ao luto mais ou menos traumático, por isso, é fundamental que o familiar tenha a possibilidade de concretizar as atividades relacionadas com o fim de vida como preparar-se para estar presente até ao final; expressar sentimentos de amor, gratidão e perdão; despedir-se tranquilamente, para tomar consciência do que está acontecer e mitigar a intensidade da sua reação após a morte. Para além de que, progressivamente a família deve ser ajudada a perspetivar a vida sem o cliente (Barbosa, 2016).

Relativamente ao presente caso clínico, a esposa do Sr. ^o A é a sua cuidadora e foi-lhe identificado o luto antecipatório por estar perante o processo de fim de vida dele. Encontra-se ansiosa com a evolução da doença, vindo por períodos à porta do quarto chorar para não o

preocupar.

Receia que este prefira falecer no hospital por ela nem sempre conseguir aliviar os seus sintomas em casa e refere que, apesar de o acompanhar 24 horas por dia, sente-o distante por não expressar os seus sentimentos e necessidades com ela. A equipa constatou que negligencia o autocuidado para não se separar do marido.

É relevante a consciencialização da família do processo de morrer e, por isso, os profissionais de saúde devem ajudar no processo de transição, dotando-a de conhecimento e suporte, diante da sua vulnerabilidade (Meleis et al., 2000).

Conceção de cuidados para o familiar cuidador

Domínio : Emoção

Dados:

- Confronto com as perdas e o fim de vida do marido
- Ansiedade de separação (receia que faleça na sua ausência)
- Culpa-se pelo marido não falecer em casa
- Negligencia o seu autocuidado
- Verbaliza que não vai conseguir viver sem o seu companheiro de vida

Objetivos:

- Promover a mudança no processo de luto
- Facilitar o processo de luto

Luto antecipatório do familiar cuidador 27-09-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

27-09-2023 8:00 - Avaliar a evolução do luto

27-09-2023 8:00 - Executar escuta ativa

27-09-2023 8:00 - Mostrar disponibilidade

27-09-2023 8:00 - Escutar as preocupações do familiar cuidador sobre a evolução da doença, sofrimento e morte

27-09-2023 8:00 - Assistir na identificação do significado atribuído às perdas -FIM 29-09-2023

27-09-2023 8:00 - Assistir na aceitação da realidade da perda - FIM 28-09-2023

27-09-2023 8:00 - Assistir o familiar cuidador no equilíbrio da proteção do cliente e o atendimento às suas próprias necessidades

27-09-2023 8:00 - Assistir o familiar cuidador na compreensão sobre a decisão do Sr.º A quanto a sua preferência do local de cuidados de fim de vida (hospital) -FIM 28-09-2023

27-09-2023 8:00 - Incentivar o autocuidado

Especificação da intervenção

- Incentivar o familiar cuidador a cumprir o horário para as suas refeições
- Incentivar o familiar cuidador a manter o autocuidado (Tomar banho, comer, vir à rua apanhar um pouco de ar)

27-09-2023 8:00 - Incentivar o familiar cuidador às narrativas revisão de vida - FIM 29-09-2023

27-09-2023 8:00 - Assistir na identificação do papel que o cliente desempenhou e continua a ter para o cuidador familiar - FIM 29-09-2023

27-09-2023 8:00 - Assistir na identificação de estratégias de coping para enfrentar o processo de luto

27-09-2023 8:00 - Assistir na identificação dos fatores condutores do sentimento de culpa - FIM 29-9-2023

27-09-2023 8:00 - Encorajar o familiar cuidador a acompanhar o cliente na fase de fim de vida - FIM 28-09-2023

27-09-2023 8:00 - Assistir na preparação para viver sem o seu ente querido -FIM 1-10-2023

27-09-2023 08:00 - Providenciar apoio psicológico - FIM 28-09-2023

27-09-2023 08:00 - Facilitar o processo de luto

Especificação das Intervenções

- Incentivar na expressão e gestão de sentimentos e emoções relativos às perdas
- Assistir na identificação do significado atribuído à perda
- Assistir na aceitação da realidade da perda
- Oferecer informações sobre tratamento e prognóstico do cliente
- Incentivar à expressão de medos, preocupações (pessoais, familiares, financeiras e profissionais), para avaliar a necessidade do encaminhamento de recursos de apoio
- Reforçar o progresso realizado no processo de luto

27-09-2023 08:00 - Assistir na adaptação a uma nova estrutura e dinâmicas familiares

Potencial do familiar cuidador para melhorar conhecimento sobre o luto antecipatório
27-9-2023 8:00

- Conhecimento familiar cuidador sobre o luto antecipatório: necessita de ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir
27-9-2023 8:00 [RESOLVIDO] 1-10-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

27-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre o luto

27-09-2023 08:00 - Ensinar sobre luto - FIM 29-09-2023

Especificação das intervenções

- Explicar sobre as fases do processo de luto
- Explicar que é normal ocorrer o processo de luto nestas circunstâncias e que não necessita de esconder as suas emoções
- Explicar que podem ocorrer sentimentos de culpa, máxima proteção, ansiedade e evitação para com o cliente
- Explicar sobre a possibilidade e os contributos do apoio psicológico, espiritual, social

Potencial do familiar cuidador para melhorar a consciencialização da relação de apoio com o cliente e o processo de luto : Precisa de ser melhorado 27-09-2023 08:00

- Consciencialização do familiar cuidador da sua relação com o cliente e o processo de luto: necessita de ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir 27-09-2023 08:00

Intervenções de enfermagem

27-09-2023 8:00 - Analisar com o familiar cuidador a relação de apoio com o cliente e o processo luto

27-09-2023 8:00 - Incentivar o envolvimento do familiar cuidador na preparação do legado (possibilidade de mais aproximação com o cliente) -FIM 29-09-2023

27-09-2023 8:00 - Promover o envolvimento do familiar cuidador nos cuidados mediante a vontade do cliente (possibilidade de mais aproximação com o cliente)

27-09-2023 8:00 - Incentivar à expressão de sentimentos como o amor, gratidão, perdão (possibilidade de desconstruir barreiras de silêncio do cliente para com o familiar cuidador)

27-09-2023 8:00 - Incentivar o familiar cuidador na conclusão de assuntos/tarefas importantes pendentes preparando-os melhor para o processo de morte - FIM 29-09-2023

• Preparação da família para assistir o cliente em SUDHV

Este domínio foi identificado dado o prognóstico do cliente e agravamento progressivo, com o objetivo de antecipar as necessidades do cliente e família. Para além de estar associado ao luto antecipatório do familiar cuidador que vivencia as várias perdas ao longo do processo de doença e finitude de vida do cliente.

Segundo o ICN (2019), a família é " unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes."

Por conseguinte, o cliente conta com o suporte familiar para encontrar equilíbrio e superar

períodos de crise (Fernandes, 2016).

Na intervenção com a família, a conferência familiar é um instrumento terapêutico utilizado pela equipa de CP, que possibilita o diálogo planeado entre o cliente, a família e os profissionais de saúde com o intuito de contribuir para a mitigação do sofrimento. Além disso, visa fomentar uma comunicação eficaz e deve ser estruturada de forma a permitir que os profissionais de saúde partilhem informações pertinentes, identifiquem as necessidades tanto do cliente como da família e ofereçam oportunidades para a tomada de decisão partilhada (Girão, 2022).

A realização da conferência familiar torna-se relevante em situações de crise, como no caso de agravamento do estado clínico ou proximidade da morte, mas não se limita apenas a estes contextos (ibidem).

O período dos últimos dias ou horas de vida é caracterizado por um conjunto de mudanças clínicas, fisiológicas e o aparecimento de novos sintomas ou agravamento dos sintomas previamente existentes. A família deve ser alertada e elucidada de forma a minimizar situações de crise ou choque (Braga, et al., 2017).

Apesar de nem sempre ocorrer de forma linear numa SUDHV destaca-se como características fisiológicas mais comuns (Neto, 2016a):

- Deterioração progressiva do estado físico, verificando-se um estado de debilidade, sonolência e permanência no leito;
- Oscilação/diminuição do nível de consciência, dificuldade na comunicação, podendo atingir o coma;
- Desinteresse pelos alimentos e a dificuldade progressiva na ingestão;
- Falência de múltiplos órgãos (pode desenvolver a retenção urinária e aparecimento de edemas periféricos);
- Diversos sintomas físicos de acordo com a patologia de base, apesar das alterações do padrão respiratório (apneias/polipneia, respiração de cheyne-stokes ou respiração ruidosa) e as alterações cognitivas e do estado de consciência, como o delirium, possam ter ênfase;
- Sintomas psicoemocionais como a angústia, crises de medo da noite ou pânico;
- Evidência e/ou perceção emocional podendo verbalizar ou não a proximidade da morte e o desejo de querer ir para casa.

Quanto aos sintomas, estes podem variar mediante a patologia de base, mas existe um conjunto de sintomas que é frequentemente identificado nesta fase, nomeadamente: a confusão/delirium (55%), respiração ruidosa/estertor (45%), agitação (43%), dor (26%), dispneia (25%) e náuseas e/ou vômitos (14%). De salientar, que no agravamento de sintomas, estão incluídas condicionantes como retenção urinária, existência de fecalomas, ou úlceras de pressão tornando-se obrigatório a exclusão destes, em quadros súbitos de agitação (ibidem).

Em todas as medidas a aplicar, o plano terapêutico apoia-se na garantia do conforto do cliente e família, assim como, proporcionar uma morte digna e tranquila. Neste sentido, os exames complementares e parâmetros laboratoriais entram numa prática fútil e desajustada ao objetivo do conforto, vigorando uma atitude preventiva no controlo sintomático, de forma antecipar possíveis complicações, que terão um grande impacto no cliente e família (Neto, 2016a).

A monitorização dos sinais e/ou sintomas evidenciados deve ser efetuada pelo cliente, quando possível, ao invés da avaliação de parâmetros como a tensão arterial, a saturação periférica de oxigénio ou a frequência cardíaca. A avaliação da temperatura é relevante nos casos em possa causar desconforto ao cliente (Francisco & Barbedo, 2021).

Adequação e simplificação da terapêutica é realizada pelos clínicos ao dispensarem terapêuticas de utilidade imediata (por exemplo: antidiabéticos, anti-hipertensores, etc.) e introduzirem fármacos que são mandatários dependendo das necessidades, como a butilescopolamina, usado em situações de estertor. No presente caso, estes princípios foram considerados desde admissão do Sr.º A na UCP.

É pautada também a adequação da via de administração, sendo que a via oral deve ser a primeira escolha sempre que a deglutição está presente. Em alternativa, recorre-se à via subcutânea e, menos frequentemente, à via endovenosa (Neto, 2016a).

O esclarecimento e ensino à família sobre alimentação e hidratação nesta fase devem também ser realizados, visto que a perda via da oral é uma manifestação esperada, e é necessário adequar o plano alimentar e de hidratação (Francisco & Barbedo, 2021). Os familiares do Sr.º A, na conferência familiar, tiraram as suas dúvidas e compreenderam que, quando houvesse a perda da via oral, o objetivo seria manter o conforto, recorrendo à hidratação da mucosa oral.

Assim como, o estabelecimento de um conjunto de medidas gerais de conforto como o posicionamento frequente de acordo com as possibilidades do cliente, cuidados de higiene orais e a realização de massagens de conforto para o bem-estar (Neto, 2016a).

Conceção de cuidados para a família

Domínio : Família

Dados:

- Fim de vida próximo do Sr.º A
- Desejo do Sr.º A em permanecer no hospital para morrer
- Familiares ansiosos com a evolução do estado clínico do cliente

Objetivos:

- Antecipar as necessidades da família
- Facilitar a assistência da família na SUDHV
- Desenvolver estratégias para lidar com a SUDHV

Preparação da família para assistir o cliente na SUDHV 29-09-2023 08:00

Intervenções de enfermagem

29-09-2023 8:00 - Realizar conferência familiar mediante a disponibilidade da família - FIM 29-09-2023

Especificação da intervenção:

- Conhecer os elementos da família
- Compreender o que a família sabe sobre doença, diagnóstico e prognóstico
- Informar a família sobre a filosofia dos CP
- Clarificar sobre objetivos e plano de cuidados
- Esclarecer quanto à decisão do Sr.º A sobre a sua preferência do local de cuidados e de morte (hospital)

29-09-2023 8:00 - Assistir na identificação de estratégias de coping para enfrentar o processo de SUDHV

29-09-2023 - Mostrar disponibilidade

29-09-2023 - Executar escuta ativa

29-09-2023 - Informar sobre as perdas em SUDHV - FIM 30-9-2023

29-09-2023 - Informar sobre a importância do envolvimento familiar em SUDHV -FIM 30-9-2023

29-09-2023 - Apoiar a família

29-09-2023 - Incentivar à valorização das preferências e desejos do cliente

Potencial da família para melhorar o conhecimento sobre assistir na SUDHV 29-9-2023 08:00

Conhecimento da família sobre assistir na SUDHV: necessita de ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir 29-9-2023 08:00 [RESOLVIDO] 1-10-2023 08:00

Intervenções de enfermagem

29-09-2023 8:00 - Avaliar a evolução do conhecimento da família sobre as necessidades do cliente em SUDHV

29-09-2023 8:00 - Ensinar a família sobre necessidades do cliente na SUDHV - FIM 1-10-2023

Especificação da intervenção:

- Explicar à família sobre sinais e sintomas da SUDHV
- Explicar à família sobre a priorização do conforto
- Explicar à família sobre necessidades nutricionais e de hidratação em SUDHV

- Explicar à família sobre a importância do controle de sintomas
- Explicar à família sobre as necessidades físicas, sociais, psicológicas e espirituais

Potencial da família para melhorar a consciencialização sobre o processo de fim de vida do cliente 29-09-23 08:00

Consciencialização da família sobre o processo de fim de vida do cliente: necessita de ser melhorado para progredir para a mestria: é o momento próprio para intervir 29-09-23 08:00

Intervenções de enfermagem

29-09-2023 8:00 - Avaliar a evolução da consciencialização sobre o processo de fim de vida do cliente

29-09-2023 8:00 - Consciencializar a família sobre a gravidade e progressão da doença e da proximidade da morte

Especificação da intervenção:

- Preparar para a identificação de sinais na SUDHV
- Possibilitar a presença das pessoas significativas (possibilidade de uma delas permanecer 24 horas junto do cliente)
- Encorajar e proporcionar momentos para despedidas
- Providenciar apoio psicológico perante as necessidades da família (filhos e esposa)

29-09-2023 8:00 - Realizar conferência familiar mediante a disponibilidade da família - FIM 29-09-2023

Especificação da intervenção:

- Clarificar objetivos dos cuidados
- Discutir sobre plano terapêutico
- Abordar a possibilidade de apoio emocional, espiritual e social para a família
- Clarificar a importância do envolvimento da família

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

01-10-2023 09:00

01-10-2023 09:00 - Com indícios de compromisso da consciência.

01-10-2023 09:00 - Consciência comprometida

01-10-2023 09:00 - Abertura dos olhos: espontânea.

01-10-2023 09:00 - Resposta verbal: confusa.

01-10-2023 09:00 - Resposta motora: localiza a dor.

01-10-2023 09:00 - Determinar evolução da consciência

01-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da consciência

Sensações somáticas

26-09-2023 08:00

26-09-2023 08:00 - Manifesta dor.

26-09-2023 08:00 - Dor

26-09-2023 08:00 - Localização da dor

26-09-2023 08:00 - Tórax

26-09-2023 08:00 - Intensidade da dor - 6.

26-09-2023 08:00 - frequência da dor - contínua.

26-09-2023 08:00 - duração da dor - crónica.

26-09-2023 08:00 - dor de tipo - profunda.

01-10-2023 09:00 - Localização da dor

01-10-2023 09:00 - Tórax

01-10-2023 09:00 - Intensidade da dor - 3.

01-10-2023 09:00 - frequência da dor - intermitente.

01-10-2023 09:00 - duração da dor - crónica.

01-10-2023 09:00 - dor de tipo - profunda.

26-09-2023 08:00 - Determinar evolução da dor

26-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da dor

26-09-2023 08:00 - Diminuir dor

26-09-2023 08:00 - Gerir analgesia

26-09-2023 08:00 - Aplicar calor

26-09-2023 08:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

26-09-2023 08:00 - Executar massagem

26-09-2023 08:00 - Posicionar para aliviar a dor

01-10-2023 09:00

01-10-2023 09:00 - Manifesta dor [MANTEVE].

Sistema respiratório

26-09-2023 08:00

26-09-2023 08:00 - Frequência respiratória: 15 ciclos/min.

26-09-2023 08:00 - Ritmo respiratório irregular.

26-09-2023 08:00 - Movimento respiratório assimétrico.

26-09-2023 08:00 - Profundidade da ventilação: inspirações profundas.
26-09-2023 08:00 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação.
26-09-2023 08:00 - Sem adejo nasal.
26-09-2023 08:00 - Saturação do oxigénio no sangue
26-09-2023 08:00 - Periférico(a): 94 %.
26-09-2023 08:00 - Coloração da mucosa: pálidas.
26-09-2023 08:00 - Comunica falta de ar quando em repouso e em posição confortável.

26-09-2023 08:00 - Dispneia

26-09-2023 08:00 - Determinar evolução da dispneia

26-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da dispneia

26-09-2023 08:00 - Melhorar ventilação

26-09-2023 08:00 - Executar exercícios de controlo respiratório [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Executar técnica de reexpansão torácica [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Posicionar para otimizar a ventilação

26-09-2023 08:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dispneia

01-10-2023 09:00

01-10-2023 09:00 - Frequência respiratória: 16 ciclos/min.
01-10-2023 09:00 - Ritmo respiratório irregular [MANTEVE].
01-10-2023 09:00 - Movimento respiratório assimétrico [MANTEVE].
01-10-2023 09:00 - Profundidade da ventilação: inspirações profundas [MANTEVE].
01-10-2023 09:00 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
01-10-2023 09:00 - Sem adejo nasal.
01-10-2023 09:00 - Saturação do oxigénio no sangue
01-10-2023 09:00 - Periférico(a): 92 %.
01-10-2023 09:00 - Coloração da mucosa: pálidas.
01-10-2023 09:00 - Comunica falta de ar quando em repouso e em posição confortável [MANTEVE].

Emoção

26-09-2023 08:00

26-09-2023 08:00 - Sem indícios de humor depressivo.
26-09-2023 08:00 - Sem indícios de euforia.
26-09-2023 08:00 - Verbaliza ansiedade.
26-09-2023 08:00 - Manifestação de inquietação.
26-09-2023 08:00 - Sem manifestação de irritabilidade.
26-09-2023 08:00 - Sem manifestação de pânico .
26-09-2023 08:00 - Especificação da perdaEspecificação da perda: Perda progressiva da autonomia para as atividades de vida diárias e perda de papeis.
26-09-2023 08:00 - Não manifesta negação da perda.
26-09-2023 08:00 - Manifesta pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda.

26-09-2023 08:00 - Ansiedade

26-09-2023 08:00 - Determinar evolução da ansiedade

26-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da ansiedade

26-09-2023 08:00 - Referenciar ansiedade ao médico [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Diminuir ansiedade

26-09-2023 08:00 - Executar técnica de relaxamento

26-09-2023 08:00 - Assistir cliente no treino do autocontrole da ansiedade

26-09-2023 08:00 - Promover autocontrole: ansiedade [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Luto comprometido [RESOLVIDO] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Determinar evolução do luto [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do luto [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Promover mudança no processo de pensamento

relacionado com o luto [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Executar escuta ativa [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Executar reestruturação cognitiva [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Incentivar às narrativas de revisão de vida e promoção de significados [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Providenciar apoio espiritual [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Incentivar à construção do legado [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Promover disponibilidade [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Apoiar na identificação da preferência do local de cuidados e de morte [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Promover autocontrole: processo de pensamento

relacionado com o luto [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre o luto: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

26-09-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

26-09-2023 08:00 - Significado atribuído à perda: "desmoronar do mundo pessoal".

26-09-2023 08:00 - Significado atribuído à vida após a perda: "sem sentido".

26-09-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre o luto

[RESOLVIDO] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre o luto [FIM]

01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Ensinar sobre luto [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Incentivar as narrativas de revisão de vida e a criação de significado [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Facilitar o processo de luto [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Ensinar sobre perdas resultantes da progressão da doença [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Providenciar apoio emocional [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação

entre o apoio das pessoas significativas e o luto [RESOLVIDO] 01-10-2023

09:00

26-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o apoio das pessoas significativas e o luto [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre o apoio das pessoas significativas e o luto [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Incentivar a criação do legado [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Promover o envolvimento das pessoas significativas [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Potencial para melhorar significado atribuído à perda
[RESOLVIDO] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do significado atribuído à perda [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Potencial para melhorar significado atribuído à vida após a perda [RESOLVIDO] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do significado atribuído à vida após a perda [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [FIM] 01-10-2023 09:00

01-10-2023 09:00

01-10-2023 09:00 - Sem indícios de humor depressivo [MANTEVE].

01-10-2023 09:00 - Sem indícios de euforia [MANTEVE].

01-10-2023 09:00 - Verbaliza ansiedade [MANTEVE].

01-10-2023 09:00 - Sem manifestação de inquietação [MELHOROU].

01-10-2023 09:00 - Sem manifestação de irritabilidade [MANTEVE].

01-10-2023 09:00 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

01-10-2023 09:00 - Especificação da perda Especificação da perda: Perda progressiva da autonomia para as atividades de vida diárias e perda de papéis.

01-10-2023 09:00 - Não manifesta negação da perda [MANTEVE].

01-10-2023 09:00 - Não manifesta pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda [MELHOROU].

Virar-se

26-09-2023 08:00

26-09-2023 08:00 - Capaz de mudar de posição na cama

26-09-2023 08:00 - Dispositivo: Grades da cama - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama, mas não o termina posicionando-se.

26-09-2023 08:00 - Virar-se comprometido

26-09-2023 08:00 - Determinar evolução do virar-se

26-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do virar-se

26-09-2023 08:00 - Assegurar atividades de virar-se

26-09-2023 08:00 - Assistir no virar-se

26-09-2023 08:00 - Prevenir úlcera de pressão

26-09-2023 08:00 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão

26-09-2023 08:00 - Aplicar colchão de alívio de pressão

26-09-2023 08:00 - Promover autonomia para virar-se [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Capacidade para virar-se

26-09-2023 08:00 - Dispositivo: Grades da cama - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

26-09-2023 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para virar-se

[RESOLVIDO] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para virar-se

26-09-2023 08:00 - Instruir a virar-se

26-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da autonomia para virar-se [FIM] 01-10-2023 09:00

01-10-2023 09:00

01-10-2023 09:00 - Capaz de mudar de posição na cama

01-10-2023 09:00 - não inicia o movimento de rodar o corpo na cama e não se posiciona.

Cuidar da higiene pessoal

26-09-2023 08:00

26-09-2023 08:00 - Não obtém objetos para o banho.

26-09-2023 08:00 - Abre a torneira.

26-09-2023 08:00 - Capaz de lavar e secar o corpo

26-09-2023 08:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - Não lava nem seca o corpo.

26-09-2023 08:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

26-09-2023 08:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - Lava e seca parte do corpo.

26-09-2023 08:00 - Lava a cavidade oral.

26-09-2023 08:00 - Aplica produtos de higiene.

26-09-2023 08:00 - Capaz de pentear-se

26-09-2023 08:00 - Penteia-se.

26-09-2023 08:00 - Não se barbeia.

26-09-2023 08:00 - Capaz de cortar as unhas

26-09-2023 08:00 - Não corta as unhas.

26-09-2023 08:00 - Limpa-se após usar o sanitário.

26-09-2023 08:00 - Não ajusta a roupa após usar o sanitário.

26-09-2023 08:00 - Cuidar da higiene pessoal comprometido

26-09-2023 08:00 - Determinar evolução do cuidar da higiene pessoal

26-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal

26-09-2023 08:00 - Assegurar atividades de higiene pessoal

26-09-2023 08:00 - Assistir no tomar banho usando dispositivo [FIM] 01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Assistir no uso do sanitário [FIM] 01-10-2023 09:00

01-10-2023 09:00 - Dar banho na cama

26-09-2023 08:00 - Lavar cavidade oral

01-10-2023 09:00 - Trocar fralda

26-09-2023 08:00 - Promover autonomia para cuidar da higiene pessoal [FIM]

01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para usar sanitário

26-09-2023 08:00 - Dispositivo: Urinol - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

26-09-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para usar sanitário [RESOLVIDO]

01-10-2023 09:00

26-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para usar sanitário

26-09-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia no uso do sanitário

01-10-2023 09:00

01-10-2023 09:00 - Não obtém objetos para o banho [MANTEVE].

01-10-2023 09:00 - Não abre a torneira [PIOROU].

01-10-2023 09:00 - Capaz de lavar e secar o corpo

01-10-2023 09:00 - Não lava nem seca o corpo.

01-10-2023 09:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

01-10-2023 09:00 - Não lava nem seca parte do corpo.

01-10-2023 09:00 - Não aplica produtos de higiene [PIOROU].

01-10-2023 09:00 - Capaz de pentear-se

01-10-2023 09:00 - Não se penteia [PIOROU].

01-10-2023 09:00 - Não se barbeia [MANTEVE].

01-10-2023 09:00 - Capaz de cortar as unhas

01-10-2023 09:00 - Não corta as unhas [MANTEVE].

01-10-2023 09:00 - Não se limpa após usar o sanitário [PIOROU].

01-10-2023 09:00 - Não ajusta a roupa após usar o sanitário [MANTEVE].

Alimentar-se

26-09-2023 08:00

26-09-2023 08:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

26-09-2023 08:00 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

26-09-2023 08:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

26-09-2023 08:00 - Não prepara os alimentos para a refeição.

26-09-2023 08:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

26-09-2023 08:00 - Não organiza os alimentos para a refeição.

26-09-2023 08:00 - Alimentar-se comprometido

26-09-2023 08:00 - Determinar evolução do alimentar-se

26-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do alimentar-se

26-09-2023 08:00 - Assegurar atividades do alimentar-se

26-09-2023 08:00 - Assistir no alimentar-se

01-10-2023 09:00

01-10-2023 09:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

01-10-2023 09:00 - Não leva os alimentos à boca / sonda de alimentação [PIOROU].

01-10-2023 09:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

01-10-2023 09:00 - Não prepara os alimentos para a refeição [MANTEVE].

01-10-2023 09:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

01-10-2023 09:00 - Não organiza os alimentos para a refeição [MANTEVE].

3.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da dispneia

- Monitorização da dispneia através da escala ESAS

Avaliar evolução da dor

- Monitorizar a dor através da escala numérica da dor

Executar técnica de relaxamento

- Proporcionar massagem terapêutica e musica relaxante; Usar um tom de voz suave; Criar um ambiente calmo e sem interrupções.

Ensinar sobre luto

- Explicar sobre as fases do processo de luto
- Explicar sobre o luto preparatório
- Explicar sobre a possibilidade e contributos do apoio psicológico, espiritual e social
- Explicar sobre o processo de morte
- Explicar sobre a importância da presença e apoio dos ente queridos

Analisar com o cliente a relação entre o apoio das pessoas significativas e o luto

- Incentivar o cliente a identificar as pessoas significativas;
- Promover a reflexão do cliente sobre apoio das pessoas significativas no processo de luto , sobretudo com a sua esposa.

Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

- Técnica de massagem de relaxamento ao nível do tórax
- Musicoterapia através da utilização do computador do Sr.º A com músicas que aprecie e lhe tragam a sensação de bem-estar
- Imaginação guiada apoiada pelo uso de imagens mentais do agrado do S. º A transportando para uma realidade de relaxamento , tranquilidade e positividade

Executar reestruturação cognitiva

- Identificar as causas que apoiam ou refutam pensamentos negativos sobretudo pelo fato de não querer demonstrar a sua fragilidade às pessoas significativas
- Proporcionar momentos de reflexão sobre situações concretas que possam fundamentar perspetivas errôneas a respeito do Sr. A ou pensamentos negativos (perda de papéis)

Facilitar o processo de luto

- Oferecer informações sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico
- Utilizar o termos claros , como, a palavra morte
- Incentivar à expressão de sentimentos sobre a perda e medos
- Reforçar o progresso realizado no processo de luto
- Apoiar na resolução de conflitos e conclusão de assuntos importantes pendentes preparando-os melhor para o processo de morte

- Incluir os ente queridos nas conversas e decisões, mediante a vontade do Sr.º A
- Incentivar à despedida dos seus ente queridos

Ensinar sobre perdas resultantes da progressão da doença

- Explicar sobre o tipo perdas resultantes do processo da doença, as consequências e as implicações na sua forma de estar e sentir

Providenciar apoio emocional

- Executar escuta ativa
- Utilizar a comunicação aberta e clara
- Toque terapêutico
- Envolver os ente queridos

Incentivar a criação do legado

- Encorajar à revisão de vida para criação do legado
- Apoiar o Sr.º A na parceria da esposa e outros ente queridos para a criação do legado
- Apoiar a esposa do Sr.º A a colaborar na criação do legado : reunir as fotografias que o Sr.º A tem com os netos para deixar numa caixa com uma mensagem para cada um deles

Promover o envolvimento das pessoas significativas

- Permitir a presença de um familiar permanentemente e visitas diárias das pessoas significativas
- Proporcionar momentos para a visita dos netos menores
- Envolver a familiar cuidadora nos cuidados
- Envolver as pessoas significativas nas decisões partilhadas com o Sr.º A

Providenciar apoio espiritual

- Referir quais os recursos espirituais disponíveis
- Identificar se pretende assistência espiritual disponível na UCP ou se tem outra preferência
- Contactar os recursos espirituais disponíveis na UCP (Capelão) e garantir a sua visita ao Sr.º A

Executar técnica não farmacológica de alívio da dispneia

- Uso da ventoinha dirigindo o ar para a face para alívio da dispneia
- Colocar música calma e da preferência do Sr.º A através do seu computador utilizando os fones

3.8. Síntese relativa ao caso

No contexto dos cuidados de saúde, a dignidade está intimamente relacionada com o respeito e a condição, garantindo que os clientes possam viver de acordo com seus próprios padrões e valores, sem serem prejudicados por questões relacionadas com o ambiente em que estão

inseridos e da deterioração do estado de saúde (Xiao et al., 2019).

A perda de dignidade é uma das principais razões pelas quais os clientes com patologias graves ou incuráveis desejam acelerar a morte e está ligada ao sofrimento psicológico e à diminuição da qualidade de vida (ibidem). A perda de capacidade física, que ocorre no caminho para uma SUDHV, resulta muitas das vezes na perda de autonomia, com impacto significativo na autoestima do cliente (Coelho et al., 2016).

O Sr.º A, referia que com o agravamento da doença, estava a perder a sua autonomia, pois não conseguia realizar as atividades mais básicas de vida sozinho, prevalecendo a impotência e frustração dia após dia. Assim, em primeira instância, foi necessário investir no controlo dos sintomas que lhe eram limitadores e angustiantes, como a dor e a dispneia e proporcionar suporte para que as atividades de vida diárias fossem realizadas de maneira a que ele sentisse, que a sua dignidade não estava a ser desrespeitada.

O confronto com a perda de funcionalidade associava-se à perda de papéis, pois perante a sua fragilidade, via-se numa posição de inferioridade ao ponto de ter a percepção que o papel, de pai, avô, marido, "homem de família" se tinha perdido. A intervenção no processo de luto preparatório, para com o Sr.º A, levou-o a consciencializar-se das perdas, da sua finitude de vida e vulnerabilidade, permitindo-se percorrer um caminho de reflexão sobre as perdas e a procura por conforto.

Tornou-se necessário, intervir com o esclarecimento de dúvidas sobre a sua patologia e o que esperava no processo de fim de vida. Incentivar às narrativas de revisão de vida e promoção significados relacionados com as suas perdas e na relação com os outros, conduziu a uma melhor compreensão de que o seu "eu" não se resume ao momento atual, uma vez que, há a sua história de vida e este continua a ser parte integrante, estando vinculado o seu papel de pai, avô, marido, empresário, realçando-se a manutenção de papéis.

A presença e o apoio da família estavam associados ao conforto do Sr.º A, pelo que foi proporcionada a visita frequente dos netos e filhos e providenciado o acompanhamento da esposa 24 horas por dia, como desejava. Sem dúvida, que o conforto era fortalecido pelos laços afetivos estabelecidos com as pessoas significativas.

Quebrar a barreira do silêncio com a esposa sobre os seus sentimentos, era uma das maiores inquietações do Sr.º A, sendo incentivado a conversar com a mesma, para fugir de arrependimentos e desfrutar do apoio e afeto, tendo apresentado a iniciativa de conversar com a esposa. Talvez porque as relações que a pessoa estabelece, acabam por adquirir uma relevância singular pela consciencialização da sua terminalidade.

Outro aspeto relevante para o planeamento de cuidados é a escolha do local de preferência para o fim de vida. A maior parte das vezes, os clientes preferem ficar na sua casa, devido ao sentimento de segurança, proteção e autonomia que proporciona. Porém torna-se crucial

considerar cuidadosamente os recursos disponíveis para o apoiar e garantir que o cliente possa permanecer em casa, impedindo uma experiência traumática para ele e para a família (Neto, 2016a).

A equipa da UCP esteve sensível com a tomada decisão do Sr. ^o A, sobre o local de preferência para o fim de vida e discutiu com este e com a família, para o esclarecimento. Foram elucidados sobre o fato dos sintomas estarem a ser controlados, sobre a possibilidade do apoio da equipa de suporte de CP no domicílio (pela equipa de CP domiciliária pertencente a esta UCP de sector privado) e a família apresentar condições e vontade para prestar cuidados nesta fase. Todavia, após devidamente ponderado com a equipa/cliente/família o desejo do Sr.^o A prevaleceu quando referiu que, “sinto-me mais seguro e tranquilo se ficar no hospital, já que permitem a minha esposa estar sempre comigo e os meus filhos puderem me visitar.”

A construção do legado, também foi uma intervenção prioritária, pois ajudou-o Sr. ^o A a deixar uma prova de amor aos seus netos, através de uma caixa de fotografias que tinha preparado e para os filhos a sua empresa de forma a perpetuar a sua existência. Para além que, possibilitou uma relação de maior abertura, proximidade e união com a sua esposa, pois o momento de seleção das fotografias permitiu reviver a história de vida deles e quebrar a muralha do silêncio do Sr. ^o A, sobre demonstrar os seus medos, angústias e desmistificar que não é um fardo para a sua família.

Para a família, a capacidade de lidar com as mudanças, identificá-las e responder de forma adaptativa revela-se fundamental. O familiar cuidador insere-se numa situação de vulnerabilidade acrescida, tendo risco aumentado de morbilidade física e mental (Pimenta & Capelas, 2019).

Os profissionais de saúde da UCP, estiveram despertos para intervir com a familiar cuidadora, uma vez que, as perdas do marido, a sua brevidade de vida e o sentimento de culpa estavam a causar sofrimento. Foi possível promover o conhecimento sobre o luto antecipatório e a consciencialização sobre a finitude de vida do marido e da relevância da sua relação para com ele. A familiar cuidadora, fortaleceu a sua relação com o marido com a construção do legado, melhorou o seu autocuidado e começou um caminho do processo de consciencialização numa perspetiva de vida sem o seu marido.

Em virtude da aproximação da fase de SUDHV do Sr.^o A, foi de extrema relevância a preparação da família, com o objetivo de a preparar para reconhecer os sinais e necessidades do cliente. Portanto, foram capacitados antecipadamente para a mudança dos objetivos terapêuticos nesta fase (sobre alimentação, o tratamento farmacológico, etc.), sobre a importância da manutenção do apoio/presença, a expressão de emoções e afetos e o esclarecimento sobre do local escolhido pelo Sr.^o A para passar os últimos dias de vida, de forma a difundir possíveis sentimentos de culpa ou arrependimentos .

Durante este processo é de realçar o papel da equipa multidisciplinar para garantir uma abordagem integral no cuidado dedicado ao cliente e à família, nomeadamente o apoio espiritual pelo capelão da UCP para com o Sr.º A em virtude de uma visita a pedido do cliente para se confessar e reconciliar com Deus. E o encaminhamento da esposa e filhos para o apoio de psicologia.

Em suma, entende-se que a conceção de cuidados desenvolvida teve como objetivo aumentar o conforto de forma a colmatar as necessidades do Sr.º A. Posto isto, o conforto foi fortalecido através da satisfação dos três estados de necessidades, de alívio, tranquilidade e transcendência, no contexto físico, psicoespiritual, psicossocial e ambiental, apresentado no **quadro 7**.

	ALÍVIO	TRANQUILIDADE	TRANSCENDÊNCIA
FÍSICO	Sente dispneia e dor que o leva a permanecer mais tempo no leito.	Sentimento de progresso no controlo da dispneia e dor.	Tem os seus próprios meios para antecipar o declínio da sua doença; Encontrou estratégias para compreender a dependência.
PSICOESPIRITUAL	Sente falta de propósito de vida; Sente que não vai acompanhar o crescimento dos netos; Sente-se um "fardo" e que não consegue ser o suporte da família ("homem da família").	Sentimento de orgulho pela família que construiu. Constrói o legado com ajuda da esposa;	Acredita que com o legado deixado irá perpetuar a sua existência na família. Planeia alternativas para reduzir o seu sofrimento, como viver um dia de cada vez e ficar no hospital nos últimos dias de vida.
SOCIOCULTURAL	Sente falta da proximidade física e relacional dos netos, filhos e esposa.	Desfruta dos momentos e das relações familiares.	Consegue ter uma relação de mais proximidade e abertura, sem arrependimentos com a esposa, desejando a sua presença nos últimos dias de vida; Sente-se agradado com a visita dos netos e filhos e solicita a sua presença com mais frequência para poder receber e dar demonstrações de amor, carinho e afeto.
AMBIENTAL	Desejo de se manter no hospital.	Sentimento de paz ao ver o mar da janela do seu quarto.	Sente-se esperançoso quando vê o mar da janela do quarto.

Quadro 7 - Estrutura taxomica do conforto desenvolvida com os dados do Sr.º A

4. ESTUDO DE CASO 2 - EQUIPA COMUNITÁRIA DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

A Sr.^a B tem 62 anos, trabalhou como empregada de limpeza durante quarenta anos e atualmente encontra-se reformada. Reside com o marido que é o seu cuidador informal, e tem uma filha, casada e emigrada no Reino Unido. É seguida na consulta de pneumologia geral desde 2015, devido ao diagnóstico de DPOC GOLD 3 e enfisema pulmonar, com múltiplas exacerbações e necessidade de internamentos recorrentes. Ex-fumadora, cessou o tabagismo recentemente, o que condicionou a indicação para um possível transplante pulmonar. Cumpre VNI noturno desde fevereiro de 2020 e está sob oxigenoterapia a 3L /min por cânula nasal desde o início de 2023. Após o último internamento, em janeiro de 2023, passou a ser acompanhada pela equipa de CP, inicialmente em consulta externa, tendo transitado para ECSCP devido ao aumento da sintomatologia, fragilidade e crescente possibilidade de dependência. A dispneia e a astenia limitam as suas atividades de vida diárias. Refere insónia associada à dispneia, ansiedade e xerostomia. Apresenta crises de ansiedade, desencadeadas pelo quadro patológico e também pela angústia de pensar que "Deus a abandonou", o que a conduz por vezes ao isolamento social. O conforto é percecionado e desejado através do controlo sintomático, particularmente do cansaço e dispneia, do apoio e presença da família, especialmente do marido e da filha, e de sentir-se capaz de sair de casa para dar pequenos passeios.

4.1. Enquadramento teórico

Doença Pulmonar obstrutiva Crónica (DPOC)

Mundialmente, a DPOC é a terceira principal causa de morte, provocando 3,23 milhões de mortes em 2019 (WHO, 2023).

A DPOC define-se como uma patologia heterogénea devido a anomalias das vias aéreas (bronquite, bronquiolite) e/ou alvéolos (enfisema) que causam obstrução persistente e progressiva do fluxo aéreo. É caracterizada por sintomas respiratórios crónicos como a dispneia, tosse, expectoração e/ou exacerbações (DGS, 2019; GOLD, 2023).

O diagnóstico da DPOC emerge da presença dos sintomas respiratórios e/ou exposição a fatores de risco como o tabagismo, a exposição a tóxicos, infeções respiratórias recorrentes, condições genéticas como deficiência de alfa1-antitripsina (GOLD, 2023) e sobretudo ter como critério,

obstrução do débito aéreo detetada por espirometria (relação FEV1/FVC (volume expiratório máximo no 1.º segundo / capacidade vital forçada) inferior a 0,70 após broncodilatação) (DGS, 2019; GOLD, 2023).

No caso dos fumadores, estes são aconselhados a cessar o tabagismo imediatamente, pois a patologia torna-se progressiva devido a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões às toxinas ou partículas inaladas do fumo do cigarro (McCabe et al., 2017).

Os sintomas mais frequentes incluem a tosse crónica, dispneia, astenia, sibilância, opressão torácica, perda de peso, anorexia, expectoração crónica, ansiedade e depressão (GOLD, 2023).

A perceção global do impacto da doença num cliente com DPOC contempla avaliação da gravidade espirométrica baseada no valor de FEV1 pós broncodilatação, classificada em quatro estádios : GOLD 1 e GOLD 2, que indicam baixo risco e GOLD 3 e GOLD 4 que indicam alto risco (ibidem).

O tratamento depende da gravidade do episódio, bem como da DPOC subjacente e das comorbilidades, alicerçando-se em medidas farmacológicas e não farmacológicas. O tratamento farmacológico da DPOC tem como objetivo diminuir os sintomas, o risco e a gravidade das exacerbações, a tolerância ao exercício físico e a qualidade de vida (ibidem).

Atualmente, ainda não há evidência de fármacos que permitam alterar o declínio da função pulmonar. Posto isto, a base do tratamento farmacológico assenta no uso de broncodilatadores inalatórios e fármacos anti-inflamatórios (Maddocks et al., 2017), sendo que este tratamento tem grande relação com a classificação GOLD que o cliente apresenta. Para além, de que em situações mais graves e/ou terminais, pode haver a necessidade de oxigenoterapia e de suporte ventilatório (GOLD, 2023).

O tratamento não farmacológico independentemente da classificação GOLD (GOLD, 2023):

- **Educação** - Abordagem e informação sobre patologia, o tratamento, estratégias para minimizar a sintomatologia e aconselhamento sobre como e quando recorrer apoio/ajuda.
- **Vacinação** - Administração da vacina da gripe, vacina antipneumocócica e vacina contra o tétano, difteria e tosse convulsa pode minimizar formas mais graves da doença e a mortalidade.
- **Reabilitação respiratória** - A recomendação da reabilitação respiratória visa melhorar os sintomas de dispneia, a qualidade de vida, a tolerância ao exercício, minimizar a ansiedade e a depressão associadas à DPOC e, consequentemente, reduzir o número de internamentos.
- **Atividade física** - A realização de atividade física diária é recomendada independentemente da gravidade, aos clientes com DPOC, cujo desafio é promover e manter a atividade física.
- **A cessação tabágica** - Intervenção motivacional, associada ou não a tratamento farmacológico, assim como o encaminhamento do cliente para a consulta de apoio

intensivo à cessação tabágica, em casos específicos, para minimizar a progressão da DPOC.

Existe uma consciência crescente sobre a necessidade de CP na doença respiratória não neoplásica em fase terminal. Ao contrário da doença neoplásica, a progressão da DPOC muitas vezes apresenta um declínio lento e inexorável, com recaídas e períodos crescentes de dispneia incapacitante, diminuição da tolerância ao exercício, internamentos recorrentes e, por vezes, morte súbita e prematura. Desta forma, a incerteza prognóstica pode influenciar a capacidade dos profissionais de saúde em iniciar discussões sobre CP e planear cuidados de fim de vida com estes clientes, consoante os seus valores e as suas preferências (Almagro et al., 2017).

No que concerne ao caso clínico descrito, a Sr.^a B apresenta DPOC GOLD 3, desde 2015, devido à presença de enfisema, que se caracteriza pela dilatação irreversível dos espaços aéreos distais aos bronquíolos terminais, acompanhado da destruição das suas paredes (kumar et al., 2015).

Foi fumadora desde os seus 14 anos sendo aconselhada a suspender o tabagismo, no entanto, só abandonou os hábitos tabágicos em janeiro 2023 (8 anos após o diagnóstico DPOC), depois de um dos internamentos por exacerbação da dispneia. Como sintomas predominantes, apresenta dispneia que habitualmente é progressiva e agravada pela atividade física; cansaço, associado ao impacto na capacidade para realizar as atividades de vida diárias; e a ansiedade relacionada a um maior risco de estados de debilidade e exacerbação e, consequentemente a necessidade de idas ao serviço de urgência.

Perceção de conforto

A perceção de conforto da Sr.^a B, foi estabelecida de igual modo como descrito no **3.1** do presente relatório.

Perceção de conforto segundo a Sr.^a B

“Para mim, o conforto é estar na minha casa (...) não ter falta de ar nem ter este cansaço que me destrói (...) se eu conseguisse fazer as minhas coisas e os trabalhos domésticos, já era bom (...) também ter os meus perto de mim faz-me sentir bem, principalmente quando tinha a minha filha. Também gosto de dar um pequeno passeio com meu marido(...) ir ao supermercado e tomar um cafezinho lá (...) mas já não posso (...) às vezes, se não é a falta de ar e o cansaço, sou eu que fico a pensar na vida que tenho e acabo por ir para a cama.”

(Sr.^a B , 2023)

- O que mais a conforta neste momento ?

- "Ter o meu marido perto de mim."
- "Poder estar na minha casa."

(Sr.^a B , 2023)

- O que lhe é mais desconfortável no momento ?

- "Ficar com falta de ar e cansada com muita facilidade."
- "Não ter a minha filha perto de mim, por estar emigrada."
- "Não conseguir dormir bem, porque tenho falta de ar, a boca seca ou porque fico ansiosa."
- "O sentir que posso ser um fardo para o meu marido."
- "Não haver muito sentido na minha vida porque já nem faço os trabalhos domésticos, nem posso ajudar a minha filha a remodelar a casa nova."
- " Deus ter-me abandonado, pois estou com esta doença e tenho a minha filha longe de mim."

(Sr.^a B , 2023)

Seguindo a teoria de conforto de Kolcaba, após a conversa com a Sr. ^a B foram identificados os seguintes contextos de conforto:

- **Conforto ou desconforto físico:** dispneia, cansaço, sono alterado e xerostomia.
- **Conforto ou desconforto psicoespiritual:** falta de propósito, ansiedade e achar que Deus a abandonou.
- **Conforto ou desconforto sociocultural:** ter a presença e apoio do marido, sentir a falta da filha por se encontrar emigrada e não a poder auxiliá-la na remodelação da casa, e dar pequenos passeios com o marido.
- **Conforto ou desconforto ambiental:** poder estar na sua casa.
- **Outros:** não referiu

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 62 anos | Feminino

Cuidador

30-11-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Parentesco: cônjuge.

30-11-2023 16:00 - Coabita com a pessoa dependente.

30-11-2023 16:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

30-11-2023 16:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

30-11-2023 16:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

30-11-2023 16:00 - Capacidade física do cuidador para dar banho

30-11-2023 16:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - suficiente para assegurar na totalidade.

30-11-2023 16:00 - Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar na totalidade.

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-11-30 16:00:00	Pantoprazol 20mg (PO) às 7h	2023-12-19 16:00:00
2023-11-30 16:00:00	Bisacodilo 5mg (PO) às 19h	
2023-11-30 16:00:00	Picossulfato de sódio 7.5mg/ml (PO) 25 gotas às 9h	
2023-11-30 16:00:00	Fentanilo 25 mcg/h (ST) 3/3 dias	
2023-11-30 16:00:00	Alprazolam 0,5 mg (PO) 1cp às 9h ; 2cp às 22h	
2023-11-30 16:00:00	Salbutamol 100 µg/dose (INAL) 2puffs às 6h/12h/18h/0h	
2023-11-30 16:00:00	Brometo Ipatrópio 20µg/dose (INAL) 4 puffs às 8h/12h/16h/20h/0h	
2023-11-30 16:00:00	Oramorph 2mg/ml (PO) 3gts em SOS se dor ou falta de ar	
2023-11-30 16:00:00	Trixeo 160 µg+ 5 µg + 7.2 µg /dose (INAL) 2 puffs às 8h/20h	
2023-11-30 16:00:00	Lorazepam 1mg (PO) 1cp em SOS se insónia	
2023-12-19 16:00:00	Lorazepam 1mg (PO) 1cp 22h	
2023-12-19 16:00:00	Fentanilo 25mcg/h (ST) 3/3dias	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A ECSCP realiza a visita domiciliária ao cliente, administra a medicação em situações pontuais e integra a gestão do plano terapêutico, no sentido de controlar os sintomas e promover o conforto. De acordo com o cenário, será descrita a terapêutica prescrita e os aspetos de

enfermagem relevantes.

Pantoprazol - É um inibidor da bomba de prótons seletivo, que reduz a quantidade de ácido produzida no estômago sendo utilizado para quadros de esofagite de refluxo, úlcera gástrica e duodenal. Apresenta como efeitos secundários, diarreia, vômitos, flatulência, obstipação, dor e desconforto abdominal, cefaleias e tonturas (Infarmed©, 2023). A sua administração tem como função a proteção gástrica perante administração da terapêutica diária que tem a Sr. ^a B.

Bisacodilo - É classificado como um laxante de contacto que estimula a mucosa do intestino grosso por hidrólise, provocando peristaltismo do cólon. Deste modo, resulta na redução do tempo de trânsito, estimula a defecação e permite que as fezes se tornem mais moles. A sua administração, deverá ser à noite para que o movimento intestinal ocorra na manhã seguinte. Requer a vigilância de efeitos secundários, sendo os mais comuns, a dor abdominal, náuseas, vômitos e diarreia (Infarmed©, 2023). Perante a situação clínica da Sr.^a B, a prescrição do bisacodilo é devido ao risco de obstipação pela administração de opioides, que cumpre. A vigilância do risco de obstipação é uma prática comum em enfermagem, tendo em consideração a frequência do funcionamento do trânsito intestinal, a quantidade e o tipo de fezes.

Picossulfato sódio - Pertence ao grupo de laxantes de contacto e está indicado em casos de obstipação e em situações que necessita uma defecação facilitada. Apresenta uma ação local, estimulando a mucosa do intestino grosso, conduzindo ao peristaltismo no cólon e promovendo a acumulação de água e, conseqüentemente, de eletrólitos no lúmen. O resultado evidencia-se através do amolecimento das fezes, uma duração do trânsito menor e na estimulação da defecação. Necessita da vigilância de efeitos secundários, sendo os mais comuns de natureza gastrointestinal nomeadamente, o desconforto/dor abdominal, vômitos e náuseas e cólicas abdominais (Infarmed©, 2023). Correlacionado com o caso exposto, a Sr. ^a B apresenta risco de obstipação pela administração de opioides (oromorph (via oral) e fentanilo (via transdérmica), pelo que a implementação desta terapêutica, permite a regularização do trânsito intestinal. A vigilância do risco de obstipação é uma prática frequente tal como na administração do bisacodilo, referido anteriormente.

Fentanilo - É um analgésico estupefaciente, cerca de 100 vezes mais potente do que a morfina. Existe na forma transdérmica como uma unidade retangular transparente que adere à pele. A sua absorção é essencialmente a mesma no tórax, abdómen e coxas. As áreas da pele devem ser alternadas em cada aplicação e não deve ser colocado em locais com lesões na pele ou com pelos, no caso de ter pelos devem ser cortados em vez de rapados e tem ser trocado de 3/3 dias (72 horas). Requer a vigilância de efeitos secundários, como náuseas, vômitos, obstipação, sonolência, tonturas e cefaleias (Infarmed©, 2023).

A Sr.^a B tem a prescrição deste fármaco para o controlo da dispneia. A capacitação pela equipa de enfermagem à cliente e ao familiar cuidador, para a troca rigorosa do selo conforme a prescrição, a substituição em caso do selo se descolar e a rotatividade do local anatómico para

a colocação do selo, tornam-se fundamentais para evitar complicações e para o controlo sintomático eficaz.

Alprazolam - Pertence ao grupo de fármacos das benzodiazepinas e tem indicação terapêutica para perturbações relacionadas com o pânico e ansiedade que inclui insónia e depressão, etc. Apresenta como efeitos secundários, sonolência, falta de coordenação motora, alteração da memória, confusão, alterações gastrointestinais (náuseas e diarreia) e alterações visuais (Infarmed©, 2023). Como especificidades para o caso clínico, constata-se que a Sr. ^a B apresenta ansiedade e insónia causada pela dispneia e astenia, bem como, através de outros fatores (uso BIPAP noturno, preocupações pessoais/familiares e com a doença).

Salbutamol - É um anticolinérgico que provoca broncodilatação num curto espaço de tempo (4 horas) com rápido início de ação (dentro de 5 minutos) na obstrução reversível das vias respiratórias por causa da asma, bronquite crónica e enfisema. Os efeitos secundários frequentes são a taquicardia, cefaleias e tremores (Infarmed©, 2023). A administração realiza-se através da solução pressurizada, para inalação com apoio da câmara expansora. A Sr.^a B tem a prescrição do presente fármaco em horário regular pela presença da dispneia causada pela DPOC.

Brometo de ipatrópio - É um anticolinérgico que atua ao nível do trato respiratório provocando broncodilatação, que por sua vez leva ao aumento do diâmetro interno dos brônquios permitindo um maior fluxo de ar. Requer a vigilância de efeitos secundários como a taquicardia, palpitações, cefaleias, irritação local e broncospasmo induzido pela inalação, irritação da garganta, edema da faringe, garganta seca - reações dos tecidos cutâneos e subcutâneos: eritema cutâneo, prurido (Infarmed©, 2023). A administração processa-se através da solução pressurizada para inalação através da câmara expansora. No caso da Sr.^a B, esta prescrição é devido à dispneia, como consequência da DPOC.

Oramorph - Pertence a um grupo de fármacos denominados analgésicos estupefacientes e é utilizado para o alívio da dor intensa e na dispneia (Gonçalves, 2011). A sensação de dor e a reação sentida a este estímulo são atenuadas pela interação do sulfato de morfina que o fármaco contém com os recetores do sistema nervoso central (Infarmed©, 2023). Os mecanismos provavelmente envolvidos na redução da dispneia, são a sedação, redução da ansiedade, redução da sensibilidade à hipercapnia e à hipoxemia. Têm início de ação em 30 minutos, com pico plasmático em 1 hora e com a duração da ação de 4 horas (Gonçalves, 2011).

Os efeitos secundários frequentes incluem a obstipação, confusão, náuseas, vômitos e sonolência (Infarmed©, 2023). No caso da Sr. ^a B, esta terapêutica está prescrita como dose de resgate (medicação em SOS) para situações de dispneia intermitente, frequentemente relacionada com o cansaço e ansiedade. A cliente e o cuidador/familiar foram capacitados a

registar o motivo, número de vezes e o horário da administração. Particularmente no que diz respeito à solução oral, esta apresenta sabor amargo, que pode ser desagradável, pelo que foram informados sobre a possibilidade da toma concomitante com algum alimento do agrado pessoal.

Trixeo (budesonida + formoterol + brometo de glicopirrónio) - É um broncodilatador adrenérgicos em associação com anticolinérgicos incluindo combinações triplas com corticosteroides. Está indicado no tratamento de manutenção da DPOC moderada a grave. Os efeitos secundários incluem candidíase oral, pneumonia, hiperglicemia, ansiedade, cefaleia, palpitações, disfonia, tosse, espasmos musculares. A administração processa-se através da solução pressurizada para inalação com uma câmara expansora (Infarmed©, 2023). A Sr.ª B usa este fármaco como parte do tratamento da DPOC.

Lorazepam - A Sr.ª B tem o lorazepam prescrito para insónia, tanto em regime regular como SOS. Durante as visitas domiciliárias, é realizada uma avaliação da necessidade e eficácia do uso desta terapêutica em situações SOS. Outros aspetos de enfermagem relevantes estão descritos no ponto **3.3.1** do relatório.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

30-11-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Ventilação não invasiva

30-11-2023 16:00 - Modo ventilatório: Pressão positiva nas vias aéreas a dois níveis (BiPAP).

19-12-2023 16:00 - Modo ventilatório: Pressão positiva nas vias aéreas a dois níveis (BiPAP).

30-11-2023 16:00 - Frequência respiratória: 14 ciclos/min.

19-12-2023 16:00 - Frequência respiratória: 15 ciclos/min.

30-11-2023 16:00 - Débito de oxigénio: 3.00 L/min.

19-12-2023 16:00 - Débito de oxigénio: 3.00 L/min.

30-11-2023 16:00 - Assegurar ventilação não invasiva

30-11-2023 16:00 - Otimizar ventilação não invasiva

30-11-2023 16:00 - Promover autogestão: ventilação não invasiva

30-11-2023 16:00 - Conhecimento sobre ventilação não invasiva: facilitador.

19-12-2023 16:00 - Conhecimento sobre ventilação não invasiva: facilitador [MANTEVE].

30-11-2023 16:00 - Capacidade para usar dispositivo de ventilação não invasiva

30-11-2023 16:00 - Dispositivo: Ventilador de pressão positiva binível (BIPAP) - facilitadora.

30-11-2023 16:00 - Avaliar evolução da autogestão da ventilação não invasiva

30-11-2023 16:00 - Oxigenoterapia

30-11-2023 16:00 - FiO2: 24 %.

19-12-2023 16:00 - FiO2: 24 %.

30-11-2023 16:00 - Débito de oxigénio: 3.00 L/min.

19-12-2023 16:00 - Débito de oxigénio: 3.00 L/min.

30-11-2023 16:00 - Assegurar oxigenoterapia

30-11-2023 16:00 - Manter oxigenoterapia

30-11-2023 16:00 - Promover autogestão: oxigenoterapia

30-11-2023 16:00 - Conhecimento sobre oxigenoterapia

30-11-2023 16:00 - Dispositivo: Sonda de oxigénio - facilitador.

19-12-2023 16:00 - Conhecimento sobre oxigenoterapia

19-12-2023 16:00 - Dispositivo: Sonda de oxigénio - facilitador [MANTEVE].

30-11-2023 16:00 - Avaliar evolução da autogestão da oxigenoterapia

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

Os procedimentos de diagnóstico e terapêutica a considerar de acordo com o cenário descrito foram os seguintes:

Ventilação não invasiva (VNI)

A VNI consiste na aplicação de um suporte ventilatório por meio de pressão sem a utilização de métodos invasivos da via aérea. Tem como vantagens, a diminuição da formação de atelectasias, do trabalho inspiratório, da dispneia, de complicações respiratórias (exemplo: pneumonia) e do aumento de internamentos (Augusti et al., 2023).

Quando realizada pela modalidade Bilevel Positive Airway Pressure (BIPAP), com máscara nasal ou facial, promove uma ventilação por pressão positiva com dois níveis de pressão, um nível de suporte inspiratório (IPAP) e um nível de pressão no fim da expiração (EPAP/ PEEP) (ibidem)

A decisão da VNI no contexto de CP deve ser clara pois o objetivo atingir não é a sobrevida do cliente mas o controlo sintomático (Pamplona & Bárbara, 2016).

É frequentemente utilizada em clientes com DPOC (GOLD, 2023), podendo assumir um papel promotor de conforto pela diminuição da dispneia/esforço respiratório mas também de desconforto, sobretudo pelo ruído provocado pelas as fugas de ar, as pressões elevadas, o posicionamento, a secura das mucosas e a comunicação.

No caso da Sr.ª B, o BIPAP diminui a dispneia mas exacerba a secura da mucosa oral.

Oxigenoterapia

Na DPOC, as alterações fisiopatológicas podem conduzir à hipoxemia, caracterizada pela diminuição da Pressão Parcial de Oxigênio (PaO₂) com valores normais ou reduzidos de pressão parcial de dióxido de carbono (PaCO₂) (OE, 2018).

Assim sendo, o recurso à oxigenoterapia é uma atitude terapêutica, que apresenta impacto na diminuição do esforço respiratório e na intensidade da dispneia, possibilitando uma melhoria do desconforto respiratório (DGS, 2015).

Segundo as GOLD (2023), deve ser titulado para saturação de oxigênio 88 - 92%, pelo risco de retenção de dióxido de carbono. Consequentemente, avaliação da saturação de oxigênio arterial e a avaliação da gasimetria arterial determinam a necessidade da oxigenoterapia que pode ser administrado por cânula nasal ou máscara facial de forma contínua ou intermitente.

É relevante mencionar que o conforto muitas das vezes fica comprometido com o uso do oxigênio, uma vez que, pode causar secura nos olhos, na mucosa nasal e oral, sensação de claustrofobia pelo uso da máscara facial em vez da cânula nasal, diminuição da mobilidade, isolamento social e dependência psicológica (Gonçalves, 2020). Estes aspetos foram avaliados na Sr. ^a B, que cumpre oxigenoterapia por cânula nasal.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
30-11-2023 16:00	Sistema respiratório	
30-11-2023 16:00	Conservação de energia	
30-11-2023 16:00	Emoção	
30-11-2023 16:00	Atitudes terapêuticas	
30-11-2023 16:00	Pele e mucosas	
30-11-2023 16:00	Sono	
30-11-2023 16:00	Espiritualidade	

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

• Conservação de energia - Intolerância à atividade

A intolerância à atividade é definida como "falta de capacidade ou energia para tolerar ou completar atividades" (ICN, 2019).

Esta pode ser diferenciada em atividades que implicam a utilização de grandes grupos

musculares, que levam a uma menor tolerância do esforço, independentemente da reserva muscular metabólica disponível, devido à limitação ventilatória. E nas atividades que implicam a utilização de pequenos grupos musculares, na qual a tolerância ao esforço deve-se principalmente à fadiga muscular (Moreira, 2012).

Prevalecem manifestações como a dispneia, polipneia e o aumento da frequência cardíaca que decorrem das atividades que criam exigências excessivas de energia (Carpenito, 2019). Podem ainda estar envolvidos fatores como a depressão, estilo de vida sedentário e a falta de motivação, levando a que a intolerância à atividade no cliente com DPOC seja multifatorial (Moreira, 2012).

Posto isto, os fatores concorrentes para a intolerância à atividade são todos aqueles que comprometem o transporte de oxigénio, que criam exigências excessivas de energia e que ultrapassam a capacidade física e psicológica do cliente (Carpenito, 2019).

Em paralelo com a intolerância à atividade, a Sr.^a B refere fadiga, definida como “ sentimentos de diminuição da força ou resistência, desgaste, cansaço mental ou físico e lassidão, com capacidade reduzida para o trabalho físico ou mental” (ICN, 2019).

A Sr.^a B, como apresenta o diagnóstico DPOC, desenvolveu dispneia, aumento da fadiga e conseqüentemente, aumento da intolerância à atividade. Refere " O cansaço não me deixa mesmo nada confortável, quero fazer as coisas , mas pouco consigo".

A literatura descreve que na DPOC, a limitação ventilatória e a fadiga muscular podem conduzir a uma menor tolerância ao esforço. Embora a intolerância à atividade resulte de processos corporais não propositados, esta é influenciada pela capacidade do cliente compreender a sua condição de saúde atual e utilizar os seus próprios recursos internos, permitindo-lhe gerir as atividades de vida diárias, priorizar as tarefas e o nível de energia disponível (Moreira, 2012).

Considera-se que as medidas gerais adotadas na pessoa em situação paliativa com fadiga podem ser adaptadas à pessoa com intolerância à atividade, embora se proporcionem diferenças nos objetivos para o cuidado. O objetivo para a intolerância à atividade passa pela melhoria da gestão das atividades, enquanto que na fadiga centra-se na adaptação a esta condição, podendo ocorrer a substituição do cliente em determinadas circunstâncias (ibidem).

Sempre que o cliente tenha capacidade deve-se incentivar à autoavaliação da fadiga recorrendo a escalas de avaliação como a ESAS (Galvão & Pazes, 2016).

O tratamento farmacológico é descrito no contexto de fadiga e poderá trazer benefícios para o cliente com a utilização de fármacos como os corticosteroides e o metilfenidato, que tem a vantagem de apresentar um início de ação rápido, além do modafinil, que é um estimulante do SNC e revela menos efeitos indesejáveis (ibidem).

No tratamento não farmacológico, destacam-se as estratégias de adaptação das atividades

diárias, através de uma lista de priorização das tarefas. Esta abordagem inclui a delegação das tarefas menos relevantes, que causam fadiga ou que são menos agradáveis a terceiros, reservando as atividades imprescindíveis ou mais significativas para os momentos em que o cliente se sente com mais energia (ibidem).

Também poderá ser efetuado o aconselhamento sobre a higiene do sono, intervenções como a distração e, no âmbito cognitivo-comportamental integradas numa vertente colaborativa da equipa multidisciplinar (Cunha et al., 2022).

Apesar do tratamento não reverter completamente o sintoma no cliente com DPOC, possibilita a diminuição do impacto da sua prevalência. É importante ajustar as expectativas do cliente à realidade da sua capacidade para a atividade, bem como estabelecer uma comunicação eficaz entre o profissional de saúde, o cliente e a família, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida (Galvão & Pazes, 2016)

De igual forma, é fundamental equilibrar o impacto da fadiga com intervenções dirigidas, na pessoa em situação paliativa, onde o objetivo é oferecer o máximo de conforto (Cunha et al., 2022).

• **Emoção - Ansiedade**

Segundo ICN (2019), a ansiedade é descrita como o "sentimento de ameaça, perigo ou angústia."

Em contextos de doença avançada, a ansiedade pode tornar-se desadaptativa, manifestando-se com uma intensidade desproporcional à ameaça real, aumentando a frequência, intensidade e duração dos sintomas físicos e psicológicos, mesmo quando a ameaça é reduzida. Este estado de ansiedade exacerbada pode aumentar a vulnerabilidade do cliente e dificultar a sua capacidade na tomada de decisão (Bernardo et al., 2016).

As principais manifestações de ansiedade, incluem, o sentimento de medo, irritabilidade, dispneia, perda de apetite, ruminações, pensamentos intrusivos, entre outros (Gonçalves, 2011, 2023).

Os fatores predisponentes da ansiedade podem ser classificados da seguinte forma:

- Medicamentosos, como utilização de corticosteroides, benzodiazepinas, opioides e broncodilatadores, etc;
- Orgânicos, por sintomas não controlados;
- Antecedentes psicossociais e espirituais, como o sofrimento global, desespero existencial, medo da dor e da dependência e pensamentos sobre a morte ou passado;
- Psicológicos, como a depressão, a insónia, a negação e a culpa;
- Situacionais, como o isolamento, a perda de papel, o sentimento de inutilidade, as preocupações com a família, finanças e trabalho (Bernardo et al., 2016).

Na DPOC, a ansiedade é uma das comorbilidades mais importantes e frequentemente

subdiagnosticadas (GOLD, 2023). O caráter prolongado e evolutivo da patologia afeta a capacidade do cliente de realizar as atividades diárias, resultando em maior dependência e comprometimento da qualidade de vida (Lima et al., 2020).

A correlação entre a ansiedade e a DPOC pode agravar subjetivamente os sintomas da patologia, como a dispneia, levando a exacerbações frequentes, a um maior número de hospitalizações e ao aumento da dose da terapêutica para o controlo possível dos sintomas (ibidem).

No caso, da Sr.^a B, a ansiedade é influenciada por diversos fatores, entre eles, destacam-se os sintomas orgânicos como o cansaço e a dispneia; a sensação de inutilidade e de ser um fardo, devido à incapacidade de realizar tarefas domésticas e gerir as responsabilidades; a angústia pela distância da filha; e o receio de não querer demonstrar as suas fragilidades ou exacerbações dos sintomas.

Um estudo que analisou as associações entre as variáveis clínicas e os diagnósticos de enfermagem com a presença de conforto prejudicado em pessoas em situação paliativa identificou a ansiedade, especialmente relacionada com a morte (48%), como o diagnóstico psicoespiritual mais prevalente. Nesse contexto, defendem que, devido à doença avançada, os múltiplos sintomas psicoespirituais devem privilegiar de uma assistência e intervenção focadas no conforto, o que se reflete numa melhor qualidade de vida e bem-estar (Reis & Jesus, 2021)

Em CP, para avaliar a ansiedade de forma eficaz, é essencial realizar uma avaliação detalhada da duração e gravidade dos sintomas comportamentais, bem como do impacto funcional. É igualmente importante explorar possíveis causas tratáveis ou passíveis de melhoria (Bernardo et al., 2016).

No tratamento farmacológico da ansiedade, podem ser utilizados diversos fármacos. As benzodiazepinas na maioria das vezes são a base do tratamento. Os neurolépticos como o haloperidol são úteis quando as benzodiazepinas não controlam eficazmente os sintomas ou quando há sintomas psicóticos. Os antidepressivos, como a trazodona e a mirtazapina, podem ser benéficos em casos de ansiedade persistente e insónia. Os opioides, como a morfina, podem aliviar a ansiedade associada à dispneia e à dor (Gonçalves, 2011, 2023).

No tratamento não farmacológico, é essencial implementar intervenções que visam melhorar o controlo emocional. Técnicas como exercícios de respiração passiva, musicoterapia, terapias cognitivas comportamentais e massagens de relaxamento podem ajudar a promover uma sensação de controlo (Bernardo et al., 2016).

• **Pele e mucosas - Xerostomia**

Na pessoa em situação paliativa as alterações da mucosa oral são problemas prevalentes causados pela patologia subjacente, pelos efeitos laterais dos tratamentos ou pela combinação destes fatores (Fradique, 2016).

A falta de cuidados orais, muitas das vezes é negligenciada pelos profissionais de saúde, podendo ter impacto ao nível funcional e social, afetar o estado psicológico, a comunicação, a nutrição, o paladar, além de causar dor e infeção (ibidem).

Entre as alterações mais frequentemente diagnosticadas em CP, encontram-se a halitose, a xerostomia, a candidíase oral (Fradique, 2016; Walsh et al., 2023), a sialorreia e a mucosite (Fradique, 2016).

É fundamental que os profissionais de saúde integrem a identificação e o tratamento de problemas orais na sua prática de cuidados holísticos, contribuindo para a promoção da qualidade de vida, o conforto e o alívio do sofrimento (Fradique, 2016).

A Sr.^a B apresenta xerostomia, que é um dos sintomas mais prevalentes em cerca de 30% e 90% dos clientes em CP (ibidem).

A xerostomia é definida como a “sensação subjetiva de secura da boca, nem sempre acompanhada de uma diminuição do fluxo de saliva” (Fradique, 2016, p. 369). Geralmente revela-se de modo contínuo e pode levar a distúrbios do sono (Walsh et al., 2023).

Embora as causas sejam multifatoriais, a xerostomia está geralmente relacionada ao uso de opioides, aos efeitos secundários de quimioterapia e da radioterapia (Fradique, 2016; Walsh et al., 2023), aos corticoides, às benzodiazepinas, à ansiedade/depressão e à diminuição de ingestão alimentar e hídrica pela via oral (Fradique, 2016).

As manifestações clínicas podem ser diversas, desde dificuldade em comer/engolir e em falar, lábios secos, falta de saliva no pavimento da boca, alteração do paladar e da textura da mucosa (Fradique, 2016). No caso da Sr.^a B, prevalece a falta acumulação de saliva na boca, a secura da boca e dos lábios e descreve o sintoma como “um desconforto que está sempre presente.”

A evidência explanada em alguns estudos, demonstra que a xerostomia está associada à depressão, ao isolamento social (auto-imposto), à diminuição do bem-estar espiritual e à redução da qualidade de vida (Walsh et al., 2023).

Para o tratamento farmacológico, a literatura sugere a utilização de terapêutica substituta da saliva, como a saliva artificial que apesar de não conter fatores antibacterianos, possui características idênticas à da saliva (Walsh et al., 2023). Assim como, o uso de terapêutica estimulante da saliva, como a pilocarpina, um alcaloide com ação agonista muscarínica-colinérgica (Carneiro, 2021).

Quanto ao tratamento não farmacológico, a abordagem incide sobre a identificação e tratamento da causa, quando possível, na otimização da higiene oral, na revisão terapêutica para minimizar a iatrogenia e na utilização de estimulantes e substitutos da saliva (ibidem).

São identificados como substitutos da saliva a água, podendo-se usar métodos como a

humidificação da boca com gelo moído ou gelados, bem como a utilização de um frasco spray para aplicação da água na boca (Carneiro, 2021; Gonçalves, 2011).

Para estimular a saliva, são recomendados pastilhas elásticas sem açúcar, os rebuçados de limão (Carneiro, 2021; Gonçalves, 2011) e pedaços congelados de ananás, que podem ser mesmo de conserva (Gonçalves, 2011).

A Sr. ^a B teve orientação para o seu plano terapêutico e o tratamento teve enfoque nas medidas não farmacológicas descritas.

• Sono

O sono é definido como, “diminuição recorrente da atividade corporal, marcada por redução da consciência, não estar desperto, acompanhada por desatenção, com metabolismo diminuído, postura imóvel, atividade física diminuída e sensibilidade diminuída a estímulos externos, mas prontamente reversível” (ICN, 2019).

A qualidade do sono tem uma grande influência no bem-estar da pessoa em situação paliativa e deve ser entendida como tal. É crucial avaliar não só a qualidade e a duração do sono durante a noite, mas também a ocorrência de sonolência diurna, frequentemente condicionada pelo fato de o cliente estar acamado ou pelas comorbilidades associadas, como a depressão e a ansiedade (Gonçalves, 2022).

A dispneia e a dor podem interferir com o sono e, por outro lado, a privação do sono pode exacerbar os sintomas. Portanto, é fundamental controlar os sintomas para melhorar o sono, mas também é relevante melhorar o sono para obter um melhor controlo de sintomas (ibidem).

O cliente com DPOC refere frequentemente o comprometimento do sono, pelo que foi classificado como o terceiro sintoma mais comum depois da dispneia e fadiga. Alteração do mecanismo respiratório e das trocas gasosas podem contribuir para o comprometimento do sono, pela dificuldade em iniciar e manter o sono, a mudança de estrutura do sono e a baixa eficiência do sono. Por isso, correlacionam a obstrução do fluxo aéreo e a hiperinsuflação pulmonar a uma qualidade do sono fraca e à diminuição da saturação noturna de O₂ (Marques et al., 2021).

Segundo Monteiro et al. (2017), diante das diversas perturbações do sono existentes, as mais comuns em CP são a insónia e a hipersónia.

A insónia é uma queixa heterogénea que pode envolver: a insónia inicial, definida como dificuldade em adormecer; insónia intermédia, descrita como dificuldade em manter o sono e caracterizada por despertares noturnos frequentes e a insónia final como a incapacidade de voltar a dormir após despertar no final da noite ou queixas de que o sono não foi reparador (Salgueiro et al., 2023).

No que concerne à hipersónia, esta refere-se ao quadro de sonolência excessiva e limitante durante o dia. Nestes casos, os clientes têm dificuldade em permanecer alertas durante as principais horas de vigília, acabando por adormecer involuntariamente em momentos inadequados, interferindo na rotina diária (Karna & Gupta, 2021).

No âmbito dos CP, os distúrbios do sono emergem como um desafio significativo, tanto para os clientes como para as suas famílias, adicionando uma carga de stress às preocupações associadas à gestão de uma doença avançada, incurável e progressiva (Salgueiro et al., 2023).

No caso da Sr.^a B, o sono era determinante em algumas das noites, devido à insónia intermédia, influenciada pela dispneia, xerostomia e ansiedade, pelo que objetivou-se o controlo dos demais sintomas pela otimização do sono.

O padrão de sono pode ser melhorado através da implementação de intervenções não farmacológicas e farmacológicas. Segundo Bárrios (2016), a abordagem não farmacológica no tratamento dos distúrbios do sono, inclui:

- A correção de fatores reversíveis, que foca-se maioritariamente, nos problemas de comunicação e de receios do cliente e cuidador, controlo sintomático, correção de fatores externos, tratamento das comorbilidades e na revisão terapêutica.
- A higiene do sono, que baseia-se num conjunto estratégias, tais como, evitar cestas prolongadas, a ingestão de bebidas estimulantes e a promoção de um ambiente confortável, com pouca luminosidade, sem estímulos externos. Apesar de ser comumente deixada para segundo plano em CP, pela complexidade e gravidade da situação que os clientes se encontram.
- As terapias psicológicas e comportamentais que inclui a reestruturação cognitiva e as estratégias de relaxamento.

Quanto à abordagem farmacológica, o tratamento da insónia frequentemente inclui a administração de benzodiazepinas, como lorazepam, triazolam e temazepam. Estes fármacos ajudam a aliviar a insónia ao facilitar um início mais rápido do sono, ao proporcionar um sono mais reparador e ao melhorar a eficiência do sono (Gonçalves, 2022).

• **Espiritualidade - Angústia Espiritual**

No contexto do cuidado à pessoa em situação paliativa, surgem diversas necessidades a serem abordadas, entre elas, destaca-se a espiritualidade, reconhecida como uma das mais prementes, associada à fragilidade que experienciam perante a proximidade da morte e o medo do desconhecido (Evangelista et al., 2016).

Ao longo do tempo, a espiritualidade tem sido muitas das vezes interpretada erroneamente como religião, todavia a evolução dos conceitos permite descobrir a diferença entre estas realidades. A espiritualidade diz respeito à busca pessoal para compreender as questões fundamentais sobre a vida e a sua relação com o sagrado e o transcendente, podendo ou não resultar no desenvolvimento de práticas religiosas. Por outro lado, a religião é um sistema

organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos destinados a facilitar a proximidade da pessoa com o sagrado ou o transcendente (ibidem).

Os clientes em fim de vida encontram-se particularmente vulneráveis pelo confronto com a sua própria mortalidade, estando suscetíveis apresentar algum tipo de sofrimento espiritual caracterizado pela experiência de desamparo, desesperança e perda de sentido (Best et al., 2015).

Segundo Nascimento et al. (2016), as necessidades espirituais têm implicações para o bem-estar espiritual e podem ser alcançadas através da procura de significado e propósito na vida; da necessidade de partilhar e receber amor; do perdão; dos sentimentos de esperança, força, harmonia e confiança; da expressão de valores e crenças pessoais; das práticas espirituais; da criatividade e transcendência ou divino.

A espiritualidade representa um caminho para lidar com a terminalidade sem angústia, ao reduzir o sofrimento e a dor. Portanto, pode atuar como um manto de proteção, para que os clientes se sintam mais amados, acolhidos, e procurem a fé ou algo transcendente para melhorarem a sua qualidade de vida (Evangelista et al., 2016).

Para Roze des Ordon et al. (2018), a angústia espiritual é caracterizada como um estado de sofrimento relacionado à capacidade prejudicada de experimentar o significado da vida através da conexão consigo mesmo, com os outros, com o mundo ou com um ser superior.

No caso clínico apresentado, a Sr.^a B apresenta angústia espiritual referindo a perda de sentido de vida e o sentimento de abandono e desilusão para com Deus.

4.6. Conceção de Cuidados

Sistema respiratório

30-11-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Frequência respiratória: 14 ciclos/min.

30-11-2023 16:00 - Ritmo respiratório irregular.

30-11-2023 16:00 - Movimento respiratório assimétrico.

30-11-2023 16:00 - Profundidade da ventilação: inspirações profundas.

30-11-2023 16:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

30-11-2023 16:00 - Sem adejo nasal.

30-11-2023 16:00 - Saturação do oxigénio no sangue

30-11-2023 16:00 - Periférico(a): 90 %.

30-11-2023 16:00 - Coloração da mucosa: pálidas.

30-11-2023 16:00 - Comunica falta de ar quando em repouso e em posição confortável.

30-11-2023 16:00 - Dispneia

30-11-2023 16:00 - Determinar evolução da dispneia

30-11-2023 16:00 - Avaliar evolução da dispneia

30-11-2023 16:00 - Melhorar ventilação

30-11-2023 16:00 - Executar exercícios de controlo respiratório

30-11-2023 16:00 - Executar técnica respiratória abdómino-diafragmática

30-11-2023 16:00 - Promover autocontrolo: dispneia

30-11-2023 16:00 - Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 16:00 - Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: facilitador [MELHOROU].

30-11-2023 16:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [RESOLVIDO] 19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [FIM] 19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia [FIM] 19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da dispneia

30-11-2023 16:00 - Promover adesão: regime de exercícios respiratórios

30-11-2023 16:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 16:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia: facilitadora [MELHOROU].

30-11-2023 16:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia [RESOLVIDO] 19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Avaliar evolução da adesão aos exercícios respiratórios

19-12-2023 16:00

19-12-2023 16:00 - Frequência respiratória: 15 ciclos/min.

19-12-2023 16:00 - Ritmo respiratório irregular [MANTEVE].

19-12-2023 16:00 - Movimento respiratório assimétrico [MANTEVE].

19-12-2023 16:00 - Profundidade da ventilação: inspirações profundas [MANTEVE].

19-12-2023 16:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

19-12-2023 16:00 - Sem adejo nasal.

19-12-2023 16:00 - Saturação do oxigénio no sangue

19-12-2023 16:00 - Periférico(a): 90 %.

19-12-2023 16:00 - Coloração da mucosa: pálidas.

19-12-2023 16:00 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço

físico [MELHOROU].

Pele e mucosas

30-11-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

30-11-2023 16:00 - Membrana mucosa comprometida

30-11-2023 16:00 - Localização do compromisso da membrana mucosa

30-11-2023 16:00 - Cavidade oral

30-11-2023 16:00 - Coloração da mucosa: rosada.

30-11-2023 16:00 - Mucosa seca.

30-11-2023 16:00 - Mucosa com textura normal.

19-12-2023 16:00 - Localização do compromisso da membrana mucosa

19-12-2023 16:00 - Cavidade oral

19-12-2023 16:00 - Coloração da mucosa: rosada.

19-12-2023 16:00 - Mucosa seca.

19-12-2023 16:00 - Mucosa com textura normal.

30-11-2023 16:00 - Determinar evolução da integridade das membranas mucosas

30-11-2023 16:00 - Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas (Cavidade oral)

30-11-2023 16:00 - Promover cicatrização da membrana mucosa

30-11-2023 16:00 - Aplicar creme

30-11-2023 16:00 - Tratar membrana mucosa

30-11-2023 16:00 - Lavar cavidade oral

30-11-2023 16:00 - Promover autogestão: cicatrização da membrana mucosa

30-11-2023 16:00 - Conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 16:00 - Conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa: facilitador [MELHOROU].

30-11-2023 16:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa [RESOLVIDO] 19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa [FIM] 19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Ensinar sobre tratamento da membrana mucosa [FIM]

19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Ensinar sobre sinais de complicação da membrana mucosa [FIM] 19-12-2023 16:00

19-12-2023 16:00

19-12-2023 16:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

Sono

30-11-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Dormiu por períodos curtos.

30-11-2023 16:00 - Sono não reparador e intermitente .

30-11-2023 16:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 6 Hora.

30-11-2023 16:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 3 Hora.

30-11-2023 16:00 - Sono comprometido [RESOLVIDO] 19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Determinar evolução do sono

30-11-2023 16:00 - Avaliar evolução do sono

30-11-2023 16:00 - Referenciar sono comprometido ao médico [FIM] 19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Melhorar sono [FIM] 19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Implementar estratégias de promoção do sono [FIM]

19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Gerir medicação [FIM] 19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Promover adesão: estratégias promotoras do sono [FIM]

19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Conhecimento sobre promoção do sono: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

30-11-2023 16:00 - Significado atribuído ao compromisso do sono: não dificultador.

30-11-2023 16:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

promoção do sono [RESOLVIDO] 19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção do sono [FIM] 19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Ensinar sobre padrão de sono [FIM] 19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Ensinar sobre complicações do sono comprometido [FIM] 19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Ensinar sobre estratégias de promoção do sono [FIM]

19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Avaliar evolução da adesão a estratégias promotoras do sono [FIM] 19-12-2023 16:00

19-12-2023 16:00

19-12-2023 16:00 - Dormiu por períodos longos.

19-12-2023 16:00 - Sono reparador [MELHOROU].

19-12-2023 16:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 8 Hora.

19-12-2023 16:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 1 Hora.

Conservação de energia

30-11-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com o repouso.

30-11-2023 16:00 - Intolerância à atividade

30-11-2023 16:00 - Determinar evolução da intolerância à atividade

30-11-2023 16:00 - Avaliar evolução da tolerância à atividade

30-11-2023 16:00 - Promover autogestão: atividade/repouso

30-11-2023 16:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 16:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: facilitador [MELHOROU].

30-11-2023 16:00 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 16:00 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: facilitadora [MELHOROU].

30-11-2023 16:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre conservação da energia [RESOLVIDO] 19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre conservação da energia [FIM] 19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Ensinar sobre conservação de energia [FIM] 19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade/repouso [FIM] 19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Ensinar sobre vigilância da resposta física à atividade [FIM] 19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia

[RESOLVIDO] 19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia [FIM] 19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Analisar com o cliente a relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia [FIM] 19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Analisar com o cliente a resposta ao regime de exercício [FIM] 19-12-2023 16:00

19-12-2023 16:00

19-12-2023 16:00 - Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com o repouso [MANTEVE].

Emoção

30-11-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Sem indícios de humor depressivo.

30-11-2023 16:00 - Sem indícios de euforia.

30-11-2023 16:00 - Verbaliza ansiedade.

30-11-2023 16:00 - Sem manifestação de inquietação.

30-11-2023 16:00 - Manifestação de irritabilidade.

30-11-2023 16:00 - Sem manifestação de pânico .

30-11-2023 16:00 - Especificação da perdaEspecificação da perda: perda de papéis.

30-11-2023 16:00 - Não manifesta negação da perda.

30-11-2023 16:00 - Manifesta pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda.

30-11-2023 16:00 - Ansiedade

30-11-2023 16:00 - Determinar evolução da ansiedade

30-11-2023 16:00 - Avaliar evolução da ansiedade

30-11-2023 16:00 - Diminuir ansiedade

30-11-2023 16:00 - Executar técnica de relaxamento

30-11-2023 16:00 - Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade

30-11-2023 16:00 - Promover autocontrolo: ansiedade

30-11-2023 16:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 16:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

30-11-2023 16:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 16:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitador [MELHOROU].

30-11-2023 16:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 16:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

30-11-2023 16:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [RESOLVIDO] 19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [FIM] 19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade [FIM] 19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [FIM] 19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade [RESOLVIDO]

19-12-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade [FIM] 19-12-2023 16:00

19-12-2023 16:00

19-12-2023 16:00 - Sem indícios de humor depressivo [MANTEVE].

19-12-2023 16:00 - Sem indícios de euforia [MANTEVE].

19-12-2023 16:00 - Não verbaliza ansiedade [MELHOROU].

19-12-2023 16:00 - Sem manifestação de inquietação [MANTEVE].

19-12-2023 16:00 - Sem manifestação de irritabilidade [MELHOROU].

19-12-2023 16:00 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

19-12-2023 16:00 - Não manifesta negação da perda [MANTEVE].

19-12-2023 16:00 - Não manifesta pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda [MELHOROU].

Espiritualidade

30-11-2023 16:00

30-11-2023 16:00 - Perda de sentido de vida

30-11-2023 16:00 - Sente-se “zangada e desiludida” com Deus

30-11-2023 16:00 - Questiona o porquê de Deus lhe ter atribuído esta doença e ter lhe levado a filha para outro país

30-11-2023 16:00 - Questiona se é merecedora de sofrimento para Deus lhe ter abandonado

30-11-2023 16:00 - Angústia espiritual

30-11-2023 16:00 - Promover o bem- estar espiritual

30-11-2023 16:00 - Facilitar o crescimento espiritual

30-11-2023 16:00 - Executar escuta ativa

30-11-2023 16:00 - Mostrar disponibilidade

30-11-2023 16:00 - Facilitar o envolvimento e o planeamento de futuras atividades

30-11-2023 16:00 - Auxiliar a estabelecer e a revisar metas relacionadas com os seus projetos de vida

30-11-2023 16:00 - Promover apoio espiritual

30-11-2023 16:00 - Encorajar à expressão de sentimentos e emoções

30-11-2023 16:00 - Identificar barreiras e atitudes que prejudiquem o crescimento e autodescoberta

19-12-2023 16:00

19-12-2023 16:00 - Reconciliação com Deus

19-12-2023 16:00 - Encontra propósito de vida

19-12-2023 16:00 - Não culpabiliza Deus pela sua doença e sofrimento

4.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre padrão de sono

- Explicar sobre distúrbios do padrão de sono : insónia inicial, intermédia e final.
- Informar a Sr.ª B sobre o número de horas de sono aconselhadas.
- Explicar a Sr.ª B a criar uma rotina de sono : evitar sesta prolongadas durante o dia e tentar cumprir um horário para se deitar/acordar.

Ensinar sobre conservação de energia

- Explicar sobre a criação de uma lista de atividades prioritárias para realizar ao longo do dia conforme a sua tolerância.
- Explicar sobre fatores contributivos para o aumento do cansaço: padrão evolutivo da doença e sintomatologia associada (dispneia, alterações musculoesqueléticas pela existência de períodos de mais repouso e menos mobilidade); alterações eletrolíticas; alteração do padrão do sono.
- Explicar sobre a importância de adaptar a sua atividade física ao estado clínico que se encontra.
- Explicar sobre a relevância de alternar períodos de atividade como períodos de repouso para minimizar a fadiga.

- Explicar sobre a relevância de delegar a terceiros tarefas mais exigentes e menos importantes para si para melhorar a conservação de energia.

Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia

- Explicar sobre o uso de ventoinha ou leque junto à face .
- Incentivar ao uso cabeceira da cama pelo menos a 45 ° c.

Tratar membrana mucosa

- Incentivar a realização de uma boa higiene oral.
- Incentivar à hidratação labial (creme ou batão).
- Incentivar à hidratação da mucosa oral através da adição de citrinos na água e utilização de ananás congelado.

Ensinar sobre complicações do sono comprometido

- Informar sobre as complicações de privação sono: desgaste físico e transtorno emocional.

Ensinar sobre estratégias de promoção do sono

- Encorajar a Sr.^a B a estabelecer uma rotina sobre uma hora regular para dormir e para acordar.
- Incentivar a Sr.^a B à expressão de sentimentos que possam influenciar no padrão do sono.
- Orientar a Sr.^a B ao uso de terapêutica em SOS prescrita para dormir ou para controlar a dispneia como fator influenciador no sono.
- Explicar sobre a influência da gestão do ambiente físico na promoção do sono ao nível da luz, temperatura e ruídos no ambiente.
- Incentivar à realização de atividades que lhe proporcionam relaxamento 90 minutos antes da hora prevista para dormir.
- Incentivar à eliminação de situações causadoras de stress e ansiedade antes da hora de dormir.

Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade/repouso

- Explicar sobre a necessidade de alternar períodos de repouso com períodos de atividade, para minimizar o cansaço.
- Explicar sobre estratégias adaptativas para uma melhor gestão da conservação de energia, como uso de auxiliares de marcha, a distribuição de banco/cadeira no trajeto para as divisões da casa para que possa repousar por períodos, assim como usar banco/cadeira no WC para a concretização dos cuidados de higiene.
- Explicar sobre os benefícios da concretização de algumas atividades de vida diária sentado para a diminuição do cansaço.

Ensinar sobre vigilância da resposta física à atividade

- Explicar sobre os sintomas de intolerância à atividade como, a dispneia, cansaço, taquicardia, diminuição da força dos membros inferiores, etc.
- Explicar sobre a necessidade de reajustar e adequar a realização das atividades a cada dia pela instabilidade da evolução da doença ou pelo estado de exacerbação dos sintomas.

Ensinar sobre tratamento da membrana mucosa

- Explicar sobre os cuidados orais : usar escovas ou esponjas macias e usar produtos orais sem álcool
- Explicar sobre o uso de substitutos da saliva: ingerir água, humidificar a boca com gelo moído ou gelados gelos.
- Explicar sobre o uso de estimulantes da saliva :utilização de pastilhas elásticas sem açúcar, rebuçados de limão ou pedaços congelados de ananás.

Ensinar sobre sinais de complicação da membrana mucosa

- Explicar como vigiar a membrana da mucosa oral: alteração do paladar, observar a coloração e a presença de lesões.

Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade

- Incentivar a Sr.^a B à expressão de sentimentos/emoções sobre as situações que conduzem à ansiedade: Usar abordagem calma; proporcionar um ambiente tranquilo; explorar a(s) perspetiva(s) em relação à situação causadora de ansiedade; explorar o significado que as suas experiencias contribuem para ansiedade e sofrimento.
- Incentivar a Sr.^a B à realização de atividades da sua preferência como fonte de distração e promoção de relaxamento.

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Explicar sobre técnica de terapia cognitiva-comportamental: Incentivar na descoberta e modificação de formas desajustadas de pensar e na obtenção de comportamentos adaptativos.
- Explicar sobre técnica de exercícios de respiração passiva.
- Explicar sobre técnica de musicoterapia.

Facilitar o crescimento espiritual

- Auxiliar a identificar barreiras que dificultem o crescimento espiritual e autodescoberta
- Encorajar ao uso de rituais e celebrações espirituais, de acordo com a vontade da Sr. ^a B
- Auxiliar no diálogo que ajude a resolver as questões espirituais

Facilitar o envolvimento e o planeamento de futuras atividades

- Incentivar o marido a fazer videochamadas para a filha com regularidade para proporcionar momentos em família
- Incentivar a Sr.^a B ajudar com ideias para a renovação da casa da filha, visto que existe abertura da família.

Promover apoio espiritual

- Usar uma comunicação terapêutica para estabelecer confiança e empatia
- Encorajar a rever o passado e focar-se em eventos e relacionamentos que proporcionam força e apoio espiritual
- Encorajar a momentos de privacidade e tranquilidade para atividades espirituais, como a oração e o rezar o terço, visto trazerem conforto para a Sr.^a B
- Informar sobre a possibilidade do apoio espiritual através de um guia espiritual

4.8. Síntese relativa ao caso

O diagnóstico de DPOC inclui-se numa trajetória de doença não oncológica crónica progressiva, com limitações de longo prazo (Murray et al., 2017). Diante da doença avançada, o processo de consciencialização da pessoa implica o reconhecimento do que mudou e em que medida as coisas se tornaram diferentes. Este processo é crucial para promover a adaptação e reorganização para um novo modo de viver, de ser e de estar (Meleis, 2000).

As perdas, na sua vasta diversidade, revelam uma ameaça real à integridade da pessoa afetando as dimensões física, psicológica e espiritual, e acentuam o sofrimento. Considerando que a realidade do sofrimento é individual, há sempre a necessidade de levar em conta os aspetos próprios de cada caso (Neto, 2016b).

Neste sentido, para aceder e atender com dignidade a todas as dimensões da cliente, é fundamental sublinhar a importância da comunicação (Querido et al., 2016). Através de uma comunicação empática e adequada, foi possível em primeira instância, compreender a perceção de conforto da Sr.^a B, para identificar as suas necessidades e desenvolver intervenções especializadas que visam alcançar um nível superior de conforto.

A exacerbação da dispneia, da astenia e da dependência física conduziram a uma perda progressiva da capacidade de desempenhar as atividades de vida diárias. Isto fez com que a Sr.^a B enfrentasse a sensação de perda de saúde e deterioração da funcionalidade, o que inevitavelmente teve um impacto nos domínios emocional, espiritual, social e afetivo.

A intervenção especializada da ECSCP, teve um contributo significativo na melhoria dos sintomas, como a dispneia. Foram oferecidas opções terapêuticas tanto farmacológicas quanto não farmacológicas, ajustadas para reduzir o impacto no conforto, visto que era um dos sintomas mais incapacitantes.

O alívio da xerostomia foi alicerçado através adaptação de medidas não farmacológicas e no caso da insónia com o apoio de medidas farmacológicas, sobretudo, pela gestão de outros diagnósticos, como a dispneia e ansiedade.

A astenia foi merecedora da nossa intervenção prioritária dado que, era uma das principais queixas desestabilizadoras para a Sr.^a B. A sua qualidade de vida era influenciada pelo diferencial entre o que ela sentia e as suas expetativas e esperanças. Foi indispensável negociar os objetivos e promover melhorias na função física, mesmo que estas fossem difíceis de atingir, para que a cliente pudesse realizar atividades que considerava agradáveis e que exigissem menos esforço físico. Assim, começou a visitar o jardim da sua casa, o que lhe proporcionava tranquilidade, e passou a ter um papel mais passivo nas tarefas domésticas, acompanhando o

marido na realização dessas atividades em vez de participar ativamente.

A identificação dos fatores desencadeantes da ansiedade, assim como, a exploração das causas tratáveis que poderiam ser melhoradas, foi fundamental para a conceção de cuidados da Sr.^a B. Constatou-se que, além dos sintomas como a dispneia e a astenia, que contribuíam para a ansiedade, a percepção da incapacidade de controlar a situação clínica, o sentimento de ser um fardo, a inevitabilidade da ausência da filha e a consciência da sua finitude de vida eram catalisadores da ansiedade, angustia e sofrimento.

As intervenções para mitigar a ansiedade foram além da gestão farmacológica, permitindo à Sr.^a B reforçar o pensamento positivo, que promoveu expectativas de eficácia e esperança realista, facilitou adaptação da ansiedade face à doença integrando-a num continuum de vida, e melhoraram a capacidade de controlo sobre situações que induziam mudança e perda.

Na elaboração do plano de cuidados da Sr.^a B, foi fundamental os profissionais de saúde reconhecerem a dimensão espiritual, para assegurar uma abordagem integral das suas necessidades.

A Sr.^a B revelou angústia espiritual, marcada pela revolta com Deus por ter a doença e pela falta de sentido de vida. Auxiliar a cliente a expressar os sentimentos em relação à doença e a compreender o processo da mesma permitiu-lhe obter informação mais clara sobre o seu estado de saúde, identificar estratégias para controlar os sintomas e definir objetivos mais realistas.

A revolta com Deus era contraposta pela necessidade de reconciliação com Deus, fundamental para manter a esperança e a fé, bem como para procurar a motivação e o alívio do sofrimento, que até então, eram os seus alicerces para se manter “viva”. Para encontrar um sentido e propósito, foi crucial facilitar o seu crescimento espiritual. A autorreflexão permitiu-lhe questionar o motivo da doença e a razão pelo qual estava a culpabilizar Deus.

Entende-se, que houve um caminho de reconciliação e resinificação, que envolveu o desenvolvimento de novas conceções sobre si própria à medida que enfrentava mudanças físicas e emocionais.

A identificação das barreiras e atitudes que impedem o crescimento e a autodescoberta, e a definição de metas realistas para os seus projetos de vida (assumindo a doença limitadora), permitiram à Sr.^a B adotar uma atitude de maior valorização do seu papel como mãe. Começou a fazer mais videochamadas, a programar visitas mais frequentes da filha e a sugerir ideias para a decoração da nova casa.

Com esta envolvimento e entrega, sentiu-se mais confiante e passou a reconhecer que havia aspetos na vida que ainda valiam a pena. Começou a recordar momentos agradáveis da sua trajetória, como o casamento feliz, nascimento da filha, a compra da sua casa com o jardim que sempre idealizou, e os passeios que fazia com o marido e a filha. Sentindo-se mais encorajada,

chegou a considerar a possibilidade de ir ao supermercado e até pediu para comprar plantas para o seu jardim, algo que tinha deixado de fazer até então.

Posto isto, as intervenções de enfermagem desenvolvidas visam atender às necessidades da Sr.^a B, e o conforto foi fortalecido nos vários contextos da experiência humana (**Quadro 8**).

	ALÍVIO	TRANQUILIDADE	TRANSCENDÊNCIA
FÍSICO	Sentir dispneia Sentir cansaço Sentir boca seca Sentir sono	Sentimento de progresso por ter mais controlo na dispneia, no cansaço, sono e na sensação de boca seca.	Tem os seus próprios meios para antecipar o declínio da sua doença; Encontrou estratégias para a dependência; Encontrou estratégias para melhorar os sintomas.
PSICOESPIRITUAL	Sentir ansiedade pela condição de doença/vida; Sentir falta de propósito de vida; Sentir abandono pela entidade superior “Deus” – Angústia espiritual	Sentimento de orgulho pelo seu casamento e filha que tem; Sentimento de reconciliação com Deus;	Acredita que poderá melhorar os sintomas; Planeia visitas mais regulares da filha a Portugal para a visitar; Envolve-se nas rotinas diárias com o marido dando o seu parecer e sugestões como contributo.
SOCIOCULTURAL	Sente falta da proximidade física da filha; Sente falta de ir dar pequenos passeios.	Desfruta da relação com a filha fazendo mais videochamadas.	Sente-se capaz de ultrapassar a barreira da distância física com a filha ao focar-se na possibilidade do contacto diário através do telemóvel, para inclusive ajuda-la da decoração da casa; Aborda com o marido a possibilidade de ir com ele dar um pequeno passeio até “supermercado”.
AMBIENTAL	Desejo de se manter no domicílio.	Pede ao marido para comprar plantas/flores para colocar no seu jardim.	Sente-se fortalecida e esperançosa quando visita o jardim da sua casa para poder ver as plantas/flores .

Quadro 8 - Estrutura taxomica do conforto desenvolvida com os dados da Sr.^a B

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Nos dias de hoje, com o contínuo avanço da ciência em saúde, os cuidados de saúde e de enfermagem requerem maior competência técnica e científica, com a diferenciação e especialização a tornarem-se uma realidade para a maioria dos profissionais de saúde (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Estas exigências são acompanhadas pelo estatuto da OE através da atribuição do título de EE definido como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem,” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4744).

Neste sentido, a atribuição do título de EE pode ser em seis especialidades, e pressupõe para além da verificação de competências de cada regulamento da respetiva especialidade de enfermagem, a partilha de um conjunto de competências comuns envolvendo a vertente da educação, da orientação, aconselhamento e liderança dos clientes e dos seus pares, assim como, a colaboração na investigação para melhorar a prática de enfermagem (Regulamento nº140/2019, 2019).

No contexto da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, considerando a abrangência e crescente necessidade de cuidados especializados em áreas emergentes, tornou-se evidente a importância de especificar as competências de acordo com o alvo dos cuidados e o contexto de intervenção (regulamento nº 429/2018, 2018). Entre as quais, se distingue a especialidade de enfermagem na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa que é o “fio condutor” para a conceção no presente relatório.

Assim sendo, as competências comuns do EE independentemente da sua área de especialização são do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019, 2019).

No que confere às competências específicas do EE em enfermagem médico cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa inclui-se o cuidar da pessoa em situação paliativa e dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, no sentido de aliviar o sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; e estabelecer relação terapêutica com a pessoa em situação paliativa seus cuidadores/ familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte bem como no acompanhamento no luto (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Nesta parte, pretende-se realizar a descrição crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas durante o ENP, para o desenvolvimento de competências comuns do EE e desenvolvimento de competências específicas em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação paliativa.

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Procede-se com as competências comuns do EE e a descrição das atividades realizadas no ENP para o desenvolvimento das competências.

A) Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal presume-se que o EE “desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746).

No contexto da saúde, a ética abrange um conjunto de princípios que visam proteger a vida dos indivíduos e orientar os valores essenciais para a preservação da integridade das pessoas, influenciando os processos de saúde e doença. Nos CP a ética é fundamental pois implica a reflexão e resposta dos direitos dos clientes, que estão a enfrentar o processo de fim de vida (Oliveira et al., 2021).

Quando se trata da relação entre ética e enfermagem é possível identificar alguns princípios bioéticos essenciais para a prestação de cuidados, nomeadamente, a beneficência, não maleficência, justiça e autonomia. Estes princípios são essenciais para o funcionamento e a qualidade da assistência de enfermagem na abordagem dos CP (ibidem).

No percurso do ENP foi possível a participação nos processos de tomada de decisão no respeito pela deontologia profissional, princípios éticos e legais. Surgiram algumas questões éticas que levaram a dilemas éticos associados à alimentação e hidratação em fim de vida e à consequente colocação de dispositivos invasivos. Como por exemplo, no caso de um cliente na qual se encontrava em SUDHV e a família desejava que se colocasse uma SNG para se proceder alimentação.

Portanto, tornou-se necessário o aprofundamento do conhecimento teórico nesta vertente e a reflexão sobre o papel norteador do EE, fundamentado por princípios éticos, valores e normas deontológicas, para assegurar o melhor para o cliente, contrariando a realização de intervenções que possam causar danos superiores ao próprio benefício para a melhor qualidade de vida possível.

B) Domínio da melhoria continua da qualidade

No domínio da melhoria da qualidade presume-se que o EE “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; e garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747).

No decurso do ENP, desenvolveu-se competências para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, através das aprendizagens com os EE orientadores, da identificação dos programas de melhoria contínua de qualidade, da pesquisa ativa de conhecimento científico e da melhor evidência disponível, promovendo uma abordagem crítico-reflexiva na prestação de cuidados e nos processos de tomada de decisão.

Atendendo que o conforto é crucial no contexto de intervenção de enfermagem nos CP, o interesse e motivação das equipas para a renovação de conhecimentos despertou-se pela partilha e reflexão sobre a abordagem do conforto numa perspetiva multidimensional.

Deste modo, a realização de uma revisão rápida da literatura sobre a perceção do conforto pela pessoa em situação paliativa, e a recolha de informação sobre a perceção de conforto dos clientes durante o ENP, conduziram à elaboração de um poster (Anexo I) e à sua apresentação à ECSCP, numa sessão de 30 minutos, com o objetivo de dinamizar e colaborar para os processos de melhoria continua da qualidade de cuidados.

A participação no congresso internacional de investigação em enfermagem 2024 (NursID), a realizar-se nos dias 6 e 7 de maio de 2024 através de uma comunicação livre sobre a revisão rápida da literatura intitulada, A perceção do conforto pela pessoa em situação paliativa e a publicação de um poster com o tema, Estratégias do Burnout nos profissionais de saúde de equipas de cuidados paliativos - Scoping Review, também estão previstos, tendo já sido submetidos os resumos (Anexo II e III), de forma a divulgar e a promover o conhecimento para a melhoria da qualidade na prestação de cuidados.

O desenvolvimento de competências de EE neste domínio conduziu à gestão do ambiente seguro centrado na pessoa, fomentando-se o respeito pelas necessidades ao nível espiritual, cultural, físico, e psicossocial, assim como, o envolvimento da sua família.

C) Gestão dos cuidados

No domínio da gestão de cuidados, presume-se que o EE “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº140/2019, 2019, p. 4748).

A liderança é “incentivadora dos profissionais de saúde com uma ação informada através da identificação das necessidades e da procura da melhor evidência. Os bons líderes ajudam a reportar o erro e geri-lo numa lógica de aprendizagem e melhoria contínua; garantir o rigoroso cumprimento das normas de segurança das pessoas e formar profissionais e utilizadores para manterem uma conduta ética de boa cidadania entre e dentro das instituições de saúde" (Melo et al., 2017).

Com o decorrer do ENP compreendeu-se que nos CP, uma vez que, estamos perante um trabalho colaborativo entre profissionais/cliente/família, a liderança desempenha um papel facilitador da comunicação e da coordenação entre os vários elementos.

Destaca-se o papel por parte dos EE orientadores na comunicação e na orientação para a prestação de cuidados compassivos e holísticos, assim como, uma presença que ajuda e fomenta a eficácia dos cuidados e a satisfação de todas as partes envolvidas. Esta liderança permitiu alicerçar conhecimentos e desenvolver a comunicação aberta com os elementos da equipa multidisciplinar, aprender com as perspetivas uns dos outros e fomentar o trabalho colaborativo.

Realizou-se a gestão dos cuidados de enfermagem, tendo em consideração os recursos disponíveis, as necessidades dos clientes cuidador/família e das barreiras organizacionais inerentes, adotando uma postura proactiva com a colaboração, partilha de experiências e discussão de informação relevante.

Foi possível participar na gestão de admissões e altas nos dois contextos do ENP. Por conseguinte, constatou-se que na ECSCP, as vagas disponíveis para admissão de clientes eram por vezes inferiores às necessidades abrangidas, devido a uma referenciação tardia para os CP, nem sempre conseguindo-se dar resposta às necessidades do cliente e cuidadores/familiares tão precocemente como se desejaria. No caso da UCP, ocasionalmente, havia dias com apenas um único cliente internado e outros com maior abrangência de admissões de clientes (superior ao comum, 7 clientes), resultante da imprevisibilidade da afluência no sector privado, apesar de ter-se conseguido garantir o total de admissões.

Com a colaboração na gestão de recursos materiais e stock, verificou-se que a falta de alguns materiais, por não serem entregues na data prevista, poderia limitar os cuidados ou provocar atrasos no tratamento pelo que, foram colmatadas as falhas de acordo com as necessidades mais prementes para o cliente e cuidador/familiar.

D) Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais presume-se que o EE “desenvolve o autoconhecimento e assertividade e baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica" (Regulamento nº140/2019, 2019, p. 4749).

Perante a constante de morte, perda e sofrimento, trabalhar o autoconhecimento foi crucial para compreender as próprias emoções e limitações, permitindo a gestão da vertente emocional e uma abordagem mais compassiva e empática no cuidado com o cliente e cuidadores/famíliares.

A postura crítico-reflexiva que foi adotada, segundo os orientadores de estágio da UCP e da ECSCP, permitiu colaborar na tomada de decisão clínica de situações complexas. Neste sentido, mantém-se a pretensão de um contínuo desenvolvimento do autoconhecimento para refletir sobre as ações realizadas nos momentos de maior adversidade e para a melhor prestação de cuidados.

A excelência do exercício da profissional de enfermagem pauta-se pela procura contínua de aprendizagem em torno do conhecimento técnico e científico, fundamentada na melhor evidência possível. Posto isto, durante o percurso de realização do mestrado frequentei ações de formação, nomeadamente, o Journal Club - abordagem da sexualidade nos CP (anexo IV); Curso de CP em oncologia (anexo V); Luto nos profissionais de saúde (anexo VI) e no seminário de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa integrado no congresso de investigação *NursID Spring School 2023* (anexo VII).

No decorrer da prática clínica na ECSCP foi elaborado e apresentado um póster (anexo I) sobre uma revisão rápida da literatura sobre, a perceção do conforto pela pessoa em situação paliativa, anteriormente mencionada, contribuindo para expandir o conhecimento (por questões de tempo não foi possível a sua concretização na UCP mas foram proporcionados momentos de partilha e reflexão), com a participação da equipa na discussão e reflexão sobre a pertinência da intervenção do EE no conforto.

Em ambos os contextos de estágio, a promoção de momentos de partilha de experiências e reflexão foi uma prática frequentemente procurada, para o acompanhamento especializado dos EE orientadores de estágio sobre as várias dinâmicas em CP. Através dos momentos resultantes das orientações tutoriais com o orientador do relatório e reuniões intercalares com os professores assistentes da ESEP, foi possível canalizar conhecimentos para o melhor desenvolvimento de competências.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

Segue-se com as competências específicas 1 e 2 do EE na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa e as respetivas unidades de competências, do regulamento nº 429/2018 (2018), com a descrição das atividades realizadas no ENP para o desenvolvimento de competências.

Competência 1: "Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida" (Regulamento nº429/2018, 2018, p. 19365).

1.1 - Identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares.

O controlo de sintomas é fundamental na intervenção do sofrimento global. A valorização e priorização dos sintomas, deve ser respeitada de acordo com individualidade de cada cliente e a sua perspetiva (Barbosa, 2016).

“Os sintomas representam complexos multidimensionais e carecem de uma avaliação rigorosa e tão objetiva quanto possível” (Neto, 2016c, p. 47).

Para avaliação da dor utilizou-se a escala de avaliação numérica da dor (EAN), que atribui um número à dor compreendido entre 0 e 10, em que o zero corresponde “sem dor” e o 10 “à pior dor possível” (Pina, 2016), nos dois contextos do ENP.

Para outros sintomas recorreu-se no âmbito da ECSCP à escala Edmonton System Assessment Scale (ESAS) que integra avaliação de nove sintomas (dor, cansaço, náusea, dispneia, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar) e prevê uma intensidade do sintoma, estando a escala numerada de 0-10, podendo ser preenchida pelo cliente ou na impossibilidade deste, pelo profissional de saúde ou cuidadores/familiares (Pires & Gonçalves, 2021).

Efetuiu-se a avaliação das expectativas dos clientes e cuidadores/familiares em virtude do seu processo de fim de vida, valorizando-se a influência das variáveis psicoemocionais, valores e crenças sobre a intensidade de sintomas e sofrimento, de forma a considerar a singularidade de cada cliente e para adequar o plano de cuidados.

A título de exemplo, ocorreram situações sobre crenças erróneas, como no caso de um cliente que associava a administração da morfina à possibilidade de “morrer mais rápido” e por isso, recusava administração do fármaco, sendo necessária a desmistificação e capacitação sobre informações válidas.

A avaliação da dependência foi crucial devido ao impacto que o aumento da dependência tem com a progressão da doença na pessoa em situação paliativa. As perdas sucessivas interferem no conforto, na emancipação de sentimentos de ansiedade, frustração e perda de autonomia por depender de outros. Posto isto, a intervenção recai sobre novas estratégias para a concretização das atividades de vida diária e no apoio para a redefinição de objetivos.

Assim sendo, recorreu-se ao índice de Barthel, que permite avaliação da independência na concretização de dez atividades básicas de vida (comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, andar, transferência da cadeira para a cama,

subir e descer escadas) (OE, 2016), no contexto da ECSCP

Utilizou-se a escala *Palliative Performance Scale* (PPS), com o objetivo de avaliar o desempenho funcional do cliente em cinco dimensões funcionais: andar, nível de atividade e evidência de doença, autocuidado, capacidade de ingestão alimentar e o nível de consciência (Sereno et al., 2022), no âmbito da ECSCP.

A percepção de conforto pela pessoa em situação paliativa, permitiu identificar possíveis necessidades no contexto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, através de conversas abertas no decurso da conceção de cuidados. Uma vez que, não foi possível aplicar a escala específica de avaliação do conforto (referida no **3.1** do relatório) na UCP e a ECSCP, porque este tipo de instrumento não estava integrado nos registo de enfermagem dos sistemas de informação.

No internamento, a percepção do conforto pela pessoa em situação paliativa, envolveu 10 pessoas sem alteração do estado consciência e com capacidade de verbalizar. Verificou-se a abordagem do conforto em 4 contextos, sendo o contexto físico e o sociocultural os mais frequentemente abordados. O contexto físico foi referido pelas 10 pessoas, que associaram o conforto ao alívio sintomático e à independência física. Seguindo-se, o contexto sociocultural que foi identificado por 7 pessoas, que relacionaram o conforto à presença e apoio das pessoas significativas e à relação com os profissionais de saúde (**Quadro 9**).



A percepção de conforto pela pessoa em situação paliativa no internamento	Número total de clientes
Contexto físico	
- Alívio sintomático (10) Alívio da dor (10); alívio da dispneia (7) - Independência física (2) "Para poder comer, tomar banho e vestir-me sozinha (...)" (1) "Não depender de outros" (1)	10
Contexto psicoespiritual	
- Completar tarefas de fim de vida (1) "Quero a visita do capelão para me confessar e receber oração dos doentes" (1) - Pensamento Positivo (3) "Para poder estar com os familiares e amigos sem estar sempre a falar da doença" (3) "Para poder enfrentar o dia a dia de forma mais relaxada" (1)	3
Contexto sociocultural	
- Presença e apoio das pessoas significativas (7) "Ter a presença dos meus familiares (...) e também pernoitar no hospital comigo" (6) "Receber visita de familiares e amigos diariamente" (4) - Relação com os profissionais de saúde (1) "Permite cuidarem de mim mas também posso ter momentos em que falo de outros assuntos, conto as minhas histórias, fazem-me companhia"	7
Contexto ambiental	
- Local de cuidados e morte (6) "Sinto-me aliviado ao saber que não vou para casa nesta fase prefiro morrer no hospital, sinto-me mais seguro" (1) "Estar em casa é o meu refúgio" (1) "O conforto é estar em casa no nosso meio" (4) - Características do ambiente físico (2) "Menos luminosidade no quarto" (1) "Poder ver o mar da janela do quarto" (1)	6
Outros	
Não abordaram outros contextos	0

Quadro 9 - A percepção do conforto pela pessoa em situação paliativa no internamento (*Envolve 10 clientes sem alteração da consciência e com capacidade para verbalizar).

Quanto à percepção de conforto pela pessoa em situação paliativa no domicílio, também identificaram-se quatro contextos de abordagem do conforto, sendo o contexto físico e o ambiental os mais referidos. Das 10 pessoas envolvidas, o contexto físico, foi abordado por todas, que relacionaram o conforto ao alívio sintomático e à independência física, seguindo-se o contexto ambiental, que foi mencionado por 8 pessoas, que associaram o conforto à possibilidade de poderem escolher o local de cuidados e de morte (**Quadro 10**).

A percepção de conforto pela pessoa em situação paliativa no domicílio	Número total de clientes
Contexto físico	
- Alívio sintomático (10) Alívio da dor (10); alívio da dispneia (3); alívio do cansaço (3); alívio da náusea (1) - Independência física (2) “Não depender de outros para fazer o que mais preciso” (1) “Poder fazer as minhas próprias coisas” (1)	10
Contexto psicoespiritual	
- Relação com Deus ou Ser superior (1) “Ter Fé e recorrer a ele para desabafar e proteger-me” (1) - Manter a esperança (6) “Para poder estar no aniversário da minha neta” (1) “Para poder passar este último Natal com a minha família” (1) “Para viver um dia de cada vez sem sofrer (...)” (3) “Para estar mais tempo com a minha família” (1) - Pensamento Positivo (4) “Para viver um dia de cada vez sem me deixar influenciar pela doença” (1) “Para poder abstrair-me e aproveitar a visita dos meus netos” (1) “Permite os dias serem mais leves sem pensar no que está por vir”(2)	6
Contexto sociocultural	
- Presença e apoio das pessoas significativas (7) “Ter a visita dos familiares que já vejo algum tempo” (4) “Receber telefonemas para conversar” (2) “Poder ter a minha família acompanhar-me”(7) - Relação com os profissionais de saúde (1) “Ter a presença do enfermeiro para poder tirar as minhas dúvidas, dá-me segurança. Mas também gosto de os ter cá para conversarmos sobre outras coisas” (1)	7
Contexto ambiental	
- Escolher o local de cuidados e de morte (8) “Estar na minha casa com a minha família (...)” (6) “Sinto-me bem ao saber que posso ficar em casa até aos últimos dias de vida”(2)	8
Outros	
Não abordaram outros contextos	0

Quadro 10 - A percepção do conforto pela pessoa em situação paliativa no domicílio (*Envolve 10 clientes sem alteração da consciência e com capacidade para verbalizar).

Durante o ENP teve-se em consideração os princípios para o controlo sintomático fundamentados por Neto (2016c), nomeadamente, avaliar e monitorizar os sintomas, adequar a via de administração, estabelecer planos de cuidados com cliente e cuidadores/familiares, incentivar à antecipação de medidas terapêuticas para fomentar uma atitude preventiva, estar disponível e dar informação e explicação sobre a situação.

No contacto com os clientes na ECSCP e na UCP, também desenvolveu-se competências para

identificação e avaliação de sinais e sintomas que pudessem estar associados a situações de agudização sendo necessária a gestão de terapêutica prescrita em SOS (efetuou-se ensinamentos de enfermagem ao cliente e família previamente), tal como a identificação conjunta com o cliente e cuidadores/famíliares de fatores desencadeantes para a agudização (posicionamento, esforço físico, alimentação, etc.).

1.2 - Promove intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, seus cuidadores/famíliares respeitando as suas preferências.

No decurso do ENP, para promover intervenções especializadas com ganhos para o cliente, foi importante conjugar o conhecimento adquirido ao longo das aulas teóricas do mestrado, com o trabalho individual de pesquisa e a observação de intervenções efetuadas pelos EE orientadores de estágio.

Além disso, foi possível também desenvolver a prática clínica especializada com intervenções baseadas na evidência através da conceção de cuidados para os dois casos clínicos, descritos nas partes 3 e 4 do presente relatório.

A elaboração do plano de cuidados individualizado concretizou-se em colaboração com a equipa multidisciplinar, clientes e cuidadores/famíliares, em virtude das necessidades e preferências do cliente e através da promoção da autonomia, preservação da dignidade e maximização do conforto. De acordo, com os resultados obtidos e a eficácia das intervenções, reformulou-se o plano de cuidados e procedeu-se ao seu registo através dos respetivos sistemas de informação.

A intervenção no âmbito de "capacitar" o cliente e cuidadores/famíliares foi uma prática frequentemente realizada na UCP e na ECSCP, uma vez que é parte essencial do processo de cuidado holístico para promover cuidados seguros e adequados às necessidades do cliente. Alguns dos ensinamentos de enfermagem realizados incluíram as estratégias para o controlo de sintomático, reconhecimento de SUDHV, preparação da família para integrar um familiar dependente no domicílio, administração de terapêutica por via subcutânea em bolus ou através da colocação de bombas de perfusão portáteis (DIB) com diferentes tipos de fármacos para controlo sintomático.

Para o alívio de sintomas do cliente, adotaram-se medidas farmacológicas e não farmacológicas. Quanto às medidas não farmacológicas verificou-se que, na maioria das vezes não existia conhecimento prévio, pelo que se procedeu com a capacitação do cliente e cuidadores/famíliares. Neste contexto, foi observada uma maior adesão às seguintes intervenções: no caso da dispneia, com o uso da ventoinha e abertura das janelas; na xerostomia, com a utilização de citrinos na água, aplicação da água na mucosa oral com borrifador ou uso de rebuçados; no controlo da dor com o posicionamento antiálgico e a utilização da técnica de calor; na astenia, com as técnicas de conservação de energia e na

ansiedade com a musicoterapia.

O conhecimento sobre a trajetória das doenças, das necessidades do cliente e cuidadores/familiares e o acompanhamento próximo também permitiu a antecipação de agudizações em ambos os contextos do ENP, sendo as mais frequentes a dor, dispneia, agitação, náuseas/vômitos, entre outras.

Atendendo à previsibilidade de ocorrência de possíveis situações de urgência em CP, como as crises convulsivas, compressão medular, hemorragia e sufocação/asfixia, síndrome da veia cava superior e hipercalcemia, é crucial antecipar esses acontecimentos e discutir sobre as opções terapêuticas com cliente e cuidadores/familiares (Gonçalves & Oliveira, 2016).

Efetivamente durante o ENP não ocorreram situações de urgência, mas identificaram-se situações de risco, como a hemorragia e/ou sufocação num cliente com tumor no esôfago, levando à discussão e capacitação do cliente e cuidador/familiar, assim como o risco de convulsão numa cliente com diagnóstico de glioblastoma.

No âmbito da prevenção, intervenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos, foram sempre utilizadas as precauções básicas do controlo de infeção, no contexto de UCP e de ECSCP, durante a prestação de cuidados ao cliente.

1.3 - Envolve os cuidadores/familiares da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal para otimizar resultados na satisfação das necessidades.

A conferência familiar é uma intervenção estruturada de apoio à família/cliente e uma estratégia de comunicação. Esta não é utilizada apenas para transmitir informação à família pois também tem como objetivo promover adaptação emocional à perda e ao processo de doença e luto (Fernandes, 2016).

No decorrer do ENP, a conferência familiar constitui-se uma intervenção vantajosa para o cliente, família e para as equipas de CP nos momentos de crise, além de estimular o diálogo entre a família e o cliente sobre as suas necessidades. Assim, foi possível ouvir os medos, inquietudes, dúvidas, ajudar perante as necessidades e dar respostas honestas e verdadeiras, apesar de nem sempre serem de acordo com as expectativas dos mesmos.

Na prática clínica, desenvolveu-se os princípios para a realização da conferência familiar, fundamentados no que descreve Fernandes (2016), como criar um ambiente de confiança, preparar a informação a abordar; decidir quem vai apresentar; nomear o moderador entre os elementos da equipa; questionar o cliente sobre a vontade de participar.

Foram clarificados os objetivos em todas as conferências familiares concretizadas (8 conferências), sendo que, em algumas delas, a abordagem foi para esclarecer-se dúvidas em relação ao prognóstico (envolvendo as repercussões na alimentação/hidratação, dependência,

etc.), processo de doença e morte, preparação para alta, e estratégias para controlar sintomas no sentido de promover o conforto, diminuir o sofrimento e sentimentos de ansiedade e angústia.

Uma das inquietações frequentemente abordadas pela família no ENP estava relacionada com a alimentação do cliente. A diminuição do apetite é comum em muitas condições de doença avançada, acentuando-se nos últimos dias de vida. Por conseguinte, a interpretação da família, em virtude da degradação do estado geral do cliente, está associada ao fato deste estar “a morrer à fome”, o que, segundo a família, resultaria numa morte mais rápida. Seguindo esta linha de pensamento, no contacto com os clientes, a sua opinião é maioritariamente contrária, realçando a escassez de fome.

No contexto da ECSCP, também constatou-se que a preparação de uma conferência familiar estruturada nem sempre é possível. Muitas vezes, ao chegar ao domicílio, a família já se encontrava à espera para verem esclarecidas as suas dúvidas, conduzindo à realização de uma conferência familiar no preciso momento.

Ao promover-se o envolvimento do cliente e dos cuidadores/famíliares na equipa, facilitou-se a colaboração e o planeamento de cuidados em parceria e a expressão de inquietações, permitindo adequação de recursos para adaptação às suas necessidades, como a referenciação para o apoio psicológico (por exemplo, em casos de lutos complicados anteriores).

1.4 - Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interdisciplinar e em articulação com os serviços de apoio.

O conceito de interdisciplinaridade é descrito como “a definição e assunção de objetivos comuns, orientadores das atuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados” (Lei n.º 52/2012, 2012, p. 5119).

Nos dois contextos do ENP foi possível compreender a intervenção numa perspetiva interdisciplinar no cuidado holístico ao cliente e cuidadores/famíliares. Houve o reconhecimento do papel de cada um para a resolução de situações de grande complexidade cuja ação era em função do conhecimento de cada profissão, dos seus limites de atuação e da comunicação eficaz. Esta dinâmica foi incutida pelos EE orientadores para o desenvolvimento de competências de EE.

Na ECSCP e na UCP, participou-se nas reuniões multidisciplinares que decorriam semanalmente para discutir os casos clínicos em seguimento pela equipa e para que todos tivessem conhecimento dos cuidados prestados, das necessidades clínicas e de enfermagem, do apoio psicológico, social ou espiritual, e da integração de intervenções dos diferentes grupos profissionais.

Na UCP, participou-se também nas reuniões da equipa de enfermagem com a equipa médica,

que se realizavam diariamente para abordar a evolução clínica dos clientes, discutir e reformular planos de cuidados de acordo com os objetivos, preferências e desejos do cliente e da família.

O trabalho em equipa desenvolveu-se pela integração nas duas equipas especializadas em CP ao longo do ENP, através da partilha de conhecimentos e experiências, do envolvimento nos processos de tomada de decisão e da relação colaborativa e de entreajuda com os pares, clientes e cuidadores/familiares.

Por conseguinte, a comunicação eficaz com os profissionais, clientes e cuidadores/familiares tornou-se essencial na gestão de conflitos, no processo de tomada de decisão e na obtenção de confiança entre os vários membros da equipa.

As estratégias da comunicação eficazes desenvolvidas no contacto com o cliente e cuidadores/familiares foram fundamentadas no que descreve Querido et al. (2016a), que inclui: estabelecer a comunicação honesta, respeitar o silêncio, encorajar o outro a falar (usando frases: como se sente? O que aconteceu?), atenção à linguagem não-verbal, clarificar e reformular a linguagem verbal, verificar a compreensão da informação e respeitar a distância confortável, entre outras.

Competência 2: "Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto" (Regulamento nº429/2018, 2018, p. 19365).

2.1 Respeita a singularidade e autonomia da pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e seus cuidadores/familiares no acompanhamento de vivências individuais específicas, no processo de morrer e de luto.

Quando uma família é confrontada com uma doença crónica, progressiva e terminal, inicia-se um processo de luto antecipatório, que corresponde às sucessivas perdas funcionais do cliente e à iminência da morte despoletando uma resposta de luto que antecede a perda real do cliente (Barbosa, 2016).

A reação e adaptação de cada membro da família à perda, depende de fatores intrínsecos, facilitadores ou impeditivos de adaptação à nova realidade (ibidem). Posto isto, na UCP e na ECSCP, entreviu-se com a família no processo de doença e morte, respeitando-os num processo de perda e sofrimento e prevenindo possíveis lutos complicados.

O luto antecipatório na família é um processo complexo, especialmente durante a fase final da vida do cliente, envolvendo diversos processos de adaptação, superação e reorganização. Além

disso, também enfrenta o desafio de lidar com suas próprias perdas e com as dos outros (Barbosa, 2016). O disfuncionamento familiar e as dificuldades, como a negação da morte, o discurso verbal agressivo e a conspiração de silêncio, também se evidenciaram em alguns casos, pelo que, em conjunto com a equipa, teve-se que assumir um papel mediador.

Nos dois contextos de ENP, embora existissem programas formais de acompanhamento no luto para a família após a morte do seu ente querido, estes não estavam integralmente implementados e, por isso, não eram totalmente realizados. Efetivamente, o apoio à família concretizava-se através de um contacto telefónico, de forma informal, realizado após a morte da pessoa, sem critérios definidos quanto aos períodos de tempo para se efetivar. Contudo, reconhece-se a relevância do apoio ao luto e estavam a planear a implementação definitiva de programas.

A perda de funcionalidade, a perda de papéis e a transição para SUDHV foram as questões mais identificadas nos clientes em ambos os contextos de ENP. Por isso, foi necessário realizar intervenções no luto preparatório do cliente, bem como colaborar no desenvolvimento dos planos individuais de cuidados adequados aos objetivos de cuidados, de acordo com as perdas percebidas e com a antecipação das perdas.

Na ECSCP, a evolução do quadro clínico dos clientes conduziu a necessidades em termos de material de apoio, como cama articulada e a cadeira de banho, sendo esses apoios agilizados através da assistente social, para uma melhor prestação de cuidados.

2.2 - Promove parcerias terapêuticas com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares.

“A integração dos cuidadores familiares na equipa multidisciplinar em CP é fundamental, assim como, o seu acompanhamento e ensino” (Fernandes, 2016, p. 661).

Os cuidadores/familiares desempenham um papel de destaque na prestação de CP, oferecem apoio emocional, aliviam os sintomas, realizam cuidados, comunicam com os serviços, contribuem para a melhoria da qualidade de vida e transmitem informações sobre as preferências de cuidados dos clientes (Vermorgen et al., 2021).

Uma vez que a família é a que melhor sabe e conhece sobre o cliente, ao envolvê-los nos cuidados, permite capacita-los para que se sintam mais preparados e confiantes no percurso da doença e na criação de um ambiente de apoio e ajuda para cumprir o papel de cuidador (Fernandes, 2016).

Tornou-se crucial estabelecer uma relação de ajuda e de confiança que permitisse à família atravessar o processo de doença e de morte com o mínimo de sofrimento possível, ao mesmo tempo que poderia ajudá-la na recuperação após a perda.

O reforço e apoio continuado dado pela equipa de CP aos cuidadores/familiares através do

reconhecimento dos progressos e capacidades, bem como da identificação e superação das dificuldades, são formas essenciais de valorização do seu trabalho, de dedicação e de diminuição do receio da incapacidade manifestada (Fernandes, 2016). Esta prática foi recorrente ao longo do ENP.

No caso da ECSCP, a disponibilidade para contato telefónico direto para esclarecimento dúvidas, foi crucial para promover a envolvimento da família, pois sentiam que havia apoio da equipa para colmatar as suas dificuldades e atingir um estado de maior tranquilidade.

Em ambos os contextos de estágio, promoveu-se a parceria terapêutica com o cliente e com os cuidadores/familiares na avaliação das necessidades, sintomas, desejos e preferências, assim como a capacitação para a execução de cuidados e para o desenvolvimento dessas mesmas avaliações, facilitando a sua atuação em situações que contemplam o stress, medo e incertezas.

O estabelecimento de objetivos, metas e prioridades da parceria de cuidados contribuiu para a diminuição da ansiedade e para a melhoria da qualidade de vida o cliente, por exemplo para situações relacionadas com o local de preferência para os cuidados e a morte.

O conhecimento sobre instrumentos que salvaguardem a expressão da vontade da pessoa em situação paliativa foi desenvolvido no âmbito das unidades curriculares e no contexto dos estágios.

Segundo a Lei n.º25/2012 (2012), as diretivas antecipadas de vontade (DAV), designadamente sob a forma de testamento vital são descritas como o "documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente." No entanto, durante o ENP não foi identificado nenhum documento sobre as DAV.

2.3 - Negoceia objetivos/metapas de cuidados, mutuamente acordados dentro do ambiente terapêutico.

Independentemente do contexto e do tipo de problemas que o cliente esta a ultrapassar, é nos momentos de maior sofrimento, que se torna essencial fortalecer a relação terapêutica entre o cliente e o profissional de saúde. As manifestações de sinceridade, respeito e compreensão devem ser intensificadas, transmitindo confiança não apenas ao cliente, mas também à sua família, estabelecendo-se um elo crucial de apoio no sofrimento (Barbosa, 2016).

Para negociar metas eficazes, realizaram-se conversas honestas e sensíveis, gerindo as expectativas e preocupações do cliente e dos cuidadores/familiares. Na prática clínica, observou-se frequentemente que a gestão das expectativas se centra na possibilidade de cura,

na concretização de atividades a longo prazo, na viabilidade de tratamentos curativos e na sobrevalorização das capacidades para a independência física, entre outras questões.

Na doença crónica avançada e progressiva, observa-se o processo de transição de esperança, que ocorre em quatro fases: esperança da cura, esperança de tratamentos, esperança de prolongamento de vida e esperança de uma morte serena. As estratégias para uma transição saudável passam por reconhecer os processos de mudança do foco da esperança, identificar e otimizar mecanismos de coping, reforçar estratégias de espiritualidade e religiosidade (Querido, 2016b). Verificou-se no contexto da UCP e da ECSCP, a presença das várias fases e a implementação de estratégias.

É importante destacar que, no fim de vida dos clientes, existem vários focos de esperança, nomeadamente: o controlo sintomático para evitar o sofrimento, a garantia de uma morte digna e sem dor, o desejo de conforto, e a vontade de aproveitar o tempo restante, valorizando a qualidade em vez da quantidade (Querido, 2016b).

No contexto da UCP e da ECSCP foi necessário encorajar para o estabelecimento de metas e objetivos realistas e alcançáveis. Para isso, foi fundamental realizar o diagnóstico das necessidades, vontades e desejos dos clientes, para atender às necessidades imediatas durante o processo de cuidados e antecipar as necessidades futuras.

As técnicas de competências básicas da comunicação em CP, como a escuta ativa para compreender o cliente e acompanhá-lo no seu sofrimento; a compreensão empática, na identificação das emoções que o cliente está a vivenciar e o feedback que funcionou como validação da informação transmitida e identificação de dúvidas (Querido et al., 2016a) foram desenvolvidas no decurso de acompanhamento dos clientes em CP.

As ferramentas da comunicação, para transmitir más notícias, como o protocolo SPIKES (ibidem) também foram utilizadas principalmente em situações associadas a perdas (perda da via oral, da capacidade para andar, etc.), uma vez que, comunicar más notícias é um momento de grande complexidade para todos os intervenientes.

Perante a vulnerabilidade do cliente em fim de vida é crucial que o EE demonstre disponibilidade e ajuda para a pessoa completar as tarefas de desenvolvimento de fim de vida. No contexto da UCP, em parceria com cuidadores familiares, teve-se a possibilidade de promover a construção do legado tal como proporcionar momentos de despedida com as pessoas significativas para poderem expressarem sentimentos de amor, gratidão, perdão e reconciliação.

Além do exemplo demonstrado no caso clínico descrito na Parte 3 do presente relatório, que envolveu a construção do legado, uma outra situação marcante neste percurso foi a de uma cliente que se encontrava emigrada, com os filhos menores fora do país. Dado que a cliente

estava em situação de fim de vida, foi realizada uma conferência familiar com o marido e a cliente para promover a consciencialização sobre a finitude de vida breve e a possibilidade de não concretização da despedida pessoal dos filhos devido à distância. Conforme o desejo da cliente, foi organizada a gravação de uma mensagem de carinho, afeto e valorização para os filhos, cumprindo-se assim o desejo de que os filhos não a visitassem quando estivesse inconsciente.

Num outro caso clínico, através da identificação problemas relacionais do cliente com o filho, com a parceria da familiar cuidadora, foi possível proporcionar a visita do filho, o que permitiu a reconciliação de ambos, através da resolução de conflitos que interfiram no estado de conforto do mesmo.

O apoio ao cliente para questões espirituais, existenciais ao enfrentarem o fim de vida também foi desenvolvido, incluindo questões sobre propósito de vida, crenças religiosas e aceitação da própria morte. Na UCP, em alguns casos foi solicitado o apoio do capelão, conforme o desejo de alguns clientes, para se confessarem, para obterem oração dos doentes e para encontrarem paz espiritual.

2.4 - Reconhece os efeitos da natureza do cuidar na pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, nos seus cuidadores/familiares, sobre si, outros membros da equipa, respondendo de forma eficaz.

Na avaliação integral do cliente e cuidadores/família torna-se essencial reconhecer uma variedade de fatores que podem influenciar o envolvimento e a responsabilidade na prestação de cuidados ao cliente em fase terminal. A avaliação da família é relevante, pois para exercer o papel de cuidar, terá de ter capacidade física, psíquica, emocional, económica (Fernandes, 2016).

A integração de cuidadores/familiares na equipa multidisciplinar desenvolve-se através de algumas estratégias, como a transmissão de informação, suporte emocional, prevenção e tratamento de luto e reorganização familiar, concretização de atividades para o autocuidado e de preparação da família para o processo de morrer (ibidem).

A maior parte das vezes constatou-se, no percurso do ENP, que a parte da vulnerabilidade do cliente está a vulnerabilidade da família. Existe vontade por parte da família de fazer tudo pelo cliente e de o acompanhar 24 horas por dia, mas confronta-se com as responsabilidades profissionais, financeiras e familiares, exigindo um imperioso esforço e levando ao sofrimento.

A progressão da doença e consequente perda de funcionalidade para as atividades de vida diárias coloca em causa adaptação da família em virtude das diversas e exigentes necessidades com implicação na capacidade de aceitação e de adaptação à inevitável morte (Fernandes, 2016).

A sobrecarga associada ao papel de familiar cuidador foi identificada através da exaustão física e emocional e isolamento social conduzindo a sentimentos de frustração comprometendo a própria saúde e bem-estar do cuidador pelo que, aquando as visitas domiciliárias e no contexto de internamento foram detetados alguns sinais de alerta.

No contexto da ECSCP, identificou-se um familiar cuidador em risco de sobrecarga. Foi ativado o serviço social para obter um internamento no âmbito RNCP, permitindo assim o descanso do familiar cuidador. Além disso, foram identificadas outras situações de sobrecarga física para o familiar cuidador, o que levou ao encaminhamento para o serviço social para apoio domiciliário nos cuidados de higiene. Também foram identificadas situações de sobrecarga emocional, o que resultou no encaminhamento para a psicóloga da equipa, para complementar a intervenção realizada pela ECSCP, numa atitude de parceria de cuidados.

Trabalhar em CP implica contatos diários com a natureza humana na sua finitude de vida e vulnerabilidade, evidenciando-se um trabalho exigente e exaustivo. Consequentemente, leva a que os profissionais se confrontem com os seus próprios medos e incertezas (Pereira, 2012). Por isso, o Burnout é um fenómeno comum entre os profissionais de saúde que trabalham em CP (Bernardo et al., 2016), mas o apoio para esta síndrome ainda é escasso pelas instituições onde trabalham.

É importante que cada elemento da equipa, utilize recursos próprios e os da equipa como estratégias para ultrapassar esta situação que impulsiona grande sofrimento. Para prevenir o Burnout, os elementos das equipas onde se realizou o ENP, não tinham nenhuma atividade instituída, pelas instituições de saúde onde trabalhavam, mas de modo informal como estratégias de autocuidado, organizavam convívios após o horário laboral, para num ambiente descontraído partilhar experiências e desabafar sobre desafios enfrentados, bem como aproveitar de momentos de relaxamento e descontração, contribuindo para o bem-estar emocional, fortalecimento das relações entre os pares e para uma cultura de apoio e cuidado mútuo.

Face ao contacto diário com o sofrimento dos clientes e cuidadores/familiares procurei adotar também estratégias de autocuidado, como partilhar alguns momentos de distração/lazer com a minha família, assim como, a partilha de experiências mais inquietantes com os EE orientadores para o suporte. Encaro que a minha experiência profissional em CP e a pesquisa frequente na procura da melhor evidência e conhecimento privilegiaram também o autocontrole emocional.

OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS

Considerando que a OE refere que a reflexão sobre o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE deve "mandatoriamente ancorar-se na investigação produzida, evidenciando que possui competências para consultar e mobilizar a evidência científica" (OE, 2021 p. 5), foi realizada uma revisão rápida da literatura, a qual é apresentada a seguir.

A PERCEÇÃO DO CONFORTO PELA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA - REVISÃO RÁPIDA

Introdução

O conforto funde-se num domínio primordial de intervenção da enfermagem, conduzindo à imprescindível aquisição de competências e conhecimentos específicos, alicerçados em evidência científica, mas também na real vivência da pessoa enquanto ser holístico e único, que experiencia situações de fragilidade e sofrimento.

Sendo um foco dos cuidados de enfermagem, o conforto surge como uma experiência subjetiva, única, positiva e holística (Kolcaba, 2003). A percepção de conforto colide com um sentimento emergente de positividade e autoconfiança. A pessoa, em interação com os cuidados de saúde, encontra conforto quando se sente valorizada, confia e aceita o tratamento proposto pela equipa de cuidados (Wensley et al., 2020).

O conforto pode variar consoante o contexto e a situação. Assim, o nível de conforto de uma pessoa pode ser moldado por uma variedade de fatores externos e internos (Ponte et al., 2019). De acordo com Wensley et al. (2023), os fatores que influenciam o conforto da pessoa em situação paliativa incluem a gestão dos sintomas, a aceitação espiritual e cultural, o apoio da família, o cuidado assistencial em várias dimensões, o ambiente, o nível de informação recebida sobre os cuidados e o envolvimento nos mesmos.

Ao longo do tempo, surgiu uma visão do conforto, que abrange diversas classificações e taxonomias de acordo com diferentes abordagens e teorias (Pinto et al., 2017).

Destaca-se a teoria de médio alcance de conforto de Kolcaba, que define o conforto como uma necessidade humana básica que deve ser fortalecida pelo fato da pessoa ter necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência, integradas em quatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 2001; 2003).

O alívio refere-se à experiência e ao estado resultantes da satisfação de uma necessidade específica de conforto, sendo essencial para que a pessoa restabeleça as atividades anteriores. A tranquilidade representa o estado de calma, sossego ou satisfação necessária para um desempenho eficiente. A transcendência é o estado em que a pessoa percebe que há a possibilidade de superar problemas ou dor (Kolcaba, 2003), sendo expectável esta percepção por parte da pessoa ao receber os cuidados de saúde, nomeadamente os cuidados de enfermagem.

No que concerne aos quatro contextos de experiência humana, o contexto físico relaciona-se aos processos corporais e a fatores do processo de doença, como sintomas. O contexto psicoespiritual, descreve a tomada de consciência do seu “eu” e está ligado à autoestima, sexualidade, significado de vida, relacionamento com os outros e com o transcendente. O contexto sociocultural abrange relacionamentos interpessoais, familiares e sociais, podendo

incluir a vertente financeira, educacional, suporte, história familiar e tradições. O contexto ambiental refere-se às condições e influências externas (Kolcaba, 2003).

Contrariamente o ICN (2019), ainda define conforto como a “sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal”, que remonta ao histórico de enfermagem sobre o conceito de conforto, relacionado apenas com o processo físico e a dor.

É evidente, nos dias de hoje, que há uma falta de compreensão e inconsistências na forma como os enfermeiros interpretam o conceito de conforto, o que resulta na diminuição da importância do mesmo, desatendendo a outras dimensões e à perspectiva do cliente (Pinto et al., 2017).

Alguns estudos têm procurado compreender o conforto segundo a experiência do cliente, revelando-se esforços importantes para a compreensão do fenómeno. O estudo de Coelho et al. (2016), sobre o conforto em CP, evidencia a experiência do conforto através do controlo sintomático, do cuidado compassivo, do ambiente diferenciado, da esperança, das relações interpessoais, intrapessoais e com o transcendente. Mas poderá também ocorrer o desconforto subjacente a perdas vivenciadas e à incapacidade de transcendência.

São diversas as necessidades específicas de conforto da pessoa em situação paliativa, por isso quando o seu equilíbrio é alterado por causas de origem multidimensional, será mais vantajoso atender ao maior número possível de aspetos e não particularizar uma situação isolada, pois *“um conforto global sempre será maior e mais significativo do que a gestão ou mesmo a resolução de cada uma das partes separadas”* (Pereira et al., 2023, p.3).

Conhecer a perceção de conforto da pessoa em situação paliativa, que vivencia todo o processo de forma singular, e holística é relevante para orientar o cuidado de enfermagem à pessoa em situação paliativa face as suas necessidades, maximizar o efeito das intervenções de conforto e quebrar a barreira da priorização do conforto físico em detrimento de outras dimensões (Souza et al., 2021), uma vez que podem negligenciar outros aspetos inerentes à multidimensionalidade do fenómeno.

Uma pesquisa preliminar no Prospero, Medline, Cinahl, JBI e na Open Science Framework (OSF) de revisões sistemáticas e de protocolos, revelou a existência de um protocolo de pesquisa na área já publicado (Pereira et al., 2023). Dado o nosso interesse em obter resultados dentro de um prazo breve, decidimos avançar com a presente revisão rápida da literatura, com o objetivo de identificar a perceção do conforto pela pessoa em situação paliativa.

Metodologia

O método de revisão sistemática utilizado foi a revisão rápida da literatura, pois permite acelerar o processo de elaboração ao cumprir ou omitir determinados métodos específicos. Desta forma, as partes interessadas podem obter evidências de forma eficiente em termos de recursos (Hamel et al., 2020), num período de tempo mais conveniente e com menores custos

(Tricco et al., 2022).

Para concretizar a presente revisão rápida da literatura, optou-se por seguir as recomendações da *Cochrane Rapid Reviews Methods Group* (Garritty et al., 2020). Primeiramente, definiu-se a pergunta de investigação, envolvendo os investigadores na sua formulação, bem como na definição dos critérios de inclusão e exclusão, dos resultados de interesse e da adequação dos objetivos esperados.

Os critérios de elegibilidade foram estabelecidos com base na população, conceito e contexto (PCC), na qual a população são as pessoas em situação paliativa, o conceito é a perceção de conforto, e o contexto é no âmbito dos CP. Posto isto, desenvolveu-se a pergunta de investigação: Qual a perceção do conforto pela pessoa em situação paliativa?

Para a seleção dos estudos, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão. Definiu-se como critérios de inclusão os estudos que abordem a perceção de conforto, que se apliquem a pessoas em idade adulta e que se desenvolvam no contexto de CP. Definiu-se como critérios de exclusão estudos que abordem especificamente a perceção do conforto pelos familiares, cuidadores e profissionais de saúde no contexto de CP.

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa teve início através de uma investigação generalizada em bases de dados eletrónicas, utilizando termos relacionados com o tema proposto. Seguiu-se com a análise e leitura dos estudos com o objetivo de identificar search terms relevantes para a presente investigação. Posteriormente, foram identificados os descritores de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (*DeCS/MeSH*) e *Medical Subject Headings (MeSH)*.

A pesquisa foi conduzida exclusivamente numa base de dados, *MEDLINE Complete*, disponível no agregador de conteúdos EBSCOhost da biblioteca virtual da ESEP, utilizando a seguinte frase booleana: ("*patient comfort*" OR "*care comfort*" OR "*comfort patient*" OR "*comfort care*" AND "*palliative care*" OR "*palliative medicine*" OR "*palliative care nurs**" OR "*hospice nurs**" OR "*nurs*hospice*" OR "*end of life*" OR "*end-of-life*" OR "*terminal care*").

A estratégia prosseguiu com a aplicação da frase booleana ao nível do título (TI) e a inclusão de limitadores de pesquisa, restringindo os resultados ao período de 2018 a 2023, aos estudos disponíveis em inglês, sujeitos a revisão por pares, com texto integral e publicados em revistas académicas. A escolha dos limitadores de pesquisa teve como propósito reduzir o número de estudos obtidos, dado que o conceito a explorar infere uma abordagem de grande longevidade e integra diferentes áreas e contextos.

Seleção dos estudos

A seleção dos estudos foi realizada numa primeira fase, por dois revisores que avaliaram de

forma independente a relevância dos estudos, através da leitura dos títulos e resumos por meio da plataforma informática *Rayyan QCRI*, que facilita a triagem inicial dos títulos e resumos. As discordâncias entre os dois revisores foram resolvidas por consenso. Numa segunda fase, um dos revisores analisou o texto integral dos estudos que cumpriam os critérios de inclusão previamente definidos.

Extração de dados

Foram identificados 131 estudos possivelmente relevantes. Destes, 1 estudo foi removido por ser duplicado. Dos 130 estudos restantes, 95 foram excluídos após avaliação dos títulos e resumos. Dos 35 estudos que restaram, 30 foram excluídos após a leitura integral do texto, por não cumprirem os critérios de inclusão definidos. Assim sendo, foram incluídos 5 estudos elegíveis para análise integral nesta revisão, tal como apresentado na **Figura 1**.

A extração de dados dos estudos selecionados foi efetuada por apenas um revisor, através do preenchimento de um quadro elaborado pelos investigadores, que inclui o(s) nome(s) do(s) autor(es), o ano e o país da publicação, o objetivo, o tipo de estudo, o tipo de participantes e os resultados (Quadro 11). De forma mais pormenorizada, os resultados são apresentados no **Quadro 12**.

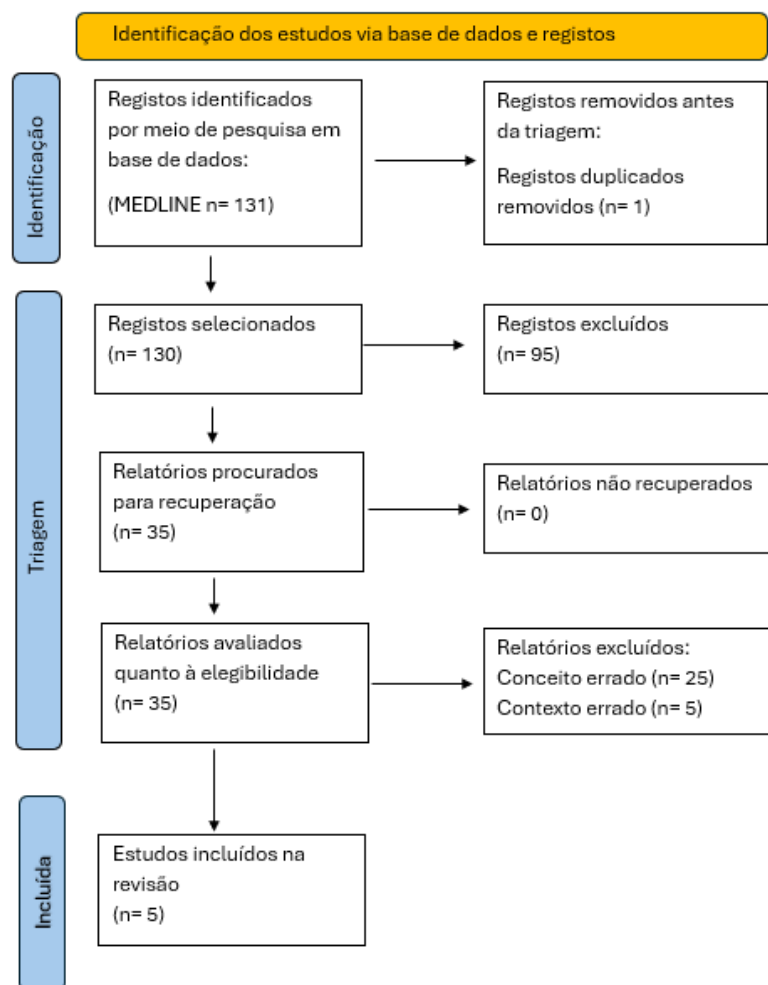


Figura 1 - Fluxograma PRISMA no processo de seleção e inclusão de estudos (Page et al., 2021)

A1 (Canadá) - Bablitz et al. (2018)							
Objetivo	Tipo de estudo	Participantes	Resultados				
			Contexto do conforto				
			Físico	Psicoespiritual	Sociocultural	Ambiental	Outros
Destacar as desigualdades enfrentadas por um cliente indígena no fim da vida.	Estudo de caso	1 cliente indígena em cuidados paliativos	Alívio sintomático	Completar tarefas de fim de vida.	-Presença e apoio das pessoas significativas; -Relação com os profissionais de saúde; -Acesso a cuidados paliativos suficientes.	-Escolher local de cuidados e de morte; -Condições do ambiente físico.	Acesso aos cuidados de fim de vida.
A2 (Singapura) - Lee e Ramaswamy (2020)							
Objetivo	Tipo de estudo	Participantes	Resultados				
			Contexto do conforto				
			Físico	Psicoespiritual	Sociocultural	Ambiental	Outros
Compreender como os clientes com cancro avançado davam sentido às suas experiências, integravam-nas psicologicamente nas suas vidas e nas relações com os outros, e como as suas necessidades evoluíam ao longo da doença.	Estudo exploratório	11 clientes com doença terminal.	-Alívio sintomático; -Independência física.	-Pensamento positivo; -Esperança; -Relação com "Ser superior" ou Deus.	Presença e apoio das pessoas significativas.	-----	-----
A3 (Toronto) - Lau et al. (2018)							
Objetivo	Tipo de estudo	Participantes	Resultados				
			Contexto do conforto				
			Físico	Psicoespiritual	Sociocultural	Ambiental	Outros
Comparar o atendimento de cuidados de fim de vida entre clientes que receberam um conjunto de ordens de medidas de conforto e aqueles que não fizeram.	Estudo descritivo	83 clientes internados encaminhados para cuidados de fim de vida, dos quais 56 clientes com ordens de medidas de conforto e 23 sem ordens de medidas de conforto.	Alívio sintomático.	Completar tarefas de fim de vida.	-----	-----	Acesso aos cuidados de fim de vida.
A4 (Canadá) - Kortes-Miller et al. (2018)							
Objetivo	Tipo de estudo	Participantes	Resultados				
			Contexto do conforto				
			Físico	Psicoespiritual	Sociocultural	Ambiental	Outros
Analisar os medos e esperanças dos adultos LGBTQ mais velhos, considerando o potencial de admissão em lares, à medida que enfrentam o fim de vida.	Estudo qualitativo	23 clientes, portadores de HIV, cancro ou esclerose múltipla pertencentes à comunidade LGBTQ.	Independência física.	Esperança.	Relação com os profissionais de saúde.	Condições físicas do ambiente inserido.	-Autonomia; -Qualidade de vida.
A5 (África do Sul) - Shenet al. (2018)							
Objetivo	Tipo de estudo	Participantes	Resultados				
			Contexto do conforto				
			Físico	Psicoespiritual	Sociocultural	Ambiental	Outros
Investigar a compreensão dos clientes sul africanos com cancro avançado sobre a sua doença, preferências e comunicação nos cuidados de fim de vida.	Estudo de coorte prospetivo	221 clientes com cancro em situação terminal, recrutados de um centro de cuidados paliativos	Alívio sintomático.	Completar tarefas de fim de vida.	Relação com os profissionais de saúde.	Escolher o local de morte e cuidados.	Acesso aos cuidados de fim de vida.

Quadro 11 - Extração de dados dos estudos incluídos na revisão rápida da literatura

SÍNTESE DOS RESULTADOS DA REVISÃO RÁPIDA SOBRE A PERCEÇÃO DE CONFORTO PELA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA EM CINCO CONTEXTOS		ESTUDOS				
CONTEXTO FÍSICO		A1	A2	A3	A4	A5
Alívio sintomático	Alívio da dor.	✓	✓	✓		✓
	Alívio da dispneia, diarreia/obstipação, febre, insónia, convulsões, vômito, abstinência do álcool, prurido, secreções nas vias aéreas superiores e inquietação.			✓		
	Alívio da fadiga.		✓			
Independência física	Serem autossuficientes.				✓	
	Possuir mobilidade física.		✓			
CONTEXTO PSICOESPIRITUAL		A1	A2	A3	A4	A5
Pensamento positivo	Aceitar a doença e ajustar-se ao “novo normal”, através do humor, relaxamento e despreocupação; Suporte para a preparação do fim de vida; “Viver o dia” com os familiares.		✓			
Esperança	Concretização de desejos (fazer pequenas viagens ou de ver filho casar); Ter uma morte tranquila e sem preocupações.		✓			
	Ser aceite por todos ao seu redor, livre de assédio de qualquer fonte.				✓	
Relação com “Ser superior” ou Deus	Fonte de fé para obter tranquilidade para o alívio de sintomas através da oração e da relação com Deus; Encontrar uma direção.		✓			
Completar tarefas de fim de vida	Ter apoio do capelão para cuidados espirituais no fim de vida.			✓		
	Preparação do seu funeral.					✓
	Rituais culturais em torno da morte.	✓				
CONTEXTO SOCIOCULTURAL		A1	A2	A3	A4	A5
Presença e apoio das pessoas significativas	Companhia diária das pessoas significativas No âmbito do contexto hospitalar poderem pernoitar.	✓				
	A relação com o cônjuge e com os filhos menores Fonte de apoio emocional, proteção e de bons cuidados; Alicerce de coragem para obter bem-estar emocional; Motivação para o cuidado e enfrentarem a progressão da doença.		✓			
	Relação com a família alargada Adquirir apoio emocional, financeiro e acompanhamento no processo de doença.					
	Conexão com amigos Ter visitas, telefonemas, realizar orações e passeios; Não ser uma fonte de stress e tristeza perante a sua situação paliativa.					
Relação com os profissionais de saúde	Cuidados livres de discriminação e exclusão por parte dos prestadores de cuidados de saúde e sistemas de saúde independentemente da cultura, orientação sexual e/ou identidade de género.				✓	
	Comunicação desprovida de barreiras linguísticas (idiomas) entre os profissionais de saúde para com o cliente e as pessoas significativas.	✓				
	Não serem informados da previsão do tempo de vida que têm.					✓
Acesso a cuidados paliativos suficientes	Acesso a serviços de cuidados paliativos incluindo os cuidados domiciliários, independentemente da distância para o acesso.	✓				
CONTEXTO AMBIENTAL		A1	A2	A3	A4	A5
Escolher o local de cuidados e morte	Morrer em casa (preferencialmente)	✓				✓
	Morrer no hospital, por haver aumento da carga de cuidados atribuída à família, restrições financeiras, falta de acesso às necessidades básicas (água), falta de conhecimento sobre os cuidados (associado a países menos desenvolvidos, África).					✓
Condições físicas do ambiente inserido	Dispor de quartos individuais e de grandes dimensões para os familiares poderem pernoitar e acompanharem no processo da doença e fim de vida.	✓				
	A presença de símbolos visuais (exemplo arco-íris e crucifixo) nas paredes das instituições tornando os ambientes inclusivos, acolhedores e seguros.				✓	
OUTROS		A1	A2	A3	A4	A5
Acesso aos cuidados de fim de vida	Medidas de conforto (medidas que não prolonguem a vida).	✓		✓		✓
Autonomia	Capacidade de tomar as suas próprias decisões (receiam o comprometimento da autonomia em instituições de saúde e quando se aproxima o fim de vida).				✓	
Qualidade de vida	Controlar a sua qualidade de vida.				✓	

Quadro 12 - Síntese dos resultados da revisão rápida sobre a percepção de conforto**Resultados**

Para responder à pergunta de investigação, foram incluídos cinco estudos, dos quais quatro foram publicados em 2018 e um em 2020. Estes estudos são provenientes de três continentes, América (3), África (1) e Ásia (1), evidenciando a multiculturalidade e a pertinência da temática abordada. A metodologia dos estudos é variada, incluindo um estudo de caso, um estudo exploratório, um estudo qualitativo, um estudo descritivo e um estudo de coorte prospetivo. No que concerne ao tamanho da amostra, envolveu 339 participantes em situação paliativa.

Todos os estudos fazem referência à percepção do conforto pela pessoa em situação paliativa e os resultados foram consistentes com a teoria do conforto de Kolcaba (2003), quando identificaram a percepção de conforto como necessidade básica, inserida em quatro contextos, físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. Além disso, evidenciou-se a necessidade de criar um contexto adicional, "Outros", para incluir diferentes percepções que não se enquadram nos quatro contextos mencionados.

Discussão

Com o objetivo de encontrar a resposta para a pergunta pesquisa " Qual a percepção de conforto pela pessoa em situação paliativa?", após a análise dos estudos selecionados emergiram cinco contextos que incluem a percepção do conforto pela pessoa em situação paliativa, sendo eles: o contexto físico, o contexto psicoespiritual, o contexto sociocultural, o contexto ambiental e outros.

Relativamente ao **conforto no contexto físico** é identificado em todos os estudos. **O alívio de sintomas** é abordado em quatro dos estudos. O alívio da dor é mencionado pelos estudos de Bablitz et al. (2018), Lee e Ramaswamy (2020), Lau et al. (2018) e Shen et al. (2018). O alívio da fadiga é destacado no estudo de Lee e Ramaswamy (2020). O alívio da dispneia, diarreia/obstipação, febre, insónia, convulsões, vômito, abstinência de álcool, prurido, secreções nas vias aéreas superiores e inquietação é referido no estudo de Lau et al. (2018).

A **independência física** é mencionada em dois estudos. No estudo de Kortes-Miller et al. (2018), está relacionada com a autossuficiência, pelo receio do cliente de se tornar dependente dos prestadores de cuidados e do sistema de saúde. No estudo de Lee e Ramaswamy (2020), a independência é associada à mobilidade física, como forma de não estarem "presos em casa."

Em relação ao **conforto no contexto psicoespiritual** é mencionado em quatro estudos. O pensamento positivo e a relação com um "Ser Superior" ou Deus são evidenciados no estudo de Lee e Ramaswamy (2020). **O pensamento positivo** é referido como uma força emocional para a aceitação da doença e a adaptação ao "novo normal" através do bom humor, relaxamento e despreocupação; para "viver o dia" na companhia dos familiares; e como suporte na preparação

para o fim da vida. **A relação com "Ser Superior" ou Deus** é relatada pelos clientes como tendo um papel significativo na obtenção de tranquilidade e no controlo de sintomas (dor, insónia) através da fé e da oração (Lee & Ramaswamy, 2020).

A esperança é mencionada em dois estudos. No estudo de Kortes-Miller et al. (2018), está associada à aceitação daquilo que nós somos por parte de todos e à ausência de assédio (referido por clientes da comunidade LGBT). Já no estudo de Lee e Ramaswamy (2020), a esperança está relacionada com a concretização de desejos ou sonhos, como fazer viagens curtas ou assistir ao casamento do filho, e com a possibilidade de ter uma morte tranquila e sem preocupações, permitindo partir em paz.

Completar tarefas de fim de vida é abordado em três estudos. O estudo de Bablitz et al. (2018) identifica a necessidade de manter práticas tradicionais relacionadas com a morte, como rituais culturais. O estudo de Shen et al. (2018) menciona a preparação do funeral pelo próprio cliente, incluindo a gestão dos gastos financeiros. Já o estudo de Lau et al. (2018) refere a relevância do apoio espiritual do capelão para assistir no sofrimento espiritual no fim de vida.

No que diz respeito ao **conforto no contexto sociocultural** é referido em quatro estudos. **A presença e o apoio das pessoas significativas** são mencionados em dois dos estudos. O estudo de Bablitz et al. (2018) destaca a importância da pessoa em situação paliativa ser acompanhada diariamente durante o internamento, incluindo à noite, pelos familiares. O estudo de Lee e Ramaswamy (2020) realça a relação com o cônjuge, através da presença física, como uma fonte de bons cuidados e apoio emocional, à medida que o estado clínico se deteriora. A relação com os filhos menores é valorizada como um meio de coragem e bem-estar emocional, proporcionando motivação para o cuidado e para enfrentarem a progressão da doença. Por sua vez, a relação com a família alargada permite o conforto através do apoio emocional, prático e financeiro, além do acompanhamento para tratamentos e consultas. A conexão com amigos manifesta-se no conforto através de telefonemas, partilha de orações, passeios de carro e pelo fato de não serem considerados uma fonte de stress e tristeza durante as visitas.

A relação com os profissionais de saúde é mencionada em três estudos. O estudo de Kortes-Miller et al. (2018), aborda os cuidados livres de discriminação e exclusão por parte dos profissionais e do sistema de saúde, particularmente para as comunidades LGBT e diferentes culturas. O estudo de Bablitz et al. (2018) destaca a importância da comunicação sem barreiras linguísticas, para superar a dificuldade da compreensão de idiomas entre profissionais de saúde, clientes e família. O estudo de Shen et al. (2018) refere que alguns clientes não querem ser informados sobre a previsão do tempo de vida, tornando-se crucial na relação do profissional com o cliente, identificar as preferências sobre as informações a transmitir.

O acesso a cuidados paliativos suficientes é evidenciado em um estudo. O estudo Bablitz et al. (2018), identifica o conforto relacionado com o apoio domiciliário de cuidados paliativos às comunidades rurais e indígenas, independentemente da distância dos serviços de saúde.

No âmbito do **conforto no contexto ambiental** é identificado em três estudos. **Escolher o local de cuidados e morte** é mencionado nos estudos de Bablitz et al. (2018) e Shen et al. (2018). O estudo de Bablitz et al. (2018) destaca a preferência dos clientes para receber cuidados e falecer em casa. O estudo de Shen et al. (2018) também aponta essa preferência, mas indica que o hospital é considerado um local de conforto para alguns, nomeadamente, nos países menos desenvolvidos, como os da África, pelo fato dos clientes enfrentarem desafios adicionais, como restrições financeiras, falta de acesso a necessidades básicas como água, e a falta de conhecimento sobre os cuidados.

As condições físicas do ambiente inserido são abordadas em dois estudos. O estudo de Bablitz et al. (2018) destaca a presença de quartos individuais e de grandes dimensões para que as pessoas significativas acompanhem e pernoitem durante o processo da doença e de fim de vida. Por outro lado, no estudo de Kortes-Miller et al. (2018) os clientes exploram o papel dos símbolos visuais nas paredes das instituições, como crucifixos e bandeiras de arco-íris como fonte conforto. Estes símbolos podem indicar acolhimento para os clientes contribuindo para sentimentos de inclusão, segurança e bem-estar, ou, inversamente, para a falta desses sentimentos.

No que diz respeito **ao conforto no contexto Outros** é identificado em quatro estudos. **O acesso aos cuidados em fim de vida** é mencionado em três desses estudos. O estudo de Lau et al. (2018), aborda os cuidados de fim de vida, associados às medidas de conforto para o controlo dos sintomas físicos e do sofrimento psicossocial e espiritual, em vez de optar por medidas que prolonguem a vida. O estudo de Shen et al. (2018), também identifica as medidas de conforto, como aquelas que evitam prolongar a vida a todo custo pois os clientes preferem não serem mantidos vivos por meio de hemodiálise ou suporte ventilatório externo. O estudo de Bablitz et al. (2018), define as medidas de conforto como aquelas que não prolongam a vida, como a reanimação, a intubação ou encaminhamento para cuidados intensivos.

Por fim, ainda no contexto Outros, integra-se a autonomia e a qualidade de vida, que são identificadas no estudo Kortes-Miller et al. (2018). A **autonomia** pela necessidade e o desejo do cliente para poder tomar decisões, receando tornarem-se dependentes dos seus prestadores de cuidados e do sistema de saúde. A **qualidade de vida** é realçada pelo fato do cliente querer controlar a sua qualidade de vida.

Portanto, dos estudos analisados desponta a percepção do conforto de forma individual e subjetiva, dependente das características da pessoa, da condição de saúde, do ambiente inserido e do suporte e rede social. Tais posições reforçam a pertinência de uma avaliação e um cuidado que contemplem as várias dimensões do ser humano.

Implementar intervenções de conforto baseadas nas necessidades experienciadas pelo cliente, leva a que este se sinta fortalecido e encorajado a desenvolver suas próprias escolhas e definir quais intervenções que podem apoiar-se em situações de crises para aumentarem o

conforto (Kolcaba, 2003).

Conclusão

Conclui-se que o objetivo definido para a presente revisão rápida foi atingindo, uma vez que a evidência encontrada demonstra a percepção do conforto pela pessoa em situação paliativa. Os estudos refletem a multidimensionalidade do fenómeno, estando em consonância com a Teoria de conforto de Kolcaba e por isso emergem perspectivas que se configuram como percussores para o conforto multidimensional.

Considerar a percepção de conforto pela pessoa em situação paliativa ao longo do processo de doença integrada nos vários contextos, pode ajudar as equipas de CP a implementar intervenções promotoras de conforto, perante as necessidades individualizadas de conforto.

As limitações desta revisão rápida estão relacionadas com o facto da pesquisa ter sido realizada numa única base de dados, ter abrangido apenas estudos em inglês e com um limite temporal de seis anos, além da ausência da avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos.

Implicações para a prática

A presente revisão rápida canaliza a abordagem do conforto como um fenómeno multidimensional, contribuindo para o aperfeiçoamento e aprofundamento do conhecimento de enfermagem e oferece uma oportunidade para uma melhor interpretação e reflexão sobre o conforto como objetivo dos CP.

Na mesma linha de pensamento, entende-se que se as equipas de CP ao puderem discutir a percepção de conforto da pessoa em situação paliativa, poderão antecipar as necessidades na última fase de vida e desenvolver proactivamente planos antecipados de cuidados, com o objetivo de um cuidado responsivo e integrado, minimizando o sofrimento ao longo da trajetória da doença.

Todavia, o fato da metodologia da presente revisão rápida não prever a análise da qualidade metodológica dos estudos abrangidos, poderá por sua vez, fomentar o interesse para a realização de uma revisão sistemática da literatura, para uma melhor identificação da evidência científica.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O presente relatório tem como propósito mostrar o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE em EMC na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, através da descrição das experiências e atividades realizadas no âmbito do ENP.

Durante o ENP, foi possível fortalecer os conhecimentos adquiridos e cultivar uma prática reflexiva e experiencial, aplicando não apenas a componente teórica, mas também através dos recursos provenientes das orientações dos profissionais especializados em CP, que me acompanharam ao longo deste período.

A conceção de planos de cuidados individualizados para a pessoa em situação paliativa e a família, apresentada através dos dois estudos de casos verídicos neste relatório, utilizando a plataforma e4Nursing, permitiu o desenvolvimento de competências para a tomada de decisão, a identificação do diagnóstico, a definição de objetivos em função das necessidades e desejos do cliente e da família, a implementação de intervenções e atividades que promovem o conforto, e a avaliação da eficácia, no sentido de aliviar o sofrimento, maximizar o conforto e a qualidade de vida.

Integração da família no processo de CP é fundamental, assumindo-os como parceiros de cuidados, mas também para atender às suas próprias necessidades, uma vez que são alvo de vivências que causam sofrimento.

No que concerne ao tema “a perceção do conforto pela pessoa em situação paliativa”, que foi mote para o desenvolvimento de competências, conclui-se, a sua premência para que os cuidados prestados, numa perspetiva colaborativa, respondam às necessidades de conforto do cliente. Torna-se crucial sugerir que os enfermeiros, na abordagem interdisciplinar, participem em processos de tomada decisão, através dos quais, contribuam para a promoção de conforto na sua multidimensionalidade.

Neste contexto, a revisão rápida desempenhou um papel fulcral para o desenvolvimento das competências específicas do EE, ao fornecer uma base sólida para fundamentar a prática clínica na evidência encontrada, no que concerne à perceção de conforto pela pessoa em situação paliativa. Tendo em consideração os resultados da investigação encontrados, a revisão rápida contribuiu significativamente para a melhoria da assistência prestada.

Algumas dificuldades também foram componente deste percurso. A gestão do tempo foi um desafio, pois foi necessário conciliar a frequência do ENP, aulas de mestrado, a atividade profissional e a vida pessoal. Gerir eficazmente o tempo evidenciou a necessidade de adaptação

e resiliência para enfrentar múltiplas responsabilidades, mas apesar das dificuldades, cada obstáculo ultrapassado, representou uma oportunidade de crescimento e aprendizagem.

O exercer enfermagem numa UCP e o querer saber “ser”, “estar” e “fazer”, perante a vulnerabilidade da pessoa na sua finitude de vida e da família, foi o catalisador que me conduziu ao presente curso de mestrado, com o compromisso de desenvolver competências de EE. Após a conclusão deste processo, reconheço a responsabilidade de continuar a aperfeiçoar o conhecimento científico, prático, relacional e ético adquirido, assegurando, desta forma, a prestação ininterrupta de cuidados de enfermagem especializados e de qualidade.

O percurso continua para (...) "Curar às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre". (Hipócrates)

7. BIBLIOGRAFIA

- Agustí, A., Celli, B. R., Criner, G. J., Halpin, D., Anzueto, A., Barnes, P., Bourbeau, J., Han, M. K., Martinez, F. J., Montes de Oca, M., Mortimer, K., Papi, A., Pavord, I., Roche, N., Salvi, S., Sin, D. D., Singh, D., Stockley, R., López Varela, M. V., Wedzicha, J. A., Vogelmeier, C. F. (2023). Global initiative for chronic obstructive lung disease 2023 report: GOLD executive summary. *The European Respiratory Journal*, 61(4), 2300239. <https://doi.org/10.1183/13993003.00239-2023>
- Almagro, P., Yun, S., Sangil, A., Rodríguez-Carballeira, M., Marine, M., Landete, P., Soler-Cataluña, J. J., Soriano, J. B., & Miravittles, M. (2017). Palliative care and prognosis in COPD: a Systematic review with a validation cohort. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 12, 1721-1729. <https://doi.org/10.2147/COPD.S135657>
- Alves, J. I. S. (2020). Intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica com a pessoa em processo de luto. [Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Aberto do Instituto Politécnico de Portalegre. <http://hdl.handle.net/10400.26/33513>
- Arcadinho, I. (2022). Intervenção de enfermagem no conforto da pessoa nos últimos dias/horas de Vida e sua família numa unidade de cuidados paliativos. [Relatório de estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Aberto na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/44622>
- Bablitz, C., Ahnadzadeh, A., & MacLeod, S. B. (2018). Dying alone: An indigenous man's journey at the end of life. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 64(9), 667-668.
- Barbosa A. O luto em cuidados paliativos. In A. Barbosa, I. G. Neto, P. R. Pina & F. Tavares. *Manual de cuidados paliativos*. (3ª ed, pp. 553-660). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Bárrios, H. (2016). Perturbações do sono em cuidados paliativos. In A. Barbosa, I. G. Neto, P. R. Pina & F. Tavares. *Manual de cuidados paliativos* (3ª ed, pp. 281-296). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Best, M., Aldridge, L., Butow, P., Olver, I., Price, M., & Webster, F. (2015). Assessment of spiritual suffering in the cancer context: A systematic literature review. *Palliative & Supportive Care*, 13(5), 1335-1361. <https://doi.org/10.1017/S1478951514001217>
- Bernardo, A., Leal, F., & Barbosa, A. (2016a). Ansiedade. In A. Barbosa, I. G. Neto, P. R. Pina & F. Tavares, & I. Neto (Eds.). *Manual de cuidados paliativos* (3ª ed., pp.249-256). Faculdade de

Medicina da Universidade de Lisboa.

Bernardo, A., Rosado, J., & Salazar, H. (2016b). Trabalho em equipa. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. Neto (Eds.). *Manual de cuidados paliativos* (3ª ed., pp.907-914). Faculdade de Medicina de Lisboa.

Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 68(6), 394-424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>

Braga, B., Rodrigues, J., Alves, M., & Neto, I. G. (2017). *Guia prático da abordagem da agonia*. Medicina Interna, pp. 48-55. https://www.spmi.pt/revista/vol24/vol24_n1_2017_48_55.pdf

Braga, L. M., Parreira, P.M., Arreguy-Sena C., Carlos, D. M., Mónico, L.S. & Henriques M. A. (2018). *Taxa de incidência e o uso do flushing na prevenção das obstruções de cateter venoso periférico*.

Carneiro, R. (2021) Sintomas cutâneos e das mucosas. In E. Freire, *Guia prático de controlo sintomático*. (2ª ed., pp. 141-146). <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>

Capelas, M. L., Silva, S., Alvarenga, M., & Coelho, S. P. (2014). Desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos: Visão nacional e internacional. *Cuidados Paliativos*, 1(2): 7-12. <https://www.researchgate.net/publication/279191632>

Capelas, M. L., Neto, I. G., & Coelho, S. P. (2016). Organização de serviços. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (3ª ed., pp. 915-935). Faculdade de Medicina de Lisboa.

Castro, M. C. F., Fuly, P. S. C., Santos, M. L. S. C., & Chagas, M. C. (2021). Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao doente em cuidados paliativos oncológicos. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 42, e20200311. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200311>

Carpenito, L. J. (2019). *Diagnósticos de enfermagem: Aplicação á prática clinica*. Artmed

Coelho, A., Parola, V., Escobar-Bravo, M., & Apóstolo, J. (2016). Comfort experience in palliative care: a phenomenological study. *BMC palliative care*, 15 (71). <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: JHPN the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 20(4), 392-399. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000460>

Coelho, A., de Brito, M., Teixeira, P., Frade, P., Barros, L., & Barbosa, A. (2020). Family caregivers' anticipatory grief: A conceptual framework for understanding its multiple challenges. *Qualitative health research*, 30(5), 693-703. <https://doi.org/10.1177/1049732319873330>

Chin, C., & Booth, S. (2016). Managing breathlessness: a palliative care approach. *Postgraduate medical journal*, 92(1089), 393-400. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2015-133578>

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2023). Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos 2023-2024. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP-2023_2024_signed.pdf

Cunha, S., Jasmins, C., Barroso, C., & Reis, L. (2022). Intervenções de enfermagem na pessoa em cuidados paliativos com fadiga: uma scoping review. *Millenium*, 2(18), 43-50. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0218.26430>

Direção Geral da Saúde. (2003). Norma nº 09/2003 - A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

Direção Geral da Saúde. (2013). Norma nº 028/2013 - Diagnóstico e tratamento do carcinoma pulmonar de pequenas células. [normas.dgs.min saude.pt/wpcontent/uploads/2019/09/diagnostico-e-tratamento-do-carcinoma-pulmonar-de-pequenas-celulas.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/09/diagnostico-e-tratamento-do-carcinoma-pulmonar-de-pequenas-celulas.pdf)

Direção Geral da Saúde. (2015). Norma nº 018/2011 - Cuidados respiratórios domiciliários: Prescrição de oxigenoterapia. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/cuidados-respiratorios-domiciliarios_prescricao-de-oxigenoterapia.pdf

Direção Geral da Saúde. (2019). Norma nº 005/2019 - Diagnóstico e tratamento da doença pulmonar obstrutiva crónica adulto. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/08/diagnostico-tratamento-do-enca-pulmonar-obstrutiva-cronica-adulto-2019.pdf>

Edgman-Levitan, S., & Schoenbaum, S. C. (2021). Patient-centered care: achieving higher quality by designing care through the patient's eyes. *Israel journal of health policy research*, 10(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s13584-021-00459-9>

Evangelista, C. B., Lopes, M. E., Costa, S. F., Batista, P. S., Batista, J. B., & Oliveira, A. M. (2016). Palliative care and spirituality: an integrative literature review. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. *Revista brasileira de enfermagem*, 69(3), 591-601. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690324i>

Feio, M. (2016). Dispneia. In A. Barbosa, P.R. Pina, F. Tavares & I. G Neto. (Eds.); *Manual de cuidados paliativos*. (3ª ed., pp. 219-231). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Fernandes, J. (2016). Apoio à família em cuidados paliativos. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (3ª ed., pp.653-664). Faculdade de Medicina Lisboa

- Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Dyba, T., Randi, G., Bettio, M., Gavin, A., Visser, O., & Bray, F. (2018). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018. *European journal of cancer (Oxford, England:: 1990)*, 103, 356-387. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2018.07.005>
- Francisco, J. & Barbedo, I. (2021). Últimas horas ou dias de vida. In E. Freire. *Guia prático de controlo sintomático* (pp. 143-150). <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico>
- Fradique, E. (2016). Cuidados à boca. In A. Barbosa, P.R. Pina, F. Tavares & I. G Neto. *Manual de cuidados paliativos*. (3ª ed., pp. 367-378). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Garritty, C., Gartlehner, G., Nussbaumer-Streit, B., King, V. J., Hamel, C., Kamel, C., Affengruber, L., & Stevens, A. (2020). Cochrane Rapid Reviews Methods Group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 130, 13-22. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.10.007>
- Galvão, C., & Pazes, C. (2016). Astenia/Fadiga. In A. Barbosa, I. G. Neto, P. R. Pina & F. Tavares. *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed, pp. 211-218). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Girão, A. (2022). A importância da implementação da conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos: revisão sistemática. *Egitania Scientia: Congresso Internacional Age*, 143-164.
- Gonçalves, J.F. (2011). *Controlo de sintomas no cancro avançado* (2ª ed). Coisas de Ler.
- Gonçalves, F. (2020). Uso do oxigénio em cuidados paliativo. *Medicina paliativa*. <https://medicinapaliativa.pt/Blog>
- Gonçalves, F. (2022). Alterações do sono no cancro avançado. *Medicina paliativa*. <https://medicinapaliativa.pt/Blog/Detail/192>
- Gonçalves, F. (2023). Uso do oxigénio em cuidados paliativo. *Medicina paliativa*. <https://medicinapaliativa.pt/Blog>
- Gonçalves, E., & Oliveira, J. E. (2016). Urgências em cuidados paliativos. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (3ª ed., pp. 529-552). Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Global Initiative for chronic obstructive lung disease. (2023). Global strategy for prevention, diagnosis and management of Copd: 2023 Report. GOLD. <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>
- Hamel, C., Michaud, A., Thuku, M., Skidmore, B., Stevens, A., Nussbaumer-Streit, B., & Garritty, C. (2021). Defining rapid reviews: a systematic scoping review and thematic analysis of definitions and defining characteristics of rapid reviews. *Journal of clinical epidemiology*, 129,

74-85. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.09.041>

Infomed - Base de dados de medicamentos do Infarmed© consultada em extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/index.xhtml (acedida em 2/02/2024).

Internacional Council of Nurses. (2019). Classificação internacional para a prática de enfermagem Browser. ICN. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Kasper, D. L., Hauser, S. L., Jameson, J. L., Fauci, A. S., Longo, D. L., & Loscalzo, J. (2019). *Medicina interna de Harrison* (19^{ed}). AMGH

Kamal, A. H., Maguire, J. M., Wheeler, J. L., Currow, D. C., & Abernethy, A. P. (2012). Dyspnea review for the palliative care professional: treatment goals and therapeutic options. *Journal of palliative medicine*, 15(1), 106-114. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0110>

Kako, J., Morita, T., Yamaguchi, T., Kobayashi, M., Sekimoto, A., Kinoshita, H., Ogawa, A., Zenda, S., Uchitomi, Y., Inoguchi, H., & Matsushima, E. (2018). Fan therapy is effective in relieving dyspnea in patients with terminally ill cancer: A parallel-Arm, randomized controlled trial. *Journal of pain and symptom management*, 56(4), 493-500. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.07.001>

Kolcaba, K. (2001). Evolution of the midrange theory of comfort for outcomes research. *Nursing outlook*, 49(2), 86-92. <https://doi.org/10.1067/mno.2001.110268>

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

Kortes-Miller, K., Boulé, J., Wilson, K., & Stinchcombe, A. (2018). Dying in Long-Term Care: Perspectives from Sexual and Gender Minority Older Adults about Their Fears and Hopes for End of Life. *Journal of social work in end-of-life & palliative care*, 14(2-3), 209-224. <https://doi.org/10.1080/15524256.2018.1487364>

Kumar, V., Abbas, A., & Fausto, N. (2016). *Robbins & Cotran pathologic basis of disease*. (9^{ed}). Elsevier

Lau, C., Stilos, K., Nowell, A., Lau, F., Moore, J., & Wynnychuk, L. (2018). 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 the *American journal of hospice & palliative care*, 35(4), 652-663. <https://doi.org/10.1177/1049909117734228>

Lee, G. L., & Ramaswamy, A. (2020). Physical, psychological, social, and spiritual aspects of end-of-life trajectory among patients with advanced cancer: A phenomenological inquiry. *Death studies*, 44(5), 292-302. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1541944>

Lei n.º 52/2012 Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. (2012). Diário da República n.º 172, Série I

de 2012-09-05

Lei nº 25/2012 Regime das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) - Testamento Vital. (2012). Diário da República nº 136/2012. Série I de 2012-07-16. <https://files.diariodarepublica.pt/gratuitos/1s/2012/07/13600.pdf>

Lenhani, B. E., Tomim, D. H., Silva, L. dos S., Nogueira, L. de A., & Kalinke, L. P. (2019). Comprometimento da qualidade de vida de pacientes em quimioterapia paliativa e cuidados paliativos: Scoping Review. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 18(1). <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v18i1.43078>

Lima, C. A., Oliveira, R. C., Oliveira, S. A. G., Silva, M. A. S. D., Lima, A. A., Andrade, M. S., & Pinho, C. M. (2020). Quality of life, anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Revista brasileira de enfermagem*, 73 Suppl 1, e20190423. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0423>

Lourenço, M., Encarnação, P., & Lumini, M. J. (2021) *Cuidados paliativos, conforto e espiritualidade*. In: Escola Superior de Enfermagem do Porto, Autocuidado: um foco central da enfermagem (pp. 85-98). ESEP

Maddocks, M., Lovell, N., Booth, S., Man, W. D., & Higginson, I. J. (2017). Palliative care and management of troublesome symptoms for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet (London, England)*, 390(10098), 988-1002. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32127-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32127-X)

Marques, R. D., Berton, D. C., Domnik, N. J., Driver, H., Elbehairy, A. F., Fitzpatrick, M., O'Donnell, D. E., Fagundes, S., & Neder, J. A. (2021). Sleep quality and architecture in COPD: the relationship with lung function abnormalities. *Jornal brasileiro de pneumologia : publicação oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*, 47(3), e20200612. <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20200612>

Marques, R., Dixe, M., Querido, A. e Sousa, P. (2016). Revalidação do Holistic Comfort Questionnaire - Family para cuidadores de pessoas com doença crónica avançada. *Revista de Enfermagem Referência*. 4(11), 91-100. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16060>

Martins, M., Campôa, E., Ferreira, M., & Reis-Pina, P. (2020). Autonomy and dyspnea in palliative care: A case report. *Pulmonology*, 26(2), 105-107. <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2019.05.005>

McCabe, C., McCann, M., & Brady, A. M. (2017). Computer and mobile technology interventions for self-management in chronic obstructive pulmonary disease. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD011425. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011425.pub2>

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in nursing science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

- Melo, R., Mónico, L., Carvalho, C., Pereira, P., Rezende, H., Duarte, A., & Lousã, E. (2017). Liderança e seus efeitos. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.iscteul.pt/bitstream/10071/17395/1/A%20influ%C3%Aancia%20da%20lideran%C3%A7a%20nos%20comportamentos.pdf>
- Moreira, M. M. (2012). O impacte da intolerância à atividade no quotidiano dos clientes com doença pulmonar obstrutiva crónica [Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/9379>
- Monteiro, P., Fernandes, R., & Ramos, A. R. (2017) Sintomas neuropsíquicos. In E. Freire. *Guia prático de controlo sintomático* (pp. 101-117). <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico>
- Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., & Sheikh, A. (2005). Illness trajectories and palliative care. *BMJ*. 330(7498), 1007-1011. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7498.1007>
- Murray, S. A., Kendall, M., Mitchell, G., Moine, S., Amblàs-Novellas, J., & Boyd, K. (2017). Palliative care from diagnosis to death. *BMJ*. 356. <https://doi.org/10.1136/bmj.j878>
- Nascimento, L. C., Oliveira, F. C. S., Santos, T. F. M., Pan, R., Santos, M. F., Alvarenga, W. A. & Rocha, S. M. M. (2016). Attention to spiritual needs in clinical nursing practice. *Aquichan*, 16 (2), 179-192. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.2.6>
- Neto, I. G. (2016a). Cuidados na Agonia. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (3ª ed., pp.317-330). Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Neto, I.G. (2016b). Cuidados paliativos: Princípios e conceitos fundamentais. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp.1-22). Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Neto, I.G. (2016c). Modelos de controlo sintomático. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (3ª ed., pp.43-48). Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Oliveira, L. M. S., Almeida, M. L. S., Silva, C. P. B. V., Santa Rosa, D. d. O., Gomes, N. P., & Pedreir, L. C. (2021). Aspetos éticos no cuidado de enfermagem ao idoso em cuidados paliativos: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem*, 12(2), 1-10.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. ordemenfermeiros.pt/relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf
- Ordem dos enfermeiros. (2022). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9811/docinstrurecolhadadosenfereabilita%C3%A7%C3%>

A3o_vf.pdf

Pamplona, P., & Bárbara, C. (2016). Cuidados paliativos e insuficiência respiratória crónica. In A. Barbosa, I. G. Neto, P. R. Pina & F. Tavares. *Manual de cuidados paliativos* (3ª ed, pp.447-466). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Pinto, S., Caldeira, S., & Martins, J. C. (2017). A qualitative study about palliative care patients' experiences of comfort: implications for nursing diagnosis and interventions. *Journal of Nursing Education and Practice* 7(8), 37-45. <https://doi.org/10.5430/jnep.v7n8p37>

Pereira J., Catro M., Duarte I. & Lourenço M. (2023). Diagnostic assessment of the comfort of palliative patients: scoping review protocol. *Research, Society and Development* 12 (6). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i6.42046>

Periyakoil, V. S., & Hallenbeck, J. (2002). Identifying and managing preparatory grief and depression at the end of life. *American Family Physician*, 65(5), 883-890. <http://www.aafp.org/afp>.

Peng, C. S., Baxter, K., & Lally, K. M. (2019). Music intervention as a tool in improving patient experience in palliative care. *The American journal of hospice & palliative care*, 36(1), 45-49. <https://doi.org/10.1177/1049909118788643>

Pina, P. R. (2016). Controlo da dor em cuidados paliativos. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (3ª ed., pp.49-100). Faculdade de Medicina de Lisboa.

Pinto, S., Caldeira, S., & Martins, J. C. (2017). A qualitative study about palliative care patients' experiences of comfort: implications for nursing diagnosis and interventions. *Journal of Nursing Education and Practice* 7(8), 37-45. <https://doi.org/10.5430/jnep.v7n8p37>

Pimenta, S., & Capelas, M. L. (2019). A abordagem do luto em cuidados paliativos. *Cadernos de Saúde*, 11(1), 5-18. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.7247>

Pires, c. & Gonçalves, E. (2021). Conceitos gerais de cuidados paliativos em controlo sintomático. In E. Freire, *Guia prático de controlo sintomático* (2ª ed., pp.17-22). <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>

Ponte, K., Bastos, F., Sousa, J., Fontenele, M., & Aragão, O. (2019). Necessidades de conforto de pacientes atendidos no serviço de urgência e emergência: Implicações para enfermagem.

Cuidado é Fundamental Online, 11(4), 925-930. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.925-930>

Querido, A. e Dixe, M. (2012). A promoção da esperança em fim de vida Avaliação da efetividade de um programa de intervenção em pessoas com doença crónica avançada e progressiva . [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Aberto da Univerdiade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.8/4050>

Querido, A., Salazar, H., & Neto, I.G. (2016a). Comunicação. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (3ª ed., pp.815-832). Faculdade de Medicina de Lisboa.

Querido, A. (2016b). Esperança em cuidados paliativos. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (3ª ed., pp.781-796). Faculdade de Medicina de Lisboa.

Regulamento nº 429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. (2018). Diário da República nº 135, Série II de 2018-07-16

Regulamento nº 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06

Reis, K., & Jesus, C. (2021). Conforto prejudicado no fim de vida: uma associação com diagnóstico de enfermagem e variáveis clínicas. *Texto & Contexto Enfermagem*, 30 e20200105. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0105>

Roze des Ordon, A. L., Sinuff, T., Stelfox, H. T., Kondejewski, J., & Sinclair, S. (2018). Spiritual distress within inpatient settings A Scoping review of patients' and families' experiences. *Journal of pain and symptom management*, 56(1), 122-145. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.03.009>

Ruano, A., García-Torres, F., Gálvez-Lara, M., & Moriana, J. A. (2022). Psychological and non-pharmacologic treatments for pain in cancer patients: A Systematic review and meta-analysis. *Journal of pain and symptom management*, 63(5), 505-520. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.12.021>

Salgueiro, D., Camões, A., & Sevivas, A. (2024). Intervenções autónomas de enfermagem para melhorar o sono de doentes em cuidados paliativos: scoping review. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(14), e30028. <https://doi.org/10.29352/mill0214e.30028>

Santos, E., & Bermejo, J. C. (2015). *Counselling y cuidados paliativos* (2ª ed.). Editorial Desclée.

- Sahadevan, S., & Namboodiri, V. (2019). Depression in caregivers of patients with breast cancer: A cross-sectional study from a cancer research center in South India. *Indian journal of psychiatry*, 61(3), 277-282.
- Shen, M. J., Prigerson, H. G., Ratshikana-Moloko, M., Mmoledi, K., Ruff, P., Jacobson, J. S., Neugut, A. I., Amanfu, J., Cubasch, H., Wong, M., Joffe, M., & Blanchard, C. (2018). Illness understanding and end-of-Life care communication and preferences for patients with advanced cancer in south Africa. *Journal of global oncology*, 4, 1-9. <https://doi.org/10.1200/JGO.17.00160>
- Schouten, B., Avau, B., Bekkering, G. T. E., Vankrunkelsven, P., Mebis, J., Hellings, J., & Van Hecke, A. (2019). Systematic screening and assessment of psychosocial well-being and care needs of people with cancer. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD012387. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012387.pub2>
- Silva, I. B. S., Lima, J., J. R. M., Almeida, J. S., Cutrim, D. S. P., & Sardinha, A. H. de L. (2020). Avaliação da qualidade de vida de doentes oncológicos em cuidados paliativos. *Revista de Cancerologia*, 66(3), 1-9. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1120497/1122-texto-do-artigo-8740-1-10-20200813.pdf>
- Souza, M. C., Garcia, J. R., & Silva. B. M. (2021). Confort de los pacientes en cuidados paliativos: una revisión integradora. *Enfermería Global*, 20(1), 420-434. <https://doi.org/10.6018/eglobal.420751>
- Treillet, E., Laurent, S., & Hadjiat, Y. (2018). Practical management of opioid rotation and equianalgesia. *Journal of pain research*, 11, 2587-2601. <https://doi.org/10.2147/JPR.S170269>
- Tricco, A. C., Straus, S. E., Ghaffar, A., & Langlois, E. V. (2022). Rapid reviews for health policy and systems decision-making: more important than ever before. *Systematic reviews*, 11(1), 153. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-01887-7>
- Walsh, M., Fagan, N., & Davies, A. (2023). Xerostomia in patients with advanced cancer: a scoping review of clinical features and complications. *BMC palliative care*, 22(1), 178. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01276-4>
- Wensley, C., Botti, M., McKillop, A., & Merry, A. F. (2020). Maximising comfort: how do patients describe the care that matters? A two-stage qualitative descriptive study to develop a quality improvement framework for comfort-related care in inpatient settings. *BMJ open*, 10(5), e033336. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033336>
- World Health Organization. (2018). WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. CC BY-NC-SA 3.0 IGO .
- World Health Organization. (2020). Palliative Care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

World Health Organization. (2023). Chronic Obstructive Pulmonary Disease Organization.[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

Xiao, J., Chow, K. M., Liu, Y., & Chan, C. W. H. (2019). Effects of dignity therapy on dignity, psychological well-being, and quality of life among palliative care cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-oncology*, 28(9), 1791–1802. <https://doi.org/10.1002/pon.5162>

Vermorgen, M., Vandenbogaerde, I., Van Audenhove, C., Hudson, P., Deliens, L., Cohen, J., & de Vleminck, A. (2021). Are family carers part of the care team providing end-of-life care? A qualitative interview study on the collaboration between family and professional carers. *Palliative Medicine*, 35 (1), 109–119. <https://doi.org/10.1177/0269216320954342>

Vicente, A., Coelho, A. R. N., Lobão, C. A. R. F., Gonçalves, R. F. L., & Parola, V. S. d. O. (2022). Intervenções não farmacológicas implementadas por enfermeiros no controlo da dor em cuidados paliativos: Protocolo scoping review. *Enfermería Actual da Costa Rica*, 43. <http://dx.doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.v0i43.47876>

8. ANEXOS

Anexo I

PERCEÇÃO DO CONFORTO PELA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

Escola Superior de Enfermagem do Porto – Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa
Estágio profissional com relatório Módulo II
Elisete Silva (ep3255@esenf.pt) 2023/2024

INTRODUÇÃO

O conforto é um objetivo dos cuidados paliativos (Souza et al., 2021).

Teoria do conforto de Kolcaba (2003)

Conforto é um estado holístico, subjetivo, complexo e temporário.

Uma necessidade humana básica, que deve ser fortalecida pelo fato da pessoa ter necessidades de **ALÍVIO, TRANQUILIDADE E TRANSCENDÊNCIA**.

Integra quatro contextos: **FÍSICO; PSICOESPIRITUAL; SOCIOCULTURAL E AMBIENTAL**.

Conhecer a percepção de conforto da pessoa em situação paliativa que vivencia todo o processo de forma singular é relevante para:

Orientar o cuidado face as suas necessidades.

Maximizar o efeito das intervenções de conforto.

Quebrar a barreira da priorização do conforto físico em detrimento de outras dimensões, (Souza et al., 2021), uma vez que podem negligenciar outros aspetos da multidimensionalidade do fenómeno

PESQUISA DE PESQUISA: Qual a percepção de conforto pela pessoa em situação paliativa?

OBJETIVO: Identificar a percepção de conforto pela pessoa em situação paliativa no contexto domiciliário.

METODOLOGIA

- Recolha de informação durante o estágio na equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos, através de conversas informais, durante conceção de cuidados, com clientes sem compromisso consciência/comunicação. Procedeu-se no período de 21 de Novembro de 2023 a 16 de Janeiro de 2024. **Número de clientes incluídos - 10**
- Realização de uma revisão rápida da literatura, a 20 de Outubro de 2023 através da base de dados Medline complete, obtendo-se 131 estudos na qual foram incluídos 5 estudos.

RESULTADOS

Caraterização das patologias

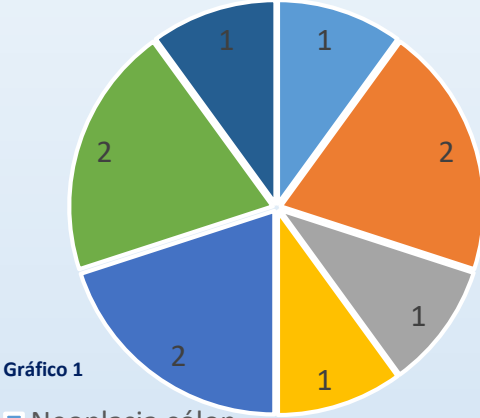


Gráfico 1

■ Neoplasia cólon
■ Neoplasia pulmão
■ Neoplasia gástrica
■ Neoplasia da próstata
■ Neoplasia da mama
■ DPOC
■ Esclerose Múltipla

Sintomas e problemas ativos



Gráfico 2

■ Dispneia
■ Obstipação
■ Dor
■ Náusea/vômito
■ Edema
■ Sono
■ Ansiedade
■ Oclusão
■ Febre
■ Xerostomia
■ Anorexia

Conforto da pessoa em situação paliativa

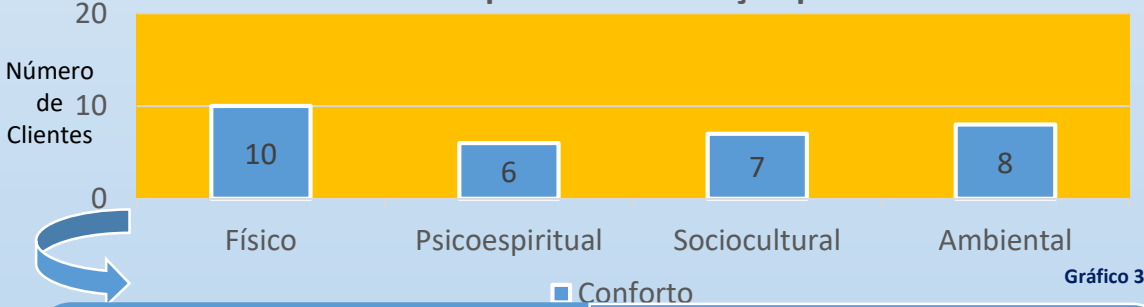
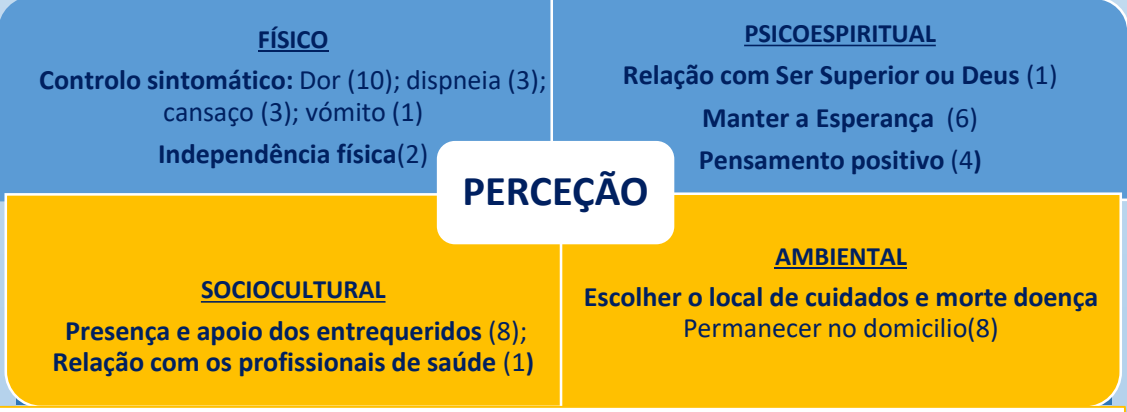


Gráfico 3



RESULTADOS DA REVISÃO RÁPIDA DA LITERATURA SOBRE A PERCEÇÃO DO CONFORTO

Físico: Alívio sintomático (diversa sintomatologia); Independência física.
Psicoespiritual: Pensamento positivo; Esperança; Relação com ser Superior ou Deus; Completar tarefas de fim de vida (apoio guia espiritual/capelão; rituais em torno da morte).
Sociocultural: Presença e apoio dos entes queridos; Acesso a cuidados paliativos suficientes (apoio domiciliário); Relação com os profissionais de saúde.
Ambiental: Condições do ambiente físico inserido (quartos individuais nos hospitais para acompanhamento da família no fim de vida; a presença de símbolos visuais nas paredes); Escolher o local de morte (casa ou hospital).
Outros: Manter autonomia; Qualidade de vida; Acesso aos cuidados de fim de vida (Cuidados de conforto em vez de cuidados que prolonguem a vida).
(Lau et al., 2018; Lee e Ramaswamy, 2018; Kortes Miller et al., 2018; Shen et al., 2018; Balblitz et al., 2018)

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Dos 10 clientes em situação paliativa com patologia oncológica ou não oncológica, todos referiram o conforto no **contexto físico**.

A **ausência da dor** foi a mais mencionada, porém a **dispneia, astenia, vômitos e a independência física** também se evidenciam, projetando-se na trajetória da doença e na evolução da sintomatologia face o agravamento clínico (Lau et al., 2018).

Para além do conforto no contexto físico, 8 dos clientes referiram outros contextos, espelhando a multidimensionalidade do conforto (Kolcaba, 2003).

O **contexto ambiental** foi o segundo contexto mais abordado uma vez que, através da **escolha do local de cuidados e de morte**, em que permanecer no domicílio no processo de doença e/ou ser o local de morte, pode refletir o sentimento de proteção (Bablitz et al., 2018; Shen et al., 2018).

No **contexto sociocultural** a **presença e apoio dos entes queridos** é crucial assim como a conexão através realização de visitas, telefonemas presença para os cuidados. A **relação com os profissionais de saúde**, foi percebida por um dos clientes, associada à segurança e compreensão do processo da doença e também como fonte companhia. Contudo no estudo Kortes-Miller et al. (2018), abordagem já se centra numa comunicação livre de barreiras linguísticas, que não foi o caso.

No **contexto psicoespiritual** manter a **relação com Deus ou Ser Superior**, através das orações e poder "falar com Deus", foi associado à sensação de calma e fé no controlo de sintomas. O **pensamento positivo** está relacionado com "Viver o dia", ajustar-se ao novo normal com a família, forma mais leve e a **Esperança** sobre a concretização de desejos (Lee & Ramaswamy, 2020). A percepção de conforto identificada demonstrou o que os clientes precisavam e/ou desejavam e foi de encontro à literatura.

Quando o equilíbrio é alterado por causas multidimensionais será mais vantajoso atender ao maior número possível de aspetos e não particularizar uma situação isolada, pois

"UM CONFORTO GLOBAL SEMPRE SERÁ MAIOR E MAIS SIGNIFICATIVO DO QUE A GESTÃO OU MESMO A RESOLUÇÃO DE CADA UMA DAS PARTES SEPARADAS" (Pereira et al., 2023, p.3).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bablitz, C., Ahnizadeh, A., & MacLeod, S. B. (2018). Dying alone: An Indigenous man's journey at the end of life. Canadian family physician Medecin de famille canadien, 64(9), 667–668.
- Lau, C., Stilos, K., Nowell, A., Lau, F., Moore, J., & Wynnchuk, L. (2018). 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?. The American journal of hospice & palliative care, 35(4), 652–663. <https://doi.org/10.1177/1049909117734228>
- Lee, G. L., & Ramaswamy, A. (2020). Physical, psychological, social, and spiritual aspects of end-of-life trajectory among patients with advanced cancer: A phenomenological inquiry. Death studies, 44(5), 292–302. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1541944>
- Kortes-Miller, K., Boulé, J., Wilson, K., & Stinchcombe, A. (2018). Dying in Long-Term Care: Perspectives from Sexual and Gender Minority Older Adults about Their Fears and Hopes for End of Life. Journal of social work in end-of-life & palliative care, 14(2-3), 209–224. <https://doi.org/10.1080/15524256.2018.1487364>
- Pereira, M. J., Castro, L. M., Duarte, I., & Lourenço, M. (2023). Diagnostic assessment of the comfort of palliative patients: scoping review protocol. Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS), 12 (6), 1-10. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i6.42046>
- Kolcaba, K. (2003). Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research. New York: Springer Publishing Company. ISBN: 0-8261-1633-7
- Souza, M. C., Garcia, J. R., & Silva, B. M. (2021). Conforto de los pacientes en cuidados paliativos: una revisión integradora. Enfermería Global, 20(1), 420–434. <https://doi.org/10.6018/eglobal.420751>
- Shen, M. J., Prigerson, H. G., Ratschikana-Moloko, M., Mmoledi, K., Ruff, P., Jacobson, J. S., Neugut, A. I., Amanfu, J., Cubasch, H., Wong, M., Joffe, M., & Blanchard, C. (2018). Illness Understanding and End-of-Life Care Communication and Preferences for Patients With Advanced Cancer in South Africa. Journal of global oncology, 4, 1–9. <https://doi.org/10.1200/JGO.17.00160>

Anexo II

A PERCEÇÃO DO CONFORTO PELA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

Elisete Silva¹; Marisa Lourenço²

¹Enfermeira no Serviço de Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia, Porto; elisete_28@hotmail.com

²Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto; CINTESIS@RISE;marisa@esenf.pt

Introdução: O conforto é uma experiência subjetiva, dinâmica, positiva (Kolcaba, 2003) e constitui-se como objetivo dos cuidados de saúde, inclusive dos cuidados paliativos. Todavia, nos dias de hoje a compreensão dos enfermeiros sobre o conforto ainda tem enfoque nos processos físicos, desconstruindo a magnitude do fenómeno ao não considerar a vertente multidimensional e a perspetiva do cliente (Coelho et al., 2016).

Objetivo: Identificar a percepção de conforto pela pessoa em situação paliativa.

Metodologia: Revisão rápida da literatura segundo a *Cochrane Rapid Reviews Methods Group*, sendo definido o limite temporal de 2018 a 2023 e considerado estudos com idioma em inglês. A pesquisa efetuou-se no agregador de conteúdos *EBSCOhost* (ESEP), com recurso à base de dados *Medline Complete*. Foram incluídos os estudos que abordam a percepção de conforto, que se aplicam a pessoas em idade adulta e que se desenvolvem no contexto de cuidados paliativos.

Resultados e discussão: Os cinco estudos incluídos deram resposta ao objetivo definido e à pergunta de pesquisa. Os resultados obtidos foram divididos em cinco contextos do conforto, com base na teoria de conforto de Kolcaba, i- físico a percepção de conforto envolve o alívio sintomático e a independência física; ii- psicoespiritual engloba o pensamento positivo, a esperança, a relação com ser superior ou Deus e completar tarefas de fim de vida; iii- sociocultural abrange a presença e apoio das pessoas significativas, a relação com os profissionais de saúde e o acesso a cuidados paliativos suficientes; iv- ambiental compreende o local de cuidados e de morte e as condições físicas do ambiente inserido e v- outros, integra o acesso aos cuidados em fim de vida, a qualidade de vida e a autonomia.

Conclusões: Na sua generalidade todos os estudos abordam o conforto numa vertente multidimensional. Por isso, conhecer a percepção de conforto da pessoa em situação paliativa é relevante para orientar o cuidado de enfermagem face às suas necessidades e maximizar o efeito das intervenções de conforto (Souza et al. 2021), tornando-se essencial quebrar a barreira da priorização do conforto físico em detrimento de outras dimensões.

Palavras chave: cuidados paliativos; conforto; fim de vida.

Keywords: palliative care; comfort; end-of-life.

Referências bibliográficas:

Coelho, A., Parola, V., Escobar-Bravo, M., & Apóstolo, J. (2016). *Comfort experience in palliative care: a phenomenological study*. *BMC palliative care*, 15, 71.

<https://doi.org/10.1186/s12904-016-0145-0>

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

Souza, M. C., Garcia, J. R., & Silva, B. M. (2021). *Comfort of patients in palliative care: an integrative review*. *Global Nursing*. 20 (1), 451–465. <https://doi.org/10.6018/eglobal.420751>

Anexo III

Identificação dos autores

Liliana Marques¹; Ângela Almeida²; Elisete Silva³; Sara Rodrigues⁴; Olga Fernandes^{5,6}

¹Enfermeira na Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos da Unidade Local de Saúde de Braga; lilianammarques@hotmail.com

²Enfermeira no Serviço de Cirurgia Geral da Unidade Local de Saúde Alto Ave; angela.filipa.almeida@gmail.com

³Enfermeira no Serviço de Cuidados Paliativos no Instituto Português de Oncologia do Porto; elisete_28@hotmail.com

⁴Enfermeira no serviço de Medicina Interna da Unidade Local de Saúde Alto Ave; sara1993rodrigues@gmail.com

⁵ Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem do Porto.

⁶ Investigadora integrada, Cintesis@Rise

Contacto:

Liliana Marques lilianammarques@hotmail.com

ESTRATÉGIAS PARA A PREVENÇÃO DO BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE EQUIPAS DE CUIDADOS PALIATIVOS – SCOPING REVIEW

Introdução: *Burnout* é um construto caracterizado por três dimensões, em resposta prolongada a stressores interpessoais crónicos, no trabalho: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional (Bernardo et al., 2016; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Os estudos apontam para uma prevalência significativa do Burnout em cuidados paliativos. As intervenções para a redução dos efeitos do Burnout nos profissionais de saúde é importante quer para a compreensão antecipada dos sintomas que acompanham o Burnout, quer para a sua prevenção.

Objetivo: Mapear as estratégias de prevenção do *burnout* nas equipas de profissionais de saúde de cuidados paliativos.

Metodologia: Revisão tipo *scoping review* seguindo a metodologia preconizada pela *The Joanna Briggs Institute* (Peters et al., 2020). A pesquisa foi efetuada em novembro de 2022, por um par de investigadores, através do agregador *EBSCOhost web*, utilizando as bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete, seleccionando o idioma inglês e português, revistas com revisão por pares, sem limite temporal. Foram definidos como critérios de inclusão, artigos que integrassem populações de profissionais de saúde, o conceito de intervenção/estratégias de prevenção do burnout em contexto de cuidados paliativos. Em exclusão ficaram serviços de

pediatria ou obstetrícia. Os artigos foram organizados na plataforma Rayyan e triados por 2 pares de investigadores.

Resultados e Discussão: Identificados 606 documentos que após triagem permitiu incluir cinco estudos. Datados entre 2016 e 2021 e desenvolvidos nos EUA (3), Reino Unido (1) e Singapura (1), entendendo-se desta amostra um maior interesse no estudo deste fenómeno nos EUA. A análise dos documentos identificou algumas estratégias/intervenções passíveis de serem utilizadas pelos coordenadores (líderes) de equipas na prevenção do *burnout*. Os resultados valorizaram a adoção de estratégias individuais, nomeadamente a valorização do autocuidado e bem-estar pessoal, o exercício físico para a otimização da resiliência individual; valorização das estratégias locais do próprio serviço nomeadamente reuniões de equipa no sentido de fortalecer a interação dentro do grupo, valorização do trabalho individual no local de trabalho, atender à saúde mental dos trabalhadores, diminuição do volume de horas de trabalho; ainda as estratégias organizacionais/institucionais como desenvolver programas preventivos de *burnout* considerando as preocupações dos trabalhadores. As estratégias para os coordenadores de equipa/líderes incluem a capacidade para promover a solidariedade e a comunicação aberta sobre stressores de trabalho, fomentando o debriefing e o mindfulness e o exercício físico.

Conclusão: Os estudos evidenciaram intervenções para a prevenção do *burnout* focadas nos trabalhadores, na organização dos serviços e na organização das instituições de saúde. O envolvimento do líder é crucial, para a reflexão dos fatores indutores ou protetores do *burnout* e na implementação de intervenções individualizadas nas equipas. Contudo, é necessária a realização de mais estudos que suportem evidências sobre a eficácia das intervenções estruturadas e o papel da liderança e dos enfermeiros especialistas.

Palavras - Chave: burnout; profissionais de saúde; liderança; cuidados paliativos.

Keywords: *burnout; health professionals; leadership; palliative care.*

Referências Bibliográficas:

Bernardo, A., Rosado, J., & Salazar, H. (2016). Trabalho em equipa. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp.907-914). Faculdade de Medicina de Lisboa.

Hussain F. A. (2021). Psychological challenges for nurses working in palliative care and recommendations for self-care. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 30(8), 484–489. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.8.484>

Koh, M. Y. H., Khoo, H. S., Gallardo, M. D., & Hum, A. (2020). How leaders, teams and organisations can prevent burnout and build resilience: a thematic analysis'. *BMJ Supportive & Palliative Care*, bmjspcare-2020-002774. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002774>

Lehto, R. H., Heeter, C., Forman, J., Shanafelt, T., Kamal, A., Miller, P., & Paletta, M. (2020). Hospice employees' perceptions of their work environment: a focus group perspective. *International journal of environmental research and public health*, 17(17), 6147. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176147>

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM evidence synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>

Anexo IV



IPOPORTO

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO FG, EPE
CENTRO DE ENSINO E FORMAÇÃO

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

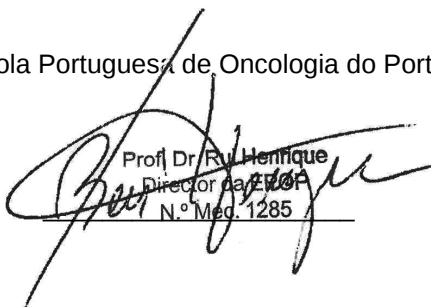
(Decreto-Lei 396/2007 de 31 de Dezembro)

CERTIFICADO

Journal Club - Abordagem da sexualidade nos Cuidados Paliativos

Para os devidos efeitos certifica-se que, ELISETE CRISTINA DA ROCHA SILVA, nascido(a) a 1987-08-28, com a identificação n. 13197755-5ZY1, frequentou o curso de Formação em Serviço promovido pelo Instituto Portugues de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E.P.E., no dia 2023-07-24, com a duração de 1.0 horas.

Escola Portuguesa de Oncologia do Porto


Prof. Dr. Rui Henrique
Diretor da Escola
N.º Med. 1285

Anexo V



IPOPORTO

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO FG, EPE
CENTRO DE ENSINO E FORMAÇÃO

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

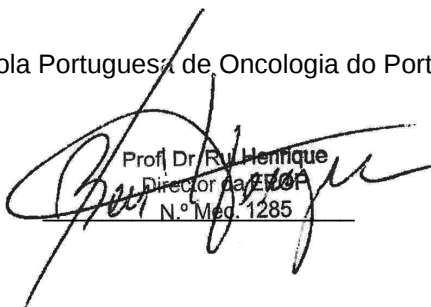
(Decreto-Lei 396/2007 de 31 de Dezembro)

CERTIFICADO

Cuidados Paliativos em Oncologia

Para os devidos efeitos certifica-se que, ELISETE CRISTINA DA ROCHA SILVA, nascido(a) a 1987-08-28, com a identificação n. 13197755-5ZY1, frequentou o curso de Formação Profissional promovido pelo Instituto Portugues de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E.P.E., entre os dias 2022-11-14 e 2022-11-16, com a duração de 21.0 horas.

Escola Portuguesa de Oncologia do Porto


Prof. Dr. Rui Henrique
Diretor da Escola
N.º Med. 1285

PROGRAMA

- Apresentação do curso;

Princípios e Filosofia dos C.P;

Mitos do C.P;

Princípios do controlo sintomas. - Sintomas Respiratórios. - Cuidados orais em Cuidados Paliativos;

Feridas malignas em Cuidados Paliativos. - Astéria. - Comunicação de más notícias em Cuidados Paliativos. - Luto. - Sintomas Neuropsicológicos em C.P. - Dor crónica em CP. - Sintomas Gastrointestinais em C.P - Cuidar nas ultimas dias de vida:

- Diferentes abordagens;

-Conversas difíceis. - Linguagem sobre o sofrimento; Frases feitas; Conceito de dimensão espiritual e religiosa; Necessidades Espirituais;

Acompanhamento dos moribundos; A expressão religiosa nas necessidades espirituais. - Abordagem do conceito de urgências em cuidados paliativos e das síndromes mais importantes incluídas neste tema. - Aspetos sociais e sua complexidade. - Alimentação e hidratação em C.P

Anexo VI



IPOPORTO

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO FG, EPE
CENTRO DE ENSINO E FORMAÇÃO

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

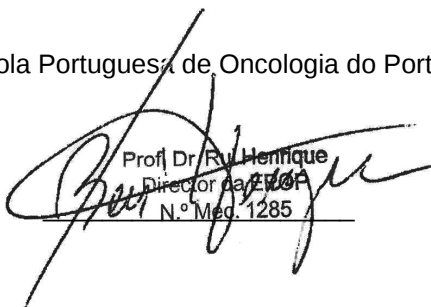
(Decreto-Lei 396/2007 de 31 de Dezembro)

CERTIFICADO

O Luto nos Profissionais de Saúde

Para os devidos efeitos certifica-se que, ELISETE CRISTINA DA ROCHA SILVA, nascido(a) a 1987-08-28, com a identificação n. 13197755-5ZY1, frequentou o curso de Formação Profissional promovido pelo Instituto Portugues de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E.P.E., no dia 2022-09-19, com a duração de 6.0 horas.

Escola Portuguesa de Oncologia do Porto


Prof. Dr. Rui Henrique
Diretor da Escola
N.º Med. 1285

PROGRAMA

- A vivencia do luto e da morte numa unidade de cuidados paliativos. - O luto na vivência dos profissionais de saúde. - Luto dos profissionais; Luto e luto complicado. Estratégias. - Luto nos Profissionais de saúde (Teorias prevenção Burnout).

Anexo VII

NursID Spring School 2023

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Elisete Cristina da Rocha Silva** participou no evento **NursID Spring School 2023**, realizado de 8 a 12 de maio de 2023, organizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Atividades em que participou:

Seminário 4 - Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa - 8h

ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS