

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

A PERDA DA VIA ORAL NO DOENTE ONCOLÓGICO EM FASE TERMINAL,
COMO DESPOLETADOR DA CONSCIENCIALIZAÇÃO SOBRE A IMINÊNCIA
DA PERDA DA VIDA PARA O DOENTE E FAMÍLIA

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

Autor

Raquel Maria Marques Torres

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 PERDA DA VIA ORAL NO DOENTE ONCOLÓGICO EM FASE TERMINAL, COMO DESPOLETADOR DA CONSCIENCIALIZAÇÃO SOBRE A IMINÊNCIA DA PERDA DA VIDA PARA O DOENTE E FAMÍLIA - PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

THE LOSS OF THE ORAL WAY IN ONCOLOGICAL PATIENTS IN THE TERMINAL PHASE, AS A TRIGGER OF AWARENESS ABOUT THE IMMINENCE OF LOSS OF LIFE FOR THE PATIENT AND FAMILY - PROJECT TO DEVELOP SPECIALIZED CLINICAL SKILLS IN MEDICAL-SURGICAL NURSING, IN THE AREA OF NURSING FOR THE PERSON IN THE SITUATION PALLIATIVE

Orientador(es)

Paulo Alexandre Oliveira Marques

Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Autor

Raquel Maria Marques Torres

Porto, 2024

RESUMO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Desenvolvimento Profissional com Relatório Módulo II do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (MEMCPSPA) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), do ano letivo 2023/2024. Esta narrativa é de carácter reflexivo e a sua finalização tem em vista a conclusão do segundo ciclo de estudos e, consequente, obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

O relatório foi executado de modo a responder aos objetivos gerais do curso de mestrado, que visam a aplicação integrada de conhecimento disciplinar específico, com vista à aquisição de competências clínicas nesta área do exercício profissional avançado, relacionados com a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e de competências específicas do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, as quais orientaram o desenvolvimento da prática clínica nos diferentes campos de estágio e a redação do relatório. Este estágio decorreu em dois contextos clínicos: Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e Unidade de Cuidados Paliativos de Elevada Diferenciação (UCPED). O método utilizado para a elaboração deste documento foi o descritivo e reflexivo. O processo de reflexão crítica é sustentado na prática clínica, nas experiências e nos cenários vivenciados nos diferentes contextos clínicos e na análise da consecução dos objetivos delineados. O suporte teórico, por sua vez, é fundamentado numa revisão de literatura, seguindo os princípios de uma *scoping review*, na evidência científica mais atual e disponível, na contextualização dos factos e no desenvolvimento de competências, tendo por base, o exposto nos regulamentos.

O interesse neste tema basilar dos cuidados paliativos: a "perda" da via oral no doente oncológico em fase terminal, como despoletador da consciencialização sobre a iminência da perda da vida para o doente e família, foi surgindo ao longo da componente teórica do Mestrado, mas também pela ânsia de adquirir competências especializadas numa área de relevante interesse pessoal e profissional, e desde há muito ambicionado. Ao longo do meu percurso profissional, fui confrontada com diversas situações clínicas integradas no contexto da "perda" da via oral do doente oncológico em fase terminal e da família/cuidador, em que o predomínio do modelo biomédico e do encarniçamento terapêutico são uma realidade que se sobrepõe ao conforto, à dignidade e à qualidade de vida. Consistindo, por isso, numa oportunidade de aquisição de novos conhecimentos e competências, inerentes ao grau académico sobre a filosofia e o *modus operandi* dos cuidados paliativos.

No que diz respeito à temática por mim explanada, a identificação das necessidades da pessoa em situação paliativa, em fase terminal, e da sua família/cuidador no contexto da “perda” da via oral e iminente perda da vida, deve ser feita o mais precocemente possível através de uma correta avaliação da pessoa e família/cuidador e da sua inclusão no processo de tomada de decisão. A elaboração do plano individual de cuidados deve ter como objetivo dar resposta às necessidades da pessoa e família. A comunicação em cuidados paliativos é um dos pilares dos cuidados e a principal ferramenta que os profissionais utilizam na identificação das necessidades. Destacam-se as entrevistas clínicas e as conferências familiares como meios imprescindíveis na identificação de necessidades e mediação do processo de doença e de tomada de decisão. Como principais estratégias implementadas pelos enfermeiros, no contexto da “perda” da via oral, salientam-se o controlo dos sintomas, a gestão das expectativas, o fomento da participação ativa da pessoa e dos seus familiares no processo de tomada de decisão sobre os cuidados no fim da vida e a promoção da aquisição do conhecimento e da confiança da pessoa e família/cuidador sobre o processo fisiológico associado à gradual diminuição da ingestão alimentar inerente à progressão da doença, proporcionando uma adequada transição saúde-doença, com aceitação e atribuição de um significado, de finitude, à “perda” da via oral, consciencialização e aceitação da morte.

A componente teórica e a análise crítico-reflexiva dos casos clínicos foram preponderantes para a aquisição de novas competências. O presente relatório constituiu-se como um instrumento fundamental no processo de aprendizagem e para a explanação do desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em situação paliativa.

Palavras-chave: Perda de via oral; Alimentação em fim de vida; Cuidados Paliativos; Fim de vida; Doente em fim de vida.

ABSTRACT

The present report has been prepared as part of the Professional Development Internship Course Module II of the 2nd Master's Degree Program in Medical-Surgical Nursing, specializing in Palliative Care Nursing (MEMCPSPA), at the Porto School of Nursing (ESEP), in the academic year 2023/2024. This narrative is reflective in nature, aiming towards the completion of the second cycle of studies and consequently the attainment of the Master's degree in Medical-Surgical Nursing, specializing in Palliative Care Nursing.

The report was carried out in order to address the main objectives of the master's course, which aim at the integrated application of specific disciplinary knowledge, towards the acquisition of clinical skills in this area of advanced professional practice, related to the acquisition and development of both common and specific competencies of the specialist nurse in the field of palliative care nursing. These competencies guided the development of clinical practice in different internship settings and the writing of this report. This internship took place in two clinical contexts: the Intra-Hospital Palliative Care Support Team (EIHSCP) and the High Differentiation Palliative Care Unit (UCPED). The method used for developing this document was descriptive and reflective. The process of critical reflection is based on clinical practice, experiences, and scenarios experienced in different clinical contexts, and by the analysis of the achievement of the outlined objectives. The theoretical support, in turn, is based on a literature review, following the principles of a scoping review, on the most current scientific evidence available, on the contextualization of facts, and on the development of competencies, based on the regulations.

The interest in this fundamental topic of palliative care - the loss of oral intake in terminal cancer patients, as a trigger for awareness of the imminent loss of life for both the patient and family - emerged throughout the theoretical component of my Master's program. It also arose from a personal and professional desire to acquire specialized skills in an area of significant interest and long-standing ambition. Throughout my professional journey, I have encountered various clinical situations within the context of the loss of oral intake in terminal cancer patients and their families/caregivers, where the predominance of the biomedical model and aggressive therapeutic interventions overshadow comfort, dignity, and quality of life. Therefore, this represents an opportunity for acquiring new knowledge and skills inherent to the academic programme, regarding the philosophy and *modus operandi* of palliative care.

With regard to the subject I have explained, the identification of the needs of individuals in palliative care, in the terminal phase, and of their family/caregiver in the context of the loss of

oral intake and imminent loss of life, should be undertaken as early as possible through a thorough assessment of the individual and their family/caregiver, and their inclusion in the decision-making process. The development of the individual care plan should aim to address the needs of the individual and their family. Communication in palliative care is one of the cornerstones of care, serving as the primary tool employed by professionals in identifying needs. Clinical interviews and family conferences stand out as essential means of identifying needs and mediating the illness and decision-making process. As primary strategies implemented by nurses in the context of the loss of oral intake, emphasis is placed on symptom management, expectation management, and fostering active participation of the individual and their relatives in end-of-life care decision-making. Additionally, nurses aim to encourage the acquisition of knowledge and confidence by the individual and their family/caregiver regarding the physiological process associated with the gradual decrease in food intake inherent in disease progression. This facilitates an adequate health-disease transition, fostering acceptance and attributing meaning to the "loss" of oral intake, and raising awareness and acceptance of death.

The theoretical component and the critical reflective analysis of clinical cases were paramount in acquiring new competencies. This report served as a fundamental tool in the learning process and in elucidating the development of both common and specific competencies of the specialist nurse in medical-surgical nursing in palliative care situations.

Keywords: Reduced oral intake; End-of-life nutrition; Palliative care; End of life; Terminal care.

ABREVIATURAS

AINE's - Anti-Inflamatórios Não Esteroides

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CALM - Managing Cancer and Living Meaningfully

CCRs - Carcinomas de Células Renais

CCRcc - Carcinomas de Células Renais de Células Claras

CCRcr - Carcinomas de Células Renais Cromóforo

CCRp - Carcinomas de Células Renais Papilífero

CECP - Consulta Externa de Cuidados Paliativos

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CN - Cânula Nasal

CP - Cuidados Paliativos

CPNPC - Cancro do Pulmão de Não Pequenas Células

CPPC - Cancro do Pulmão de Pequenas Células

DAV - Diretiva Avançada de Vontade

DGS - Direção Geral da Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DRC - Doença Renal Crónica

DRGE - Doença de Refluxo Gastroesofágico

DRT - Doença Renal Terminal

EAPC - European Association for Palliative Care

ECG - Escala de Coma de Glasgow

EIHSCP - Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESAS - Edmonton Symptom Assessment Scale

EV - Endovenosa

EVA - Escala Visual Analógica

HD - Hemodiálise

HPV - Vírus do Papiloma Humano

HPBP - Hiperplasia Benigna da Próstata

HTA - Hipertensão Arterial

HTP - Hipertensão Pulmonar

ICN - International Council of Nurses

IM - Intramuscular

ITU - Infecção do Trato Urinário

JBÍ - Joanna Briggs Institute

LRA - Lesão Renal Aguda

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

MSE - Membro Superior Esquerdo

MSD - Membro Superior Direito

NGS - Next-Generation Sequencing

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCC - Problema, Conceito e Contexto

PEDCP - Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

PPS - Palliative Performance Scale

PRES - Síndrome de Encefalopatia Posterior Reversível

QT - Quimioterapia

RCAAP - Registo Científico de Acesso Aberto de Portugal

REM - Ressonância Eletromagnética

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP - Rede Nacional de Cuidados Paliativos

RT - Radioterapia

SC - Subcutânea

SCP - Serviço de Cuidados Paliativos

SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SNC - Sistema Nervoso Central

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SOS - Se for necessário

TAC - Tomografia Axial Computorizada

TEP - Tromboembolismo Pulmonar

TSF - Tratamento de Substituição Renal

TSFR - Tratamento de Substituição da Função Renal

TV - Testamento Vital

UCPED - Unidade de Cuidados Paliativos de Elevada Diferenciação

UCP - Unidade de Cuidados Paliativos

UDHV - Últimos Dias Horas de Vida

VO - Via Oral

et al. - e outros

etc - etecetera

h - hora

L - Litros

min - minuto

nº - número

p. - página

% - percentagem

Sr. - Senhor

Sr.^a - Senhora

$\geq$ - maior ou igual

$\leq$ - menor ou igual

$>$ - maior

$<$ - menor

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	15
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	37
3. CASO CLÍNICO 1 - EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS (EIHSCP)	45
3.1. Enquadramento teórico	45
3.2. Clientes	56
3.3. Medicação	56
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	57
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	63
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	65
3.5. Domínios	67
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	67
3.6. Conceção de Cuidados	81
3.7. Especificação das intervenções	88
3.8. Síntese relativa ao caso	90
4. CASO CLÍNICO 2 - UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS DE ELEVADA DIFERENCIAÇÃO (UCPED)	93
4.1. Enquadramento teórico	93
4.2. Clientes	106
4.3. Medicação	107
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	108
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	112
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	115
4.5. Domínios	116
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	117
4.6. Conceção de Cuidados	130
4.7. Especificação das intervenções	145
4.8. Síntese relativa ao caso	148
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	153
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	167
7. BIBLIOGRAFIA	171
ANEXOS	179

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: relação entre os diagnósticos identificados no cliente, objetivos, indicadores de resultados e intervenções de enfermagem (caso clínico 1)	77
TABELA 2: relação entre os diagnósticos identificados no cuidador, objetivos, indicadores de resultados e intervenções de enfermagem (caso clínico 1)	80
TABELA 3: relação entre os diagnósticos identificados no cliente, objetivos, indicadores de resultados e intervenções de enfermagem (caso clínico 2)	125
TABELA 4: relação entre os diagnósticos identificados no cuidador, objetivos, indicadores de resultados e intervenções de enfermagem (caso clínico 2)	127

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Operacionalização dos elementos PCC	32
QUADRO 2: Operacionalização dos critérios de inclusão e exclusão	32

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Genograma familiar do Sr. X	49
FIGURA 2: Escala de Coma de Glasgow	68
FIGURA 3: Escalas para avaliação da dor: a escala visual analógica (EVA), numérica (0 a 10) ou de faces	70
FIGURA 4: Escada analgésica da OMS	70
FIGURA 5: Genograma familiar do Sr. Y	98

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A realização do presente relatório surge no âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório-Módulo II, que integra o plano de estudos do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (MEMCPSPA) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), do ano letivo 2023/2024. Este estágio decorreu em dois contextos clínicos: Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), entre o dia 18 de setembro e o dia 20 de novembro de 2023 e Unidade de Internamento- Unidade de Cuidados Paliativos de Elevada Diferenciação (UCPED), entre o dia 21 de novembro de 2023 e o dia 26 de janeiro de 2024, num total de 340 horas presenciais (170 em cada contexto clínico), de acordo com os princípios técnico-científicos definidos pela ESEP, com base nas recomendações da Ordem dos Enfermeiros (OE) para o desenvolvimento das competências profissionais (Diário da República, Regulamento nº 429/2018 e Regulamento 410/2019 da OE). Com a sua elaboração e posterior discussão pública objetiva-se a conclusão do Mestrado e a atribuição do título de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

A decisão de frequentar este Mestrado, após mais de vinte anos de profissão, irrompeu como forma de materializar uma meta profissional há muito planeada. O interesse neste tema basilar dos cuidados paliativos: a "perda" da via oral no doente oncológico em fase terminal, como despoletador da consciencialização sobre a iminência da perda da vida para o doente e família", em contrapartida, foi surgindo ao longo da componente teórica deste mestrado, mas também pela ânsia de adquirir competências especializadas numa área de relevante interesse pessoal e profissional. Ao longo do meu percurso profissional fui confrontada com diversas situações clínicas, integradas no contexto da "perda" da via oral do doente oncológico em fase terminal e da família/cuidador, em que o predomínio do modelo biomédico e do encarniçamento terapêutico eram e são uma realidade, ao invés do conforto, da dignidade e da qualidade de vida da pessoa. Sendo por isso um desafio que visa a aquisição de novos conhecimentos e competências inerentes ao grau académico, da filosofia e do *modus operandi* dos Cuidados Paliativos.

O documento está estruturado em três partes. Na primeira parte é efetuada a caracterização dos contextos clínicos onde decorreu o ensino clínico. Na segunda parte faz-se a apresentação de dois casos clínicos da prática e respetiva conceção de cuidados. Segue-se a descrição dos contributos da prática para o desenvolvimento das competências profissionais na terceira parte. Tem como desígnio a reflexão da prática clínica, a demonstração de competências adquiridas no exercício profissional avançado, relacionados com a aquisição e desenvolvimento de

competências comuns e de competências específicas do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa e a descrição detalhada das atividades desenvolvidas no estágio e no projeto de intervenção.

1.1. Cuidados paliativos: conceito e filosofia

A área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa tem como alvo dos seus cuidados a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal nos diversos contextos de atuação (cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados), e respetivos cuidadores/familiares.

Atendendo a que o projeto de aquisição e desenvolvimento de competências, comuns e específicas, se centra na conceção de cuidados à pessoa em situação paliativa e à sua família/cuidadores, considera-se pertinente realizar um enquadramento conceptual e filosófico dos CP. Os CP são, paralelamente, uma filosofia de cuidados e um sistema organizado e profundamente estruturado para a prestação de cuidados de saúde, que têm como objetivos a promoção da qualidade de vida da pessoa doente e da sua família, assim como, o apoio na tomada de decisão e a materialização de oportunidades para o crescimento pessoal, com adequada consciencialização emocional e cultural (Capelas et al., 2017).

Podem ser definidos como os cuidados prestados à pessoa com doença progressiva e avançada, para a qual o prognóstico de vida é restrito e, neste sentido, o desígnio desloca-se da cura para a qualidade de vida (Capelas et al., 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), por sua vez, define os CP como os cuidados que visam promover a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que se encontram a enfrentar situações decorrentes de uma doença crónica, incurável e/ou grave, progressiva e avançada, com prognóstico limitado. Procuram prevenir e aliviar o sofrimento, através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento dirigido, quer dos problemas físicos, quer dos psicológicos, sociais e espirituais. Concedem um sistema de suporte que ajuda os doentes a viver tão ativamente quanto possível até à morte (OMS, 2020).

A European Association for Palliative Care (EAPC), em contrapartida, expôs a sua definição em 2010, definindo os CP como “cuidados ativos e totais do doente cuja doença não responde à terapêutica curativa, sendo primordial o controlo da dor e outros sintomas, problemas sociais, psicológicos e espirituais; são cuidados interdisciplinares que envolvem o doente, a família e a comunidade nos seus objetivos, devem ser prestados onde quer que o doente deseje ser cuidado, seja em casa ou no hospital; afirmam a vida e assumem a morte como um processo natural e, como tal, não antecipam nem adiantam a morte assim como procuram preservar a melhor qualidade de vida possível até à morte” (Capelas et al., 2017, p. 22).

Neste contexto, atualmente, podemos assumir que os CP são uma área especializada dos cuidados de saúde, plenamente dirigidos para a intervenção no sofrimento, independentemente de o doente ser ou não paliativo, terminal ou em últimos dias de vida, o seu foco são as necessidades paliativas e não a fase paliativa do percurso da doença (Capelas et al., 2017). Atendendo a esta perspetiva, torna-se pertinente clarificar os conceitos anteriormente expostos.

Um doente paliativo é o que tem uma doença crónica e progressiva, um doente terminal, o que apresenta uma doença grave, avançada, progressiva e irreversível, que não responde aos tratamentos e, cujo prognóstico de vida é inferior a um ano. Em contrapartida, um doente em últimos dias ou horas de vida é aquele em que a sua morte está próxima e com um prognóstico máximo de dias, que se pode alargar até cerca de duas semanas (Capelas et al., 2017).

Os CP foram legislados pela Lei de Bases dos CP, Lei n.º 52/2012, que consagra o direito e regula a acessibilidade de CP aos cidadãos e define a responsabilidade do Estado em matéria de CP, criando a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP). Na referida Lei, CP estão definidos como “cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e no tratamento rigoroso da dor e outros sintomas físicos, mas também psicossociais e espirituais” (Base II, alínea a). Deste modo, numa perspetiva cooperativa, os CP devem estar organizados numa estrutura coordenada, integrada e funcional que deve operacionalizar-se em unidades de internamento até à comunidade e no domicílio. A mesma Lei afirma que os CP se regem pelos seguintes princípios: 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 CP; multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de CP; conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas; consideração pelas necessidades individuais dos doentes; respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas; e continuidade de cuidados ao longo da doença.

Importa, assim, sublinhar que as práticas dos CP assentam num conjunto de valores e princípios: o valor da proteção e da inviolabilidade da vida humana, um valor intrínseco ao ser humano, sobre o qual se sustenta a promoção da dignidade e que não se dissipa na situação de sofrimento ou de vulnerabilidade; a promoção e preservação da autonomia da pessoa em situação paliativa, em que o cliente deve manter a sua autodeterminação em relação à tomada de decisão, nomeadamente, local de prestação de cuidados, local de morte e alternativas terapêuticas; a fomentação e manutenção da qualidade de vida da pessoa, visando o melhor índice possível; a manutenção de uma relação colaborativa dos profissionais de saúde com o cliente e sua família, como parceiros em todo o processo de doença através de uma comunicação verdadeira, clara e adequada, como pré-requisito essencial dos CP (Neto, 2020; Capelas et al., 2017).

A intervenção dos CP, individualizada, adaptada a cada situação clínica e holística, é fundamentada em quatro pilares basilares: o controlo de sintomas, a comunicação, o apoio à

família e trabalho em equipa. Se algum destes pilares for desconsiderado, não é possível praticar CP de qualidade. Neste sentido, não basta atuar num, porque estes quatro alicerces devem ser considerados numa perspetiva de igual importância (Neto, 2020).

1.1.1. O controlo de sintomas

Um dos objetivos prioritários dos CP é o controlo rigoroso dos diferentes sintomas da pessoa em situação paliativa, recorrendo para tal a medidas farmacológicas e não farmacológicas e a diferentes tipos de tratamento (Neto, 2020). Deste modo, a mesma autora refere que os princípios gerais do controlo sintomático são:

- Avaliar antes de tratar, determinar a causa dos sintomas, bem como a origem. Para além da causa, é necessário avaliar as implicações emocionais e físicas do sintoma, a intensidade e os fatores associados.
- Explicar as causas dos sintomas. Informar e clarificar a pessoa e a família, sobre as medidas terapêuticas instituídas.
- Questionar e observar, de modo a poder antecipar a manifestação dos sintomas previsíveis, não esperar que o cliente se queixe.
- Adotar uma estratégia terapêutica mista. O profissional de saúde deve estabelecer datas-limite para o cumprimento dos objetivos terapêuticos, promover a prescrição de medicação em SOS de forma a prevenir sintomas previsíveis e, simultaneamente, recorrer tanto a medidas farmacológicas como a não farmacológicas.
- Monitorizar sintomas, através da utilização de instrumentos de medida padronizados, recorrendo a métodos de registo que permitam sistematizar e validar os resultados da terapêutica instituída. A utilização da Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) e da Escala numérica da dor, são exemplo de escalas utilizadas no contexto dos CP.
- Reavaliar regularmente as medidas terapêuticas, estabelecer objetivos realistas com o cliente.
- Otimizar o controlo dos sintomas e minimizar os efeitos secundários, promovendo a dignidade e a qualidade de vida.

1.1.2. Comunicação

A comunicação é tida como transversal a todos os pilares e fundamental para se alcançar o bem-estar dos doentes e dos seus familiares (Magano, 2017). A comunicação adequada constitui, em CP, uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento do doente e da sua família. O desenvolvimento de habilidades básicas de comunicação, tais como, escuta ativa, compreensão empática e o feedback, são preponderantes para a comunicação adequada. A escuta ativa é um processo que implica quatro etapas: ouvir, codificar, interpretar e responder. Perante este processo complexo torna-se fundamental, para a compreensão do cliente, ter em atenção o contexto e os sentimentos relacionados com a linguagem verbal e não verbal. A

comunicação verbal e a não verbal devem ser coerentes e, quando tal não acontece, devemos ter em atenção que a não verbal é mais intensa e mais genuína. Na compreensão empática é possível identificar as emoções que o doente está a viver, bem como reconhecer a sua origem. Para tal, é necessário que o profissional de saúde seja capaz de se colocar no "lugar do outro" e validar as suas emoções. Por sua vez, o feedback permite avaliar a eficácia da comunicação e perceber a intenção do recetor, ou seja, possibilita uma avaliação do que foi interpretado pelo recetor e do que foi transmitido (Querido et al., 2016).

A comunicação e a relação de ajuda eficaz pressupõem uma abordagem centrada na pessoa e na família. A escuta ativa, a empatia, a autenticidade, a compaixão pelo outro, e a aceitação incondicional do outro, são princípios que ajudam a diminuir o sofrimento da pessoa e família. Uma das estratégias de aproximação dos profissionais de saúde aos familiares/cuidadores são as conferências familiares, um instrumento de intervenção na relação terapêutica, facilitador do processo de aceitação de situações difíceis (Neto, 2020).

As orientações podem ser as mais diversas, mas o primeiro passo é sempre a escuta ativa, pois permite conhecer a pessoa e a família e avaliar a melhor forma de passar a informação; minimizar angústias, conflitos e medos que o cliente e seus familiares concebem sobre a sua condição de saúde e prognóstico, e sobre os próprios profissionais de saúde. Muito mais que falar, é fundamental saber ouvir e direcionar a comunicação no sentido das reais necessidades da pessoa e sua família, permitindo-lhes expressar as suas vontades e sentimentos, respeitando a sua autonomia na tomada de decisão. A confiança mútua, a segurança da pessoa e família e a verdade, são também elementos cruciais de uma adequada comunicação. A verdade é um agente terapêutico preponderante e que deve ser administrado no momento certo e na dose certa, permitindo a presença da esperança e da negação. Todos os clientes têm o direito de saber, mas nem todos têm essa necessidade (Campos et al., 2019).

A comunicação de más notícias pode ter um efeito mais ou menos negativo na pessoa em situação paliativa. Uma comunicação desadequada pode influenciar de forma negativa quer a pessoa quer a família.

As más notícias são informações que modificam radicalmente e de forma desagradável as expectativas de vida pessoal, familiar e social de quem as recebe. Esta informação tem um impacto negativo na perspetiva futura da pessoa e afeta a dimensão cognitiva, emocional, espiritual e comportamental (Twycross, 2003; Sequeira, 2016).

De modo a facilitar o trabalho dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias foram desenvolvidos vários protocolos de comunicação, nomeadamente, protocolo ABCDE (Rabow & McPhee, 1999), protocolo *BREAKS* (Narayanan et al., 2010) e, com particular destaque, o protocolo *SPIKES* (Baile et al., 2000). O Protocolo *SPIKES* divide-se em seis fases, sendo elas:

1º S (*Setting*) - planejar a entrevista (preparar-se e preparar o ambiente): reunir toda a

informação disponível sobre a pessoa e família, proporcionar um ambiente acolhedor, sem ruídos ou barreiras físicas, respeitando a privacidade.

2º P (*Perception*) - avaliar a percepção do indivíduo: avaliar o conhecimento da pessoa e família acerca da sua situação clínica, a veracidade da informação, o nível de compreensão da pessoa e família sobre o assunto, as expectativas, as implicações e o estado emocional da pessoa e família.

3º I (*Invitation*) - identificar o que a pessoa pretende saber (respeitar preferências): informação real sobre a situação clínica (a verdade), contexto da doença e prognóstico, responder em função da necessidade da pessoa e família.

4º K (*Knowledge*) - transmitir a informação gradualmente à pessoa e família: transmitir a informação de forma clara (sem termos técnicos), de forma organizada e de acordo com a gravidade da situação, fazer pausas regulares durante a transmissão da informação, observar a reação e o comportamento da pessoa que recebe a informação, disponibilizar-se para esclarecer todas as dúvidas.

5º E (*Explore Emotions*) - permitir a expressão de emoções e apoiar a pessoa e família: permitir que expressem as suas emoções, observando as mais prevalentes, tais como, choro, raiva e revolta, e fornecer o suporte adequado de forma a tranquilizar a pessoa e família.

6º S (*Strategy and Summary*): apresentar uma estratégia de intervenção e planejar o futuro: elaborar um plano de ação orientador de procedimentos, criando uma esperança realista, planeando metas passíveis de serem atingidas a curto prazo. Planejar o próximo encontro.

1.1.3. O apoio à família

De acordo com a definição dos CP, referida anteriormente, os CP são centrados nas necessidades da pessoa em situação paliativa e da sua família/cuidador como parceiros em todo o processo de doença e estendendo-se pelo período de luto. A família, independentemente da sua composição e estrutura, procura sustentar um certo equilíbrio entre os diferentes elementos, mas a notícia de uma doença grave e incurável/terminal ou a morte de um deles, desencadeia, nos familiares, diversas reações emocionais, comportamentais, relacionais, entre outras. O apoio à família é um dos pilares fundamentais dos CP, que tem como principal objetivo, apoiar e prestar suporte emocional em todo este processo e no cumprimento da sua função como cuidador (Neto, 2020).

Na esfera familiar, a comunicação assume um papel indubitável no apoio concedido. Nos momentos mais difíceis existe uma menor capacidade de reflexão, pelo que a comunicação é mais difícil e complexa. A equipa deve trabalhar de forma multidisciplinar, de modo a identificar as necessidades, a refletir e a encontrar soluções, bem como, promover o diálogo, garantir uma maior segurança e admitir que não é possível encontrar soluções para todos os problemas (Fernandes, 2016).

As conferências familiares têm um papel preponderante em todo este processo, uma vez que, para além de permitirem a transmissão de informação, também permitem a promoção do apoio emocional ao processo de doença, à perda e ao luto (Fernandes, 2016).

1.1.4. Trabalho em equipa

O trabalho em equipa em CP é multidisciplinar e integra o contributo dos diferentes profissionais, devidamente capacitados para dar resposta às diferentes necessidades da pessoa em situação paliativa e família (Neto, 2020).

O trabalho em equipa deve ter como foco o doente e a sua família, numa prestação de cuidados integrados, prestados por um vasto grupo de profissionais que devem desempenhar as suas funções a tempo inteiro, parcial ou em intervalos regulares. O núcleo da equipa de trabalho em CP deve ser constituído por um médico, um enfermeiro e um assistente social. Para além destes elementos pode ainda integrar um fisioterapeuta, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes espirituais entre outros terapeutas especializados e voluntários, com experiência na área (EAPC, 2010).

No cenário do trabalho em equipa, é fundamental a partilha de ideias e de opiniões referentes aos objetivos delineados de forma a promover o equilíbrio e a equidade. A comunicação em equipa deve ser clara e objetiva, simples e assertiva, agente de uma mensagem simples e concreta (Neto, 2020).

Em Portugal, a OE, em 2018, considerando as necessidades de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes, relativamente às quais se reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção, regulamentou as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (Regulamento nº 429/ 2018). Tendo como objetivo o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista nesta área e a congruente conceção de cuidados à pessoa em situação paliativa e à sua família/cuidadores, considere importante dar um suporte teórico ao trabalho, com referência à Teoria das Transições de Afaf Meleis como guia conceptual, uma vez que esta enfatiza a importâncias das transições inerentes às respostas humanas aos processos de vida, de saúde e de doença.

1.2. Teoria das transições

A Enfermagem atua de forma holística em todas as dimensões do cuidado. A Teoria das Transições é um modelo que permite organizar e orientar a sua intervenção, mediado pelas situações de mudança e pela compreensão da transição como processo dinâmico (Meleis et al., 2000). A necessidade de lidar com as mudanças e com os desafios, que ocorrem ao longo da vida, e de se ajustar a essas realidades, é uma propriedade inerente à vida (Meleis, 2010). Na

origem da palavra, transição, deriva do latim *transitiōne*, e significa o ato, efeito ou modo de passar de um lugar, estado ou assunto para outro, passagem, fase ou período intermédio num processo evolutivo. A Enfermagem reconhece como foco de atenção as respostas humanas às transições, subsequentes de eventos relacionados com processos de saúde-doença e com processos de vida. Segundo Meleis, os enfermeiros antecipam, avaliam, diagnosticam, lidam e ajudam a lidar com as mudanças, promovendo um nível máximo de autonomia e de bem-estar (Meleis et al., 2000).

O processo de transição principia, assim que um evento ou mudança é antecipado. Todo o ser humano passa por processos de mudança durante a sua vida e os enfermeiros lidam, pela sua intervenção, desde o nascimento até à morte, com os ambientes de mudança e de suporte. Assim, qualquer evento de mudança, influenciado por fatores facilitadores e/ou inibidores, caracteriza-se pela sua singularidade, diversidade e complexidade, criando diversos significados demarcados pela perceção de cada indivíduo. As condições que podem influenciar a mudança/transição e as suas consequências, são os significados que a pessoa lhe atribui, as suas expectativas face à nova situação, o seu nível de conhecimento e capacidade e o ambiente em que a pessoa está inserida (Meleis, 2010).

As pessoas com necessidades paliativas, e as suas famílias, experienciam diferentes transições ao longo de todo o processo de doença, sendo de extrema importância identificar os fatores inibidores para que estas decorram dentro da normalidade possível. É natural que no processo de transição existam condições facilitadoras e inibidoras. A sua identificação e compreensão permitem adequar as estratégias de forma a ultrapassar os fatores que interferem negativamente e reforçar os salutareis, promovendo, assim, uma transição saudável, com o objetivo de melhorar as respostas aos processos de vida, saúde e doença, sendo o enfermeiro um facilitador do processo (Meleis et al., 2000).

Todas as transições desencadeiam mudança e para compreendê-la é fundamental identificar os seus efeitos e significados e, assim, o enfermeiro deve intervir de forma a proporcionar conhecimento e suporte durante este período, que é de grande vulnerabilidade, e no qual as pessoas são confrontadas com dificuldades para o autocuidado e o cuidar (Meleis, 2010).

Os fatores intervenientes nas situações de transição abarcam o significado atribuído, as crenças e atitudes pessoais, o nível socioeconómico, e a capacidade e conhecimento precedentes à transição, e o suporte social, igualmente determinante, que engloba o apoio familiar e o suporte dos profissionais de saúde (Meleis et al., 2000).

A transição torna-se num foco de atenção para os enfermeiros quando a saúde das pessoas é afetada ou quando as respostas às transições são caracterizadas por comportamentos que influenciam a saúde (Chick & Meleis, 1986). As transições podem ser consideradas experiências humanas, um conjunto de respostas, num determinado período de tempo, influenciadas por condições intrínsecas e extrínsecas, por expectativas e pelo discernimento dos indivíduos, pelos

significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e capacidades, assim como pelo impacto dessas mudanças, proporcionando um estado de completo bem-estar e não exclusivamente a ausência de doença (Chick & Meleis, 1986; Meleis et al., 2000).

Vivenciar a transição requer a integração de novos conhecimentos, alteração de comportamentos, a redefinição de significados e consequente redefinição de si mesmo e do seu papel no contexto social (Chick & Meleis, 1986; Meleis et al., 2000).

De acordo com Meleis (2010), as transições são desencadeadas por eventos críticos individuais ou nas organizações; por conseguinte, organizou a teoria em torno de três conceitos centrais: a natureza das transições, os fatores determinantes para a transição e os padrões de resposta.

1.2.1. Natureza das transições

A natureza das transições abarca e é caracterizada pelo tipos, padrões e propriedades. Quanto ao tipo, as transições podem ser de desenvolvimento, de saúde/doença, situacionais e organizacionais (Schumacher & Meleis, 1994). As transições integram um processo complexo, não são mutuamente exclusivas, podendo ocorrer simultaneamente, a nível individual, didático ou familiar (Schumacher & Meleis, 1994).

1.2.1.1. Tipo e padrões de transição

As transições de desenvolvimento estão associadas a eventos de desenvolvimento, individual ou familiar, como a parentalidade, a passagem da infância para a adolescência, a menopausa/andropausa, mas também o envelhecimento (Meleis et al., 2000).

A transição no processo saúde/doença é influenciada pela cultura e pelos diferentes contextos de saúde/doença, a passagem do hospital para o domicílio, para o atendimento ambulatorial ou para unidades de reabilitação. Este tipo de transição está relacionado com alterações individuais e familiares, resultantes da alteração da condição de saúde, da passagem de um estado de saúde para um estado de doença crónica, grave e irreversível, tais como a ocorrência de doenças oncológicas, degenerativas e insuficiências orgânicas (Meleis et al., 2000).

As transições situacionais compreendem inclusão ou subtração de pessoas no meio, implicando para cada circunstância a definição ou redefinição de papéis da pessoa, seja do próprio indivíduo, ou da família. As mudanças em situações familiares, como viuvez, nascimento, ida do idoso para um lar, reforma, mudanças em papéis educacionais e profissionais, a emigração, assim como o assumir do papel de cuidador, foram conceptualizados como transições situacionais. Para além das transições que ocorrem a nível individual ou familiar, existem transições nas organizações, que interferem na vida das pessoas que trabalham nelas e nos clientes das mesmas. Representam mudanças no ambiente e podem ser precipitadas por mudanças no ambiente social, político, económico, alterações na estrutura ou nas dinâmicas organizacionais.

Quanto aos padrões, as transições podem ser caracterizadas como singulares ou múltiplas,

sequenciais ou simultâneas e relacionadas entre si ou não (Meleis et al., 2000).

1.2.1.2. Propriedades da transição

As transições são complexas e multidimensionais. Contudo, existem propriedades inerentes, como a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o período e os pontos e eventos críticos (Meleis et al., 2000).

Consciencialização é uma característica determinante da transição que está relacionada com a percepção, o conhecimento e o reconhecimento. O processo de consciencialização implica o reconhecimento das mudanças e em que medida a realidade está diferente, de forma a promover a reorganização para uma nova situação de fazer, de ser e de estar (Meleis et al., 2000). Para que se inicie a transição é imprescindível que ocorra a consciencialização e esta, por sua vez, implica o reconhecimento do que mudou e compreender em que medida as coisas estão diferentes. Quanto mais célere for o reconhecimento das mudanças, mais rapidamente a pessoa conseguirá reorganizar-se na nova situação de vida e de estar no mundo (Chick & Meleis, 1986).

O envolvimento refere-se ao nível de harmonia com que alguém demonstra estar implicado nos próprios processos da transição. O envolvimento pode ser desencadeado por circunstâncias e condições intrínsecas ou extrínsecas (Meleis et al., 2000). O nível de consciencialização influencia o nível de envolvimento, que não pode ocorrer se não ocorrer a consciencialização. O nível de envolvimento de uma pessoa que está ciente das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais será diferente do envolvimento de uma pessoa que não tem conhecimento dessas mudanças e das suas consequências (Chick & Meleis, 1986; Meleis et al., 2000).

As dimensões da mudança incluem a natureza, a duração e a direção da mudança, o significado atribuído pela pessoa ao que ficou realmente diferente na sua vida, o nível de bem-estar e a capacidade da pessoa para lidar com essas mudanças e o impacto das mudanças na vida pessoal, familiar e social (Meleis et al., 2000).

Em relação ao tempo de transição, todas as mudanças são caracterizadas por movimento, ao longo de um período com um final identificável, abarcando o início dos primeiros sinais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança; um período de instabilidade, confusão e sofrimento até que a harmonia e a estabilidade sejam novamente experimentadas. Este intervalo de tempo é necessário para experimentar diferentes estratégias e padrões de resposta e incorporá-los no seu próprio conhecimento (Chick & Meleis, 1986; Schumacher & Meleis, 1994).

As transições podem ainda estar relacionadas com eventos geradores de mudança, eventos críticos, como o nascimento ou a morte, perda de autonomia, “perda” da via oral, agudização de sintomas, e podem ocorrer sem que existam eventos evidentes que influenciem a mudança. Os eventos críticos estão associados ao reforço da consciencialização, sobre a mudança ou diferença, e ao envolvimento para lidar com a transição. Podem ainda ser identificados pontos

críticos, caracterizados por novas rotinas, capacidades, estilos de vida e modos de ser. O enfermeiro deve estar atento a cada ponto e evento crítico. A identificação e descrição dos eventos e dos pontos críticos constituem etapas fundamentais para planejar e implementar intervenções de enfermagem (Meleis et al., 2000).

O modo como cada pessoa lida e vivencia a transição é influenciado pela própria experiência de vida, pelo período de tempo e por outras condicionantes, quer sejam elas pessoais, ou ambientais, que facilitam ou dificultam o progresso no sentido de alcançar uma transição saudável. Os enfermeiros, como agentes facilitadores da transição, necessitam de compreender as condições pessoais, da comunidade e da sociedade, que podem ser decisivos na transição, sejam eles facilitadores ou inibidores (Meleis et al., 2000).

As condições pessoais compreendem os significados atribuídos à própria doença, aos CP, ao tratamento, à vida e à morte; as atitudes e crenças culturais relativamente à doença (medo do sofrimento, negação da própria morte); o estado socioeconómico; a preparação e o conhecimento, apoiados nas dimensões comunitária e social (suporte social, recursos da comunidade, suporte profissional), podendo facilitar ou restringir os processos de transições saudáveis e os resultados das transições (Meleis et al., 2000).

1.2.1.3. Padrões de resposta

Ao longo do tempo, apesar das diferenças individuais, diversos estudos têm demonstrado que as pessoas em transição exibem respostas semelhantes ao longo das transições, pelo que podemos falar em padrões de resposta. Uma transição saudável é caracterizada por indicadores de processo e de resultado. Os padrões de resposta podem ser monitorizados, permitindo identificar o nível de conhecimento e de desempenho necessário para atuar face às condições (Meleis et al., 2000).

As transições desenvolvem-se ao longo de um determinado período de tempo. O reconhecimento de indicadores de processo, que traduzem a mobilidade das pessoas na direção da saúde ou em direção à vulnerabilidade e ao risco, facilita uma avaliação e intervenção precoces dos enfermeiros promovendo, assim, resultados saudáveis (Meleis et al., 2000). Estas podem ser consideradas saudáveis ou não saudáveis. A transição não saudável, ou, ineficaz, caracteriza-se por um desempenho deficiente, ou seja, uma experiência onde existe dificuldade na compreensão e/ou desempenho de um papel, nos objetivos ou nos sentimentos associados ao comportamento, percecionado pelo próprio ou pela família/cuidador, implicando a reformulação da identidade. A transição saudável, por sua vez, caracteriza-se por mestria nos comportamentos e nos sentimentos do novo papel e identidade (conforto e bem-estar, tranquilidade, alívio e transcendência; encontrar um sentido para a vida). A mestria retrata o domínio das competências para lidar com a nova condição (Meleis, 2007). O bem-estar emocional, as relações interpessoais e a mestria têm sido considerados indicadores de sucesso da transição (Meleis, 2007; Chick & Meleis, 1986).

1.2.2. O papel da Enfermagem nos processos de transição

A compreensão das propriedades e das condições inerentes a um processo de transição é um procedimento dinâmico que implica a implementação de diferentes intervenções e, ao mesmo tempo, a aquisição e o desenvolvimento de competências no cuidar. A enfermagem opera no sentido da promoção, da prevenção e intervenção, relacionadas com o desempenho de papéis (Meleis, 2007).

O foco da intervenção da enfermagem é a promoção da consciencialização (sobre a evolução da doença, das mudanças no domínio físico, psicológico e social e da perda de autonomia), do envolvimento (encorajar a expressão de medos e angústias, facilitar a expressão de crenças espirituais, expressões de perdão e gratidão, promover o legado, redefinir objetivos reais, mobilizar recursos internos e atributos de esperança) e o desenvolvimento de conhecimento (sobre os tratamentos possíveis para alívio do sofrimento e sobre as melhores tomadas de decisão) (Meleis, 2007).

1.3. A “perda” da via oral no doente oncológico em fase terminal

Os cuidados à pessoa em situação paliativa, em fase terminal, e aos seus familiares/cuidadores exigem, dos profissionais, conhecimentos e competências específicas sobre as intervenções que devem implementar como resposta às necessidades da pessoa e da sua família/cuidador. No desenvolvimento das competências específicas será enfatizado o aprofundar das intervenções implementadas, pelo enfermeiro, para minimizar o sofrimento e promover uma adequada transição da pessoa em situação paliativa e da sua família/cuidador no contexto da “perda” da via oral no doente oncológico em fase terminal, como despoletador da consciencialização sobre a iminência da perda da vida para o doente e família. Com esse propósito, considere importante perceber o conceito, o significado e a dimensão ética, bem como, o que refere a evidência científica sobre as intervenções a implementar no contexto da “perda” da via oral e iminente perda da vida na pessoa com doença oncológica em fase terminal e família/cuidador.

1.3.1. Conceito, significado e dimensão ética

Os atributos do conceito são palavras ou expressões que aparecem repetidamente na literatura e expõem a essência do conceito, constituindo características que o exprimem, as quais operam como elementos para diagnósticos diferenciais, ou seja, para diferenciar as várias referências ao conceito e reconhecer as expressões que não se adequam (Afonso et al., 2019).

A “perda” da via oral na pessoa em situação paliativa, em fase terminal, está diretamente relacionada com a progressiva diminuição da ingestão alimentar e com a recusa alimentar pela pessoa numa situação de doença grave, prolongada e irreversível. Sendo este um processo fisiológico e metabólico que promove e se caracteriza, frequentemente, pela síndrome da anorexia-caquexia, perda de apetite, diminuição do peso, náuseas, vômitos, xerostomia e

mucosite (Alves, 2013).

O conceito da “perda” da via oral e o conceito da alimentação são indissociáveis. A alimentação da pessoa em situação paliativa assume um caráter de extrema importância, quando abordamos os cuidados à pessoa em fim de vida e à sua família/cuidador. A “perda” gradual da via oral é associada, pela pessoa que deixa de se alimentar em igual quantidade ou frequência e pela sua família/cuidador, à diminuição da qualidade de vida e à proximidade da morte, tornando-se, muitas vezes, o último domínio a deixar de ser controlado pela pessoa e pela família/cuidador. Estas mudanças constituem uma fonte de sofrimento para os intervenientes (Afonso et al., 2019).

A alimentação compreende o “ato ou efeito de alimentar”, é definida enquanto ação, por “dar comida ou bebida a alguém” [Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), 2019]. A alimentação é uma constante no desenvolvimento do ser humano, desde o seu nascimento até ao fim da sua vida, ainda que em diferentes contextos; um meio de convívio familiar, motivo de união e elemento de sobrevivência. O ato de alimentar pode ser considerado como a transmissão de vida ao outro, sendo a alimentação um conceito com peso cultural, social, psicológico, para além da manutenção da função biológica (Afonso, et al., 2019).

O significado simbólico da alimentação remete para o mundo dos afetos e das emoções. Com a alimentação satisfaz-se uma necessidade básica e, simultaneamente, recebe-se uma recompensa afetiva. Culturalmente, a alimentação é reconhecida como tendo o potencial para promover o bem-estar físico, psicológico e emocional. Desde Hipócrates à atual medicina, a alimentação é um meio de manutenção da saúde e recuperação da doença. As crenças religiosas influenciam, particularmente, a forma como se vive a alimentação no final da vida. A sociedade, predominantemente católica, tem entrelaçada a função simbólica da vida no alimento. Jesus Cristo simbolizou a vida eterna pela partilha do pão e do vinho, enquanto os hindus, na fase final da vida, para libertarem o corpo de sofrimento optam por não se alimentar. Ao longo da história da humanidade, os santos e místicos, por razões religiosas praticavam períodos de jejum (Resende, 2009). A família associa habitualmente o beber e comer ao conforto, ao cuidado, à compaixão, ao carinho, à saúde, à vida, ao amor e à preocupação com os seus entes queridos, demonstrando geralmente um maior interesse por questões relativas à nutrição do que por outras questões médicas (Alves et al., 2021).

As alterações da ingestão alimentar, tal como a dispneia ou a dor, é um sintoma de difícil controlo, especialmente na fase terminal. As intervenções das equipas multidisciplinares de CP, nesta fase, são geralmente percecionadas como ineficazes pela pessoa e pela sua família. Os enfermeiros, nomeadamente os enfermeiros especialistas que prestam cuidados paliativos, têm a responsabilidade de supervisionar, apoiar e, frequentemente, satisfazer as necessidades e vontades da pessoa em situação paliativa, relacionadas com a sua capacidade e preferência. À medida que a doença progride, a iminência da “perda” da via oral passa a ser uma realidade. O

enfermeiro deve identificar as necessidades e os desejos do cliente e da família, de forma a intervir eficazmente na resolução ou controlo dos problemas reais, evitando, se possível, ou potenciais, e ajudando-os a estabelecer objetivos realistas a curto prazo, proporcionando-lhes conforto, controlo sintomático, com diminuição do sofrimento e assegurando uma morte digna (Alves, 2013; Neto, 2020).

A perda é uma circunstância de ausência de pessoas, coisas ou símbolos mentais que põe em causa reações afetivas, cognitivas e comportamentais (Barbosa, 2006). O indivíduo, a família e os demais integrantes do grupo social vivenciam o impacto causado pela perda (“perda” da via oral), percebida como o aproximar da perda derradeira iminente. A pessoa em situação paliativa realiza um processo de elaboração das perdas anteriormente experienciadas e também das implícitas à morte, o luto pelo que não foi concretizado no passado, o luto pelos planos futuros que não poderão ser vividos e o luto pela vida que se tinha no presente, envolvendo o afastamento do cotidiano, a perda de funções e papéis familiares e sociais, assim como a perda da autonomia (Cardoso et al., 2018). A família/cuidador da pessoa em situação paliativa, por sua vez, elaboram um processo que reflete as perdas secundárias a que ficam sujeitos, como o isolamento e estigma, a perda financeira e as mudanças de papéis e responsabilidades familiares e sociais. Estas alterações podem desencadear medo, solidão, raiva, choque, alívio (libertação do papel de cuidador), arrependimento por assuntos não resolvidos ou despedidas não efetivadas, culpa pelas decisões tomadas, perda da identidade, perda do significado e propósito de vida e angústia associada à adaptação a um novo estilo de vida (Pimenta & Capelas, 2019). A “perda” da via oral no doente oncológico, em fase terminal, é associada pela própria pessoa e pela sua família/cuidador à sua finitude, desencadeando um processo de luto.

O luto pode ser compreendido como um cruzamento de reações psíquicas conscientes e inconscientes desencadeadas por uma perda significativa. Geralmente é vivenciado como um processo doloroso, que transcende o plano individual e que se reflete na vida de todos os que convivem, direta ou indiretamente, com a pessoa que está a vivenciar a sua finitude. Apesar de fazer parte da existência humana, é uma experiência difícil, dolorosa e pessoal (Neto & Lisboa, 2017). Ao longo do nosso percurso de vida, passamos por um processo de desenvolvimento e de adaptação às diversas perdas irreversíveis, como a perda dos amigos da escola, a mudança de casa, a mudança de emprego, o divórcio, a perda de autonomia, que ocorrem a curto e a médio prazo. Processo adaptativo, que desencadeia um mecanismo dinâmico de transição e mudança nas diferentes dimensões, física, psicológica, comportamental, espiritual e sociocultural da pessoa que o vivencia. A forma como a pessoa gere o processo de luto determina o tipo de luto que experiencia. Pode ser classificado, quanto ao tipo, como normal, antecipatório, preparatório ou complicado/prolongado (Pimenta & Capelas, 2019). O luto normal caracteriza-se como o evento depois da morte, em que a perda é aceite e em que são integrados os significados positivos do acontecimento. Pode prolongar-se perto de um ano, variando de acordo com a pessoa e o valor da perda. O luto complicado/prolongado é caracterizado por uma incapacidade

em reestruturar a vida, dificuldade em aceitar e se adaptar à perda, culminando num desvio da vivência normal do luto. Identificado como uma perturbação psicológica grave, crónica e intensa que se pode prolongar por seis ou mais meses e caracterizado por uma tristeza devastadora, dificuldade em aceitar a perda, sensação de falta de sentido na vida, pensamentos intrusivos e emocionalmente perturbadores associados a ideação suicida e sintomas psicóticos e comprometimento funcional. Por sua vez, o processo adaptativo às diversas perdas, irreversíveis, que ocorrem a curto e a médio prazo, é denominado de luto preparatório. O evento em que a pessoa concebe, antecipadamente, uma perda que se aproxima, é designado de luto antecipatório (Pimenta & Capelas, 2019).

A perda de capacidade e da vontade em se alimentar, e consequente, “perda” da via oral, fomenta o surgimento de um turbilhão de emoções na pessoa e na família/cuidador e gera, frequentemente, dúvidas entre profissionais de saúde, na pessoa e família/cuidador. A recusa alimentar constitui uma grande preocupação para a família que associa a falta de alimento ao declínio e à morte da pessoa (Alves et al., 2021).

Na dimensão ética, o deixar de alimentar e hidratar o cliente é uma questão controversa dos cuidados em fim de vida, que afeta a pessoa, a família e os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros. O processo de tomada de decisão deve ser fundamentado nos princípios da bioética. A equipa multidisciplinar deve analisar as decisões éticas quanto aos riscos e benefícios, tendo por base, os seguintes princípios éticos:

- Princípio da beneficência (obrigação moral de agir em benefício de outros). Afirmar o dever de ajudar as outras pessoas, promovendo os seus interesses legítimos. Agir em benefício do outro em cuidados paliativos significa fundamentalmente o controle de sintomas (Alves et al., 2013).
- Princípio da não-maleficência (determina a obrigação de não infringir um malefício intencionalmente). No contexto dos cuidados paliativos significa, por exemplo, não promover o encarniçamento terapêutico, não instituir tratamentos invasivos e agressivos, que não produzam benefícios para a pessoa (Alves et al., 2013).
- Princípio da autonomia (direito da pessoa de participar na tomada de decisão no seu próprio interesse). No processo de tomada de decisão em cuidados paliativos, a autonomia é considerada um dos princípios essenciais, evitando os potenciais abusos de um julgamento unilateral (Alves et al., 2013). Permitir que a pessoa expresse os seus desejos e decisões relativamente ao tratamento/intervenção médica que aceita ou não realizar no final da vida, podendo ser feito através das Diretivas Avançadas de Vontades (DAV), utilizando um Testamento Vital (TV) e/ou através da nomeação por procuração de um tutor responsável pela tomada de decisão para cuidados de saúde. Através destas duas formas, a pessoa pode manifestar a sua vontade de forma consciente, num processo de decisão livre e informado, sobre os cuidados de saúde pretendidos (Dadalto et al., 2021).

- Princípio da justiça (tratamento justo, imparcial e apropriado, tendo em consideração aquilo que é devido à pessoa) (Alves et al., 2021).

Uma prática clínica baseada na evidência e sustentada no conhecimento científico com base numa comunicação verdadeira, empática e clara, é fundamental no controlo de sintomas, gestão das expectativas, explicação e clarificação do processo fisiológico associada à gradual diminuição da ingestão alimentar inerente à progressão da doença, no processo de tomada de decisão, de forma a promover uma adequada transição saúde-doença, com aceitação e atribuição de um significado à “perda” da via oral.

A necessidade, por um lado, de lidar com as mudanças, nomeadamente, com as perdas e com os desafios que ocorrem ao longo do nosso percurso existencial e, por outro, de se ajustar a essas realidades é uma propriedade inerente à vida. Os enfermeiros antecipam, avaliam, diagnosticam, lidam e ajudam a lidar com as mudanças, promovendo a autonomia e o bem-estar (Meleis, 2010).

Todas as transições desencadeiam mudança e, para compreendê-la, é fundamental identificar os seus efeitos e significados. Assim, o enfermeiro deve envolver-se de forma a providenciar conhecimento e suporte durante este período que é de grande vulnerabilidade, no qual as pessoas são confrontadas com dificuldades para o autocuidado e o cuidar (Meleis, 2010).

1.3.2. Revisão sistemática da literatura

No âmbito da temática abordada, a “perda” da via oral no doente oncológico em fase terminal, como despoletador da consciencialização sobre a iminência da perda da vida para o doente e família, e com o propósito de adquirir e desenvolver competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa alusivas à “perda” da via oral, o suporte teórico do trabalho foi fundamentado numa revisão de literatura do tipo *scoping review*. Esta revisão teve como objetivo, o mapeamento da evidência científica mais atual e disponível, sobre o conceitos e conceitos associados, às necessidades da pessoa em situação paliativa e seus familiares/cuidadores e as intervenções implementadas pelos enfermeiros no âmbito da “perda” da via oral no doente oncológico em fase terminal.

Baseada nos princípios preconizados pelo Joanna Briggs Institute (JBI), o passo principal da pesquisa de evidência para a revisão de literatura passou por uma adequada definição de uma pergunta de pesquisa, tendo por base os elementos Problema, Conceito e Contexto (PCC) adequados para a elaboração da mesma, como ilustra o Quadro 1. Através destes elementos pretende-se descrever o tipo de participantes incluídos no estudo, os principais conceitos de interesse e os detalhes do contexto estabelecido (Peters et al., 2020).

População	Pessoa com doença oncológica e em fim de vida e família/cuidador.
Conceito	"Perda" da via oral.
Contexto	Cuidados paliativos no hospital.

Quadro 1 - Operacionalização dos elementos PCC

A pergunta desenvolvida para a elaboração da scoping review, pergunta de revisão principal, foi a subsequente: "Qual o conceito da "perda "da via oral em doentes paliativos com doença oncológica e em fim de vida?"

Na revisão de literatura foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão para os estudos pesquisados, descritos no Quadro 2. Os critérios de elegibilidade considerados para a seleção dos estudos foram: os termos utilizados na PCC, todo o tipo de estudos, estudos analisados pelos pares, publicados em revistas académicas e limite temporal entre 2010 e 2023.

Crítérios de inclusão	Crítérios de exclusão
- Contextualizar a problemática da perda da via oral em cuidados paliativos. - Identificar estratégias utilizadas para o alívio do sofrimento da pessoa em situação paliativa e da família perante a "perda" da via oral. - Doente oncológico em fase terminal.	- Doente não oncológico. - Doente que não esteja em fase terminal. - População com idade inferior a 18 anos.

Quadro 2 - Operacionalização dos critérios de inclusão e exclusão

A pesquisa foi realizada durante os meses de outubro e novembro de 2023. Foi criada uma tabela de descritores para cada um dos termos da PCC e, com recurso ao Medical Subject Headings (MeSH)® e ao CINAHL Headings® definiram-se os *entry terms* (descritores) (Anexo 1).

A revisão de literatura foi realizada via EBSCOhost da biblioteca da ESEP para duas bases de dados (MEDLINE Complete e CINAHL Complete), para todo o tipo de estudos, estudos analisados pelos pares, publicados em revistas académicas, com o limite temporal entre 2010 e 2023. Inicialmente, de forma a estruturar eficazmente a pesquisa, foi realizada uma pesquisa livre, onde se pode constatar que as publicações científicas, nos últimos cinco anos, sobre a temática eram praticamente nulas, pelo que foi alargado o horizonte temporal. Utilizou-se a seguinte frase booleana:

((("reduced oral intake"OR"end-of-life nutrition")AND("palliative care"OR"end of life"OR"terminal care"))OR("reduced oral intake"OR"end-of-life nutrition")AND("palliative care"OR"end of life"OR"terminal care"))NOT("child" *)OR("adolescent"))).

Seguindo a metodologia descrita foram identificados 660 registos. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, permaneceram 108 e após a eliminação dos duplicados, 86. Posteriormente, recorrendo à plataforma inteligente de apoio à revisão sistemática de literatura, ao gestor bibliográfico Rayyan, foram excluídos 2 artigos por não ter acesso ao texto integral e 76 pela leitura do título e resumo reduzindo-se a pesquisa para 8 artigos. Dos 76 artigos excluídos, pela leitura do título e resumo, 6 foram rejeitados pela população, porque abordavam casos clínicos pediátricos; 16 pelo contexto, faziam referência a lares de idosos, cuidados paliativos no domicílio e assistência dos serviços de emergência médica em CP. Pelo conceito, excluídos 54 artigos porque abordavam a pessoa em situação paliativa, mas com doenças crónicas e progressivas como a demência, a diabetes e a doença renal crónica; o controlo de sintomas como a hipernatremia; temáticas distintas como a prescrição eletrónica nos cuidados paliativos, o papel da assistente social e do fisioterapeuta na disfagia em cuidados paliativos, mencionavam escalas e algoritmos do prognóstico em cuidados paliativos. Posteriormente, foram analisados pelo texto integral 8 estudos, o que permitiu determinar a viabilidade da sua inclusão no presente trabalho, excluídos 5 estudos, 4 por não darem resposta à pergunta principal e 1 por não incluir o contexto dos cuidados paliativos. Incluídos 3, dos quais foram extraídos e sintetizados os dados que respondem aos objetivos desta revisão. Para além dos 3 artigos viabilizados foi também considerado 1 artigo identificado no Registo Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) da ESEP, para complementar a discussão. A discriminação de todo o processo de seleção dos estudos está representada no Fluxograma PRISMA (Anexo 1). Simultaneamente foi realizada uma pesquisa livre no Google académico de forma a obter acesso a outros estudos e Guidelines relativamente à temática em estudo. A apresentação de resultados, por sua vez, está esplanada na tabela de resultados (Anexo 1).

1.3.3. Discussão dos resultados

O objetivo central desta revisão de literatura foi identificar e mapear o conceito e conceitos associados, às necessidades da pessoa em situação paliativa, com doença oncológica em fase terminal e seus familiares/cuidadores e as estratégias implementadas pelos enfermeiros para minimizar o sofrimento e promover uma adequada transição da pessoa em situação paliativa da família no âmbito da “perda” da via oral e iminente perda da vida. Assim, quatro estudos deram resposta a este objetivo, três dos estudos foram desenvolvidos no continente europeu e um no continente americano.

O primeiro estudo (Rio et al., 2011) evidencia o impacto emocional da redução da ingestão oral, perceção e atitudes em relação à hidratação e nutrição assistida nos doentes em situação terminal em fim de vida, entre o doente, os familiares/cuidadores e a equipa de saúde; a influência dos fatores emocionais e culturais, bem como, da falta de informação e a perceção incorreta sobre hidratação e nutrição no processo de tomada de decisão; o significado simbólico da ingestão oral, da hidratação e da nutrição, fenómenos que podem evocar lembranças agradáveis e emoções gratificantes; a influência das crenças e da religião da pessoa e da

família/cuidador na forma como respondem ao stress e à ansiedade despoletados pela diminuição da ingestão oral. As famílias, que aceitam a progressão da doença do seu familiar, dedicam mais do seu tempo, energia e foco a outras atividades do cuidado e aceitam a redução progressiva da ingestão de alimentos e líquidos como um acontecimento natural no processo da morte, por sua vez, os familiares que lutam com a crença que a falta de alimentação é, simultaneamente, causa e reflexo do declínio físico do doente, comportam-se de forma inconsciente e ambivalente em resposta à alimentação do seu familiar e alguns entendem como negligência a falta de foco no estado nutricional, pelos profissionais de saúde, na alimentação do seu familiar, o que pode ser um obstáculo para a equipa e para o desenvolvimento da relação de ajuda com o doente. O estudo aborda, ainda, a importância da comunicação eficaz no processo de tomada de decisão, no direito da pessoa em situação paliativa e dos seus familiares/cuidadores de participarem ativamente da tomada de decisão sobre os cuidados no fim da vida.

O segundo estudo (Holmes, 2010), faz referência aos hábitos e comportamentos alimentares ao longo da vida, decorrentes da origem, cultura e experiência de vida, e à relação direta entre a memória, as emoções e determinados aspetos e preferências da alimentação; à incapacidade de comer ou de participar nas refeições como fatores promotores do isolamento e da depressão, ao contributo da alimentação na satisfação de algumas necessidades, como a segurança e o conforto. Faz alusão ao papel ambíguo da nutrição nas doenças terminais, em que alguns autores afirmam que o suporte nutricional melhora a qualidade de vida e outros discordam e sugerem que o fornecimento de fluido e de nutrição pode causar sobrecarga de líquidos e desconforto. Aborda a importância da promoção da qualidade de vida da pessoa em fase terminal com incapacidade de se alimentar, mantendo o conforto através do controlo dos sintomas, cuidados orais e alívio da sede, bem como, respeitando a sua autonomia e dignidade.

O terceiro estudo (Bükki et al; 2014), descreve-nos a redução da ingestão oral como um fenómeno que assinala a morte iminente. Aborda a pertinência do momento em que deve ser discutida e dada informação sobre a temática, ou seja, numa fase em que o cliente esteja capaz, em conjunto com a sua família/cuidador, de participar na tomada de decisão, na realização da DAV e do TV; a importância da opinião dos membros da família e da discussão ativa das suas preocupações e medos para dissipar os mitos; a relevância da promoção do conhecimento e da confiança da pessoa e dos seus familiares em questões relacionadas com a temática e do respeito pelos valores e preferências individuais; o mérito de uma comunicação aberta e verdadeira como estratégia nas diferentes intervenções dos profissionais de saúde.

No relatório: **Intervenções de enfermagem ao doente oncológico em fim de vida e família, no âmbito da alimentação e hidratação** (Félcio, 2019), é expressa a importância atribuída pela equipa multidisciplinar à identificação das necessidades no âmbito da alimentação e da hidratação de cada doente de forma individualizada, bem como, da participação ativa do doente, da família e da equipa multidisciplinar no processo de tomada de

decisão, com o objetivo de evitar a obstinação terapêutica. Aborda a importância da formação dos profissionais de saúde no âmbito da alimentação e hidratação do doente oncológico em fim de vida.

A análise e discussão dos quatro estudos permitiu identificar as seguintes estratégias:

- Promover uma comunicação aberta, verdadeira e empática de forma a garantir o direito da pessoa, em situação paliativa, e dos seus familiares de participarem ativamente na tomada de decisão sobre os cuidados no fim da vida.
- Promover uma relação terapêutica com a pessoa em fim de vida e com os seus familiares.
- Promover a aquisição do conhecimento e da confiança da pessoa e dos seus familiares/cuidadores em questões relacionadas com a diminuição progressiva da ingestão oral, e dos benefícios e malefícios das vias de alimentação alternativas, como, a alimentação entérica, a alimentação parentérica e a soroterapia, na fase terminal da doença.
- Facilitar as discussões e fornecer informação numa fase em que a pessoa esteja cognitivamente capaz de participar na tomada de decisão, em conjunto com a sua família/cuidador, e do expressar, se assim o desejar, através de uma DAV ou do TV.
- Respeitar a cultura e as crenças da pessoa e da sua família/cuidador subjacentes à alimentação.
- Reconhecer a importância da opinião dos membros da família e abordar ativamente as preocupações e os medos, para dissipar os mitos.
- Incorporar a discussão sobre a “perda” da via oral nas conferências familiares.
- Promover uma adequada transição saúde-doença, com aceitação e atribuição de um significado à “perda” da via oral.
- Proporcionar a consciencialização e aceitação da finitude própria ou do familiar como fator determinante no processo de luto.

1.3.4. Conclusão

A realização desta revisão de literatura permitiu verificar de forma transversal que a prática clínica deve ser sustentada no conhecimento e evidência científica e apoiada numa comunicação verdadeira, empática e clara, que fomente o desenvolvimento de uma relação terapêutica, com a pessoa em situação paliativa e sua família/cuidador. Permitiu ainda identificar que as estratégias implementadas pelos enfermeiros, no contexto da “perda” da via oral e iminente perda da vida da pessoa em situação paliativa e sua família/cuidador, abarcam o controlo dos sintomas, a gestão das expectativas, a promoção da autonomia da pessoa no processo de tomada de decisão, e da aquisição do conhecimento e da confiança da pessoa e família/cuidador sobre o processo fisiológico associado à gradual diminuição da ingestão

alimentar inerente à progressão da doença. Estas estratégias proporcionam uma adequada transição saúde-doença, com aceitação e atribuição de um significado à “perda” da via oral, consciencialização e aceitação da finitude, própria ou do familiar.

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

O estágio de natureza profissional desenvolvido no âmbito deste curso de Mestrado foi dividido em dois módulos, I e II. No primeiro módulo, com um total de 170h em contexto clínico, foi elaborado um projeto de desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. No módulo II, com um total de 340h, que decorreu nos mesmos contextos clínicos do módulo I, foi implementado o projeto de desenvolvimento de competências, cujos resultados são retratados neste relatório.

Decorreu em dois dos três contextos clínicos propostos pela OE para a área de especialização: numa EIOSCP e numa UCPED. O primeiro momento de estágio decorreu na EIHSCP do Serviço de Cuidados Paliativos (SCP) de um hospital, o qual também engloba a UCPED onde foi realizado o segundo momento de estágio.

O serviço de CP do hospital, onde foi realizado o ensino clínico, tem como missão: prestar cuidados de saúde rigorosos e humanizados aos doentes com sofrimento intenso resultante de doenças incuráveis, avançadas e progressivas (oncológicas ou não) que estejam ou não a fazer tratamento, que possa vir a alterar o prognóstico da sua situação clínica, e acompanhar os seus familiares/cuidadores no processo de adaptação à doença do seu familiar até ao luto; colaborar com outros profissionais de saúde que acompanham doentes com sofrimento intenso resultante de doenças graves e ameaçadoras da vida em regime de partilha de cuidados ou consultadoria; divulgar a filosofia e princípios dos cuidados paliativos pela população em geral; demonstrar cientificamente os benefícios dos cuidados paliativos; participar na organização e implementação dos cuidados paliativos em Portugal e participar de forma ativa na formação de profissionais de saúde e estudantes de cursos da área da saúde em cuidados paliativos.

Quanto aos objetivos específicos, o SCP fomenta o alívio do sofrimento e promove a qualidade de vida, a autonomia e a dignidade das pessoas com doenças incuráveis, graves e ameaçadoras da vida, recorrendo a cuidados de saúde rigorosos que agregam os problemas físicos, psíquicos, sociais e espirituais dos doentes e dos seus familiares/cuidadores; contribui para a humanização dos cuidados de saúde em geral, promovendo o respeito pelo doente, evitando a obstinação ou encarniçamento e todas as formas de tratamento que tenham como objetivo prolongar a sua vida; promove a aceitação da etapa final da vida como uma fase vulnerável e única da vida de cada pessoa; envolve a pessoa em situação paliativa no plano de intervenção; considera os familiares/cuidadores como elemento da equipa interdisciplinar até ao processo de luto; articula com outros serviços e/ou prestadores de cuidados ao doente,

nomeadamente outros serviços hospitalares, dos cuidados de saúde primários ou da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), de forma a garantir a continuidade de cuidados, se possível na área de residência do doente ou outro local da sua preferência.

O SCP, onde decorreram os estágios, abarca 3 valências: EIHSCP, para consultadoria ou acompanhamento partilhado de doentes internados em qualquer serviço da instituição; Consulta Externa de Cuidados Paliativos (CECP), para acompanhamento de doentes em regime ambatório, referenciados por médicos assistentes da instituição e pelo serviço de cuidados paliativos; UCPED, unidade de internamento para doentes com necessidade de cuidados paliativos de elevada complexidade. Participa de forma ativa na formação de profissionais de saúde do serviço (através de ações de formação periódicas e da colaboração nos estudos de investigação desenvolvidos pelos elementos da equipa no SCP) e na formação de estudantes de cursos da área da saúde em cuidados paliativos (estudantes de medicina e estudantes de enfermagem de diferentes graus académicos).

Atualmente, a equipa não tem projeto de melhoria contínua em desenvolvimento, dado que está a ocorrer uma organização e coesão de cuidados, para posterior implementação de um novo paradigma de desempenho do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com a criação do modelo das Unidades Locais de Saúde [Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP), 2023-2024].

Durante o estágio clínico tive a oportunidade de transitar pelas 3 valências do serviço de cuidados paliativos: na valência de consultadoria ou acompanhamento partilhado de doentes internados em qualquer serviço do hospital, como elemento da EIHSCP, e na valência da área de internamento em cuidados paliativos da UCPED, com igual número de horas (80H +170H por valência) e pela CECP, apenas a título elucidativo (por um período de 7H).

A CECP possuiu um gabinete de consulta conjunta (médico e enfermeiro), onde decorre toda a avaliação e intervenção ao doente e à sua família, uma sala de observação com 2 camas e 4 cadeirões e material clínico e não clínico necessário para realizar algum procedimento. As consultas externas são realizadas por dois médicos e por dois enfermeiros, de segunda a sexta-feira das 9 horas às 18 horas. Para além do horário de funcionamento das consultas é fornecido um contacto telefónico ao doente e à família, sendo o enfermeiro responsável pelo atendimento das respetivas chamadas. Na CECP, os registos de enfermagem são realizados de forma manual em folha de notas de enfermagem, criadas para esse efeito, anexadas em capa de arquivo e, se o doente não tiver sido referenciado pela EIHSCP, é também preenchido o documento em formato de papel da avaliação inicial utilizado pela EIHSCP. Deste modo, verifica-se a fragmentação da informação, uma vez que a equipa de enfermagem realiza parte dos registos em formato de papel, o que implica um maior dispêndio de recursos e de tempo que poderiam ser evitados com a implementação do formato digital.

2.1. Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

Os CP em Portugal, são legislados pela Lei nº52/2012- Lei de Bases de Cuidados Paliativos, que designa a EIHS CP como equipa de consultadoria que presta assistência e apoio diferenciado em cuidados paliativos aos diferentes profissionais e serviços do hospital, bem como aos doentes internados e suas famílias. No caso dos SCP com UCPED, a EIHS CP está integrada na UCPED, nos hospitais em que estas unidades não existem, a equipa funciona de forma independente.

O primeiro momento de estágio clínico realizou-se numa EIHS CP integrada numa UCPED do SCP de um hospital. Esta equipa concede consultadoria a todos os doentes internados na instituição hospitalar, após referenciação e pedido de colaboração das equipas médicas de outras especialidades e dos diferentes serviços, por via da plataforma de informação da instituição, sendo os doentes observados em contexto de enfermaria. Na EIHS CP, os profissionais deslocam-se ao serviço onde os doentes se encontram internados. O horário de atividade da equipa é das 8 horas às 15 horas de segunda a sexta-feira.

Os pedidos de colaboração realizados durante o estágio tiveram como principais motivos: controlo de sintomas (dor total, dispneia, sintomas gastrointestinais, sofrimento existencial, entre outros, como a inquietude e o delirium); colaboração na organização dos cuidados (organização da alta para o domicílio, transferência do doente para a UCPED, referenciação do doente para a RNCP), ajuda na tomada de decisão quanto aos objetivos dos cuidados de saúde, cuidados dirigidos ao conforto e à qualidade de vida da pessoa em situação paliativa (como por exemplo, suspender ou manter tratamentos, realizar ou suspender determinada manobra invasiva, decidir sobre sedação paliativa) e suporte emocional à pessoa em situação paliativa e à sua família/cuidador.

A intervenção da EIHS CP tem por base os quatro pilares dos cuidados paliativos, promovendo o desenvolvimento de uma relação empática e de confiança com a pessoa em situação paliativa e família/cuidador, através de uma comunicação adequada e verdadeira, da fomentação da expressão de sentimentos e medos, da prestação de suporte emocional, do provimento de informação clínica solicitada pelo doente e família/cuidador de forma a esclarecer dúvidas e a proporcionar uma adequada tomada de decisão pelo doente e família/cuidador, do controlo de sintomas através da prescrição terapêutica e da sugestão de formas de controlo não farmacológicas, da articulação da informação clínica e das alterações terapêuticas com a equipa médica e enfermeiro responsáveis pelo cliente, do serviço onde ele se encontra internado, do agendamento de conferências familiares (com a presença da família/cuidador, da equipa médica assistente e se necessário da assistente social) para organização de cuidados e definição dos objetivos dos cuidados de saúde no contexto do respetivo caso clínico.

Para a realização dos registos clínicos, os profissionais da EIHS CP deslocam-se à sala de reuniões do SCP, onde efetuam os registos em formato digital. Os profissionais de enfermagem realizam os registos nas notas gerais do programa informático da instituição. No primeiro

contato com o cliente é preenchido um documento em formato de papel com a avaliação inicial, que inclui, o diagnóstico principal, a Escala de Edmonton (ESAS), a Escala de Avaliação do Desempenho do Doente em Cuidados Paliativos-Palliative Performance Scale (PPS), o Genograma, o Ecomapa familiar, a identificação do cuidador principal ou do contacto de referência do doente. O facto de estas intervenções não estarem padronizadas no programa informático, torna o acesso mais difícil com um maior dispêndio de tempo, que poderia ser usado na atividade assistencial.

No que diz respeito aos recursos humanos, a EIHSCP dispõe da mesma equipa multidisciplinar do SCP (os médicos e os enfermeiros vão rodando pelas três valências) e o rácio diário inclui, geralmente, 3 enfermeiros, 5 médicos, 2 assistentes sociais e 1 psicólogo. Segundo o PEDCP (2023/2024), as dotações recomendadas relativamente aos recursos profissionais para este tipo de equipas são: 2 a 3 médicos, 2 a 3 enfermeiros, 2 psicólogos e 2 assistentes sociais, constatando-se assim, que à exceção do número de psicólogos que é inferior ao recomendado, obedece ao estabelecido pelo PEDCP.

A estrutura física da EIHSCP está integrada na UCPED. A equipa usufrui da sala de reuniões para a realização dos registos clínicos e para as reuniões diárias da equipa multidisciplinar, para discussão: dos planos de intervenção dos doentes de maior complexidade; do futuro encaminhamento dos doentes com estabilidade clínica; da evolução da situação clínica de alguns doentes; da ordem de trabalhos agendados para o dia (por exemplo agendamento de conferências familiares a realizar) e da distribuição dos doentes prioritários a serem observados, tendo em conta a sua sintomatologia e não a ordem de chegada dos pedidos de avaliação. Às segundas, quartas e sextas-feiras são abordadas as situações clínicas da EIHSCP, às terças-feiras os casos clínicos da UCPED e às quintas-feiras as situações clínicas da CECp.

Durante o estágio clínico tive oportunidade de participar nas reuniões diárias da equipa, que foi, sem dúvida, um momento de partilha e de aprendizagem, uma vez que essas reuniões abarcavam todas as valências, o que me permitiu observar e refletir na interligação das mesmas, perante as necessidades dos doentes e das suas famílias; perceber a abordagem da equipa multidisciplinar nos contextos clínicos mais complexos, bem como da importância da intervenção de cada elemento da equipa.

2.2. Unidade de Cuidados Paliativos de Elevada Diferenciação

A Lei de Bases que legisla os Cuidados Paliativos, mencionada anteriormente, Lei nº52/2012, organiza a prestação de cuidados de forma estruturada e integrada, promovendo o seu funcionamento em parceria com outras unidades, operacionalizando-se em serviços de internamento e equipas comunitárias, preconizando que as UCP prestam cuidados diferenciados e multidisciplinares a doentes que estão a vivenciar uma situação clínica grave, impulsionadora de sofrimento e subsequente a uma doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias/cuidador. Estas unidades estão integradas em

contexto hospitalar ou noutra instituição de saúde que assegure serviços de internamento, e comportam diferentes valências para além da hospitalização, desde apoio intra-hospitalar, centro de dia, apoio domiciliário e consulta externa.

A unidade de internamento, onde decorreu o segundo momento de estágio de natureza profissional, é uma unidade de cuidados paliativos especializados, ou seja, a sua atividade é exclusivamente a prestação de cuidados paliativos direcionados para clientes com elevado grau de complexidade, exigindo uma diferenciação e especialização dos profissionais que aí trabalham, desde os médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, nutricionista, psicóloga, assistente social e demais profissionais que colaboram com o serviço.

O internamento na UCPED é decidido pelos médicos do SCP, após avaliação do doente na consulta externa de cuidados paliativos ou no serviço de urgência ou outro serviço de internamento, ou em discussão do caso com o médico assistente do doente. Os doentes referenciados para admissão na UCPED devem preencher os seguintes critérios: doença incurável, avançada e progressiva, sem indicação para tratamento curativo ou que este recusa (após esclarecimento dos seus benefícios e riscos); apresentar sintomas e problemas físicos, psicológicos, sociais e/ou espirituais complexos com grande intensidade ou “insuportáveis” (intensidade ≥ 6 em 10, numa escala numérica), nomeadamente doentes com descompensação clínica aguda (por exemplo: com delirium, dor ou dispneia de difícil controlo), com ventilação e/ou comunicação francamente comprometida; doentes internados no serviço de medicina intensiva ou em unidades de transplantação a quem foi decidido suspender medidas com intuito curativo ou de suporte de órgão; família/cuidador informal que necessite de suporte da equipa interdisciplinar; necessidade de acompanhamento médico e de enfermagem, específico e diferenciado em cuidados paliativos. É ainda necessário aceitar ser internado na UCPED após informação dos objetivos do internamento. Caso o doente tenha alterações cognitivas que o impeçam de decidir, o internamento será decidido pelo médico assistente e pelo médico da UCPED, tendo em conta o melhor interesse do doente, devendo o representante legal ou pessoa de referência do doente ser informado da transferência. Quando existe lista de espera, a prioridade na admissão será estabelecida pelos médicos do SCP tendo por base os problemas identificados na avaliação realizada pela equipa do SCP. Em situação de gravidade sobreponível, é dada prioridade aos doentes mais jovens.

A estrutura física da UCPED é constituída por cinco enfermarias (duas com três camas e casa de banho incorporada, uma com duas camas, e duas com uma cama), com um total de dez camas, duas salas de banho assistido, uma sala de sujos e uma copa para os doentes. Engloba ainda duas salas de trabalho de enfermagem, uma sala de arrumos, uma sala de pausa/copa e uma casa de banho para os profissionais, um guiché administrativo, um gabinete do gestor clínico, um gabinete do gestor de enfermagem e uma sala de reuniões que é comum a todas as valências do serviço (consulta externa, EIHS e internamento). Em virtude desta Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) se encontrar integrada numa unidade hospitalar, tem um espaço

físico próprio, recursos distintos, com profissionais a ela afetos a tempo inteiro. Esta unidade cumpre o delineado no PEDCP (2023/2024), uma vez que tem um espaço físico independente, está integrada numa unidade hospitalar, tem recursos próprios, com profissionais a tempo inteiro a ela alocados e com dez camas. As instalações físicas da UCPED cumprem todas as recomendações referidas anteriormente. Contudo, considero que a casa de banho deveria estar equipada para banho geral assistido com banheira adequada, que pelo espaço diminuto não é possível; seria benéfico a criação de um espaço físico acolhedor, uma sala onde fosse possível realizar as conferências familiares e reunir com o doente num espaço mais privado; seria também interessante a criação de um espaço exterior, como por exemplo um jardim, do qual, os doentes e famílias pudessem usufruir.

Relativamente aos recursos humanos, a equipa multidisciplinar do SCP dispõe de: um gestor clínico, um gestor de enfermagem, nove médicos com formação avançada em cuidados paliativos, vinte e quatro enfermeiros, que estão distribuídos pelas 3 valências (UCPED, EIHSCP e CECP) e, dos quais, dezoito com formação avançada em cuidados paliativos, treze têm título profissional de especialista (dois em reabilitação, dois em comunitária e nove em médico-cirúrgica), dez assistentes operacionais, uma assistente administrativa, duas assistentes sociais (uma a tempo parcial), uma psicóloga (a tempo parcial) e um assistente espiritual. Existem voluntários que não fazem parte do serviço, mas que, quando necessário, dão apoio ao doente e à família. Subsiste também a intervenção de outros profissionais como: nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, entre outros, sempre que necessário. O SCP cumpre as dotações preconizadas no PEDCP (2023/2024), para os diferentes profissionais (num SCP de um hospital com 8 a 20 camas, está definido como dotação mínima de profissionais: médicos ≥ 2 , enfermeiros ≥ 11 , assistentes operacionais ≥ 7 , psicólogo ≥ 1 , assistente social ≥ 1).

O funcionamento da unidade é de vinte e quatro horas por dia durante todo o ano. A metodologia de trabalho preconizado pela equipa de enfermagem é o método individual, isto é, diariamente o enfermeiro responsável elabora a distribuição dos doentes de acordo com os rácios definidos e as necessidades dos clientes. O enfermeiro é responsável por prestar todos os cuidados aos doentes que lhe foram atribuídos no turno. Este é um método de trabalho onde não há divisão de tarefas, o que proporciona um cuidado mais holístico e uma maior satisfação por parte do doente e família/cuidador dos cuidados que recebem, exigindo, contudo, um maior número de recursos humanos.

A avaliação dos doentes, assim como o plano de cuidados de enfermagem, é registada em suporte informático no sistema de informação disponibilizado, que inclui todo o processo de enfermagem desde a avaliação inicial, plano de cuidados, atitudes terapêuticas, tabela terapêutica, escalas (escala numérica de avaliação da dor, a escala de Braden e a escala de Morse), bem como notas gerais e cartas de alta. As passagens de turno são os momentos de eleição para a equipa de enfermagem debater os casos clínicos do internamento.

Durante a realização do ensino clínico tive a oportunidade de consultar a documentação existente no serviço. Verifiquei a existência de protocolos elaborados pela equipa, que se encontram disponíveis no sistema operativo da instituição, de fácil acesso a todos os profissionais de saúde, entre os quais: guia orientador de administração de medicação subcutânea, protocolo de prevenção e tratamento da obstipação induzida por opióides e guia orientador de sedação paliativa. Participei na realização de algumas referenciações para a RNCP, bem como na articulação com a mesma.

O estágio clínico assume-se como um momento privilegiado, na formação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, para aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas, consolidação dos conhecimentos adquiridos e reflexão sobre a prática.

Como resposta a uma exigência do Mestrado, foi selecionado um caso clínico da prática, em cada um dos contextos (EIHSCP e UCPED) para ser abordado através da conceção de cuidados e posteriormente expostos.

3. CASO CLÍNICO 1 - EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS (EIHSCP)

Sr. X de 58 anos, a quem foi diagnosticado, em agosto de 2023, um Carcinoma Pulmonar de Não Pequenas Células (CPNPC). Pedida consultadoria à EIHSCP, no final do mês de agosto, para colaboração no controlo sintomático e ajuste de expetativas do cliente e família/cuidador face ao diagnóstico e prognóstico.

3.1. Enquadramento teórico

Caso Clínico

Sr. X, 58 anos, casado, trabalhador da construção civil. Vive com a esposa, no distrito do Porto, tem um filho, também ele casado, e uma neta com dez meses, que residem em casa própria. O cuidador principal é a esposa, a Sra. Y, de 56 anos, empregada fabril, atualmente de baixa médica. Conta ainda com o apoio do filho, com quem mantém uma relação de grande afetividade, e da nora.

Internado no final de julho de 2023 no serviço de Medicina Interna para estudo de um Síndrome Constitucional, com caquexia marcada. Foi-lhe diagnosticado, em agosto de 2023, um Carcinoma Pulmonar de Não Pequenas Células (CPNPC), com metastização difusa (pulmonar, ganglionar, hepática, óssea e cutânea) tendo tido alta clínica com orientação para a consulta de Pneumologia. Após a primeira consulta de Pneumologia ficou a aguardar o resultado do estudo molecular-NGS (*"Next-Generation Sequencing"*) para discussão e orientação terapêutica.

Recorreu ao serviço de urgência, no final do mês de agosto, por quadro de disartria, parestesias e dormência do membro superior direito (com resolução da alteração da linguagem nos primeiros trinta minutos). Foi observado pela Neurologia, realizou Tomografia Axial Computorizada (TAC) cerebral e posteriormente Ressonância Eletromagnética (RMN) cerebral, que confirmou o diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico sem sequelas. Aquando da admissão no serviço de urgência, o Sr. X estava com febre, tosse produtiva com expectoração, por vezes hemoptóica, e referia astenia marcada. Ficou internado no serviço de Pneumologia para vigilância e continuação da organização dos cuidados.

Medicação habitual do Sr. X: paroxetina (20mg/1cp ao pequeno-almoço); alprazolam (0,5mg/1cp ao deitar); naproxeno (250mg/1cp ao pequeno-almoço e outro ao jantar); tapentadol (50mg/2x

dia, e de 6/6H para alívio da dor); folicil (1cp/dia); pantoprazol (40mg/1cp em jejum); apixabano (5mg/1cp/dia); prednisolona (20mg/1cp/dia); enoxaparina (80mg/12/12H- SC); metoclopramida (10mg SOS- se náuseas ou vômitos). Tem como antecedentes pessoais: Hipertensão Pulmonar (HTP), Tromboembolismo Pulmonar (TEP) bilateral, anemia multifatorial (ferropénica, doença crónica), síndrome depressivo e é ex-fumador.

Relativamente ao apoio socioeconómico, o Sr. X, como nunca fez descontos para o serviço da segurança social, não usufrui de nenhum subsídio de doença.

Pedida consultadoria à EIHSCT, no final do mês de agosto, com a informação clínica de que se tratava de um doente com um adenocarcinoma pulmonar e metastização difusa. Internado por AVC, com desconforto generalizado e sofrimento existencial.

Entre o dia X/9/2023 e o dia Y/9/2023, o Sr. X iniciou Quimioterapia (QT), que suspendeu após o primeiro tratamento, por agravamento do estado clínico e progressão da doença. A EIHSCT reuniu com a equipa assistencial para discutir objetivos e local de cuidados. Dado que o doente não tinha condições clínicas para mais tratamentos, a equipa multidisciplinar foi unânime na tomada de decisão, quanto aos objetivos dos cuidados, que passam a ser dirigidos ao conforto.

Na primeira observação pela EIHSCT, o doente estava acompanhado pela esposa, deitado no leito, consciente, orientado e colaborante. Apresentava mau estado geral, caquexia e astenia, com palidez cutânea e das mucosas, alimentava-se com pouco apetite, sem disfagia e sem eliminação intestinal há vários dias. Apirético, com dispneia para pequenos esforços, a fazer oxigenioterapia, por Cânula Nasal (CN), a 2L/min. Referia cansaço, perda da autonomia no autocuidado, limitação funcional do Membro Superior Direito (MSD) com incapacidade de extensão do ombro (patologia osteoarticular). Sem qualquer sequela associada ao AVC, que teve recentemente. Mencionava dor localizada na região dorsal, que agravava com o movimento e melhorava em repouso (pelo que se mantinha restrito ao leito). Observado um nódulo cutâneo subxifoideu (metástase cutânea). Quanto à Palliative Performance Scale (PPS), o doente apresentava um valor de 60%, o que significa que necessitava de cuidados de saúde especializados frequentes. Encontrava-se extremamente debilitado, passava o dia no leito e necessitava de ajuda quase total no autocuidado. Do ponto de vista emocional, o Sr. X encontrava-se em sofrimento existencial, com humor deprimido e triste, com perceção do diagnóstico e do prognóstico da sua situação clínica. A esposa, a Sra. Y, estava inquieta, apelativa, com labilidade emocional.

Lista de problemas identificados pela EIHSCT: dor localizada na região dorsal, que agrava com o movimento e melhora em repouso; limitação funcional do MSD; perda da autonomia; obstipação; sofrimento existencial do Sr. X e sofrimento existencial da família/cuidador.

Plano: controlo de sintomas e suporte emocional ao doente e família. Sugerido pedido de apoio

socioeconómico. Executado ajuste terapêutico da dose da perfusão de morfina e dos laxantes prescritos.

18/09/2023 - Avaliação da EIHCP - Doente no leito, sem companhia, refere melhoria das queixas álgicas e da dispneia em repouso, mantém oxigenoterapia por CN a 2L/min. Sono reparador, anorexia e náuseas intensas, verbaliza: “só de me falarem em comida, fico com enjoo”. Menciona cansaço extremo e verbaliza: “Nem sei que fazer da minha vida”. No final da visita, quando nos estávamos a despedir, chegou a esposa do Sr. X que estava inquieta, triste e com labilidade emocional.

Lista de problemas identificados pela EIHSCP: caquexia em agravamento; anorexia; náuseas; astenia; via oral instável; sofrimento existencial do Sr. X e da Sra. Y.

Plano: controlo de sintomas. Iniciou haloperidol em dose baixa para controlo das náuseas. Prestado suporte emocional ao Sr. X, através da escuta ativa e dando-lhe oportunidade de exprimir os seus sentimentos e desejos.

Prestado suporte emocional à Sra. Y pela EIHSCP, sugerido acompanhamento pela psicóloga da equipa, que a cuidadora recusou, tendo referido que apenas precisava de medicação para conseguir descansar à noite e que já tinha consulta agendada no médico de família, para o efeito e para tratar da sua situação laboral (baixa médica).

19/09/2023 - Avaliação da EIHCP: doente no leito, acompanhado pela esposa. Tranquilo, identificado e triste (à nossa chegada com os olhos fechados, pouco comunicativo), refere controlo sintomático da dor e da dispneia (oxigenoterapia por CN a 2L). Mantém anorexia, via oral instável, alimenta-se com pequenas quantidades, sem eliminação intestinal nos últimos dias (recusa laxantes), nega queixas abdominais. Sem acesso venoso periférico.

Lista de problemas identificados pela EIHSCP: caquexia em agravamento; anorexia; astenia; via oral instável; obstipação; sofrimento existencial do Sr. X e da esposa; perda do acesso venoso periférico.

Plano: mantém orientação e cuidados de conforto. Por perda de acesso endovenoso, realizada rotação da via de administração terapêutica para subcutânea, da perfusão de morfina e de toda a medicação compatível com a via subcutânea. Pela perda progressiva da via oral, é feito ajuste da tabela terapêutica, mantendo apenas o necessário por via oral. Prestado suporte emocional ao Sr. X, através da escuta ativa, inicialmente com uma resposta verbal escassa por parte do doente que estava pouco comunicativo, e respeitado o silêncio. Concedido suporte emocional à esposa do Sr. X. No mesmo dia, a EIHCP reuniu com a Sra. Y, que se encontra mais ajustada à situação, mas muito ansiosa com a recusa alimentar do marido, com a perda da via oral. A EIHSCP prestou suporte emocional à cuidadora, permitindo que esta expusesse as suas dúvidas relativamente à alimentação do seu familiar e informando-a de que a maioria dos doentes, em situação paliativa, diminuem a ingestão oral. A deterioração contínua do seu estado de saúde, a

síndrome constitucional, a perda de desejo pela comida, a náusea, a fragilidade generalizada, levam a um desinteresse e recusa de ingestão oral por parte da pessoa em fase terminal e consequente perda da via oral, sendo este um processo fisiológico e progressivo.

26/09/2023 - Avaliação da EIHSC: doente acompanhado pela esposa, mais prostrado, pouco comunicativo, restrito ao leito, sono agitado, agravamento das queixas álgicas com necessidade de efetuar quatro doses de resgate de morfina nas últimas 24H. Alimenta-se em reduzida quantidade (algumas colheres de gelatina e um gelado), sem eliminação intestinal há vários dias, cateter urinário com urina alaranjada e baixo débito. Esposa com expectativas adequadas à situação e ajustada à recusa alimentar do marido; triste e com humor deprimido.

Lista de problemas identificados pela EIHSCP: dor não controlada; sono comprometido; perda da via oral; obstipação; eliminação urinária comprometida. Doente referiu, no dia anterior, dificuldade em urinar e, para conforto do doente, foi colocado cateter urinário, pela urologia (a equipa de enfermagem responsável pelo doente tentou algaliar o doente, mas sem sucesso). Sofrimento existencial do Sr. X e sofrimento da família.

Plano: mantém cuidados dirigidos ao conforto. Ajustada tabela terapêutica: prescrita toma fixa de morfina antes dos cuidados de higiene, aumento da dose da morfina da perfusão contínua e associado midazolam à perfusão; suspenso o alprazolam e aumentada a dose do haloperidol fixo (toma da noite). Proporcionado suporte emocional à Sra. Y no processo de adaptação às perdas sucessivas e ao luto.

27/09/2023 - Avaliação da EIHSCP: doente acompanhado pela esposa, prostrado, recusou cuidados de higiene, a dormir, acorda por períodos quando estimulado. Refere controlo sintomático da dor e da dispneia, com perda da via oral e recusa alimentar, sem dejeções, cateter urinário com urina acastanhada e com baixo débito urinário. A Sra. Y estava tranquila, mas triste.

Mantidos os cuidados dirigidos ao conforto, doente em provável situação clínica de últimos dias/horas de vida. Reforçado suporte emocional à Sra. Y no processo de luto.

Ainda no encadeamento do caso clínico, de seguida apresenta-se na Figura 1, o Genograma Familiar do Sr. X.

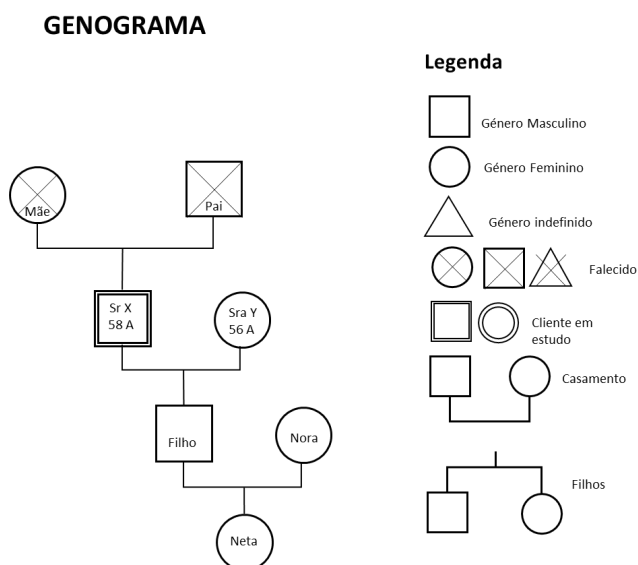


Figura 1 - Genograma Familiar do Sr. X

Enquadramento teórico

A partir de um caso clínico real, foi elaborado um plano de cuidados, baseado na evidência científica e com recurso à plataforma e4nursing, uma “Plataforma Web-Based Bilíngue (Português/Inglês) orientada para o processo de conceção de cuidados de enfermagem, com uma arquitetura assente nas principais etapas do processo de tomada de decisão clínica e com uma estrutura de conteúdos alinhada com a Ontologia de Enfermagem, aprovada pela Ordem dos Enfermeiros” (ESEP, 2022).

Cuidados paliativos

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

Neste caso clínico, a valência assistencial foi a EIHS CP. Em conformidade com Portaria nº 165/2016 no capítulo II, secção IV, artigo 8.º, a EIHS CP é caracterizada como: “uma equipa

multidisciplinar, dotada de recursos específicos. Presta aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital, assim como aos doentes e suas famílias; assistência na execução do plano individual de cuidados aos doentes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação. Articula-se e complementa-se com outras unidades e equipas da instituição de saúde onde se encontra integrada". No artigo 9.º, a EIHSCP assegura, designadamente: "a) consulta e acompanhamento de doentes internados na instituição de saúde onde se encontra integrada; b) intervenção psicológica para doentes, profissionais e familiares; c) intervenção e apoio social; d) apoio e intervenção no luto; e) intervenção espiritual; f) assessoria na área dos cuidados paliativos a profissionais de saúde designadamente dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados integrados, da respetiva área de influência da instituição de saúde onde a EIHSCP se encontra integrada e g) formação em cuidados paliativos".

Conforto em cuidados paliativos

Um dos objetivos primordiais dos cuidados paliativos é a promoção do conforto da pessoa em situação paliativa e da sua família/cuidador. Paliar é confortar, controlar sintomas, ouvir, respeitar, compartilhar, acolher, acompanhar até à morte e no luto o doente e a família/cuidador. Conforto, do latim "*confortare*", significa fortalecer, corroborar, conceder, consolar, aliviar, assistir, ajudar e auxiliar. O conforto pode ser descrito como um construto complexo e multidimensional, que compreende uma experiência subjetiva, positiva e individual, que pode ser vivida em situações de doença pela pessoa, sendo o objetivo derradeiro do cuidado ao doente (Luís & Apóstolo, 2009).

Kolcaba define o conforto como a condição vivenciada pelas pessoas que usufruem de intervenções promotoras de conforto. Experiência imediata e holística da satisfação (ativa, passiva ou cooperativamente). A teoria desenvolvida por Katherine Kolcaba, "Teoria do Conforto", está organizada segundo um molde bidimensional, em que a primeira abarca três estados de conforto designados por alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio correlaciona-se com a satisfação imediata de uma necessidade, tais como, controlo da dor e da dispneia, A tranquilidade diz respeito a um nível de bem-estar e serenidade. A transcendência corresponde a um estado na qual o cliente se sente capaz e demonstra ultrapassar um desconforto, ainda que a sua extinção não seja possível. Na segunda dimensão enunciam-se as quatro vertentes da experiência humana suscetíveis de desconforto, a dimensão física associada às sensações corporais, como, por exemplo, o controlo de sintomas; a dimensão psicoespiritual, relacionada com o autoconhecimento, a autoestima, sentido da vida e espiritualidade; a dimensão social, alusiva às relações interpessoais, relações culturais, família e aspetos económicos e a dimensão ambiental como o espaço, luminosidade, barulho, cores, temperatura do ambiente (Kolcaba, 1994).

O conforto é um domínio complexo pela dificuldade em mensurá-lo e a consequente limitação em definir intervenções efetivas. O conforto, em CP, é o estado que se pretende que a pessoa em situação paliativa atinja, através do alívio do sofrimento em todas as dimensões. Numa determinada situação clínica, o controlo de sintomas físicos pode ser suficiente para a promoção do estado de conforto. Contudo, noutras situações pode estar associado à promoção do bem-estar emocional e espiritual. Kolcaba propõe três categorias de intervenções promotoras de conforto: intervenções fomentadoras do controlo e manutenção do equilíbrio, como o controlo da dor; intervenções do desenvolvimento de uma relação empática e de confiança com recurso à comunicação clara e verdadeira, e partilha de informação com vista a reduzir a ansiedade perante a incerteza e a esperança realista, tendo em conta a situação clínica da pessoa. Na terceira categoria, as intervenções promotoras da espiritualidade e do bem-estar emocional através da oração e outras práticas espirituais com o objetivo de atingir a transcendência. Segundo a autora, quando os conflitos existenciais são resolvidos/ultrapassados, os sintomas estão controlados, a dignidade preservada e a família demonstra expectativas adequadas e aceita a finitude do seu familiar, estamos perante uma situação/experiência de bem-estar e conforto promotora de uma boa morte (Lin et al., 2023).

Os profissionais de saúde devem procurar desenvolver as suas intervenções sempre com o objetivo de promover o conforto e defender a dignidade do cliente e dos seus familiares/cuidadores. Nesta fase de vida, em grande parte das situações, o cliente não é capaz de satisfazer, de forma autónoma, as suas necessidades pelo que o primeiro passo para o conforto do cliente é o desenvolvimento de um plano avançado de tomada de decisão, discutido com o cliente e família, sobre os objetivos dos cuidados assim como as intervenções a serem executadas. O controlo sintomático surge como outro pilar essencial para o conforto, bem como o suporte psicológico, emocional e espiritual, fundamentado numa comunicação calma e verdadeira, mostrando disponibilidade e promovendo a expressão de sentimentos e medos pela pessoa e família/cuidador, bem como a resolução de conflitos e de reconciliações. Relativamente à espiritualidade, deve-se ter em com as crenças religiosas assim como valores e significados de vida do cliente e família/cuidador, recorrendo ao apoio do capelão ou assistente espiritual, sempre que solicitado (Lin et al., 2023).

Síndrome constitucional

Síndrome multifatorial definida pela progressiva perda de massa muscular esquelética (com ou sem perda de massa gorda), mediada pela resposta inflamatória, que não pode ser totalmente revertida pelo suporte nutricional convencional e leva a progressivo comprometimento funcional (Internacional Cachexia Consensus, 2011). É o diagnóstico secundário mais frequente nos doentes oncológicos, em que, 10-20% dos doentes, com cancro, morre por consequência direta da malnutrição. A progressão depende da severidade da doença oncológica, do grau de inflamação sistémica, do grau de redução da ingestão alimentar/nutricional e da não resposta

aos tratamentos. O tratamento passa por uma adequada e regular triagem nutricional e por um adequado suporte nutricional, incluindo (se necessário) nutrição entérica ou nutrição parentérica, recomendada em todas as pessoas diagnosticadas com esta síndrome e a realizar tratamento antineoplásico, e com sobrevida esperada de mais de seis meses. Nas pessoas com expectativa de sobrevida inferior a seis meses, recomenda-se a diminuição das intervenções nutricionais invasivas, com orientação dietética e suplementos orais, se possível. Na pessoa com expectativa de sobrevida inferior a algumas semanas, o cuidado direcionado ao conforto é o recomendado, incluindo aliviar a sede, angústia e outros sintomas extenuantes (Arends et al., 2021).

No atual contexto clínico, foi pedida a colaboração da nutricionista que, dada a situação clínica do Sr. X e prognóstico da doença, recorreu à orientação dietética a gosto do doente e a suplementos orais, conforme tolerância e direcionada para o conforto.

Cancro do pulmão

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica o Cancro do Pulmão em dois subtipos histológicos principais: Cancro do Pulmão de Pequenas Células (CPPC) e Cancro do Pulmão de Não Pequenas Células (CPNPC). O CPNPC pode ser dividido em três subtipos histológicos principais: adenocarcinoma; carcinoma de células escamosas e carcinoma de células grandes, sendo o adenocarcinoma o mais comum. O CPNPC é um grave problema de saúde pública em todo o mundo, é um cancro muito agressivo que se manifesta através de nódulos ou massas pulmonares, que acometem com frequência a pleura. O seu diagnóstico, na maioria dos casos, sucede em estágio avançado e inoperável. É predominantemente uma doença de fumadores, mas são vários os fatores de risco associados à oncogénese do CPNPC que não estão relacionados com o tabaco, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), infeções pulmonares repetidas, antecedentes de tuberculose, défice ou excesso de vitamina A, hepatite B e o Vírus do Papiloma Humano (HPV), podem contribuir para o desenvolvimento desse tipo de neoplasia (Vieira et al., 2017). Caracterizado por um crescimento tumoral rápido, disseminação metastática precoce e prognóstico clínico grave, as principais características do CPNPC, quanto à evolução clínica, são a baixa resposta ao tratamento e a sobrevida (com um dos maiores índices de mortalidade no mundo). Os sinais e sintomas dependem da localização e tamanho do tumor primário e se a doença é localizada ou disseminada. Os sintomas iniciais podem incluir tosse, dispneia, hemoptise e sibilância. Os doentes podem apresentar sintomas como edema facial, cervical e dos membros superiores e dispneia, rouquidão decorrente do envolvimento do nervo laríngeo, disfagia decorrente da compressão esofágica e dor torácica pleurítica decorrente do envolvimento pleural. Os sintomas da doença metastática generalizada podem incluir perda de peso e dor óssea, bem como cefaleias, parestesias ou dormência e confusão por doença do Sistema Nervoso Central (SNC). O estadiamento preciso é crucial, considerando que a doença em estadio inicial é tratada com intenção curativa, enquanto a doença em estadio avançado é incurável e tratada com intenção paliativa. No CPNPC, o genótipo do tumor e o nível de

expressão determinam a escolha do tratamento (Govindan et al., 2022). Os principais tratamentos realizados à pessoa com diagnóstico de CPNPC são: intervenção cirúrgica, Radioterapia (RT), QT e, recentemente, tratamento dirigido aos alvos moleculares, associados entre si, de acordo com o estadiamento da neoplasia (Vieira et al., 2017).

Na situação clínica exposta, após o resultado do estudo molecular-NGS (*"Next-Generation Sequencing"*) e da anatomia patológica, o caso clínico foi apresentado em reunião de grupo de Pneumologia oncológica, tendo sido decidido o tratamento sistêmico de QT, o qual teve início nos primeiros dias do mês de setembro de 2023. Por agravamento da situação clínica do Sr. X e progressão da doença, apenas foi realizado o primeiro tratamento de QT.

Quimioterapia

A QT é um tratamento de efeito sistêmico, muito utilizada para combater o cancro, usa fármacos citotóxicos com a capacidade de retardar ou parar o crescimento das células tumorais (Freire, 2017). Os agentes antineoplásicos têm um índice terapêutico estreito e, como tal, pequenas alterações na dose podem resultar em toxicidade inaceitável. As características pré-tratamento, incluindo idade, status de desempenho, medicamentos concomitantes, função renal e hepática, variabilidade farmacocinética e farmacodinâmica entre clientes, caquexia, obesidade e outras comorbidades interferem com a eficácia e o perfil de toxicidade de muitos agentes administrados. Segundo Freire (2017), de acordo com a sua finalidade, a QT é classificada em: quimioterapia de indução (de doses mais elevadas, realizada com o intuito curativo, em que o objetivo é a remissão completa); adjuvante (a quimioterapia é realizada após a cirurgia e tem como objetivo a destruição de células residuais); neoadjuvante (realizada antes do tratamento cirúrgico, para se obter a redução parcial do tumor, visando permitir uma complementaridade terapêutica com a cirurgia ou com a radioterapia) e paliativa (realizada com o intuito de reduzir a massa tumoral e os sintomas associados, promovendo uma melhor qualidade de vida do doente. Existem vários tratamentos de QT, sendo que pode ser utilizado apenas um fármaco (monoterapia), bem como a combinação de vários fármacos (poliquimioterapia). Geralmente, as neoplasias não respondem totalmente à utilização de apenas um fármaco, pelo que a maioria dos protocolos utilizados consistem na combinação de vários citotóxicos de diferentes classes de antineoplásicos (Govindan et al., 2022).

Síndrome depressivo

A depressão e a ansiedade são alterações emocionais/mentais e frequentemente são comorbidades uma da outra. Distingui-las pode ser uma tarefa difícil. Algumas informações como a história familiar, os antecedentes clínicos e uma observação pormenorizada podem ajudar a realizar o correto diagnóstico. A ansiedade é uma resposta natural do ser humano. Perante uma situação desfavorável, desconfortável, pode atingir níveis de intensidade excessivos e passar a ser diagnosticada como um transtorno, uma doença, com alterações

emocionais e físicas, onde se inclui a depressão, com necessidade de tratamento adequado (Sousa, 2015). A depressão caracteriza-se por um sentimento patológico de tristeza, desânimo e perda de interesse nas atividades diárias. Na depressão clínica existe uma evidente dificuldade de adaptação à doença e sofrimento existencial que interfere com a vida quotidiana do doente. O tratamento não farmacológico requer uma abordagem multidisciplinar das causas reversíveis, uma relação de ajuda e, por vezes, a intervenção da psicoterapia. Como intervenção paralela ao tratamento não farmacológico, a terapêutica farmacológica permite um tratamento global da depressão. Os grupos farmacológicos utilizados são: antidepressivos tricíclicos, inibidores da recaptação da serotonina e psicoestimulantes (Monteiro et al., 2017). Quando uma pessoa é confrontada com o diagnóstico de uma doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, é desencadeada uma situação de crise, podendo a reação psicológica incluir medo, tristeza, perplexidade e raiva. Estes sintomas podem ser flutuantes ao longo do dia e habitualmente este impacto inicial pode ser controlado com o apoio de equipas multidisciplinares, família e cuidadores (Sousa, 2015).

O Sr. X tinha como antecedentes clínicos um síndrome depressivo e, do ponto de vista farmacológico, foi mantida a terapêutica que já fazia no domicílio, que incluía um antidepressivo (paroxetina, 20mg/1cp ao pequeno-almoço) e um ansiolítico (alprazolam, 0,5mg/1cp ao deitar) e, paralelamente, foi estabelecida uma relação de ajuda através de uma abordagem centrada na pessoa e na família, da escuta ativa, da empatia e da criação de uma relação de confiança.

Sufrimento em fim de vida

O sofrimento é uma característica ontológica do ser humano, enquanto “consciente de si” e confrontado com a sua vulnerabilidade e finitude. Descrito pelo International Council of Nurses (ICN) como sendo "uma emoção negativa: sentimentos prolongados de grande pena associados a martírio e à necessidade de tolerar condições devastadoras, isto é, sintomas físicos crónicos como a dor; desconforto ou lesão, stress psicológico crónico, má reputação ou injustiça" (CIPE, 2019). O sofrimento representa um ato ou efeito de sofrer, dor física, angústia, aflição, amargura, paciência e resignação. O ser humano tem como característica inerente o sofrer. O sofrimento é uma experiência única singular (Neto, 2020). É necessário ter em conta diferentes dimensões que se articulam com o indivíduo, como os aspetos culturais, sociais, educacionais, económicos e de natureza interpessoal que, muitas vezes, o predispõem a vulnerabilidades, ou seja, a situações de risco indevido ou desconhecido. O sofrer biológico trata de uma dimensão física, em que a dor funciona como um indicador de que algo precisa ser revisto. Observa-se também o sofrer na dimensão psíquica, que, muitas vezes, se relaciona com o biológico. Outro sofrer é o espiritual, agregado ao questionamento da sua identidade e à busca de respostas. Vivenciar o sofrimento faz o ser humano aproximar-se de si, levando-o até ao autoconhecimento, para que se possa viver em maior plenitude. De certa forma, o sofrimento deixa de o ser no momento em que se lhe descobre um sentido (Frank, 2012). Dar um significado à condição sofrida, frequentemente, reduz, ou mesmo elimina, o sofrimento a ela

associado. Dor e sofrimento são termos por vezes utilizados como sinónimos e, de facto, embora se devam distinguir, são entidades psicológicas próximas. Referimo-nos à dor enquanto sensação essencialmente física associada a uma determinada agressão dos sistemas orgânicos e ao sofrimento como uma sensação “psíquica” associada a sentimentos de perda e/ou de culpa que normalmente ocorrem nas várias crises acidentais e do desenvolvimento humano. A dor física nunca é somente física, ela atinge o psíquico através do físico. Reciprocamente, os sofrimentos psicológicos marcam-se no corpo e somatizam-se (Encarnação et al., 2015).

Os cuidados de excelência à pessoa em situação paliativa, requerem uma complexa avaliação sintomática das necessidades do doente e dos cuidadores/famíliares, na elaboração de um plano holístico, tendo como diretrizes defender a vida e aceitar a morte como um processo natural. Promover a autonomia e a dignidade do doente e do cuidador, melhorando o seu bem-estar e qualidade de vida, através de planos terapêuticos individualizados e holísticos, que abordem os problemas físicos, psíquicos, sociais e espirituais. Algumas famílias transportam feridas profundas sendo impossível, num curto espaço de tempo, encontrar a tranquilidade. Convém assinalar que o sofrimento dos familiares pode até ser maior que o dos próprios doentes, que, incapazes de o reconhecer e assumir, projetam o seu próprio sofrimento no doente. A história de cada família faz-se de várias etapas e vivências. A equipa de saúde deve ser capaz de reconhecer esta realidade e ajudar a clarificar, mobilizando meios para apoiar devidamente a família cuidadora.

O processo de luto começa muito antes da morte do doente, provavelmente no momento do diagnóstico da doença. Sendo este um processo fisiológico, deve ser encorajado e não escondido, nem minimizado (Neto, 2020). De um modo geral, pode-se dizer que as famílias possuem ferramentas para percorrer esse trajeto e reajustar-se progressivamente a esse período. As equipas de cuidados paliativos devem ter programas de apoio ao luto, colaborando com as famílias em busca de um sentido. Com a perspetiva de que o sofrimento não é apenas físico, deve ser abordado e tratado nas suas várias vertentes (existencial, espiritual, psicológica e social), através de uma abordagem centrada na pessoa e na família e da criação de uma relação de confiança (Neto, 2020). A escuta ativa, a empatia, a autenticidade, a compaixão pelo outro, e a aceitação incondicional do outro, são princípios que ajudam a diminuir o sofrimento da pessoa e família em situação paliativa (Santos et al., 2017).

A esposa e o filho, principalmente a esposa, cuidadora principal do Sr. X, alteraram as suas rotinas para poderem acompanhar o doente. A cuidadora teve de ajustar a sua vida familiar em sua casa e com o seu emprego (estando no presente momento de baixa médica). A EIHS CP proporcionou, várias vezes, suporte emocional à Sra. Y no processo de adaptação às várias perdas e no luto, permitindo que esta expusesse as suas dúvidas e expressasse os seus sentimentos, através da escuta ativa, da empatia e da disponibilidade da equipa. Foi sugerido acompanhamento pela psicóloga da EIHS CP que a Sr. Y recusou.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 58 anos | Masculino

Cuidador

18-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Parentesco: cônjuge.

18-09-2023 08:00 - Coabita com a pessoa dependente.

18-09-2023 08:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

18-09-2023 08:00 - Dificuldade do cuidador em reter nova informação.

18-09-2023 08:00 - Dificuldade do cuidador em recuperar informação.

18-09-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no andar: suficiente para assegurar na totalidade.

18-09-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se

18-09-2023 08:00 - suficiente para assegurar na totalidade.

18-09-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para dar banho

18-09-2023 08:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - suficiente para assegurar na totalidade.

18-09-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para deslocar cliente em cadeira de rodas: suficiente para assegurar na totalidade.

18-09-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para posicionar

18-09-2023 08:00 - Dispositivo: Cama articulada - suficiente para assegurar na totalidade.

18-09-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para transferir

18-09-2023 08:00 - suficiente para assegurar parcialmente.

18-09-2023 08:00 - Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar na totalidade.

3.3. Medicação

Início

Medicação

Fim

2023-09-18 08:00:00 Haloperidol 1mg SC (8h)

Início	Medicação	Fim
2023-09-18 08:00:00	Haloperidol 2,5mg SC (22h)	2023-09-27 08:00:00
2023-09-18 08:00:00	Alprazolam 1mg PO (21h)	2023-09-27 08:00:00
2023-09-18 08:00:00	Mirtazapina 15mg PO (comp orodispersível) (22h)	2023-09-27 08:00:00
2023-09-18 08:00:00	Paroxetina 20mg PO (9h)	2023-09-27 08:00:00
2023-09-18 08:00:00	Lactulose 10g/15ml PO (9h,13h,19h)	2023-09-27 08:00:00
2023-09-18 08:00:00	Morfina 3mg SC (9h)	
2023-09-18 08:00:00	Morfina 3mg SC (SOS)	
2023-09-18 08:00:00	Paracetamol 1 gr EV (SOS)	2023-09-19 08:00:00
2023-09-18 08:00:00	Metoclopramida 10mg EV (9h, 13h, 19h)	2023-09-19 08:00:00
2023-09-18 08:00:00	Morfina 20 mg/dia EV (perfusão contínua)	2023-09-19 08:00:00
2023-09-18 08:00:00	Bisacodilo 10mg retal (9h)	
2023-09-18 08:00:00	Prednisolona 10mg PO 2/2 dias (9h)	2023-09-27 08:00:00
2023-09-18 08:00:00	Salbutamol 100µg/dose - Sol. Inalatória - 100µg INA - SOS	
2023-09-18 08:00:00	Brometo de Ipratrópio 20µg/dose - Sol. Inalatória - 40µg INAL - 8/8h - (7h-15h-23h)	
2023-09-18 08:00:00	Pantoprazol 40mg PO (9h)	2023-09-27 08:00:00
2023-09-18 08:00:00	Nistatina + Lidocaína 2% + Bicarbonato de Sódio 1,4% - Suspensão - 10ml - PO (9h, 13h, 19h)	2023-09-27 08:00:00
2023-09-19 08:00:00	Metoclopramida 10mg SC (7h, 19h)	
2023-09-19 08:00:00	Morfina 20 mg/dia SC (perfusão contínua)	2023-09-27 08:00:00
2023-09-27 08:00:00	Haloperidol 2,5mg SC (SOS)	
2023-09-27 08:00:00	Morfina 26 mg/dia SC (perfusão contínua)	
2023-09-27 08:00:00	Midazolam 7,5mg/dia SC (adicionar há perfusão contínua de morfina)	

3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

As intervenções farmacológicas executadas pelos enfermeiros para controlo sintomático fomentam um dos pilares dos cuidados paliativos. Entre outros princípios, e de acordo com o preconizado pelos cuidados paliativos, a via de eleição para a administração terapêutica é a Via Oral (VO), e quando esta fica instável ou é perdida, a Via Subcutânea (SC).

Assim, de seguida será feita uma breve referência às principais características da medicação prescrita (indicações, reações adversas e efeitos secundários) e aos aspectos de enfermagem a considerar.

Metoclopramida é um modificador da motilidade gástrica ou procinético, antiemético e antivertiginoso. Está indicado para prevenção e tratamento de náuseas e vômitos. Está indicada no tratamento da estase gástrica, do refluxo esofágico e no tratamento e prevenção das náuseas e vômitos. Pode ser administrada por via VO, SC, EV e Intramuscular (IM). Reações adversas e efeitos secundários: agitação, sonolência, fadiga, reações extrapiramidais,

depressão, irritabilidade, ansiedade, arritmias (arritmias supraventriculares, bradicardia), hipertensão, hipotensão, obstipação, diarreia, náuseas, xerostomia, neutropenia e leucopenia. Implicações para a prática de enfermagem: avaliar as náuseas e os vômitos, a distensão abdominal e sons intestinais antes e após a administração, monitorizar periodicamente a existência de reações extrapiramidais (dificuldade em falar e em deglutir, perda do equilíbrio, rigidez, tremores, espasmos musculares, distonias, incapacidade de mover os olhos, diminuição da força nas pernas e braços). Os efeitos extrapiramidais podem surgir com doses terapêuticas em qualquer grupo etário, mas são mais comuns em crianças e adolescentes e com doses elevadas. Podem ocorrer semanas ou meses após o início da terapêutica e são reversíveis por suspensão do fármaco. Para prevenção dos efeitos extrapiramidais a administração por via EV deve ser executada lentamente e diluída (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2009).

A utilização da metoclopramida no estudo de caso em análise prende-se com a necessidade de tratamento e prevenção das náuseas e da regurgitação, decorrentes da progressão da doença oncológica do cliente.

Bisacodilo é um laxante de contato que está indicado no tratamento da obstipação e evacuação intestinal antes de estudos radiológicos ou cirúrgicos. Estimula a mucosa do intestino grosso, promove o peristaltismo do cólon e a retenção de água e, conseqüentemente, de eletrólitos no lúmen o que resultar na estimulação da defecação, redução do tempo de transito e amolecimento das fezes. Reações adversas e efeitos secundários: náuseas cólicas, diarreia, queimadura rectal, hipocaliemia (com o uso crónico), enteropatia com perda de proteínas e tetania (com o uso crónico). Implicações para a prática de enfermagem: avaliar a distensão abdominal, a presença de sons intestinais e o padrão usual do funcionamento intestinal; observar a cor, consistência e quantidade das fezes (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2009).

Lactulose é um agente fisiológico que está indicado no tratamento da obstipação crónica, no adulto e nas pessoas idosas, e no tratamento adjuvante da encefalopatia portal sistémica hepática. Aumenta a quantidade de água contida nas fezes amolecendo-as, baixa o pH do intestino grosso, inibindo a difusão de amónia do cólon para o sangue, reduzindo assim os níveis de amónia no sangue. Reações adversas e efeitos secundários: distensão abdominal, flatulência, meteorismo, eructação, desconforto e aumento da sede, normalmente transitórios, náuseas e vômitos (com pouca frequência), diarreia. Implicações para a prática de enfermagem: monitorizar a existência de distensão abdominal, presença de ruídos intestinais e o número de defeções. Monitorizar cor, consistência e quantidade de matéria fecal. Na encefalopatia portal sistémica hepática monitorizar o estado de consciência antes e periodicamente ao longo do tratamento. Monitorizar os níveis da glicemia nos doentes diabéticos (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2009).

No presente caso clínico, o bisacodilo e a lactulose foram prescritos para o tratamento da obstipação crónica do cliente agravada pelo uso de opióides (morfina) para controlo da dor.

Brometo de Ipratrópio é um broncodilatador/antiasmático com propriedades anticolinérgicas indicado para o tratamento sintomático de broncoespasmos reversíveis, na DPOC, rinorreia associada à rinite alérgica e tratamento adjuvante do broncospasmo incitado pela asma. Reações adversas e efeitos secundários: tremor, dores de cabeça, aumento da frequência cardíaca, palpitações, irritação na boca e garganta, câibras musculares, rubor, prurido, edema e dispneia. Implicações para a prática de enfermagem: monitorizar a frequência respiratória e a frequência cardíaca antes da administração e no pico da terapêutica. Se ocorrerem broncoespasmos paradoxais, suspender a terapêutica e avisar imediatamente o médico. Monitorizar as alergias à atropina e aos alcalóides de beladona, uma vez que, os doentes alérgicos a estes componentes podem também ser sensíveis ao ipratrópio (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2009).

Salbutamol é um broncodilatador/antiasmático e um estimulante beta-adrenérgico, indicado para o tratamento e prevenção da obstrução reversível das vias respiratórias provocada pela asma ou DPOC, como fármaco de alívio rápido do broncospasmo agudo e na prevenção do broncospasmo induzido pelo exercício físico. Pode ser usado como fármaco de controlo a longo prazo em doentes com broncospasmo crónico/persistente. Reações adversas e efeitos secundários: tremor, dores de cabeça, aumento da frequência cardíaca, palpitações, irritação na boca e garganta, câibras musculares, vermelhidão, prurido, edema e dispneia. Implicações para a prática de enfermagem: monitorizar a frequência respiratória e a frequência cardíaca antes da administração e no pico da terapêutica. Se ocorrerem broncoespasmos paradoxais, suspender a terapêutica e avisar imediatamente o médico (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2009).

Neste caso clínico, tendo em conta o seu efeito broncodilatador, quer o brometo de ipratrópio, quer o salbutamol foram prescritos para controlo da dispneia recorrente da situação clínica.

Morfina é um opióide indicado para tratamento sintomático da dor moderada a severa, na sedação pré-operatória e como adjuvante da anestesia, hemorragia maciça, dispneia moderada a intensa e alívio da tosse. Reações adversas e efeitos secundários: sedação, confusão, cefaleias, euforia, sensação de flutuação, pesadelos, alucinações, disforia, tonturas, miose, diplopia, visão turva, depressão respiratória, hipotensão, taquicardia, náuseas, vômitos, obstipação, retenção urinária, sudação, rubor e prurido. Implicações para a prática de enfermagem: avaliar o tipo, localização e intensidade da dor antes e 1 hora após a administração por VO, SC e IM e 20 minutos (pico) após a administração EV. Durante o período de titulação da dose de opióides, deverão ser administrados aumentos de 25-50% da dose até haver uma redução de 50% da frequência da dor numa escala analógica numérica ou visual ou a informação dada pelo doente ser satisfatória. Se a frequência respiratória for <10c/minuto, avaliar o grau de sedação, pode ser necessário diminuir a dose em 25-50%. A sonolência inicial vai diminuindo com a continuação do tratamento. O uso prolongado pode levar à dependência física ou psicológica e à tolerância. A maioria dos doentes a fazer morfina para alívio das dores

não desenvolve dependência psicológica. Podem ser necessárias doses progressivamente mais elevadas para alívio da dor na terapêutica de longa duração. Avaliar a função intestinal regularmente. Na toxicidade e sobredosagem, pode ser necessária a administração de um antagonista opióide para reverter a depressão respiratória ou o coma, o antagonista da morfina é a naloxona (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2009).

A utilização de morfina no estudo de caso em análise prende-se com a necessidade de controlo da dor crónica e mista, decorrente do diagnóstico principal do cliente.

Midazolam é um psicofármaco com efeito ansiolítico, sedativo e hipnótico. Está indicado no tratamento de curta duração da insónia (as benzodiazepinas estão apenas indicadas em transtornos graves, incapacitantes ou quando sujeitam o indivíduo a extrema ansiedade) e na sedação consciente, antes e durante procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos com ou sem anestesia local. O uso prolongado pode causar dependência e síndrome de abstinência quando a medicação é interrompida subitamente. Reações adversas e efeitos secundários: sonolência, descoordenação motora, alterações gastrointestinais (obstipação, diarreia, vômitos e alterações do apetite), alterações visuais, irregularidades cardiovasculares, alteração da memória a curto prazo, confusão, depressão e vertigens. Implicações para a prática de enfermagem: avaliar os níveis de sedação e de consciência durante a terapêutica, e na administração por via EV monitorizar a tensão arterial, a frequência cardíaca e a frequência respiratória 2 a 6 horas após a sua administração. Os efeitos do midazolam podem ser revertidos com flumazenil. É o fármaco mais usado para sedação em cuidados paliativos. o seu início de ação ocorre cerca de 2 minutos após a sua administração no caso da administração por via EV ou SC e com um tempo de semivida de 1,5 a 2,5 horas. Pode ser administrado por VO, SC ou EV e concomitantemente na mesma perfusão com outros fármacos (morfina, butilescopolamina) (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2009).

No cenário em estudo, a prescrição deste psicofármaco decorre da necessidade de controlo da inquietude e da insónia do cliente.

Haloperidol é um antipsicótico indicado no tratamento das psicoses agudas e crónicas incluindo esquizofrenia, estados maníacos e psicoses induzidas por fármacos. Também é útil no controlo de doentes agressivos ou agitados, Síndrome de Tourette, controlo das náuseas e dos vômitos. Reações adversas e efeitos secundários: sedação, reações extrapiramidais, discinesia tardia, agitação, confusão, convulsões, secura ocular, visão turva, depressão respiratória, hipotensão, taquicardia, obstipação, anorexia e secura da boca. Implicações para a prática de enfermagem: avaliar o estado mental do doente (orientação, humor, comportamento) antes e periodicamente ao longo da terapêutica, monitorizar a tensão arterial e a frequência cardíaca frequentemente durante o tempo inicial de ajuste da dose e periodicamente ao longo do tratamento, monitorizar o aparecimento dos primeiros sintomas de acatisia (agitação ou

incapacidade de permanecer imóvel) que podem surgir no período de 6 horas após a administração da primeira dose e que podem confundir-se com agitação psicótica. Detetar atempadamente o aparecimento de efeitos extrapiramidais (parkinsónicos, dificuldade em falar e em deglutir, perda de equilíbrio, tremores, distonias, incapacidade mover de olhos, fraqueza das pernas e braços) (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2009).

No presente estudo de caso o haloperidol foi prescrito para controlo da inquietude noturna e também para o tratamento das náuseas.

Alprazolam é uma benzodiazepina, psicofármaco com efeito ansiolítico, sedativo e hipnótico. Está indicado para o tratamento sintomático de curta duração da ansiedade, quando a pessoa vivencia um sofrimento intolerável e no tratamento de crises de pânico. Reações adversas e efeitos secundários: tonturas, sonolência letargia, excitação paradoxal, confusão, depressão, cefaleias, visão turva, náuseas, vômitos, diarreia e obstipação. O uso prolongado pode causar dependência psicológica e física. Implicações para a prática de enfermagem: avaliar o grau e as manifestações de ansiedade e o estado de consciência antes e regularmente durante a terapêutica. Avaliar a sonolência, as tonturas e a sensação de cabeça leve. Estes sintomas desaparecem com a continuação do tratamento. Se persistirem, a dose deve ser reduzida (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2009).

Neste caso clínico, foi utilizado como adjuvante no controlo da ansiedade referida pelo cliente, como medicação fixa e de resgate e no tratamento da insónia.

Mirtazapina é um antidepressivo tetracíclico indicado no tratamento da depressão. Reações adversas e efeitos secundários: sonolência, sonhos anormais, pensamentos anormais, agitação, ansiedade, apatia, confusão, tonturas, indisposição, fraqueza, dispneia, hipotensão, vasodilatação, obstipação, xerostomia, aumento do apetite, dor abdominal, anorexia e vômitos. Implicações para a prática de enfermagem: avaliar frequentemente o estado de consciência, monitorizar a tensão arterial e a frequência cardíaca periodicamente durante o início da terapêutica, monitorizar as convulsões em doentes com antecedentes de convulsões ou de abuso de bebidas alcoólicas (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2009).

Paroxetina é um antidepressivo da classe dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina está indicado no tratamento da depressão, crises de pânico, comportamentos obsessivo-compulsivos, perturbações de ansiedade social, perturbação de ansiedade generalizada e perturbação pós stress traumático. Reações adversas e efeitos secundários: sonolência, tonturas, vertigens, insónias, tremores, nervosismo, ansiedade, cefaleias, astenia, agitação, confusão, amnésia, défice de concentração, depressão, labilidade emocional, visão turva, palpitações, vasodilatação, hipotensão postural, hipertensão, síncope, taquicardia, náuseas, xerostomia, obstipação, diarreia, diminuição ou aumento do apetite, flatulência, vômitos, dor abdominal, dispepsia, alterações do paladar, diminuição da libido, mialgia, miastenia,

parestesias e mioclonias. Implicações para a prática de enfermagem: monitorizar o apetite e a ingestão nutricional, adaptar o regime alimentar ao estado nutricional e à tolerância do doente, monitorizar as alterações do humor, o aumento significativo da ansiedade, do nervosismo ou das insónias, monitorizar as desordens obsessivo-compulsivas, crises de pânico e de ansiedade (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2009).

Neste caso, estes últimos dois fármacos (mirtazapina e paroxetina) foram utilizados em associação no controlo da ansiedade e sintomas depressivos demonstrados pelo cliente, para além de contribuírem, potencialmente, para o controlo da dor total.

Prednisolona integra o grupo farmacológico dos glucocorticoides, é um corticosteroide com atividade anti-inflamatória e imunossupressora. Está indicado no tratamento de: infeções, alergias, artrite reumatoide, reumatismo, alterações hormonais, patologias cutâneas e oculares, além de também poder ser usado no tratamento de neoplasias (manutenção e controlo do crescimento tumoral e como adjuvante no controlo da dor). Reações adversas e efeitos secundários: aumento do apetite, má digestão, úlcera péptica, pancreatite, esofagite ulcerativa, ansiedade, fadiga, insónia, patologias oculares (catarata, glaucoma, exoftalmia e intensificação de infeções secundárias por fungos ou vírus dos olhos) e redução da tolerância aos hidratos de carbono. Implicações para a prática de enfermagem: avaliar os sistemas fisiológicos envolvidos antes e periodicamente ao longo da terapêutica, avaliar o aparecimento de sinais de insuficiência das suprarrenais (hipotensão, perda de peso, fraqueza, náuseas, vômitos, anorexia, letargia, confusão, agitação) antes e periodicamente ao longo da terapêutica, monitorizar o débito urinário e o peso diariamente, avaliar a presença de edemas periféricos (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2009).

Neste caso clínico, a prednisolona foi utilizada como fármaco adjuvante no controlo da dor.

Pantoprazol é um antiácido, antiulceroso, modificador da secreção gástrica que inibe a bomba de prótons. Deve ser administrado em jejum. Indicado no tratamento da esofagite erosiva associada a Doença de Refluxo Gastroesofágico (DRGE). Reações adversas e efeitos secundários: cefaleias, dor abdominal, diarreia, eructação, flatulência e hiperglicemia. Implicações para a prática de enfermagem: avaliar a dor abdominal ou epigástrica e a presença de sangue nas fezes ou drenagem gástrica (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2009). Foi prescrito com uma perspetiva preventiva, como protetor gástrico, considerando a administração de corticoides ao cliente.

Nistatina é um antifúngico e está indicado no tratamento de: candidíase da cavidade oral e esofagite (muito frequentes em pessoas com doenças que necessitam do uso prolongado de antibióticos, radioterapia ou fármacos imunossupressores que promoveram a diminuição da resistência orgânica e na Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Reações adversas e efeitos secundários: vômitos, náuseas, diarreia ou dor abdominal. Implicações para a prática de

enfermagem: monitorizar a tolerância do doente à solução oral e alterações gastrointestinais (vómitos, náuseas, diarreia ou dor abdominal) (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2009).

A nistatina foi prescrito, no atual cenário, para o tratamento da candidíase oral, relacionada com a situação clínica do cliente, numa fase inicial, e mantida de forma preventiva, atendendo ao uso prolongado de imunossupressores.

Paracetamol é um analgésico e antipirético. Está indicado no tratamento da dor ligeira ou moderada e na febre. Reações adversas e efeitos secundários: insuficiência hepática, hepatotoxicidade (no caso de sobredosagem; os doentes malnutridos ou com alcoolismo crónico, têm um risco mais elevado de desenvolver hepatotoxicidade com doses normais), de insuficiência renal (altas doses, uso crónico), erupção cutânea e prurido. Implicações para a prática de enfermagem: avaliar a dor: tipo, localização e intensidade da dor antes e após 30 a 60 minutos da administração. O uso prolongado de paracetamol, salicilatos ou Anti-Inflamatórios Não Esteroides (AINE's) aumenta o risco de efeitos renais adversos (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2009).

Neste caso clínico, apesar do seu efeito antipirético e analgésico, a prescrição do paracetamol assumiu uma função preventiva, relacionada com a possibilidade de desenvolvimento de quadros de hipertermia.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

18-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Sonda de oxigénio

18-09-2023 08:00 - Características do dispositivo: Cânula nasal.

19-09-2023 08:00 - Características do dispositivo: Cânula nasal.

27-09-2023 08:00 - Características do dispositivo: Cânula nasal.

18-09-2023 08:00 - Promover adesão: medidas de otimização da sonda de oxigénio [FIM] 27-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Capacidade para otimizar sonda de oxigénio: facilitadora.

19-09-2023 08:00 - Capacidade para otimizar sonda de oxigénio: facilitadora [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - *Avaliar evolução da adesão a medidas de otimização da sonda de oxigénio [sem horário] [FIM]* 27-09-2023 08:00

19-09-2023 08:00 - Realiza medidas de otimização da sonda de oxigénio de acordo com a recomendação.

19-09-2023 08:00 - Refere satisfação com a realização de medidas de otimização da sonda de oxigénio.

18-09-2023 08:00 - Cateter venoso periférico [RESOLVIDO] 19-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Localização do cateter venoso periférico

18-09-2023 08:00 - Antebraço Esquerda(o)

18-09-2023 08:00 - Características do dispositivo: nº22.

18-09-2023 08:00 - Ausência de dor.

18-09-2023 08:00 - Ausência de calor.

18-09-2023 08:00 - Ausência de rubor.

18-09-2023 08:00 - Ausência de tumefação.

18-09-2023 08:00 - Ausência de exsudado.

18-09-2023 08:00 - Ausência de infiltração.

18-09-2023 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico [FIM] 19-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - *Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [sem horário] [FIM]* 19-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Cateter subcutâneo

18-09-2023 08:00 - Localização do cateter subcutâneo

18-09-2023 08:00 - Abdómen

18-09-2023 08:00 - Características do dispositivo: nº22.

19-09-2023 08:00 - Localização do cateter subcutâneo

19-09-2023 08:00 - Braço Esquerda(o)

19-09-2023 08:00 - Características do dispositivo: nº22.

27-09-2023 08:00 - Localização do cateter subcutâneo

27-09-2023 08:00 - Braço Direita(o)

27-09-2023 08:00 - Características do dispositivo: nº22.

19-09-2023 08:00 - Abdómen

19-09-2023 08:00 - Características do dispositivo: nº22.

27-09-2023 08:00 - Abdómen

27-09-2023 08:00 - Características do dispositivo: nº22.

18-09-2023 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter subcutâneo

18-09-2023 08:00 - *Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo (Abdómen, Braço Direita(o)) [sem horário]*

27-09-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Cateter urinário

27-09-2023 08:00 - Quantidade de urina: 400 ml.

27-09-2023 08:00 - Cor da urina: escura.

27-09-2023 08:00 - Transparência da urina: Turva.

27-09-2023 08:00 - Características do dispositivo: cateter urinário nº16, de silicone.

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

Cateter venoso periférico

Em contexto hospitalar, o recurso à inserção de cateteres venosos periféricos é, na atualidade uma prática indispensável. Procedimento invasivo realizado para administração EV de fluidos, nutrientes, medicação, sangue e derivados (Lopez et al., 2004). A utilização da via EV é uma opção altamente eficaz e eficiente, em alternativa a outras vias de administração de terapêutica. Permite um acesso seguro e rápido efeito de concentração e absorção das diferentes substâncias utilizadas, com o objetivo de minimizar diferentes quadros clínicos que se apresentam no dia a dia dos enfermeiros, mas também tendo em conta a especificidade de determinadas substâncias que só podem ser administradas por essa via, proporcionando desta forma efeito imediato (Phillips, 2005).

Cateter subcutâneo

A via de administração de eleição nos cuidados paliativos é a via oral. Contudo, sempre que esta fica comprometida (por náuseas, vômitos, disfagia ou alterações neurológicas), a via subcutânea é a via mais utilizada. A administração de fármacos por via subcutânea consiste na administração de uma substância no tecido subcutâneo. É uma via menos invasiva, cómoda, com eficácia e minimamente dolorosa. Permite o controlo de vários sintomas e administração de uma ampla lista de fármacos. O risco de complicações é muito reduzido. Todavia, existem complicações a ter em conta como: reações locais (eritema, hematoma, necrose do tecido subcutâneo, maceração da pele, prurido, edema, infeção, sinais inflamatórios), extravasamento, hemorragia, obstrução do dispositivo ou saída accidental. A substituição do cateter subcutâneo deve ser protocolada, ou seja, trocar o cateter de 5 a 7 dias se estiver a ser usado para a administração de um só fármaco ou de 3 a 5 dias se estiver a ser usado para a administração de vários fármacos no mesmo dispositivo. Os locais indicados para administração de terapêutica por via subcutânea são: zona subclavicular/supra mamária, zona abdominal, zona externa (lateral)/frontal das coxas, zona superior/externa (lateral) dos braços e zona escapular. A via subcutânea também é utilizada para hipodermóclise que consiste na administração de fluidos para hidratação; a zona de eleição de punção é a abdominal (Godinho & Silveira, 2017).

Oxigenoterapia

A dispneia é um dos sintomas mais comuns em estadios avançados de múltiplas doenças no contexto dos cuidados paliativos, sendo o seu controlo um importante fator de conforto (Freire

et al., 2017). É uma experiência subjetiva e complexa que abarca a dimensão física, psicológica, social e emocional e com impacto negativo no cliente e família. A administração de oxigénio aos doentes com dispneia em cuidados paliativos é, geralmente, considerada quando o sintoma é refratário ou a pedido dos doentes. Muitas vezes o oxigénio é administrado com base no sintoma e não na oximetria de pulso, para conforto, sem que haja qualquer critério para o seu uso (Gonçalves, 2020).

O fluxo de oxigénio paliativo deve ser determinado pela intensidade do sintoma numa base individual e não pela saturação de oxigénio, devendo ter-se em consideração o risco potencial de hipercapnia se o oxigénio for administrado com fluxos superiores. Como outras intervenções farmacológicas, o oxigénio deve ser considerado como uma modalidade terapêutica e ser revisto regularmente, tendo em conta que o maior benefício ocorre nas primeiras 24 horas e a melhoria sintomática e funcional nas primeiros 72 horas. Ao fim de 3 dias sem benefício, o oxigénio deve ser suspenso (Gonçalves, 2020).

Nos casos de ausência de benefícios, a oxigenioterapia deve ser descontinuada, não se devendo realizar qualquer monitorização dos níveis de oxigénio, tendo em conta que, na existência de conforto e de controlo sintomático por parte do doente paliativo, os níveis de oxigénio são irrelevantes e não devem representar qualquer papel no nível ou no tipo de cuidados prestados (Frade et al., 2019).

Cânula nasal

A CN é utilizada na administração de oxigénio à pessoa com dispneia, e alia a eficácia e segurança na administração da oxigenoterapia com uma adequada adaptação anatómica e conforto. Permite a administração de baixos débitos de oxigénio (até 4 L).

Cateter urinário (sonda vesical/algália)

O recurso à colocação de um cateter urinário em cuidados paliativos é um procedimento que está diretamente associado ao conforto do doente, perante situações de incontinência urinária com maceração do períneo, úlceras por pressão ou feridas cujo contacto com a urina causa desconforto e sofrimento e, na retenção urinária, devidamente confirmada por controlo ecográfico, sempre que possível. A sua complicação mais frequente é a Infecção do Trato Urinário (ITU). Mediante a situação clínica do doente em fim de vida, ou de últimos dias/horas de vida, devemos optar por um cateter de longa duração (de silicone), de forma a trocar o cateter urinário o menor número de vezes possível (Mazzo et al., 2011). A substituição do cateter deve ser protocolada, de acordo com as suas características. Deve ser mantida a vigilância das características da urina, sintomas como mal-estar geral, inquietude, febre, dor, quantidade reduzida de urina e bexiga dura e dolorosa à palpação para assim fazer o despiste da obstrução interna da sonda vesical (por sedimento urinário), ou obstrução mecânica, isto é, tubuladura clampada.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
18-09-2023 08:00	Consciência	
18-09-2023 08:00	Sensações somáticas	
18-09-2023 08:00	Apetite	
18-09-2023 08:00	Digestão	
18-09-2023 08:00	Eliminação intestinal	
18-09-2023 08:00	Pele e mucosas	
18-09-2023 08:00	Sono	
18-09-2023 08:00	Emoção	
18-09-2023 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
18-09-2023 08:00	Sistema respiratório	
27-09-2023 08:00	Eliminação urinária	

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

Os domínios identificados fazem referência ao caso clínico em análise e têm relação conceptual e teórica com os cuidados paliativos e a sua adequação a clientes, seus cuidadores e famílias. A relação dos domínios identificados não se esgota no enquadramento teórico referido, resultando também da relação conceptual com a aquisição e desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa (Regulamento n.º 429/2018, Diário da República: II Série, n.º 135).

O **autocuidado** é descrito pelo ICN como sendo uma "atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária" (CIPE, 2019). O Sr. X apresentava comprometimento nas várias vertentes do autocuidado (alimentar-se, andar, lavar-se, transferir-se, virar-se, vestir-se e despir-se). Contudo, este domínio não foi desenvolvido pelo fato da EIHS CP não ter qualquer tipo de intervenção nesta área.

A **consciência** é descrita pelo ICN como sendo uma "resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos; mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior" (CIPE, 2019). Para se avaliar a evolução do estado neurológico pode-se recorrer à utilização da Escala de Coma de Glasgow (ECG), ver figura 2. Esta escala baseia-se na quantificação da resposta ocular, verbal e motora; a pontuação varia entre 3 e 15 pontos; deste modo

poderemos determinar o nível de consciência, mediante a pontuação obtida. Esta escala foi desenvolvida e publicada na década de 1970, por dois neurologistas, Graham Teasdale e Bryan Jennett (Sousa & Santos, 2021).

O Sr. X não apresenta alterações do estado de consciência, mas é pertinente manter a vigilância, uma vez que, na sua situação clínica, existem vários fatores que podem contribuir para o compromisso da consciência, tais como: neoplasia pulmonar com metastização difusa, AVC isquêmico recentemente, a administração de psicofármacos (midazolam) no tratamento da insónia e da inquietude, e a administração da morfina para o controlo da dor sendo que, um dos efeitos secundários pode ser a alteração do estado de consciência acompanhado de delírio, agitação com alucinações e sedação (Twycross, 2003).

	Variáveis	Escore
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz (comando verbal)	3
	À dor	2
	Ausente	1
	Não testável (NT) – Em pacientes com edema ou hematoma que impossibilita a abertura dos olhos	
Melhor resposta verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras ou sons	2
	incompreensivos	1
	Sem resposta	
	Não testável (NT) – Em pacientes intubados	
Resposta motora	Obedece a comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada à dor	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma resposta	1

Figura 2 - Escala de Coma de Glasgow (Adaptada de: Teasdale G, Jennett BTB. Lancet, 1974)

Sensações somáticas

A **dor** é uma experiência sensorial emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão. Nos últimos anos, a dor tem sido contextualizada como uma experiência individual subjetiva e multidimensional. Fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjetividade (OE, 2008). A dor é uma sensação corporal desconfortável, uma referência subjetiva de sofrimento, uma conduta de autoproteção, descrita pelo ICN como "percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto

social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite" (CIPE, 2019). A dor pode ser classificada, quanto à evolução temporal, em dor aguda ou em dor crônica. Na dor aguda, o estímulo nociceptivo geralmente é identificado, o padrão temporal é bem definido, tem a função de aviso e proteção e a duração de horas a semanas. A dor crônica persiste para além da eliminação do estímulo, o padrão temporal é mal definido, a duração é superior ou igual a três meses, e a sua intensidade não tem relação com o estímulo ou causa. A dor pode ser ainda classificada quanto aos mecanismos fisiopatológicos em dor nociceptiva, neuropática e mista. Na dor nociceptiva, as vias nociceptivas encontram-se preservadas, sendo ativadas pelos nociceptores de tecidos cutâneos (dor somática) ou profundos (dor visceral). Na dor neuropática, as vias nociceptivas apresentam alterações na estrutura e/ou função, resultante de lesão seletiva do trato neoespinotalâmico (dor central) ou resultante de lesões no sistema nervoso periférico (dor periférica) (Carvalho & Persons, 2012).

A dor identificada no cenário clínico é uma dor crônica e mista. Apesar da eficácia dos tratamentos farmacológicos, devemos implementar intervenções não farmacológicas, tais como: o apoio emocional proporcionado aos doentes com recurso a diálogo e escuta ativa, que os pode ajudar a abstrair da dor e a relaxar, massagens de conforto e o recurso a distrações como a música, a televisão e a presença dos familiares. Pode existir uma posição de conforto que ajude a diminuir a dor enquanto a medicação de resgate não surte efeito, pelo que é importante, se for possível, proporcionar esse momento (Sousa, 2012).

A avaliação realizada pela EIHS CP ao Sr. X era do tipo observacional e eram tidos em conta os seguintes parâmetros: alterações fisiológicas (temperatura, frequência cardíaca, tensão arterial, sudorese, frequência respiratória e tipo de respiração), verbalização (presença ou ausência de dor) e expressão facial (inexpressiva, sobranceiras e/ou testa franzidas, esgar facial).

Para uma melhor caracterização da dor, podem-se utilizar escalas para quantificar a sua intensidade (Figura 3), tais como: Escala Visual Analógica (EVA), que pode ser transformada em categórica (sem dor, leve, moderada, forte, muito forte, insuportável); escala numérica (0 a 10); ou a de faces (mais utilizada em crianças ou indivíduos com défice cognitivo) (Freire et al., 2017).

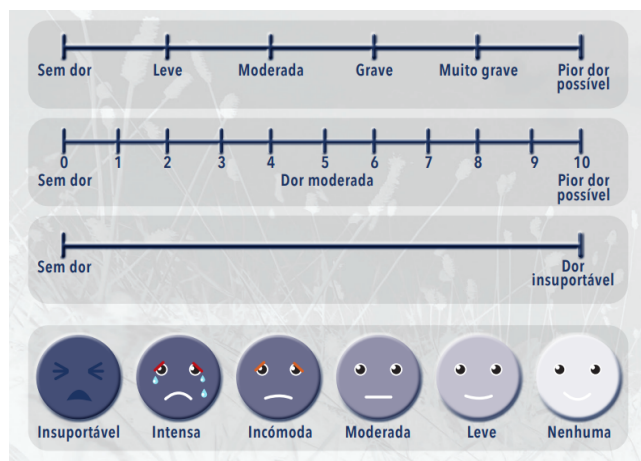


Figura 3 - Escalas para avaliação da dor: a escala visual analógica (EVA), numérica (0 a 10) ou de faces (adaptado do Guia Prático de controle Sintomático, 2017)

Uma das estratégias farmacológicas é a administração de analgésicos. Os princípios que orientam o uso de analgésicos são os seguintes: **boca**, em que a via oral é a preferida para os analgésicos, incluindo os opiáceos fortes; **relógio**, em que os analgésicos devem ser administrados com regularidade e de forma profilática, uma vez que a dor persistente exige terapia preventiva; **escada**, em que se utiliza a escada analgésica (figura 4) e, se depois de otimizar a dose de um fármaco e este deixar de proporcionar alívio, é recomendado subir para o degrau seguinte em vez de mover no mesmo degrau de eficácia; tratamento **individualizado**, em que a dose correta é aquela que controla a dor e, se necessário, as doses devem ser tituladas em escalada até que a dor seja controlada (Twycross, 2003).

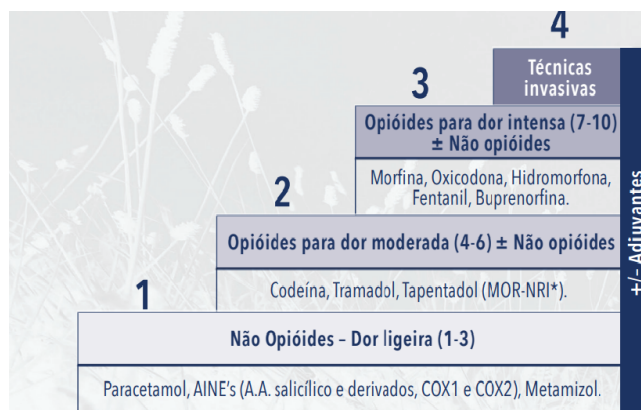


Figura 4 - Escada analgésica da OMS (adaptado do Guia Prático de controle Sintomático, 2017)

Na situação clínica em estudo, o objetivo inicial foi o controlo sintomático, através da otimização da dose dos fármacos, inicialmente, por via EV, posteriormente foi efetuada a rotação da via de administração, optando-se principalmente pela via SC por ser a menos invasiva para o doente e pela perda da via oral.

O **apetite** é definido pelo ICN como “sensação de desejo de satisfazer as necessidades orgânicas em nutrientes ou de um tipo particular de alimentos” (CIPE, 2019). A grande maioria

dos doentes em situação paliativa refere diminuição do apetite, com diminuição da ingestão alimentar e hídrica. Nesta fase da doença, a anorexia é protetora porque o organismo não é capaz de lidar com a ingestão alimentar.

A intervenção da equipa no compromisso do apetite identificado no cliente, baseou-se, fundamentalmente, na promoção do conforto do Sr. X através de ações maioritariamente não farmacológicas, como a gestão da quantidade e preferência do doente na ingestão alimentar.

Processo do sistema cardiorrespiratório

Sistema respiratório

A **dispneia** é um processo do sistema respiratório comprometido, definido pelo ICN como "movimento laborioso da entrada e saída de ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, sensações de desconforto e ansiedade" (CIPE, 2019). É um dos sintomas mais referido em CP, definido como uma experiência complexa subjetiva de desconforto e dificuldade respiratória, caracterizada por sensações qualitativamente singulares e com diferentes níveis de intensidade (Frade et al., 2019).

No atual caso clínico, a dispneia decorre da progressão da doença oncológica (neoplasia pulmonar) do cliente, da infeção respiratória diagnosticada aquando a admissão e atualmente em processo de resolução (presença de secreções brônquicas) e da ansiedade do cliente. A intervenção da EIHS CP no domínio da dispneia atendeu a medidas farmacológicas como a prescrição de opióides, ansiolíticos, broncodilatadores e oxigenoterapia, e a medidas não farmacológicas, como o arejamento da enfermaria, sempre com o objetivo do controlo sintomático e consequente conforto do cliente.

Processo do sistema gastrointestinal

Digestão

A **regurgitação** é um processo do sistema gastrointestinal, descrito pelo ICN como "refluxo ou retorno dos alimentos deglutidos para a boca; incapacidade para impedir o refluxo das substâncias do estômago para a via aérea, acompanhado pela aspiração do conteúdo gástrico para a via aérea" (CIPE, 2019).

A **náusea** é descrita pelo ICN como "percepção comprometida: sensação de enjoo e de vontade de vomitar; sensação desagradável, vagamente referenciada ao epigastro e abdómen, ofensiva ao paladar ou ao olfato" (CIPE, 2019). A náusea é uma sensação desagradável da necessidade de vomitar; pode acompanhar-se de sintomas independentes (sudorese, taquicardia, palidez cutânea) e despoletar ou não o vómito (eliminação forçada de conteúdo gástrico pela boca) e a

regurgitação (expulsão sem esforço de conteúdo gástrico pela boca). É um sintoma frequente nos doentes em situação paliativa e com impacto significativo na qualidade da sua vida. Existem muitas causas associadas às náuseas, sendo a etiologia muitas vezes multifatorial, particularmente nos doentes oncológicos: gastrointestinais (estase gástrica associada aos opióides e anticolinérgicos, compressão gástrica por ascite, hepatomegalia, carcinoma pancreático, irritação gástrica por fármacos e refluxo biliar, peritonite, colangite, enterite, obstipação, oclusão intestinal, úlcera péptica, distensão da cápsula hepática ou das vias biliares); sistema nervoso central (tumor primário ou metastático, hipertensão intracraniana, meningite); vestibulares (labirintite, doença de Menière, neurinoma do acústico, tumor cerebral primário ou metastático, metástases ósseas da base do crânio); metabólicas (hipercalcemia, cetoacidose, uremia, insuficiência hepática, tumores necróticos com libertação de substâncias eméticas); farmacológicas (uso de opióides, citostáticos, bloqueadores beta, anti-inflamatórios, diuréticos, antagonistas dos canais de cálcio, antidiabéticos orais, carbamazepina, valproato de sódio, amoxicilina, metronidazol, trimetoprim, aciclovir, anti hipertensores, betabloqueadores, ferro); outras (tosse, irritação faríngea por infeção/secreções respiratórias, dor de origem cardíaca, radioterapia, sépsis) (Freire et al., 2017). Para a resolução desta situação é importante identificar as causas mais prováveis, porque delas depende o tratamento. No tratamento não farmacológico deve ser promovida uma boa higiene oral, proporcionado um ambiente calmo, com eliminação de odores intensos; disponibilizar refeições agradáveis e em pequenas quantidades (dando preferência a alimentos frios e evitando alimentos gordurosos, muito doces, salgados ou condimentados); facultados líquidos (água, sumos) em pequena quantidade, fora das refeições. No tratamento farmacológico, os antieméticos são predominantemente bloqueadores de neurotransmissores. O tratamento deve ser direcionado com base na causa mais provável, com correção das causas potencialmente reversíveis e escolha do melhor antiemético, tendo em conta o neurotransmissor envolvido. Após a avaliação do doente devem ser associados à situação clínica: os antagonistas dos recetores da dopamina (droperidol, haloperidol, domperidona, metoclopramida, entre outros); os antagonistas dos recetores de serotonina (ondansetron, nas náuseas secundárias à QT); os anticolinérgicos (usados na profilaxia das situações da náusea associada ao movimento); os corticoides (dexametasona e prednisolona), na prevenção da náusea e vômitos pós-quimioterapia e os antagonistas dos recetores da neurocinina, na profilaxia secundária à quimioterapia (Freire et al., 2017).

O cliente em estudo apresentava náusea e episódios de regurgitação. As causas mais prováveis da náusea e dos episódios de regurgitação nesta situação clínica, são as causas bioquímicas (associadas à própria progressão da neoplasia) e farmacológicas (a quimioterapia, o uso de opióides no controlo da dor e de corticoides). O tratamento farmacológico baseou-se no uso de um fármaco procinético (metoclopramida), de um antiemético (haloperidol), e de um protetor gástrico (pantoprazol). O tratamento não farmacológico, por sua vez, no posicionamento adequado à prevenção dos episódios de regurgitação e na gestão da quantidade e preferência

do doente na ingestão alimentar.

Eliminação intestinal

A eliminação intestinal surge como um domínio inserido no processo do sistema gastrointestinal. No caso em estudo, este domínio está comprometido, pela presença de **obstipação**, sendo esta descrita pelo ICN como "um processo do sistema gastrointestinal comprometido: diminuição na frequência da defecação acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes; passagem de fezes excessivamente duras e secas" (CIPE, 2019). A obstipação é um dos problemas mais comuns em cuidados paliativos. Segundo Araújo et al, é definida de acordo com os seguintes critérios: menos de 3 defeções semanais, esforço durante mais de 25% das defecações, fezes duras que podem formar fecalomas e recurso a manobras manuais em mais de 25% das defeções, sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das vezes e defecação que demora mais de 10 minutos. A opinião subjetiva do doente deve ser tida em conta na definição de obstipação (2017). Os doentes em cuidados paliativos apresentam um risco mais elevado de desenvolver obstipação, pela combinação de fatores orgânicos (os fármacos, transtornos metabólicos, alterações neurológicas, anomalias estruturais como massas tumorais pélvicas, fibrose pós-radioterapia, entre outras) e funcionais (relacionadas com a dieta: falta de apetite, pouca ingestão de líquidos; relacionados com o meio ambiente: falta de privacidade; e também outros fatores como: idade avançada, pouca mobilidade física, depressão e sedação) (Gonçalves, 2019).

No caso do cliente em estudo, existem vários fatores que podem estar a contribuir para esta situação. O Sr. X teve alteração do seu padrão de mobilidade, ou seja, seria uma pessoa autónoma, que está dependente no autocuidado e restrito ao leito. Para a obstipação contribuiu, também, a recusa da ingestão alimentar/líquidos pelo cliente e administração de opióides (morfina) para o controlo da dor. Os opióides diminuem a atividade propulsiva intestinal e aumentam a atividade não propulsiva. Apesar do ajuste terapêutico dos laxantes, uma vez que o doente recusava a terapêutica frequentemente, a obstipação manteve-se e com necessidade de manobras manuais de estimulação da defecação.

Processo do sistema Urinário

Eliminação urinária comprometida

A eliminação urinária é frequentemente um foco de atenção em CP, uma vez que a pessoa em situação paliativa apresenta, regularmente, alterações da eliminação urinária, como a incontinência de esfíncteres e a retenção urinária. A sua avaliação e tratamento devem ser ajustados ao estado clínico da pessoa, ao prognóstico e aos objetivos do tratamento (Gonçalves,

2018). A eliminação urinária, no atual caso clínico, está comprometida, pela **retenção urinária**, sendo esta definida pelo ICN como "a presença de urina involuntária na bexiga; esvaziamento incompleto da bexiga associado a perda de sua função muscular; efeitos secundários da medicação narcótica ou lesão da bexiga" (CIPE, 2019).

Um dos métodos habitualmente utilizados nos clientes com problemas urinários é a colocação de um cateter vesical. Tal como já foi referido, dois dos critérios para a algaliação de um cliente são a retenção urinária e a promoção do conforto. No caso clínico em estudo a retenção urinária pode ser uma consequência da progressão da doença ou do ajuste da dose da medicação opióide. O Sr. X foi algaliado como medida de conforto. A retenção urinária ficou resolvida com a colocação do cateter urinário e a eliminação urinária passou a ser o foco de atenção.

Processo do sistema tegumentar

Pele e mucosas

A **membrana** mucosa é definida pelo ICN como "componente do sistema tegumentar: camadas de revestimento natural, sem queratina, na superfície interna do corpo, forrando cavidades ou canais que abrem para o exterior do corpo; incluem as mucosas da boca, nariz, vagina, tubo digestivo, vias respiratórias e trato geniturinário; as mucosas protegem as estruturas subjacentes, segregam muco que lubrifica as estruturas associadas, absorvem água, sais e outros solutos" (CIPE, 2019).

Relacionando com o caso clínico, o cliente apresentava mucosa oral comprometida. Referiu, em alguns, períodos ter a boca seca. A sensação de boca seca, denominada de xerostomia, é um dos problemas orais mais prevalentes nos doentes em cuidados paliativos, podendo estar associada quer à própria doença, quer ao uso de fármacos e tratamentos específicos. O seu tratamento pode contribuir para uma melhoria da qualidade de vida e alívio do sofrimento (Carneiro, 2017).

Assim, a hidratação oral é uma medida essencial no tratamento da membrana mucosa comprometida, quer a nível local, quer através da ingestão de água e outros líquidos. O tratamento não farmacológico inclui terapia de estimulação: uso de pastilha elástica ou rebuçados de sabor cítrico, mas sem açúcar; terapia substitutiva de saliva: uso de gelo triturado ou água em spray, uso de saliva artificial; creme hidratante para os lábios; terapia nutricional: aumentar aporte hídrico (quando possível), refeições com alimentos moles e com molhos, alimentos frios/tépidos, sugar em pequenos cubos congelados de ananás, pepino ou maçã (Carneiro, 2017).

Processo do sistema regulador

O **sono** é definido pelo ICN como “processo corporal, onde ocorre diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos” (CIPE, 2019). O sono comprometido traduz-se pela insónia, e é definido pelo ICN como “incapacidade crónica de dormir ou de se manter a dormir a noite toda ou durante os períodos de sono planeados, apesar de estar posicionado confortavelmente num ambiente agradável; desperto; falta de sono; frequentemente associada a fatores psicológicos ou físicos como o stress emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão, perturbação da função cerebral e abuso de drogas” (CIPE, 2019). Nos cuidados paliativos, a insónia é mais frequente nos doentes oncológicos, devendo cada doente ser questionado quanto à qualidade e duração do sono. A depressão e a ansiedade associam-se a alterações do sono, pelo que é essencial estar-se atento à sua presença (Gonçalves, 2022). O tratamento da insónia pode ser feito através de medidas farmacológicas, com a gestão de medicação e através de medidas não farmacológicas como: a manutenção de um ciclo ou sono-vigília tão regular quanto possível (minimizando o sono durante o dia para aumentar o sono à noite e, se necessário, fazer uma sesta após o almoço), menorizar as interrupções do sono à noite, evitar substâncias estimulantes (especialmente ao fim do dia), implementar estratégias promotoras do sono como a musicoterapia, nos acamados, promover a estimulação física e cognitiva quanto possível durante o dia (Gonçalves, 2022).

A insónia do cliente está relacionado com a ansiedade e com a angústia inerentes ao prognóstico da sua doença, o que fez com que o cliente não tivesse um sono reparador e fosse necessário recorrer à terapêutica prescrita a horas fixas (alprazolam) e em SOS (midazolam), bem como a recursos não farmacológicos como a televisão e o posicionamento de conforto.

Processo mental

Emoção

O **humor depressivo** é definido pelo ICN como “emoção negativa: sentimentos de tristeza a melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia” (CIPE, 2019). Quando o doente está ansioso ou deprimido tem uma menor adesão ao regime terapêutico, há uma intensificação da dor, dispneia, fadiga, entre outros sintomas e, como consequência, é-lhe induzido um maior sofrimento assim como aos seus familiares ou cuidadores. Numa abordagem holística, o objeto de atenção das equipas interdisciplinares não se cinge apenas ao aspeto físico, envolvendo também os domínios emocional, social e espiritual. Em todo este processo deve-se sempre proporcionar o conforto físico e apoio psicológico, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida do doente e familiares (Ribeiro, 2020). O tratamento não farmacológico requer uma abordagem multidisciplinar, a criação de uma relação de ajuda e, por vezes, a intervenção da psicoterapia. Como intervenção paralela ao tratamento não

farmacológico, o farmacológico permite um tratamento global da depressão. Os grupos farmacológicos utilizados são: antidepressivos tricíclicos; inibidores da recaptação da serotonina e psicoestimulantes (Moreira et al., 2017).

O diagnóstico de humor depressivo foi identificado no domínio das emoções, uma vez que o Sr. X, para além de ter como antecedentes clínicos um síndrome depressivo, estava triste e em sofrimento existencial. O tratamento farmacológico, no domicílio, incluía um antidepressivo e um ansiolítico, tratamento que manteve durante o internamento. Paralelamente, foi estabelecida uma relação de ajuda através de uma abordagem centrada na pessoa e na família.

A **ansiedade** é definida pelo ICN como "emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia" (CIPE, 2019). A ansiedade é uma resposta natural que se manifesta perante uma situação de ameaça, de perda significativa ou iminente (da autonomia, do papel sociocultural, da própria vida); pelo stress inerente à necessidade de abarcar novas informações, da tomada de decisão perante a situação clínica, da desorganização do núcleo familiar. A ansiedade é um sintoma muito comum nos doentes em CP. Esta quando controlada, é uma resposta natural do organismo, perante uma possível ameaça, que nos permite estar alerta para qualquer perigo iminente. A ansiedade pode ser denominada de adaptativa (com intensidade moderada ou adequada e que alivia com o decréscimo da ameaça); transitória (diante das incertezas da doença e proximidade da morte); desadaptativa (desadequada à ameaça e com um aumento da intensidade, frequência ou duração dos sintomas) e antecipatória (ocorre antes de alguns acontecimentos, de um tratamento, de uma intervenção cirúrgica). É habitualmente caracterizada por um sofrimento excessivo face a uma situação futura, que se manifesta através de sintomas físicos e psicológicos. O tratamento não farmacológico, assim como o tratamento do humor depressivo, requer o estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança, bem como, o uso de estratégias de relaxamento como a massagem e a musicoterapia (Moreira et al., 2017).

Na situação clínica em estudo, o diagnóstico de ansiedade foi identificado no domínio da emoção, uma vez que o cliente referia sentir-se ansioso. Esta ansiedade aumentava à noite e estava relacionada com o processo de consciencialização da sua finitude. O tratamento farmacológico teve por base a prescrição já realizada para o tratamento do humor depressivo. As medidas não farmacológicas basearam-se na musicoterapia.

O **luto (antecipatório)** é um processo em que a pessoa elabora previamente uma perda que se aproxima, o que a ajuda a tomar consciência desta e a aceitá-la. No contexto dos CP, a pessoa em situação paliativa, assim como a sua família/cuidador e amigos vivenciam o impacto causado pelas múltiplas perdas e associam-nas ao aproximar da perda da vida (Pimenta & Capelas, 2019). Na plataforma E4nursing, no domínio das emoções (luto) não faz referência aos vários tipos de luto. No entanto optou-se por identificar o luto antecipatório, por ser o tipo de luto que mais se adequa ao contexto dos CP. É descrito por Kübler-Ross, como uma preparação

pela qual a pessoa e a sua família/cuidador necessitam de passar como preparação para a separação final (Cardoso et al., 2018). De acordo com a teoria de Kübler-Ross, o processo de preparação para a morte é realizado a partir de cinco estágios, de maneira sucessiva e com possibilidade de variação na sequência das fases, que tem início com a fase de negação e termina com a aceitação. A estas duas fases, estão ainda abarcadas a fase da raiva, da negociação e da depressão de forma consecutiva. No processo de luto antecipatório, estas fases seguem a mesma dinâmica, no entanto, Aldrich destaca, ainda, uma fase adicional que não ocorre no luto normal, a esperança (Cardoso et al., 2018). Durante este processo de luto, a pessoa tem em conta as situações de perda que ocorreram no passado e as situações de perda que estão a ocorrer no momento. A vivência do luto antecipatório é determinada pela combinação de fatores psicológicos, sociais e fisiológicos. O enfermeiro deverá promover uma relação terapêutica com a pessoa em fim de vida e com os seus familiares/cuidadores e implementar estratégias de comunicação como a escuta ativa, reafirmações verbais, o toque terapêutico, o olhar, o sorriso, a presença frequente e o uso de perguntas abertas, para que a pessoa e os seus familiares se sintam acompanhados e protegidos (Silva & Coutinho, 2022).

A EIHS CP proporcionou, várias vezes, suporte emocional ao Sr. X e à sua família/cuidador no processo de adaptação às várias perdas (perda da autonomia, perda da via oral) e no luto, permitindo que estes expressassem os seus sentimentos e expusessem as suas dúvidas e tomadas de decisão, através da escuta ativa e de uma comunicação eficaz, serena, verdadeira e ética, demonstrando preocupação e disponibilidade para com o doente/família; valorizando a dor e o sofrimento do doente/família; promovendo sempre o conforto e a qualidade de vida dos intervenientes.

TABELA 1 - Relação entre os diagnósticos identificados no cliente, objetivos, indicadores de resultados e intervenções de enfermagem.

Domínio: Sensação somática: Dor		
Diagnóstico: Dor		
Objetivo(s): 1. Diminuir a dor. 2. Determinar a evolução da dor. 3. Promover o conforto.	Indicador(es) de resultado(s): 1.1. O cliente refere diminuição da dor [1ª sessão de 6 para 4; 2ª sessão de 4 para 2; 3ª sessão de 2 para 0), avaliação realizada através da escala numérica que avalia de 0 a 10].	Intervenções: 1.1.1. e 3.1. Gerir analgesia. 1.1.2. e 3.1. Executar técnicas não farmacológicas para alívio da dor (respiração diafragmática, distração audiovisual). 1.1.3. e 3.1. Posicionar para alívio da dor. 2.1. Avaliar a evolução da dor. 2.2. Referenciar apetite comprometido ao médico.

Domínio: Apetite**Diagnóstico: Apetite comprometido****Objetivo(s):**

1. Determinar a evolução do apetite.
2. Promover o conforto do cliente através da gestão do regime dietético.

Indicador(es) de resultado:

- 2.1. O cliente refere estar confortável com a ingestão de alimentos por si solicitados e fracionados (nega sensação de fome).

Intervenções:

- 1.1. Avaliar a evolução do apetite.
- 1.2. Referenciar apetite comprometido ao médico.
- 2.1.1. Adequar dieta.

Domínio: Sistema respiratório: Dispneia**Diagnóstico: Dispneia****Objetivo(s):**

1. Determinar a evolução da dispneia.
2. Promover a diminuição da sensação de falta de ar.
3. Promover o conforto.

Indicador(es) de resultado:

- 2.1. O cliente refere diminuição da sensação de falta de ar [da 1ª para a 2ª sessão cliente refere falta de ar para pequenos esforços e da 2ª para a 3ª sessão cliente refere não ter falta de ar].

Intervenções:

- 1.1. Avaliar a evolução da dispneia.
- 1.2. Referenciar ventilação comprometida ao médico.
- 2.1.1. e 3.1. Posicionar para otimizar a ventilação (decúbito dorsal, cabeceira da cama >45°).
- 2.1.2. e 3.1. Gerir oxigenoterapia por CN como medida de conforto.

Domínio: Sistema gastro intestinal: Digestão**Diagnóstico: Náusea****Objetivo(s):**

1. Determinar a evolução da náusea.
2. Promover a diminuição da náusea.
3. Promover o conforto.

Indicador(es) de resultado:

- 2.1. O cliente refere diminuição da náusea [da 1ª para a 2ª sessão de moderada para ligeira e da 2ª para a 3ª sessão de ligeira para sem gravidade].

Intervenções:

- 1.1. Avaliar a evolução da náusea.
- 1.2. Referenciar náusea ao médico
- 2.1.1. e 3.1. Gerir terapêutica.
- 2.1.2. e 3.1. Gerir ambiente físico (arejar a enfermaria).

Domínio: Sistema gastro intestinal: Digestão**Diagnóstico: Regurgitação****Objetivo(s):**

1. Determinar a evolução da regurgitação.
2. Promover a diminuição dos episódios de regurgitação.
3. Promover o conforto.

Indicador(es) de resultado(s):

- 2.1. Cliente refere diminuição dos episódios de regurgitação [da 1ª sessão para a 2ª diminuem para menos de metade e da 2ª para a 3ª sessão, cessam].

Intervenções:

- 1.1. Avaliar a evolução da regurgitação.
- 1.2. Referenciar regurgitação ao médico.
- 2.1.1. e 3.1. Posicionar para prevenir o refluxo (decúbito dorsal, cabeceira da cama >45°).
- 2.1.2. e 3.1. Gerir terapêutica.

Domínio: Sistema gastro intestinal: Eliminação intestinal**Diagnóstico: Obstipação****Objetivo(s):**

1. Determinar a evolução da obstipação.
2. Promover a eliminação intestinal.
3. Promover o conforto.

Indicador(es) de resultado:

- 2.1. O cliente refere estar confortável com uma dejeção de 5/5 dias [entre a 1ª e a 3ª sessão tem duas dejeções por semana].

Intervenções:

- 1.1. Avaliar evolução da obstipação.
- 1.2. Referenciar obstipação ao médico.
- 2.1.1. e 3.1. Gerir terapêutica (laxantes).
- 2.1.2. e 3.1. Auxiliar manualmente na expulsão das fezes (SOS).

Domínio: Sistema tegumentar: Pele e mucosas**Diagnóstico:** Membrana mucosa comprometida**Objetivo(s):**

1. Determinar evolução da integridade da membrana mucosa (cavidade oral e lábios).
2. Promover a integridade da membrana mucosa (cavidade oral e lábios).
3. Diminuir a secura da cavidade oral e lábios.
4. Promover o conforto.

Indicador(es) de resultado:

- 3.1. O cliente refere diminuição da sensação de boca seca (xerostomia).

Intervenções:

- 1.1. Avaliar a evolução da integridade da membrana mucosa (cavidade oral e lábios).
- 1.2. Referenciar membrana comprometida ao médico.
- 2.1. e 3.1.1. e 4.1. Executar higiene oral (com clorexidina solução oral).
- 2.2. e 3.1.2. e 4.1. Hidratar cavidade oral com água (com auxílio de esponja).
- 2.3. e 3.1.3. e 4.1. Aplicar bálsamo hidratante nos lábios.

Domínio: Sistema regulador: Sono**Diagnóstico:** Sono comprometido**Objetivo(s):**

1. Determinar a evolução do sono.
2. Promover o sono.
3. Promover o conforto.

Indicador(es) de resultado:

- 2.1. O cliente refere dormir mais de 6h, no período noturno [da 1ª para a 2ª sessão de 5h para 6h e da 2ª para a 3ª sessão de 6h para 7h].

Intervenções:

- 1.1. Avaliar a evolução do sono.
- 1.2. Referenciar sono comprometido ao médico.
- 2.1.1. e 3.1. Gerir medicação.
- 2.1.2. e 3.1. Aplicar medidas não farmacológicas (massagem relaxante, musicoterapia).

Domínio: Processo mental: Emoções**Diagnóstico:** Humor depressivo**Objetivo(s):**

1. Determinar evolução do humor.
2. Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o humor depressivo.
3. Promover o conforto.

Indicador(es) de resultado(s):

- 2.1. O cliente expressa as suas emoções e medos face ao seu processo de doença (às perdas associadas) e atribui um significado à sua experiência de doença.

Intervenções:

- 1.1. Avaliar a evolução do humor.
- 1.2. Referenciar humor depressivo ao médico.
- 2.1.1. e 3.1. Executar escuta ativa.
- 2.1.2. e 3.1. Promover a reminiscência (partilha de episódios/histórias positivas da sua vida).

Domínio: Processo mental: Emoções**Diagnóstico:** Ansiedade**Objetivo(s):**

1. Determinar a evolução da ansiedade.
2. Diminuir a ansiedade.
3. Promover o conforto.

Indicador(es) de resultado:

- 2.1. O cliente refere diminuição da ansiedade [na 2ª sessão o cliente refere diminuição da ansiedade e na 3ª sessão não refere ansiedade].

Intervenções:

- 1.1. Avaliar a evolução da ansiedade.
- 1.2. Referenciar ansiedade ao médico.
- 2.1.1. e 3.1. Executar escuta ativa.
- 2.1.2. e 3.1. Promover a reminiscência (partilha de episódios/histórias positivas da sua vida).
- 2.1.3. e 3.1. Gerir terapêutica.

Domínio: Processo mental: Emoções**Diagnóstico:** Luto antecipatório**Objetivo(s):**

1. Determinar a evolução do luto.
2. Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o luto.
3. Promover a resolução de conflitos e das despedidas.
4. Promover o bem-estar espiritual.
5. Promover o conforto.

Indicador(es) de resultado:

- 2.1. O cliente reconhece e aceita a sua finitude.
- 3.1. O cliente atribui um significado positivo às despedidas.
- 4.1. O cliente recorre a rituais espirituais de acordo com os seus valores e crenças espirituais.

Intervenções:

- 1.1. Avaliar a evolução do luto.
- 2.1.1 e 3.1.1. e 4.1.1. e 5.1. Executar escuta ativa.
- 2.1.2. e 3.1.2. e 4.1.2. e 5.1. Encorajar o cliente a expressar os seus sentimentos, preocupações e expectativas face à perda.
- 2.1.3. e 5.1. Assistir o cliente na utilização de estratégias de *coping* para lidar com o luto.
- 3.1.3. e 5.1. Assistir o cliente na resolução de conflitos familiares e nas despedidas.
- 4.1.3. e 5.1. Assistir o cliente a identificar as suas necessidades espirituais.

TABELA 2 - Relação entre os diagnósticos identificados no cuidador, objetivos, indicadores de resultados e intervenções de enfermagem.

Domínio: Appetite		
Diagnóstico: Potencial do cuidador para melhorar o conhecimento sobre gestão do regime dietético		
Objetivo(s): 1. Avaliar potencial para melhorar o conhecimento do cuidador sobre a gestão adequada do regime dietético fomentadora do conforto do seu familiar. 2. Avaliar conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético.	Indicador(es) de resultado: 1.1. O cuidador demonstra conhecimentos sobre gestão do regime dietético promotora do conforto do seu familiar [no fim da 1ª sessão traz, do domicílio, para o familiar alimentos e bebidas de acordo com os desejos dele e em pequenas quantidades e no fim da 2ª sessão apenas traz alimentos e bebidas, quando o familiar solicita].	Intervenções: 1.1.1. e 2.1. Ensinar cuidador sobre a gestão do regime dietético promotora do conforto: - Informar sobre a falta de apetite como um sintoma comum na atual situação clínica do familiar. - Instruir sobre a importância de uma dieta fracionada. - Informar sobre a importância de respeitar a vontade do familiar na ingestão alimentar. - Informar sobre a importância de privilegiar o conforto na gestão do regime dietético.

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

18-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Consciente.

18-09-2023 08:00 - Determinar sinais de alteração da consciência

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [sem horário]

19-09-2023 08:00 - Consciente.

27-09-2023 08:00 - Consciente.

Sensações somáticas

18-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Manifesta dor.

18-09-2023 08:00 - Dor

18-09-2023 08:00 - Localização da dor

18-09-2023 08:00 - Dorso

18-09-2023 08:00 - Intensidade da dor - 5.

18-09-2023 08:00 - frequência da dor - contínua.

18-09-2023 08:00 - duração da dor - crónica.

18-09-2023 08:00 - dor de tipo - moedeira.

18-09-2023 08:00 - Determinar evolução da dor

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da dor [sem horário]

19-09-2023 08:00 - Localização da dor

19-09-2023 08:00 - Dorso

19-09-2023 08:00 - Intensidade da dor - 3.

19-09-2023 08:00 - frequência da dor - intermitente.

19-09-2023 08:00 - duração da dor - crónica.

19-09-2023 08:00 - dor de tipo - moedeira.

27-09-2023 08:00 - Localização da dor

27-09-2023 08:00 - Corpo

27-09-2023 08:00 - Intensidade da dor - 3.

27-09-2023 08:00 - frequência da dor - contínua.

27-09-2023 08:00 - duração da dor - crónica.

27-09-2023 08:00 - dor de tipo - moedeira.

18-09-2023 08:00 - Diminuir dor

18-09-2023 08:00 - Gerir analgesia [sem horário]

18-09-2023 08:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [sem horário]

18-09-2023 08:00 - Posicionar para aliviar a dor [sem horário]

Apetite

18-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Ingeriu parte das refeições.

18-09-2023 08:00 - Apetite diminuído.

18-09-2023 08:00 - Paladar alterado.

18-09-2023 08:00 - Apetite comprometido

18-09-2023 08:00 - Determinar evolução da ingestão de alimentos às refeições

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições [sem horário]

19-09-2023 08:00 - Ingeriu parte das refeições.

27-09-2023 08:00 - Não ingeriu as refeições.

18-09-2023 08:00 - Determinar evolução do apetite

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do apetite [sem horário]

19-09-2023 08:00 - Apetite diminuído [MANTEVE].

27-09-2023 08:00 - Apetite diminuído [MANTEVE].

19-09-2023 08:00 - Paladar alterado [MANTEVE].

27-09-2023 08:00 - Paladar alterado [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Referenciar compromisso do apetite ao médico [sem horário]

18-09-2023 08:00 - Promover papel do cuidador: gestão do regime dietético

18-09-2023 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-09-2023 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-09-2023 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético

18-09-2023 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do regime dietético [sem horário]

19-09-2023 08:00 - O cuidador adota comportamentos de gestão do regime dietético.

27-09-2023 08:00 - O cuidador adota comportamentos de gestão do regime dietético [MANTEVE].

Sistema respiratório

18-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Frequência respiratória: 20 ciclos/min.

18-09-2023 08:00 - Ritmo respiratório regular.

18-09-2023 08:00 - Movimento respiratório simétrico.

18-09-2023 08:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

18-09-2023 08:00 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação.

18-09-2023 08:00 - Sem adejo nasal.

18-09-2023 08:00 - Saturação do oxigénio no sangue

18-09-2023 08:00 - Periférico(a): 95 %.

18-09-2023 08:00 - Coloração da mucosa: pálidas.

18-09-2023 08:00 - Não comunica falta de ar.

18-09-2023 08:00 - Reflexo da tosse: presente.
 18-09-2023 08:00 - Expele as secreções das vias aéreas.
 18-09-2023 08:00 - Sons respiratórios: normais.
 18-09-2023 08:00 - Secreções em pequena quantidade.
 18-09-2023 08:00 - Secreções viscosas.
 18-09-2023 08:00 - Secreções esbranquiçadas.

18-09-2023 08:00 - Dispneia [RESOLVIDO] 27-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Determinar evolução da dispneia [FIM] 27-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da dispneia [FIM] 27-09-2023 08:00

19-09-2023 08:00 - Frequência respiratória: 18 ciclos/min.
 27-09-2023 08:00 - Frequência respiratória: 20 ciclos/min.
 19-09-2023 08:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
 27-09-2023 08:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
 19-09-2023 08:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].
 27-09-2023 08:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].
 19-09-2023 08:00 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
 27-09-2023 08:00 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
 19-09-2023 08:00 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico [PIOROU].
 27-09-2023 08:00 - Não comunica falta de ar [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Melhorar ventilação [FIM] 27-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Executar exercícios de controlo respiratório [FIM] 27-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Limpeza da via aérea comprometida [RESOLVIDO] 27-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Determinar evolução da limpeza da via aérea [FIM]

27-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [sem horário] [FIM]

27-09-2023 08:00

19-09-2023 08:00 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].
 27-09-2023 08:00 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].
 19-09-2023 08:00 - Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].
 27-09-2023 08:00 - Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].
 19-09-2023 08:00 - Sons respiratórios: normais.
 27-09-2023 08:00 - Sons respiratórios: normais.
 19-09-2023 08:00 - Secreções esbranquiçadas.
 27-09-2023 08:00 - Secreções esbranquiçadas.
 19-09-2023 08:00 - Secreções viscosas [MANTEVE].
 27-09-2023 08:00 - Secreções viscosas [MANTEVE].
 19-09-2023 08:00 - Secreções em pequena quantidade.
 27-09-2023 08:00 - Secreções em pequena quantidade.

Digestão

18-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Com sensação de enjoo.

18-09-2023 08:00 - Com refluxo dos alimentos deglutidos.

18-09-2023 08:00 - Sem vômitos.

18-09-2023 08:00 - Náusea

18-09-2023 08:00 - Gravidade da náusea: moderada.

18-09-2023 08:00 - Determinar evolução da náusea

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da náusea [sem horário]

19-09-2023 08:00 - Com sensação de enjoo [MANTEVE].

27-09-2023 08:00 - Com sensação de enjoo [MANTEVE].

19-09-2023 08:00 - Gravidade da náusea: ligeira [MELHOROU].

27-09-2023 08:00 - Gravidade da náusea: ligeira [MELHOROU].

18-09-2023 08:00 - Referenciar náusea ao médico [sem horário]

18-09-2023 08:00 - Regurgitação [RESOLVIDO] 27-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Determinar evolução da regurgitação [FIM] 27-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da regurgitação [sem horário] [FIM]

27-09-2023 08:00

19-09-2023 08:00 - Com refluxo dos alimentos deglutidos [MANTEVE].

27-09-2023 08:00 - Sem refluxo dos alimentos deglutidos [MELHOROU].

18-09-2023 08:00 - Referenciar regurgitação ao médico [sem horário] [FIM]

27-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Prevenir aspiração [FIM] 27-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Posicionar para prevenir a aspiração [sem horário] [FIM]

27-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Promover autogestão: prevenção da aspiração [FIM]

27-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de aspiração: facilitador.

Eliminação intestinal

18-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Ausência de dejeções.

18-09-2023 08:00 - Número de defecações por dia: 0.

18-09-2023 08:00 - Número de defecações por semana: 2.

18-09-2023 08:00 - Ausência de massa palpável de fezes no reto.

18-09-2023 08:00 - Sem sensação de urgência para defecação.

18-09-2023 08:00 - Expulsão controlada de fezes.

18-09-2023 08:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [sem horário]

19-09-2023 08:00 - Ausência de dejeções [MANTEVE].

27-09-2023 08:00 - Ausência de dejeções [MANTEVE].

19-09-2023 08:00 - Ausência de massa palpável de fezes no reto [MANTEVE].

27-09-2023 08:00 - Ausência de massa palpável de fezes no reto [MANTEVE].

19-09-2023 08:00 - Sem sensação de urgência para defecação [MANTEVE].

27-09-2023 08:00 - Sem sensação de urgência para defecação [MANTEVE].

19-09-2023 08:00 - Expulsão controlada de fezes [MANTEVE].

27-09-2023 08:00 - Expulsão controlada de fezes [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Obstipação

18-09-2023 08:00 - Determinar evolução da obstipação

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da obstipação [sem horário]

19-09-2023 08:00 - Número de defecações por dia: 0.

27-09-2023 08:00 - Número de defecações por dia: 0.

19-09-2023 08:00 - Número de defecações por semana: 1.

27-09-2023 08:00 - Número de defecações por semana: 1.

19-09-2023 08:00 - Consistência das fezes: Fezes em sibalas.

27-09-2023 08:00 - Consistência das fezes: Fezes em sibalas.

19-09-2023 08:00 - Fezes: em pequena quantidade.

27-09-2023 08:00 - Fezes: em pequena quantidade.

19-09-2023 08:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

27-09-2023 08:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

18-09-2023 08:00 - Referenciar obstipação ao médico [sem horário]

Eliminação urinária

27-09-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

27-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [sem horário]

Pele e mucosas

18-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

18-09-2023 08:00 - Membrana mucosa comprometida

18-09-2023 08:00 - Localização do compromisso da membrana mucosa

18-09-2023 08:00 - Cavidade oral

18-09-2023 08:00 - Coloração da mucosa: pálidas.

18-09-2023 08:00 - Mucosa seca.

18-09-2023 08:00 - Mucosa com textura normal.

18-09-2023 08:00 - Lábio

18-09-2023 08:00 - Coloração da mucosa: pálidas.

18-09-2023 08:00 - Mucosa seca.

18-09-2023 08:00 - Mucosa com textura normal.

18-09-2023 08:00 - Determinar evolução da integridade das membranas mucosas

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas (Lábio, Cavidade oral) [sem horário]

19-09-2023 08:00 - Localização do compromisso da membrana mucosa

19-09-2023 08:00 - Cavidade oral

19-09-2023 08:00 - Coloração da mucosa: pálidas.

19-09-2023 08:00 - Mucosa seca.

19-09-2023 08:00 - Mucosa com textura normal.

27-09-2023 08:00 - Localização do compromisso da membrana mucosa

27-09-2023 08:00 - Cavidade oral
 27-09-2023 08:00 - Coloração da mucosa: pálidas.
 27-09-2023 08:00 - Mucosa seca.
 27-09-2023 08:00 - Mucosa com textura normal.
 19-09-2023 08:00 - Lábio
 19-09-2023 08:00 - Coloração da mucosa: pálidas.
 19-09-2023 08:00 - Mucosa seca.
 19-09-2023 08:00 - Mucosa com fendas tecidulares.
 27-09-2023 08:00 - Lábio
 27-09-2023 08:00 - Coloração da mucosa: pálidas.
 27-09-2023 08:00 - Mucosa seca.
 27-09-2023 08:00 - Mucosa com fendas tecidulares.

18-09-2023 08:00 - Promover cicatrização da membrana mucosa

18-09-2023 08:00 - Aplicar creme (Lábio) [sem horário]
 18-09-2023 08:00 - Tratar membrana mucosa (Lábio, Cavidade oral) [sem horário]
 18-09-2023 08:00 - Lavar cavidade oral [sem horário]

Sono

18-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Dormiu por períodos curtos.
 18-09-2023 08:00 - Sono não reparador, com dificuldade em adormecer.
 18-09-2023 08:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 5 Hora.
 18-09-2023 08:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 4 Hora.

18-09-2023 08:00 - Sono comprometido

18-09-2023 08:00 - Determinar evolução do sono

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do sono [sem horário]
 19-09-2023 08:00 - Dormiu por períodos curtos.
 27-09-2023 08:00 - Dormiu por períodos curtos.
 19-09-2023 08:00 - Sono não reparador, com dificuldade em adormecer [MANTEVE].
 27-09-2023 08:00 - Sono não reparador, com dificuldade em adormecer e intermitente [MANTEVE].
 19-09-2023 08:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 6 Hora.
 27-09-2023 08:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 7 Hora.
 19-09-2023 08:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 3 Hora.
 27-09-2023 08:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 4 Hora.
 18-09-2023 08:00 - Referenciar sono comprometido ao médico [sem horário]

18-09-2023 08:00 - Melhorar sono

18-09-2023 08:00 - Implementar estratégias de promoção do sono [sem horário]
 18-09-2023 08:00 - Gerir medicação [sem horário]

18-09-2023 08:00 - Promover adesão: estratégias promotoras do sono

18-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre promoção do sono: facilitador.
 18-09-2023 08:00 - Significado atribuído ao compromisso do sono: não dificultador.
 18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da adesão a estratégias promotoras do sono [sem horário]

27-09-2023 08:00 - Adota estratégias promotoras do sono de acordo com a recomendação.

27-09-2023 08:00 - Refere satisfação com a autogestão das estratégias promotoras do sono.

Emoção

18-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Com indícios de humor depressivo.

18-09-2023 08:00 - Sem indícios de euforia.

18-09-2023 08:00 - Verbaliza ansiedade.

18-09-2023 08:00 - Manifestação de inquietação.

18-09-2023 08:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

18-09-2023 08:00 - Sem manifestação de pânico .

18-09-2023 08:00 - Especificação da perdaEspecificação da perda: Autonomia.

18-09-2023 08:00 - Não manifesta negação da perda.

18-09-2023 08:00 - Não manifesta pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda.

18-09-2023 08:00 - Humor depressivo

18-09-2023 08:00 - Tristeza persistente (há mais de uma semana), Diminuição acentuada de interesse e prazer nas atividades, Tom de voz baixa, discurso arrastado.

18-09-2023 08:00 - Determinar evolução do humor

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do humor depressivo [sem horário]

19-09-2023 08:00 - Com indícios de humor depressivo [MANTEVE].

27-09-2023 08:00 - Com indícios de humor depressivo [MANTEVE].

19-09-2023 08:00 - Tristeza persistente (há mais de uma semana), Diminuição acentuada de interesse e prazer nas atividades, Tom de voz baixa, discurso arrastado [MELHOROU].

27-09-2023 08:00 - Tristeza persistente (há mais de uma semana), Diminuição acentuada de interesse e prazer nas atividades, Tom de voz baixa, discurso arrastado [MELHOROU].

18-09-2023 08:00 - Referenciar humor depressivo ao médico [sem horário]

18-09-2023 08:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o humor

18-09-2023 08:00 - Executar escuta ativa [sem horário]

18-09-2023 08:00 - Ansiedade [RESOLVIDO] 27-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Determinar evolução da ansiedade [FIM] 27-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da ansiedade [sem horário] [FIM] 27-09-2023 08:00

19-09-2023 08:00 - Verbaliza ansiedade [MANTEVE].

27-09-2023 08:00 - Não verbaliza ansiedade [MELHOROU].

19-09-2023 08:00 - Manifestação de inquietação [MANTEVE].

27-09-2023 08:00 - Sem manifestação de inquietação [MELHOROU].

19-09-2023 08:00 - Sem manifestação de irritabilidade [MANTEVE].

27-09-2023 08:00 - Sem manifestação de irritabilidade [MANTEVE].

19-09-2023 08:00 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

27-09-2023 08:00 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Referenciar ansiedade ao médico [sem horário] [FIM]

27-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Diminuir ansiedade [FIM] 27-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Executar técnica de relaxamento [FIM] 27-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Assistir cliente no treino do autocontrole da ansiedade [FIM]

27-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Promover autocontrole: ansiedade [FIM] 27-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora.

18-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrole da ansiedade: facilitador.

18-09-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: facilitadora.

18-09-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: facilitadora.

18-09-2023 08:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrole da ansiedade: facilitadora.

18-09-2023 08:00 - Significado atribuído às estratégias de autocontrole da ansiedade: não dificultador.

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do autocontrole da ansiedade [FIM]

27-09-2023 08:00

19-09-2023 08:00 - Adota comportamentos de autocontrole da ansiedade.

27-09-2023 08:00 - Adota comportamentos de autocontrole da ansiedade.

19-09-2023 08:00 - Refere satisfação com o autocontrole da ansiedade.

27-09-2023 08:00 - Refere satisfação com o autocontrole da ansiedade [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Luto (antecipatório)

18-09-2023 08:00 - Determinar a evolução do luto

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do luto [sem horário]

18-09-2023 08:00 - Promover mudanças no processo de adaptação às perdas

18-09-2023 08:00 - Executar escuta ativa [sem horário]

18-09-2023 08:00 - Encorajar a expressão de sentimentos e preocupações pelo cliente. [sem horário]

3.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da náusea

- Através da Escala de Edmonton.

Aplicar creme

- Bálsamo hidratante nos lábios.

Tratar membrana mucosa

- Hidratar a mucosa com esponja humedecida na água.
- Providenciar, se o cliente desejar, cubos de gelo ou gelados.

Lavar cavidade oral

- Com clorexidina, solução oral.

Posicionar para prevenir a aspiração

- Cabeceira da cama elevada a >de 45º.

Avaliar evolução da dispneia

- Através da Escala de Edmonton.

Avaliar evolução da dor

- Através da Escala de Edmonton.
- Através da Escala Numérica da Dor.

Gerir analgesia

- Administrar analgesia prescrita a horas fixas.
- Administrar analgesia prescrita em SOS, sempre que necessário e solicitado pelo cliente.

Avaliar evolução do humor depressivo

- Através da Escala de Edmonton.

Avaliar evolução da ansiedade

- Através da Escala de Edmonton.

Executar escuta ativa

- Disponibilidade total.
- Atitude calma.
- Expressão facial de interessada.
- Contacto ocular.
- Possibilitar o silêncio.
- Encorajamento para que o doente se expresse livremente, através da comunicação verbal e não verbal.
- Normalização das emoções, acolhendo desejos, reestruturando expectativas.

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

- Vigiar sinais de complicação tais como: dor, edema, calor, rubor, tumefação.

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo

- Vigiar sinais de complicação tais como: dor, edema, calor, rubor, tumefação, descoloração cutânea.

Avaliar evolução da obstipação

- Através da Escala de Edmonton.

Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

- Respiração diafragmática (o doente deve colocar as mãos no abdómen, na região umbilical. Fechar os olhos e concentrar-se na sua respiração, no movimento do seu abdómen que sobe quando inspira pela nariz e e que desce quando expirar pela boca)
- Praticar o bom humor, rir ou sorrir especialmente durante momentos difíceis.
- Promover o posicionamento antiálgico.
- Manter um ambiente calmo.

Executar exercícios de controlo respiratório

- Respiração diafragmática (o doente deve colocar as mãos no abdómen, na região umbilical. Fechar os olhos e concentrar-se na sua respiração, no movimento do seu abdómen que sobe quando inspira pela nariz e e que desce quando expirar pela boca)

Posicionar para aliviar a dor

- Decúbito dorsal.
- Manter membros inferiores elevados, com recurso a dispositivos (almofadas).

Avaliar evolução da eliminação intestinal

- Através da Escala de Edmonton.

Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

- Através da Escala de Coma de Glasgow.

3.8. Síntese relativa ao caso

Durante este período temporal, como elemento da EIHS CP, planeei e organizei os cuidados dirigidos ao conforto e à qualidade de vida do Sr. X e da sua família/cuidadora. Com o mesmo objetivo, foi também diligenciado apoio psico-emocional ao cliente e esposa, através da escuta ativa, da articulação de informação sobre o seu estado clínico e da gestão de emoções e expectativas relacionadas com a situação clínica e progressão da doença.

O caso clínico estava enquadrado na temática da “perda” da via oral no doente oncológico em fase terminal, como despoletador da consciencialização sobre a iminência da perda da vida para o doente e família, o que me permitiu refletir sobre a mesma, tendo por base os quatro pilares dos cuidados paliativos: comunicação, controlo de sintomas, apoio à família e trabalho em equipa.

O cliente e a família tinham conhecimento sobre a doença e sobre o prognóstico. O Sr. X tomou a decisão, com consentimento informado, de iniciar o tratamento de QT, na esperança de que pudesse vir a passar mais algum tempo com a sua neta (que tinha 10 meses). A esperança, na pessoa em situação paliativa, numa fase inicial está diretamente relacionada com a cura e com o tratamento da sua doença, posteriormente, com a progressão da doença, com o controlo de sintomas, e na fase terminal, com uma boa morte (Encarnação et al., 2015). A esperança tem

um papel preponderante na gestão das emoções e das expectativas da pessoa em situação paliativa.

Na avaliação inicial, no primeiro contato, o Sr. X estava consciente, orientado e colaborante. Apresentava o autocuidado comprometido, dor, apetite comprometido, náuseas, regurgitação, obstipação, dispneia, membrana mucosa comprometida e o sono comprometido. Do ponto de vista emocional o Sr. X encontrava-se em sofrimento existencial, com humor deprimido e ansioso e em processo de luto (antecipatório). A esposa estava inquieta, triste e com labilidade emocional. Os cuidados foram organizados e dirigidos ao conforto e à qualidade de vida do cliente e família. O objetivo imediato foi o controlo sintomático através de intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Foram estabelecidas prioridades e um plano de cuidados adequado à situação clínica do cliente. Prestado suporte emocional quer ao Sr. X quer à sua esposa, proporcionando a expressão de sentimentos e exposição de dúvidas pelo cliente e pela esposa.

Na segunda sessão, foram atingidos alguns resultados positivos, a dor estava controlada, não tendo sido necessário administrar analgesia de resgate, o sono ainda não era reparador, mas o Sr. X já conseguia dormir 6 horas no período noturno e as náuseas passaram a ser ligeiras. Demonstrava alguma estabilidade da ansiedade e do humor, com aceitação da sua condição clínica. Por perda da via endovenosa foi feita a rotação de via de administração para a via subcutânea e o respetivo ajuste terapêutico. Prestado suporte emocional ao Sr. X através da escuta ativa e concedido suporte emocional à esposa. Realizada uma reunião com a Sra. Y que estava mais ajustada à situação, mas muito ansiosa e angustiada com a recusa alimentar do marido (com a "perda" da via oral). Promovida a exposição das dúvidas e receios pela cuidadora, relativamente à alimentação do marido e partilhada informação sobre a recusa alimentar e a situação clínica do familiar. A recusa alimentar do Sr. X, no contexto de uma caquexia marcada e da progressão da sua doença oncológica, é um processo fisiológico (metabólico) e progressivo.

Entre a segunda e a terceira sessão existiram algumas visitas da EIHS CP ao cliente e família. Na terceira sessão, na avaliação realizada pela EIHS CP o cliente apresentava um agravamento dos sintomas, astenia marcada, dor não controlada e inquietude. Tinha sido algaliado no dia anterior por dificuldade em urinar, feito o despiste da inquietude por retenção urinária (obstrução do cateter urinário), que não se confirmou. Foi necessária a realização de um SOS de morfina e de midazolam, para controlo da dor e da inquietude e ajustes terapêuticos (da dose da morfina e adição do midazolam à perfusão contínua). Doente em provável situação clínica de últimos dias/horas de vida. Nesta fase, considerando a irreversibilidade do quadro clínico, os objetivos passaram pelo controlo efetivo da sintomatologia do cliente, incidindo, também, nas dimensões psicológica, social e espiritual dos cuidados e de acordo com a sua vontade. Neste momento, as equipas interdisciplinares devem ser capazes de preparar e apoiar os cuidadores acerca do processo de morrer tendo em conta as crenças e valores dos envolvidos no processo, assim

como o ambiente que os rodeia. A comunicação eficaz com o Sr. X e com a família/cuidadora, com vista ao esclarecimento de dúvidas e anseios e o suporte emocional foram preponderantes na promoção do conforto.

Algumas horas após, o doente estava sonolento e mais prostrado, mas tranquilo e visivelmente confortável. Dois dias após a terceira sessão, à nossa chegada ao serviço, para uma nova visita de consultadoria, fomos informados que o Sr. X tinha acabado de falecer, tranquilo e aparentemente confortável, indicadores de uma boa morte.

A família, no decorrer das três sessões, foi-se ajustando e demonstrando resiliência face à situação clínica do familiar. O Sr. X encontrava-se sempre na companhia de familiares (da esposa ou do filho), aquando da visita de consultadoria. O plano de cuidados e a sua reavaliação foi adequado às necessidades do cliente e família de acordo com as competências especializadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa.

A intervenção da EIHSCP descrita, pressupõe que o enfermeiro detenha competências pessoais e profissionais para cuidar de doentes em fim de vida. A identificação das suas necessidades, ainda que não expressas, é fundamental, assim como a adequação das próprias intervenções ao desejo expresso pela pessoa em situação paliativa e família, principalmente quando estes expressam vontades pouco comuns. Cabe ao enfermeiro ultrapassar o improvável e o convencional e ser proativo nos cuidados prestados à pessoa em fim de vida e família com o objetivo do conforto e da qualidade de vida (Alves et al., 2016).

4. CASO CLÍNICO 2 - UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS DE ELEVADA DIFERENCIAÇÃO (UCPED)

Sr. Y de 68 anos, a quem foi diagnosticado, em julho de 2023, um Carcinoma de Células Renais Claras (CCRcc) do rim esquerdo com metastização difusa (suprarrenal contralateral, pulmonar e óssea). Solicitada consultadoria à EIHSCP pela equipa assistente, no início do mês de novembro. Atendendo à situação clínica do Sr. Y e progressão da doença oncológica, foi proposto internamento na UCPED pela EIHSCP, para controlo de sintomas e organização de cuidados.

4.1. Enquadramento teórico

Caso clínico

O Sr. Y, de 68 anos, é casado e revendedor de gás reformado. Vive com a esposa e com a sogra, no distrito do Porto, tem três filhos (duas filhas e um filho) e seis netos. Os três filhos são casados, residem relativamente perto e usufruem de uma relação de proximidade, e de grande afetividade com o pai. A esposa, a Sra. X, de 67 anos, também ela reformada, é a cuidadora principal.

O Sr. Y tem como antecedentes pessoais: Hipertensão Arterial (HTA), Tromboembolismo Pulmonar (TEP), Hiperplasia Benigna da Próstata (HBP), dislipidemia e é fumador. Tem como terapêutica habitual: lisinopril (20mg/1cp ao pequeno-almoço), triticum AC (2/3cp ao deitar), hidrocortisona (50mg/1cp ao pequeno-almoço e 0,5cp ao almoço e ao jantar), finasterida (5mg/1x dia), rosuvastatina e ezetimiba (10/10 ao jantar) e fludrocortisona (0,05mg/1x dia).

Em julho de 2023, foi-lhe diagnosticado uma neoplasia de células claras do rim esquerdo com metastização das suprarrenais contralateral, tendo sido submetido a nefrectomia radical à esquerda e adrenalectomia bilateral. Na consulta de Urologia, de reavaliação da situação clínica no final de setembro de 2023, a TAC comprovou a progressão da doença e confirmou a presença de metastização do rim contralateral, pulmonar e óssea.

Após reunião de grupo com equipa assistencial de Urologia e de Oncologia médica, em outubro de 2023, a equipa multidisciplinar foi unânime na tomada de decisão quanto aos objetivos dos cuidados, tendo decidido iniciar uma primeira linha de tratamento adjuvante de Quimioterapia (QT). O Sr. Y realizou o primeiro tratamento de QT no início do mês de Outubro, mas, por agravamento do estado clínico e progressão da doença, suspendeu o tratamento. Após a realização do primeiro ciclo de QT e na seguinte consulta programada de Urologia, no final do

mês de outubro, foi-lhe diagnosticada uma Lesão Renal Aguda (LRA) com agravamento da função renal e consequente necessidade de internamento no serviço de Urologia. No decurso do internamento, por agravamento da função renal, foi necessário colocar um cateter venoso central tonalizado (na jugular direita) e iniciar o Tratamento de Substituição da Função Renal (TSFR) por Hemodiálise (HD), que passou a realizar três vezes por semana (segundas, quartas e sextas-feiras). Ao longo deste internamento, por queixas de hemiparesia e hemi-hipoestesia esquerda, houve necessidade de ativar a via verde de AVC e de transferir o Sr. Y para a unidade de AVC. Após realização de TAC cerebral e RMN cerebral, foi-lhe diagnosticada a Síndrome de Encefalopatia Posterior Reversível (PRES). No decurso da sua permanência na unidade de AVC, por apresentar hematúria com presença de coágulos, foi mandatário a colocação de um cateter urinário de três vias e iniciar sifonagem. Foi identificada e diagnosticada fratura patológica do Membro Superior Esquerdo (MSE) e pedida a colaboração da Ortopedia, que deu indicação para manter tratamento conservador, com colocação de um imobilizador de ombro (Tipo Gerdy).

Solicitada consultadoria à EIHSCP, no início do mês de novembro, pela equipa médica da unidade de AVC com a informação clínica de que se tratava de um doente com uma neoplasia do rim esquerdo metastizada. Admitido, inicialmente, no serviço de Urologia por LRA com necessidade de início de TSFR por HD. Por intercorrência de PRES foi transferido para a unidade de AVC. Entretanto a PRES foi resolvida, ficando a aguardar transferência para o serviço de urologia. Apresentava fratura patológica do MSE, em orientação por ortopedia. Sem critérios para tratamento, de momento, após discussão com a equipa de oncologia médica assistente. Doente com desconforto generalizado e sofrimento existencial. Depois da avaliação da EIHSCP e reunião com a equipa assistencial, uma vez que o doente não reunia condições para tratamento dirigido à neoplasia, a equipa foi coerente na tomada de decisão quanto aos objetivos dos cuidados, que passaram a ser dirigidos ao conforto. Neste sentido, foi proposto internamento na UCPED, que o doente e a sua família aceitaram. Dois dias após a primeira observação pela EIHSCP, o Sr. Y foi transferido para a UCPED para controlo de sintomas e organização de cuidados.

À data de início do estágio na UCPED, a equipa, identificou vários problemas e estruturou um plano de cuidados adequado à situação clínica do Sr. Y. Aquando da observação pela equipa, o Sr. Y encontrava-se no leito, consciente, orientado e colaborante. O mesmo estava em negação do diagnóstico de neoplasia do rim metastizada (quando questionado, sobre o que sabia sobre a sua doença, comentava que os rins já não funcionavam bem há algum tempo). Referia astenia; perda da autonomia no autocuidado, com uma PPS de 40%, com necessidade de cuidados de saúde especializados frequentes; limitação funcional do membro superior esquerdo (MSE) e dor à mobilização do MSE (8 em 10 na escala numérica de avaliação de dor) sem irradiação, mas contínua. Também referia obstipação e anorexia, e mencionou estar a dormir menos horas que o habitual. Do ponto de vista emocional, o Sr. Y encontrava-se em sofrimento existencial, com humor deprimido e triste.

Lista de problemas identificados pela equipa da UCPED:

- Neoplasia do rim esquerdo, com metastização das suprarrenais, tendo sido submetido a nefrectomia radical esquerda e adrenalectomia bilateral em julho de 2023. Com progressão da doença e metastização renal direita, pulmonar e óssea em setembro de 2023. Sem critérios para tratamento dirigido.
- Doença Renal Crónica (DRC) agudizada por provável envolvimento neoplásico de rim único, com necessidade de iniciar HD neste internamento, e seus benefícios/malefícios na atual situação clínica.
- Hemiparesia e hipoestesia do MSE (PRES em resolução).
- Dor no MSE por fratura patológica, controlada. Dada a situação clínica, sem critérios para intervenção cirúrgica por parte da ortopedia.
- Epilepsia vascular sob antiepiléticos.
- Edema dos membros inferiores.
- Períodos de inquietude.
- Tosse produtiva.
- Piúria.
- Obstipação.
- Perda da autonomia no autocuidado.
- Negação do diagnóstico oncológico pelo Sr. Y.
- Sofrimento existencial do Sr. Y e da família.

Após a avaliação pela equipa da UCPED, com o objetivo de controlar os sintomas, priorizando o conforto e a qualidade de vida do cliente, a mesma delineou o seguinte plano:

- Por alterações analíticas com os parâmetros inflamatórios ainda elevados, tosse produtiva e piúria, pedida radiografia do tórax urgente. Contactada equipa de Nefrologia, para discutir a necessidade de trocar cateter de diálise (considerou que não será de equacionar a substituição do cateter de diálise) e, caso os parâmetros inflamatórios não respondam à antibioterapia (fez piperacilina+tazobactam, 2,25mg durante sete dias), será de ponderar suspender tratamento.
- Realizado ajuste terapêutico, prescrição de antipiréticos (paracetamol e diclofenac) e broncodilatadores (brometo de ipratrópio).
- Rotação da via de administração do fentanilo sistema transdérmico para fentanilo endovenoso em perfusão para controlo da dor.

- Mantem imobilização do MSE, para conforto.
- Por inquietude inicia alprazolam, toma fixa ao deitar e fica com haloperidol em SOS.

A equipa da UCPED reuniu com o Sr. Y e conversou com ele acerca da sua doença oncológica, do prognóstico, da necessidade de manter a HD e sobre as suas expectativas e desejos para o futuro. O Sr. Y manifestou vontade em manter a HD e de poder ir para casa. Faz-lhe sentido, no momento, prolongar a vida com esse suporte renal. Referiu ter conhecimento que em termos de autonomia não haverá, provavelmente, melhoria, mas que os filhos o podem ajudar e transportá-lo para fazer HD. Concedido suporte emocional pela equipa ao Sr. Y, que estava ansioso e triste. Na sequência da reunião com o Sr. Y, foi agendada uma conferência familiar, para falar sobre a vontade e a tomada de decisão do Sr. Y, relativamente ao seu regresso a casa, para organização dos cuidados. A conferência familiar foi realizada, ainda na mesma semana, e estiveram presentes a esposa e os três filhos. A família manifestou vontade em levar o Sr. Y para casa, mas com o receio inerente a toda a complexidade da situação clínica. Referiram já ter, em casa, cama articulada e cadeira de rodas. A esposa mencionou que já cuidava da sua mãe, acamada e dependente no autocuidado, e refere necessitar de reforço no apoio para os cuidados de higiene. Explicada a situação clínica do Sr. Y e dada a complexidade do caso clínico, foi alertada a família para a possibilidade da situação se tornar instável de forma súbita e haver necessidade de reinternamento, que a família compreendeu. Em relação aos tratamentos de HD, a família foi informada que o agendamento dos tratamentos iria ser agilizado pela equipa de Nefrologia aquando da alta e no local mais cómodo, bem como da necessidade da suspensão da HD, em caso de agravamento clínico, caso esta traga mais desconforto do que benefício, o que a família entendeu e concordou.

A família do Sr. Y tinha conhecimento do diagnóstico e prognóstico da situação clínica atual e expectativas adequadas e ajustadas à situação, mas estavam tristes e com humor deprimido. Prestado suporte emocional, dando-lhes oportunidade para exprimirem as suas emoções e expor as suas dúvidas e receios. Durante esta exposição, uma das filhas questionou a equipa sobre a diminuição da ingestão de alimentos pelo pai e o que poderia ser feito para o continuar a alimentar. A equipa compreendeu que era este o momento para abordar a recusa alimentar e a progressiva “perda” da via oral pela pessoa em fase terminal. Durante esta conferência informou a família que a diminuição da ingestão de alimentos e bebidas numa pessoa na situação clínica em que se encontrava o Sr. Y, ou seja, em situação terminal, marca o início de um processo progressivo e fisiológico, em que o organismo deixa de utilizar/necessitar dos alimentos, independentemente da forma que os façamos chegar, quer pela boca, quer por uma sonda ou por via endovenosa. Os nutrientes, em termos metabólicos, deixam de ser necessários e, em grande parte das situações clínicas, em fase terminal, causam desconforto à pessoa. A recusa da ingestão alimentar e a posterior “perda” da via oral é um sintoma fisiológico que promove o conforto da pessoa em situação terminal. Mais uma vez, a família compreendeu e aceitou. No final da conferência familiar ficou delineado pela equipa médica que, após o fim de

semana, se o Sr. Y mantivesse estabilidade clínica, seria ponderado o seu regresso a casa.

No princípio da semana, durante a observação pela equipa da UCPED, o doente encontrava-se no leito na companhia da esposa: referia melhoria das queixas álgicas e da tosse; sono agitado, mantinha astenia e anorexia, com agravamento clínico, períodos de confusão noturna e inquietude com necessidade de SOS de haloperidol durante a noite. Após diálogo com o nefrologista assistente, optou-se por suspender tratamento de HD (fica em SOS, caso não seja possível controlar a dispneia) e por cuidados dirigidos ao conforto. Informada a esposa do Sr. Y, que se encontrava no serviço, do agravamento da situação clínica, da decisão de suspender o tratamento de HD e da otimização das medidas de conforto. A Sra. X percebeu e concordou. A equipa disponibilizou-se para falar com os restantes elementos da família. Agendada nova conferência familiar.

Efetuada ajuste terapêutico, adicionado midazolam à perfusão de fentanilo, para controlo da inquietude e rotação da via de administração para subcutânea, por perda da via endovenosa, ajuste da dose de furosemida e suspensão do alprazolam. Desprescrição da terapêutica endovenosa, sem necessidade e possibilidade de rotação de via, dada a progressão da situação clínica.

Na segunda conferência familiar estavam, novamente, presentes a esposa e os três filhos, foram informados da situação clínica atual do Sr. Y com progressão da doença e agravamento clínico. Esclarecida a família do motivo da tomada da decisão quanto à suspensão do tratamento de HD e do objetivo dos cuidados prestados ao Sr. Y, dirigidos ao conforto. Abordada novamente a temática sobre a recusa alimentar e a progressiva diminuição da ingestão oral como um processo fisiológico na situação terminal, em que se encontrava o Sr. Y, de forma a avaliar o conhecimento adquirido pela família/cuidador na anterior conferência e esclarecimento de dúvidas. Proporcionado, novamente, suporte emocional à esposa e filhos no processo de adaptação às perdas sucessivas e ao luto. A família solicitou autorização para a visita organizada dos seis netos, em diferentes períodos, que foi autorizada e realizada. Dada a época natalícia e, uma vez que o Sr. Y não podia regressar a casa, foi sugerido e aceite pela família, a organização de um “Almoço de Natal” na copa do serviço com a esposa, os filhos, genros, nora e netos. O evento foi muito gratificante para o doente e para a sua família.

Alguns dias após o evento, o Sr. Y apresentou alteração do estado de consciência, ficou mais sonolento, sem resposta verbal, com períodos de inquietude inespecíficos e sem via oral. A equipa médica reuniu de novo com a família e, em conjunto, dada a impossibilidade de comunicar com o Sr. Y e de ter a certeza que não estava em sofrimento, decidiram, em prol do conforto, da realização de sedação paliativa. Para o efeito, foi efetuado ajuste terapêutico da dose do psicofármaco (midazolam) e suspensão toda a medicação oral. Mantidos os cuidados dirigidos ao conforto. Provável situação clínica de últimos dias/horas de vida. Assegurado suporte emocional à família no processo de luto.

Na contextualização do caso clínico, de seguida apresenta-se o Genograma familiar do Sr. Y, na Figura 5.

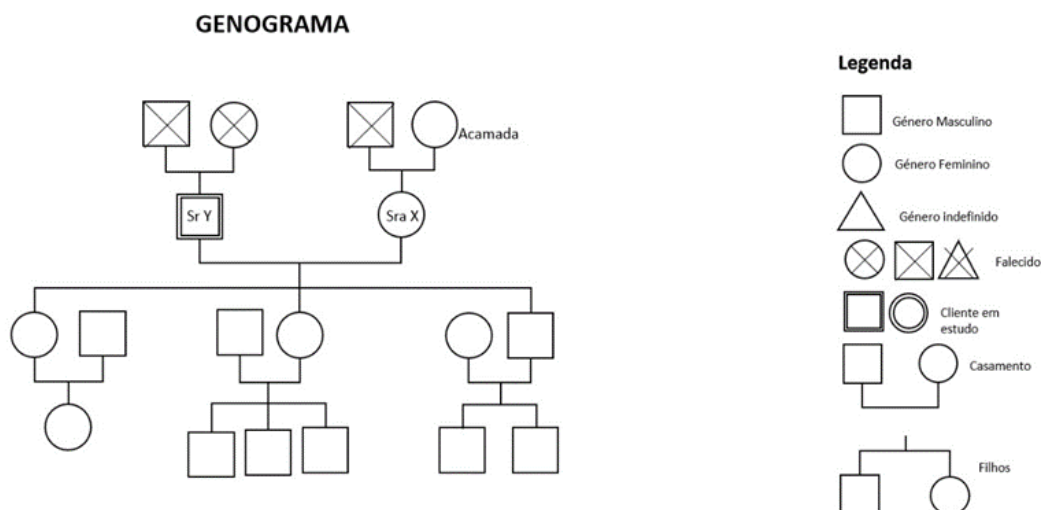


Figura 5 - Genograma familiar do Sr. Y

Enquadramento teórico

A partir de um caso clínico real do internamento da UCPED, foi organizado um plano de cuidados, baseado na evidência científica e com recurso à plataforma e4nursing.

Cuidados paliativos

Cuidados Paliativos, são os cuidados prestados tanto à pessoa doente portadora de uma doença progressiva e incurável como à sua família, cujos objetivos passam por promover a qualidade de vida e aliviar o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual.

Os CP, como já referido no primeiro caso clínico, foram legislados pela Lei de Bases de CP, Lei n.º 52/2012, que consagra o direito, regula a acessibilidade de CP aos cidadãos e define a responsabilidade do Estado em matéria de CP, concebendo a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP). Segundo a referida Lei, os CP devem estar organizados numa estrutura coordenada, integrada e funcional que deve operacionalizar-se em unidades de internamento, na comunidade e no domicílio.

O caso clínico, em análise, teve como contexto a UCPED. Em conformidade com a Portaria nº

165/2016 no capítulo II, secção IV, artigo 6.º, a UCPED é caracterizada como: “um serviço específico de tratamento em regime de internamento para doentes que necessitam de cuidados paliativos diferenciados e multidisciplinares, nomeadamente em situação clínica aguda complexa; deve estar integrada num hospital ou noutra unidade de saúde do setor público, social ou privado; podem diferenciar-se em função de patologias específicas, nomeadamente na área das doenças oncológicas, neurológicas progressivas, da infeção VIH/SIDA e na área pediátrica, e ainda em razão do desenvolvimento de atividades de docência e de investigação, devendo neste caso estar sediada em hospitais centrais ou universitários”. Segundo o artigo 7.º, a UCPED assegura, designadamente: “a) cuidados médicos e de enfermagem permanentes; b) intervenção psicológica para doentes, familiares e profissionais; c) intervenção e apoio social; d) apoio e intervenção no luto; e) intervenção espiritual; f) exames complementares de diagnóstico; g) prescrição e administração de fármacos que constem do formulário nacional de medicamentos, no respeito pelas normas de orientação clínica da direção-geral da saúde; h) higiene, conforto e alimentação; i) convívio e lazer; j) formação em cuidados paliativos; l) assessoria na área dos cuidados paliativos a profissionais de saúde, designadamente dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados, da respetiva área de influência da instituição de saúde onde a unidade de cuidados paliativos se encontra integrada”.

Neoplasia renal

Os Carcinomas de Células Renais (CCRs) são comuns no mundo ocidental e têm vindo a apresentar uma tendência mantida de aumento na sua prevalência. A classificação histológica dos CCRs é de extrema importância, uma vez que a determinação dos subtipos histológicos tem significativas implicações no prognóstico e tratamento. A OMS, segundo a classificação de 2004, reconhece vários subtipos histológicos, sendo que, os subtipos histológicos mais frequentes são os Carcinomas de Células Renais de Células Claras (CCRcc), os Carcinomas de Células Renais Papilífero (CCRp) e os Carcinomas de Células Renais Cromóforo (CCRcr). Estes três, em conjunto, representam mais de 90% de todos os carcinomas de células renais. O CCRcc, é a variante mais comum. O CCRcc tem origem no epitélio dos túbulos contornados proximais (córtex renal) e caracteriza-se por um crescimento predominantemente expansivo. Macroscopicamente, é uma lesão sólida, amarelada, com graus variáveis de necrose, hemorragia e degeneração cística internas; também podem ser encontradas calcificações tumorais. Histologicamente, estas lesões apresentam células claras devido ao seu conteúdo citoplasmático rico em lipídios e glicogénio (Muglia & Prando, 2015). As metástases hematogénicas são relativamente comuns nos CCRs e comprometem principalmente o pulmão, o fígado e os ossos. Em regra geral, o CCRcc tem um pior prognóstico do que os outros dois subtipos histológicos mais comuns, o CCRp e o CCRcr (Biosca et al., 2017). Os sinais e sintomas mais comuns são hematuria, dores lombares ou nos flancos, e massa palpável, associados ou

não a outros sintomas, como emagrecimento, febre, sudorese noturna e hipertensão. As síndromes paraneoplásicas e alterações sistêmicas também podem ocorrer na pessoa com CCRs, tendo como características, disfunção hepática, anemia, caquexia e perda de peso. Os principais tratamentos realizados à pessoa com diagnóstico de CCRcc são: intervenção cirúrgica, com nefrectomia, QT e, recentemente, tratamento dirigido aos alvos moleculares, associados entre si, de acordo com o estadiamento da neoplasia (Muglia & Prando, 2015).

Quimioterapia

A QT é um tratamento de efeito sistêmico, muito utilizada para combater o cancro. Na QT são utilizados fármacos citotóxicos com a capacidade de retardar ou parar o crescimento das células tumorais (Freire, 2014). O seu enquadramento teórico foi abordado no primeiro caso clínico.

No caso clínico em estudo, a QT dirigida à neoplasia renal e, de acordo com o seu estadiamento, foi o tratamento proposto ao Sr. Y, tratamento que o cliente iniciou, mas que suspendeu após a primeira sessão por agravamento da sua situação clínica e progressão da doença.

Doença renal crónica

A DRC é caracterizada pela sua natureza progressiva. Embora a trajetória da doença seja variável, é exetável que a maioria dos doentes progrida para Doença Renal Terminal (DRT) com necessidade de Tratamento de Substituição Renal (TSR), através do transplante renal ou TSFR (diálise peritoneal e HD) (Feitosa et al., 2021). As manifestações clínicas da insuficiência renal estão diretamente relacionadas com a retenção de substâncias orgânicas, como a ureia, creatinina, fenóis, eletrólitos, água, entre outros, que deixam de ser filtradas pelo rim. Com o aumento crescente dos níveis séricos das substâncias retidas, pode ocorrer hiperglicemia e hiperinsulinémia por subida dos triglicerídeos, náusea, vômitos, letargia, fadiga, comprometimento dos processos mentais e cefaleia por acréscimo dos níveis de ureia; desequilíbrio hidroeletrólítico e acidose metabólica, pela diminuição da excreção de potássio pelos rins (hipercalemia); o sódio pode ou não ser retido, e, quando não é excretado promove a retenção também da água, ocorrendo hiponatremia e contribuindo para a retenção de líquidos, edemas e hipertensão arterial; alterações respiratórias, como respiração de Kussmaul, compensatória da acidose metabólica, dispneia e estertor por retenção de líquidos; anemia por diminuição da produção de eritropoietina; dificuldade em absorver o cálcio por baixo nível de vitamina D, diminuindo os níveis séricos de cálcio (hipocalcemia), prurido devido à secura e depósito de cálcio na pele e caibras musculares; alteração do estado de consciência já que as substâncias retidas são tóxicas (Feitosa et al., 2021).

Nas situações clínicas de DRC, deparamo-nos frequentemente com doentes já fragilizados por

outras patologias incuráveis ou graves, em fase avançada e, progressiva que desenvolvem a DRT sem que beneficiem de tratamentos invasivos, bem como com aqueles em TSFR com pouca qualidade de vida e que podem beneficiar da sua suspensão (Rodrigues et al, 2023). Os CP focam-se na prevenção e no alívio do sofrimento, tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida dos doentes, dos seus familiares e cuidadores. Na DRC, os CP podem intervir e colaborar ao longo de todo o percurso da doença, desde o controlo dos sintomas nos diversos estadios da doença até aos cuidados de fim de vida em doentes com DRT em tratamento conservador ou na suspensão da TSFR. O sucesso da intervenção depende da colaboração entre os vários elementos da equipa multidisciplinar (o nefrologista, o especialista em cuidados paliativos o doente e a sua família/cuidador). De acordo com os princípios éticos, os doentes com DRC avançada devem ser informadas quanto às suas opções de tratamento, incluindo suspensão da HD e planeamento do fim de vida, de forma a ser respeitada a sua autonomia na tomada de decisão (Rodrigues et al., 2023).

No presente caso clínico, perante o agravamento da situação clínica do doente e progressão da doença oncológica, a equipa multidisciplinar foi unânime na tomada de decisão, quanto à suspensão do tratamento de HD que, no momento atual, gerava mais desconforto do que benefício.

Síndrome de encefalopatia posterior reversível

A PRES, também conhecida como síndrome de leucoencefalopatia posterior reversível, caracteriza-se pelo início súbito de sintomas, incluindo cefaleias, convulsões, alteração da consciência e distúrbios visuais, e é frequentemente associado à hipertensão aguda.

Quando diagnosticada e tratada numa fase inicial, a síndrome clínica geralmente fica resolvida no espaço de uma semana, e as alterações observadas revertem ao longo de dias a semanas (Hobson et al., 2012). A doença renal crónica e a lesão renal aguda estão usualmente presentes em doentes com PRES, estando a PRES associada a condições que coexistem em doentes com doença renal, como hipertensão, doenças vasculares e autoimunes, exposição a medicamentos imunossupressores, e transplante de órgãos. É fundamental considerar a PRES no diagnóstico diferencial de doentes com doença renal e sintomas neurológicos progressivos (Hobson et al., 2012). A gravidade dos sintomas clínicos é variável; por exemplo, o distúrbio visual pode manifestar-se através da visão turva, hemianopsia homónima ou mesmo cegueira cortical. Os doentes podem ficar ligeiramente confusos ou agitados, mas podem mesmo entrar em coma. Convulsões e estado de mal epilético também são comuns, e o estado de mal epilético não convulsivo pode ser mais frequente do que o estado de mal epilético generalizado. Outros sintomas menos comumente observados incluem náuseas, vômitos e défices do tronco cerebral (Hobson et al., 2012; Ramalho, 2020).

No caso clínico relatado, o Sr. Y apresentava vários fatores de risco que podem promover o desenvolvimento da PRES, incluindo doença renal em estadio terminal e hipertensão arterial. A PRES foi diagnosticada numa fase inicial, mas a reversão das alterações não ocorreu na sua totalidade, tendo o doente mantido uma discreta hemiparesia e hemi-hipoestesia do MSE.

Sedação paliativa

Os CP operam de modo a promover um controlo adequado do sofrimento dos doentes sem interferir significativamente no seu estado de consciência. Porém, particularmente nos Últimos Dias/Horas de Vida (UDHV), existem sintomas que são de difícil controlo apesar da terapêutica adequada, os denominados sintomas refratários (como o delirium hipercativo, dispneia, dor, convulsões, hemorragia maciça, asfixia, crise de dor insuportável), podendo interferir no processo de uma morte digna e tranquila. A sedação deve ser ponderada e discutida entre os profissionais de saúde, doente e sua família/cuidadores, perante uma situação de grande sofrimento causado por sintomas refratários, no sentido do seu alívio. A sedação paliativa é uma intervenção médica, à qual se recorre para alívio do sofrimento refratário, usando fármacos sedativos titulados apenas para controlo desses sintomas. Na sedação paliativa é muito importante que o nível de consciência da pessoa em situação paliativa, seja reduzida apenas até ao nível necessário para o controlo dos sintomas, o que varia de indivíduo para indivíduo. A dose, as combinações de sedativos usados e a duração do tratamento são definidas pelo controlo sintomático e não pelo nível de diminuição do estado de consciência (Morrison & Youngwerth, 2016). É definida como sendo um procedimento conducente à redução intencional do nível de consciência, contínua ou intermitente, com o objetivo de controlar o sofrimento intolerável causado por sintomas refratários ao tratamento convencional, presentes na evolução de doenças incuráveis e progressivas em fase terminal (Nogueira & Sacata, 2012). Classificada, quanto ao grau, em leve ou consciente (sempre que a consciência é mantida possibilitando a comunicação com o doente) e profunda (quando o doente permanece semiconsciente ou inconsciente). Relativamente à duração, é classificada em intermitente (quando o doente tem alguns períodos em que está vígil), e contínua (quando permanece inconsciente até ao óbito). Para ser indicada a sedação contínua e profunda, o doente tem de estar numa fase terminal da doença com um prognóstico esperado de horas ou, no máximo, dias (Voeuk & Oneschuk, 2014).

Por alteração do estado de consciência do Sr. Y, com períodos de sonolência que alternavam com períodos de inquietude inespecíficos, sem resposta verbal e com “perda” da via oral, a equipa médica reuniu com a família e, em conjunto, dada a impossibilidade de comunicar com o Sr. Y e de confirmar que não estava em sofrimento, foi tomada a decisão de iniciar a sedação paliativa, privilegiando o conforto do cliente.

Síndrome depressivo

A depressão e a ansiedade são ambas alterações emocionais/mentais e frequentemente são comorbidades uma da outra. A ansiedade é uma resposta natural do ser humano, perante uma situação desfavorável e desconfortável, que pode atingir níveis de intensidade excessivos e passar a ser diagnosticada como um transtorno, uma doença, com alterações emocionais e físicas, onde se inclui a depressão, com necessidade de tratamento adequado (Sousa, 2015). A depressão caracteriza-se por um sentimento patológico de tristeza, desânimo e perda de interesse nas atividades diárias. Na depressão clínica existe uma evidente dificuldade de adaptação à doença e sofrimento existencial que interfere com a vida quotidiana do doente. Atendendo ao fato desta temática já ter sido abordada no anterior caso clínico, apresento de seguida a sua contextualização no atual caso clínico.

O Sr. Y, no decurso da evolução da sua situação clínica e progressão da doença, desenvolveu um síndrome depressivo. Do ponto de vista farmacológico, foi-lhe prescrito um ansiolítico (alprazolam 0,5mg PO ao deitar) e, como intervenção não farmacológica, foi estabelecida uma relação de ajuda através de uma abordagem centrada na pessoa e na família, da escuta ativa, da empatia e da criação de uma relação de confiança.

Sofrimento existencial

A doença oncológica está, na maioria das vezes, associada a uma sensação de ameaça à autonomia e à liberdade pelo confronto com a existência: finitude, solidão e falta de sentido; a uma experiência de vazio e desespero que emerge do conflito entre o projeto de ser e o absurdo de existir. Este sofrimento particular é conceptualizado na literatura com diferentes nomenclaturas. Alguns autores utilizam o conceito de síndrome de desmoralização, caracterizado por uma incapacidade de coping persistente, associado a sentimentos de desesperança, desamparo, falta de sentido, conceito subjetivo de incompetência e autoestima diminuída. Outros autores optam por utilizar a noção de sofrimento existencial, um estado psicológico distinto associado a um fator de stress como a doença oncológica, que desafia expectativas basilares relacionadas com segurança, relação com os outros, controlo e capacidade de viver uma vida próspera. Na literatura, há ainda outros constructos utilizados para operacionalizar este sofrimento como ansiedade de morte. Ambas as nomenclaturas invocam as quatro dimensões existenciais: física, psicológica, social e espiritual. A espiritualidade, definida como a dimensão humana, que permite à pessoa experienciar o sentido transcendente na vida, tem sido cada vez mais integrada na prática clínica, particularmente no âmbito da oncologia e cuidados paliativos (Martins et al, 2022). O sofrimento é descrito pelo ICN como sendo "uma emoção negativa: sentimentos prolongados de grande pena associados a martírio e à necessidade de tolerar condições devastadoras, isto é, sintomas físicos crónicos como a dor; desconforto ou lesão, stress psicológico crónico, má reputação ou injustiça" (CIPE,

2019).

Vivenciar o sofrimento faz o ser humano aproximar-se de si, levando-o até o autoconhecimento, para que possa viver em maior plenitude. De certa forma, o sofrimento deixa de o ser no momento em que se lhe descobre um sentido (Frank, 2012). Dar um significado à condição sofrida, frequentemente, reduz ou mesmo elimina o sofrimento a ela associado. O alívio do sofrimento passa obrigatoriamente pela relação que se estabelece entre quem cuida e a pessoa que sofre, sendo essa relação fundamental para que o sofrimento se torne suportável e consciente, podendo, desta forma, ser aliviado. Para alívio do sofrimento são fundamentais a escuta ativa, a companhia, o afeto, o apoio, o conforto, o silêncio e a esperança (Encarnação et al., 2015).

Os doentes em situação paliativa necessitam de ultrapassar medos, de sentir esperança, ajuda para encontrar recursos espirituais e sentido na vida. Atendendo à dimensão interpessoal da existência, também as famílias e pessoas próximas a estes doentes sofrem vicariamente. Existem abordagens terapêuticas sistematizadas que abordam as necessidades da carácter espiritual, das quais são exemplos a Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM), uma intervenção baseada na teoria existencial, a terapia da dignidade, estruturada com o objetivo de mitigar o sofrimento existencial e psicossocial em pessoas com doença terminal e seus familiares/cuidadores; e a psicoterapia centrada no sentido (desenvolvida por William Breitbart e baseada no trabalho de Viktor Frankl), criada como uma intervenção de grupo e posteriormente adaptada ao formato individual, com o objetivo de desenvolver ou promover a noção de sentido na vida (Martins et al., 2022).

Encontrar as razões para o sofrimento e um sentido para a vida, implica treino de competências em diversas áreas como a comunicação, inteligência emocional, inteligência social, gestão de conflitos entre outras (Encarnação et al., 2015). Promover o conhecimento por parte dos clínicos acerca de sofrimento existencial, como conceptualizá-lo e como abordá-lo, permitirá uma prestação de cuidados promotora da dignidade e da qualidade de vida da pessoa.

Na situação clínica exposta, o sofrimento existencial foi identificado quer na pessoa em situação paliativa, quer na sua esposa e filhos. Foi proporcionado, várias vezes, suporte emocional ao Sr. Y, à sua esposa e filhos, no processo de adaptação às várias perdas e no luto antecipatório, permitindo que estes expusessem as suas dúvidas e expressassem os seus sentimentos e medos, através da escuta ativa, de uma relação de confiança e de uma comunicação aberta, verdadeira e empática. Sugerido acompanhamento pela psicóloga do serviço ao Sr. Y.

Luto antecipatório

O luto pode ser compreendido como um cruzamento de reações conscientes e inconscientes desencadeadas por uma perda significativa. Geralmente é vivenciado como um processo

doloroso, que transcende o âmbito individual e que se reflete na vida de todos os que convivem, direta ou indiretamente, com a pessoa que está a vivenciar a perda. Apesar de fazer parte da existência humana, mesmo o luto considerado normal, é uma experiência, dolorosa e indizível que exige grande esforço de adaptação às novas condições de vida (Santos et al., 2017). O luto é um processo adaptativo a uma perda significativa, que envolve um processo dinâmico de mudança no plano físico, psicológico, comportamental, espiritual e sociocultural da pessoa que o vivencia. A forma como a pessoa o gere determina o tipo de luto que vivencia. O luto pode ser classificado como normal, antecipatório, preparatório ou prolongado/complicado (Pimenta & Capelas, 2019). O indivíduo, a família e os demais integrantes do grupo social sentem o impacto causado pela perda ("perda" da via oral, perda da autonomia), percebida como o aproximar da perda derradeira iminente (perda da vida). No processo de luto antecipatório a pessoa elabora previamente uma perda que se aproxima, o que a ajuda a tomar consciência desta e a aceitá-la (Pimenta & Capelas, 2019). O luto antecipatório é um processo que tem a particularidade de se instalar em vida. Trata-se de uma experiência caracterizada por emoções como a raiva, a depressão, a desorganização e a reorganização, e precedidas do afastamento afetivo das pessoas envolvidas no processo (quer a pessoa, quer a família), de modo semelhante ao que ocorre no luto normal. Segundo alguns autores, as funções básicas dos dois lutos (normal e antecipatório) também são semelhantes: aceitação da realidade da perda, desenvolvimento da dor decorrente (com mais ou menos intensidade) e ajuste ao ambiente (Cardoso et al., 2018). É descrito, por Kübler-Ross, como uma preparação pela qual a pessoa e a sua família/cuidador necessitam de passar como preparação para a separação final (Cardoso et al., 2018). O luto antecipatório pode facilitar, minorar ou até encurtar o processo de luto normal após a morte. A consciencialização e aceitação da finitude, própria ou do familiar, é um fator determinante, do processo de luto, e, quanto mais cedo ocorrer a elaboração dos significados atribuídos à experiência, melhor será a aceitação após a perda real (Cardoso et al., 2018). A base das intervenções dos profissionais de saúde no processo de luto são a escuta e a sua presença. O enfermeiro deverá promover uma relação terapêutica com a pessoa em fim de vida e com os seus familiares/cuidadores e implementar estratégias de comunicação como a escuta ativa, reafirmações verbais, o toque terapêutico, o olhar, o sorriso, a presença frequente e o uso de perguntas abertas, de forma a que a pessoa e os seus familiares se sintam acompanhados e protegidos (Silva & Coutinho, 2022).

No contexto clínico apresentado, o luto antecipatório foi identificado quer no doente em situação paliativa em fase terminal quer na sua esposa e filhos. No caso do Sr. Y, o luto está associado as mudanças inerentes à "perda" da autonomia e à perda da via oral, e à consciencialização e aceitação da sua finitude. Na família/cuidador, por sua vez, está relacionado com a consciencialização e aceitação da perda do seu familiar. Como forma de intervenção no processo de luto, foi assegurado o suporte emocional através do estabelecimento de uma relação empática com o cliente e família/cuidador e implementadas

estratégias de comunicação, como a escuta ativa, o toque terapêutico, o olhar, a presença, a disponibilidade e o uso de perguntas abertas, de forma a que a pessoa e os seus familiares se sentissem apoiados e seguros.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 68 anos | Masculino

Cuidador

29-11-2023 15:00

29-11-2023 15:00 - Parentesco: cônjuge.

29-11-2023 15:00 - Coabita com a pessoa dependente.

29-11-2023 15:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

29-11-2023 15:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

29-11-2023 15:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

29-11-2023 15:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no andar: suficiente para

assegurar parcialmente.

29-11-2023 15:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se

29-11-2023 15:00 - suficiente para assegurar parcialmente.

29-11-2023 15:00 - Capacidade física do cuidador para dar banho

29-11-2023 15:00 - suficiente para assegurar parcialmente.

29-11-2023 15:00 - Capacidade física do cuidador para deslocar cliente em cadeira de rodas: suficiente para assegurar na totalidade.

29-11-2023 15:00 - Capacidade física do cuidador para posicionar

29-11-2023 15:00 - suficiente para assegurar parcialmente.

29-11-2023 15:00 - Capacidade física do cuidador para transferir

29-11-2023 15:00 - suficiente para assegurar parcialmente.

29-11-2023 15:00 - Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar parcialmente.

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-11-29 15:00:00	Paracetamol 1000mg EV de 8/8h - 7-15 e 23h	2023-12-04 15:00:00
2023-11-29 15:00:00	Dexametasona 4mg EV 1xdia - 7h	2023-12-04 15:00:00
2023-11-29 15:00:00	Levetiracetam 500mg EV 1xdia - 9h	2023-12-04 15:00:00
2023-11-29 15:00:00	Furosemida 40mg EV de 8/8h - 7-15 e 23h	2023-12-04 15:00:00
2023-11-29 15:00:00	Haloperidol 5mg SC (SOS) - se agitação, até 3xdia	2023-12-04 15:00:00
2023-11-29 15:00:00	Midazolam 2,5mg SC 2xdia - 3 e 23h	2023-12-04 15:00:00
2023-11-29 15:00:00	Fludrocortisona 0,05 mg PO 1xdia- 9h	2023-12-07 15:00:00
2023-11-29 15:00:00	Diclofenac 50mg SC SOS - se febre , de 8/8h, até 3xdia	
2023-11-29 15:00:00	Fentanilo 100 mcg SL SOS- até 4x dia se dor e até 2xdia se dispneia	2023-12-07 15:00:00
2023-11-29 15:00:00	Fentanilo 300 mcg EV - perfusão continua (em 50cc de soro fisiológico) - a 2,1ml/h	2023-12-04 15:00:00
2023-11-29 15:00:00	Alprazolam 0,5mg PO 1xdia - 23h	2023-12-04 15:00:00
2023-11-29 15:00:00	Picossulfato Sódico 7,5mg Sol- 30 gotas PO 1xdia - 9h	2023-12-07 15:00:00
2023-11-29 15:00:00	Diazepam 10mg EV (SOS) - se crise convulsiva, até 3xdia	2023-12-04 15:00:00
2023-11-29 15:00:00	Midazolam 5mg SC SOS - se agitação, apesar do SOS de Haloperidol, se insónia, se dispneia até 6xdia	
2023-11-29 15:00:00	Brometo Ipatropico 20µg/dose - Sol. Inalatória- 40µg INAL- 8/8h - 7h-15-23h	2023-12-07 15:00:00
2023-12-04 15:00:00	Prednisolona 20mg PO 1xdia - 9h	2023-12-07 15:00:00
2023-12-04 15:00:00	Levetiracetam 500mg PO 1xdia - 9h	2023-12-07 15:00:00
2023-12-04 15:00:00	Furosemida 40mg SC de 8/8h- 7-15-23h	
2023-12-04 15:00:00	Fentanilo 300 mcg EV + Midazolam 15mg SC - perfusão continua (em 50cc de soro fisiológico) - a 2,1ml/h	2023-12-07 15:00:00
2023-12-04 15:00:00	Diazepam 10mg Via Retal (SOS) - se crise convulsiva, até 3xdia	

Início	Medicação	Fim
2023-12-04 15:00:00	Bisacodilo 10mg PO 1xdia - 21h	2023-12-07 15:00:00
2023-12-07 15:00:00	Fentanilo 400 mcg EV + Midazolam 30mg SC - perfusão continua (em 50cc de soro fisiológico) - a 2,1ml/h	

4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

No âmbito das intervenções farmacológicas executadas pelos enfermeiros, para controlo sintomático, de seguida, será feita uma breve referência às principais características da medicação prescrita (Indicações, reações adversas e efeitos secundários) e aos aspetos de enfermagem a considerar.

Dexametasona é um corticosteroide com atividade anti-inflamatória e imunossupressora, que está indicado no tratamento de situações, tais como: edema cerebral associado a tumores cerebrais, abscessos e toxoplasmose cerebral, choque anafilático, hemorrágico ou séptico, resposta inflamatória excessiva, doenças alérgicas, doenças da pele, colite ulcerativa, artrite, lúpus, psoríase, ou distúrbios respiratórios (asma brônquica, angioedema grave, dispneia laríngea). Reações adversas e efeitos secundários: distúrbios afetivos (humor irritável, eufórico, deprimido/lábil, e pensamentos suicidas), reações psicóticas (delírios, alucinações e agravamento da esquizofrenia), distúrbios de comportamento, irritabilidade, ansiedade, distúrbios do sono e disfunção cognitiva incluindo confusão e amnésia, distúrbios endócrinos e metabólicos (glaucoma, inibição da regeneração tecidual e aumento do risco de infeções). Implicações para a prática de enfermagem: se a dose for prescrita diariamente ou em dias alternados, administrar de manhã para coincidir com a normal produção de cortisol pelo organismo. Administrar às refeições para minimizar a irritação gástrica. Avaliar os sistemas envolvidos antes e periodicamente durante o curso da terapêutica, avaliar os sinais de insuficiência suprarrenal (hipotensão, perda de peso, fraqueza, náuseas, vômitos, anorexia, letargia, confusão, inquietação) antes e periodicamente ao longo da terapêutica. No edema cerebral, avaliar, ao longo da terapêutica, o aparecimento de alterações no nível de consciência e de cefaleias. Pode causar hiperglicemia, especialmente nos doentes diabéticos, e hipocaliemia (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2009).

Neste caso clínico, a dexametasona foi prescrita como adjuvante no controlo da dor.

Levetiracetam integra o grupo farmacológico dos anticonvulsivantes. Inibe a descarga sem afetar a excitabilidade neuronal normal, e pode seletivamente prevenir a hypersincronização da

descarga epileptiforme e a propagação da atividade convulsiva. Reações adversas e efeitos secundários: nasofaringite, sonolência, cefaleias, fadiga e tonturas. Implicações para a enfermagem: avaliar a localização, duração e características da atividade convulsiva (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2009).

Neste caso clínico, foi prescrito com o objetivo de prevenir a epilepsia vascular (uma sequela da PRES) e as crises convulsivas.

Furosemida integra o grupo farmacológico dos diuréticos, está indicado no tratamento da hipervolemia (edemas), relacionada com a insuficiência cardíaca, doença hepática ou renal; dispneia secundária a congestão pulmonar; hipertensão; hipercaliemia e hipercalcemia. Reações adversas e efeitos secundários: tonturas, encefalopatia, cefaleias, insônia, ansiedade, perda de audição, hipotensão, obstipação, diarreia, xerostomia, dispepsia, náuseas, vômitos, aumento significativo do débito urinário, fotossensibilidade, erupções cutâneas, hiperglicemia, desidratação, hipocaliemia, hiponatremia, hipovolemia, alcalose metabólica, artralgia, câibras musculares, mialgia. Implicações para a prática de enfermagem: monitorizar o equilíbrio hidroeletrólítico no decorrer da terapêutica, o peso e as entradas e saídas de líquidos, avaliar a presença de edemas e a sua localização e evolução, rubor cutâneo e membranas mucosas, monitorizar a tensão arterial e a frequência cardíaca antes e durante a administração da terapêutica (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2009).

No caso clínico em análise, foi utilizada na gestão dos edemas dos membros inferiores e da ascite, e como adjuvante na prevenção da dispneia decorrentes da DRT e da progressão da doença oncológica.

Diazepam é uma benzodiazepina que está indicada no tratamento da ansiedade, sedação pré-operatória, sedação anestésica ligeira, amnésia anterógrada, tratamento de estados epiléticos, como relaxante músculo-esquelético, no tratamento dos sintomas da síndrome de privação alcoólica. Reações adversas e efeitos secundários: tonturas, sonolência letargia, excitação paradoxal, depressão, cefaleias, visão turva, depressão respiratória, náuseas, vômitos, diarreia, obstipação, dependência psicológica, dependência física. Implicações para a prática de enfermagem: avaliar a tensão arterial, a frequência cardíaca e a frequência respiratória antes e periodicamente ao longo da terapêutica, avaliar frequentemente o local durante a administração EV, o diazepam pode causar flebite e trombose venosa. Gerir e avaliar o risco de quedas e instituir as estratégias de prevenção. A terapêutica prolongada com doses elevadas pode levar à dependência física ou psicológica. Avaliar o grau de ansiedade e o nível de sedação antes e periodicamente durante o tratamento. Observar e registar a intensidade, localização e a duração da atividade convulsiva (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2009).

Neste caso, tendo em conta a sua ação nos estados epiléticos, a prescrição do diazepam assume uma função preventiva, relacionando-se com a possibilidade de ocorrer atividade convulsiva.

Fludrocortisona é um corticosteroide sintético indicado no tratamento da perda de sódio e da hipotensão associadas à insuficiência suprarrenal, juntamente com a hidrocortisona e com a cortisona, tratamento da perda de sódio devida a síndrome adrenogenital congénito. Reações adversas e efeitos secundários: cefaleias, tonturas, edemas, insuficiência cardíaca, hipertensão, arritmias, náuseas, anorexia, aumento do peso, hipocaliemia, artralgia, contraturas nos tendões, fraqueza muscular, paralisia ascendente. Implicações para a prática de enfermagem: avaliar a tensão arterial periodicamente ao longo da terapêutica, avaliar a ocorrência de retenção de líquidos (peso diário, edemas e auscultação pulmonar) (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2009).

No caso clínico em estudo, este corticosteroide foi prescrito para tratamento da insuficiência suprarrenal do cliente consequente à adrenalectomia bilateral a que foi sujeito, no contexto da metastização suprarrenal contralateral.

Picossolfato sódico é um laxante de contato que está indicado no tratamento da obstipação ou nas situações episódicas que requerem uma evacuação facilitada (antes de estudos radiológicos ou de cirurgia). Estimula a mucosa do intestino grosso, provocando peristaltismo no cólon e promovendo a acumulação de água e, consequentemente, de eletrólitos no lúmen, o que resulta na estimulação da defecação, redução do tempo de transito e amolecimento das fezes. Reações adversas e efeitos secundários: hipersensibilidade, dores abdominais, oclusão, náuseas e vômitos, especialmente quando associados a febre ou outros sinais de abdómen agudo, fissuras anais ou rectais. O excesso ou uso prolongado pode resultar em dependência. Implicações para a prática de enfermagem: avaliar a distensão abdominal, a presença de sons intestinais e o padrão habitual do funcionamento intestinal; observar a cor, consistência e quantidade das fezes (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2009).

No presente caso clínico, o picossolfato sódico foi prescritos em conjunto com o bisacodilo para o tratamento da obstipação do cliente agravada pelo uso de opióides (fentanilo) para controlo da dor e pela DRT.

Diclofenac integra o grupo farmacológico dos AINEs derivados do ácido acético, sendo indicado no tratamento de situações inflamatórias incluindo: artrite reumatoide, osteoartrite e espondilite anquilosante; dor ligeira ou moderada, dor aguda, dismenorreia e febre. Reações adversas e efeitos secundários: tonturas, sonolência, cefaleias. hipertensão, dor abdominal, dispepsia,

pirose, diarreia, hemorragia, hepatotoxicidade, poliúria, disúria, hematúria, nefrite, proteinúria, insuficiência renal aguda, erupções, eczema e fotossensibilidade. Implicações para a prática de enfermagem: avaliar a dor e a limitação do movimento, o tipo, localização e intensidade da mesma, antes e 30 a 60 minutos após a administração. O uso prolongado aumenta o risco de efeitos renais adversos e de hemorragia (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2009).

No caso do Sr. Y, o diclofenac estava prescrito em SOS, com o objetivo de prevenção e tratamento da febre.

Fentanilo é um fármaco que integra o grupo dos analgésicos estupefacientes, estando indicado no tratamento da dor. O fentanilo liga-se aos recetores opiáceos do SNC, alterando a resposta à dor e à sua percepção. Reações adversas e efeitos secundários: sedação, confusão, fraqueza, tonturas, agitação, depressão respiratória, apneia, cefaleia, laringospasmos, broncoconstrição, obstipação, xerostomia, náuseas, vômitos, anorexia, suores, eritema. Podem fazer reação no local da aplicação. Implicações para a enfermagem: avaliar a dor (tipo, localização e intensidade) antes e 24 horas após a administração. Monitorizar o nível de consciência, tensão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória (se for inferior a 10 ciclos por minuto, monitorizar o grau de sedação), avaliar a eliminação intestinal. A prevenção da obstipação, pode ser feita através do aumento de ingestão de líquidos e fibras e ingestão de emoliente de fezes e laxantes (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2009).

A utilização do fentanilo, no estudo de caso em análise, prende-se com a necessidade de controlo da dor, decorrente do diagnóstico principal do cliente.

Os restantes fármacos prescritos, nomeadamente: **Paracetamol, Prednisolona, Haloperidol, Alprazolam, Midazolam, Bisacodilo e Brometo de Ipratrópio**, foram abordados na conceção de cuidados apresentada previamente.

No presente caso clínico, o paracetamol assumiu uma função preventiva, relacionada com a possibilidade de desenvolvimento de quadros de hipertermia. A prednisolona foi utilizada, na rotação da via de administração do corticoide, como fármaco adjuvante no controlo da dor. O haloperidol, o alprazolam e o midazolam, por sua vez, foram prescritos para controlo da inquietude e tratamento da insónia. O alprazolam, foi também prescrito como adjuvante no controlo da ansiedade, referida pelo cliente, e o haloperidol como antiemético no tratamento das náuseas. O bisacodilo, em associação com o picossolfato sódico, foi prescrito para o tratamento da obstipação, agravada pelo uso de opióides (fentanilo) para controlo da dor e pela DRT. Por fim, o brometo de ipratrópio, tendo em conta o seu efeito broncodilatador, foi prescrito para controlo/prevenção da dispneia recorrente da situação clínica.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

29-11-2023 15:00

29-11-2023 15:00 - Cateter urinário

29-11-2023 15:00 - Características do dispositivo: cateter urinário nº 22 de 3 vias de silicone..

29-11-2023 15:00 - Quantidade de urina: 600 ml.

04-12-2023 15:00 - Quantidade de urina: 600 ml.

07-12-2023 15:00 - Quantidade de urina: 350 ml.

29-11-2023 15:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

04-12-2023 15:00 - Cor da urina: escura.

07-12-2023 15:00 - Cor da urina: escura.

29-11-2023 15:00 - Transparência da urina: Turva com sedimento.

04-12-2023 15:00 - Transparência da urina: Turva com sedimento [MANTEVE].

07-12-2023 15:00 - Transparência da urina: Turva com sedimento [MANTEVE].

04-12-2023 15:00 - Características do dispositivo: cateter urinário nº 22 de 3 vias de silicone.

07-12-2023 15:00 - Características do dispositivo: cateter urinário nº 22 de 3 vias de silicone.

29-11-2023 15:00 - piúria

29-11-2023 15:00 - Determinar evolução da drenagem pelo cateter urinário

29-11-2023 15:00 - Avaliar evolução da drenagem pelo cateter urinário [sem horário]

29-11-2023 15:00 - Assegurar funcionamento do cateter

29-11-2023 15:00 - Otimizar cateter urinário [sem horário]

29-11-2023 15:00 - Determinar sinais de infecção do sistema urinário

29-11-2023 15:00 - Avaliar evolução de sinais de infecção do sistema urinário [sem horário]

04-12-2023 15:00 - Cheiro da urina: intenso [MANTEVE].

07-12-2023 15:00 - Cheiro da urina: intenso [MANTEVE].

29-11-2023 15:00 - Referenciar sinais de infecção do sistema urinário ao médico [sem horário]

29-11-2023 15:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter urinário

29-11-2023 15:00 - Trocar cateter urinário [sem horário]

29-11-2023 15:00 - Remover cateter urinário [sem horário]

29-11-2023 15:00 - Cateter venoso periférico [RESOLVIDO] 04-12-2023 15:00

29-11-2023 15:00 - Localização do cateter venoso periférico

29-11-2023 15:00 - Braço Direita(o)

29-11-2023 15:00 - Características do dispositivo: nº22.

29-11-2023 15:00 - Ausência de dor.

29-11-2023 15:00 - Ausência de calor.

29-11-2023 15:00 - Ausência de rubor.

29-11-2023 15:00 - Ausência de exsudado.

29-11-2023 15:00 - Ausência de infiltração.

29-11-2023 15:00 - Ausência de tumefação.

29-11-2023 15:00 - Antebraço Esquerda(o)

29-11-2023 15:00 - Características do dispositivo: nº22.

29-11-2023 15:00 - Ausência de dor.

29-11-2023 15:00 - Ausência de calor.

29-11-2023 15:00 - Ausência de rubor.

29-11-2023 15:00 - Ausência de exsudado.

29-11-2023 15:00 - Ausência de infiltração.

29-11-2023 15:00 - Ausência de tumefação.

29-11-2023 15:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter [FIM]

04-12-2023 15:00

29-11-2023 15:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [sem horário] [FIM] 04-12-2023 15:00

29-11-2023 15:00 - Assegurar funcionamento do cateter [FIM] 04-12-2023 15:00

29-11-2023 15:00 - Otimizar cateter venoso periférico (Braço Direita(o), Antebraço Esquerda(o)) [sem horário] [FIM] 04-12-2023 15:00

29-11-2023 15:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico [FIM] 04-12-2023 15:00

29-11-2023 15:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico (Braço Direita(o), Antebraço Esquerda(o)) [sem horário] [FIM] 04-12-2023 15:00

29-11-2023 15:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico [FIM] 04-12-2023 15:00

29-11-2023 15:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico (Braço Direita(o), Antebraço Esquerda(o)) [sem horário] [FIM]

04-12-2023 15:00

29-11-2023 15:00 - Trocar cateter venoso periférico (Braço Direita(o), Antebraço Esquerda(o)) [sem horário] [FIM] 04-12-2023 15:00

29-11-2023 15:00 - Cateter central

07-12-2023 15:00 - Localização do cateter central

07-12-2023 15:00 - Veia subclávia Direita(o)

07-12-2023 15:00 - Ausência de dor.

07-12-2023 15:00 - Ausência de calor.

07-12-2023 15:00 - Ausência de rubor.

07-12-2023 15:00 - Ausência de tumefação.

07-12-2023 15:00 - Ausência de exsudado.

07-12-2023 15:00 - Características do dispositivo: cateter tonalizado para realizar hemodialise..

29-11-2023 15:00 - Localização do cateter central

29-11-2023 15:00 - Veia subclávia Direita(o)

29-11-2023 15:00 - Ausência de dor.

29-11-2023 15:00 - Ausência de calor.

29-11-2023 15:00 - Ausência de rubor.

29-11-2023 15:00 - Ausência de tumefação.

29-11-2023 15:00 - Ausência de exsudado.

29-11-2023 15:00 - Características do dispositivo: cateter tonalizado para realizar hemodialise.

04-12-2023 15:00 - Localização do cateter central

04-12-2023 15:00 - Veia subclávia Direita(o)

04-12-2023 15:00 - Ausência de dor.

04-12-2023 15:00 - Ausência de calor.

04-12-2023 15:00 - Ausência de rubor.

04-12-2023 15:00 - Ausência de tumefação.

04-12-2023 15:00 - Ausência de exsudado.

04-12-2023 15:00 - Características do dispositivo: cateter tonalizado para realizar hemodialise..

29-11-2023 15:00 - Cateter subcutâneo

29-11-2023 15:00 - Localização do cateter subcutâneo

29-11-2023 15:00 - Abdómen

29-11-2023 15:00 - Características do dispositivo: nº24.

04-12-2023 15:00 - Localização do cateter subcutâneo

04-12-2023 15:00 - Abdómen

04-12-2023 15:00 - Características do dispositivo: nº24.

07-12-2023 15:00 - Localização do cateter subcutâneo

07-12-2023 15:00 - Abdómen

07-12-2023 15:00 - Características do dispositivo: nº24.

04-12-2023 15:00 - Braço Direita(o)

04-12-2023 15:00 - Características do dispositivo: nº24.

07-12-2023 15:00 - Braço Direita(o)

07-12-2023 15:00 - Características do dispositivo: nº24.

04-12-2023 15:00 - Braço Esquerda(o)

04-12-2023 15:00 - Características do dispositivo: nº24.

07-12-2023 15:00 - Braço Esquerda(o)

07-12-2023 15:00 - Características do dispositivo: nº24.

29-11-2023 15:00 - Assegurar funcionamento do cateter

29-11-2023 15:00 - *Otimizar cateter subcutâneo (Abdómen) [sem horário]*

29-11-2023 15:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

29-11-2023 15:00 - *Avaliar evolução da administração pelo cateter subcutâneo*

[sem horário]

04-12-2023 15:00 - Substância administrada pelo cateter subcutâneo: fármaco.

04-12-2023 15:00 - Quantidade administrada pelo cateter subcutâneo: 1 ml.

07-12-2023 15:00 - Substância administrada pelo cateter subcutâneo: fármaco.

07-12-2023 15:00 - Quantidade administrada pelo cateter subcutâneo: 1 ml.

29-11-2023 15:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter subcutâneo

29-11-2023 15:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo (Abdómen, Braço Direita(o), Braço Esquerda(o))

[sem horário]

29-11-2023 15:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter subcutâneo

29-11-2023 15:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter subcutâneo (Abdómen, Braço Direita(o), Braço Esquerda(o)) [sem horário]

29-11-2023 15:00 - Trocar cateter subcutâneo (Abdómen, Braço Direita(o), Braço Esquerda(o)) [sem horário]

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

Cateter venoso periférico

As vias de administração de fármacos, em meio hospitalar, são diversas, sendo a via endovenosa uma das mais utilizadas. Em CP permite um controlo mais rápido da sintomatologia dos clientes pela rápida atuação dos fármacos administrados. A gestão e manutenção deste dispositivo médico é efetuada pela equipa de enfermagem. Na pessoa em situação paliativa, em fase terminal, deixa de ser a via preferencial, pois passa a ser de difícil acesso podendo implicar várias punções e, consequentemente, o desconforto do cliente.

Na situação clínica em questão, a via EV permitiu a administração dos anticonvulsivantes, assim como de outros fármacos necessários ao atingimento dos objetivos propostos para o cliente, nomeadamente analgésicos opióides e diuréticos, entre outros.

Cateter subcutâneo

A via de administração de eleição nos CP, na ausência de via oral, é a via SC. Implica a colocação de um cateter, normalmente de pequeno calibre, no tecido subcutâneo de várias localizações corporais, nomeadamente zona subclavicular/supra mamária, zona abdominal, zona externa (lateral)/frontal das coxas, zona superior/externa (lateral) dos braços (deltoide) e zona escapular. A via SC também é utilizada para hipodermóclise (Godinho & Silveira, 2017). É uma

via menos invasiva, confortável, com eficácia e minimamente dolorosa. Permite o controlo de vários sintomas e a administração de uma ampla lista de fármacos. Contudo, existem complicações a ter em conta, como: reações locais (eritema, hematoma, necrose do tecido subcutâneo, maceração da pele, prurido, edema, infeção, sinais inflamatórios), extravasamento, hemorragia, obstrução do dispositivo ou saída accidental. A substituição do cateter subcutâneo deve ser agendada, ou seja, trocar o cateter de 5 a 7 dias se estiver a ser usado para a administração de um só fármaco ou de 3 a 5 dias se estiver a ser usado para a administração de vários fármacos no mesmo dispositivo (Godinho & Silveira, 2017).

No caso exposto, perante o agravamento da situação clínica e progressão da doença, o acesso à via EV passou a ser desconfortável e foi necessário rodar a via de administração para a via SC. Foram inseridos três cateteres subcutâneos, de acordo com as necessidades sintomáticas do cliente. A via SC foi a usada na administração da sedação paliativa.

Cateter urinário (sonda vesical/algália)

A colocação de um cateter vesical em cuidados paliativos é um procedimento que está diretamente relacionado com a gestão/promoção do conforto do cliente. De acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS), a colocação de um cateter urinário é pertinente nas seguintes situações: retenção urinária aguda ou obstrução; necessidade de monitorização rigorosa do débito urinário; procedimentos pré-operatórios específicos (cirurgias ao trato urinário); doentes com incontinência de esfíncter urinário que apresentem lesões ou úlceras por pressão nas regiões sagrada e/ou perineal; necessidade de imobilização prolongada do doente e promoção do conforto em cuidados de fim de vida (DGS, 2022). Mediante a situação clínica do doente em fim de vida, ou de últimos dias/horas de vida, devemos optar por um cateter de longa duração, de forma a troca-lo o menor número de vezes possível (Mazzo et al., 2011). Vigiar as características da urina e, também, sintomas como mal-estar geral, inquietude, febre, dores, quantidade reduzida de urina e bexiga dura e dolorosa à palpação, para despiste da obstrução interna da sonda vesical (por sedimento urinário, ou obstrução mecânica, isto é, tubuladura clampada).

4.5. Domínios

Início

29-11-2023 15:00

29-11-2023 15:00

29-11-2023 15:00

Domínios

Consciência

Sensações somáticas

Eliminação intestinal

Fim

Início	Domínios	Fim
29-11-2023 15:00	Eliminação urinária	
29-11-2023 15:00	Pele e mucosas	
29-11-2023 15:00	Emoção	
29-11-2023 15:00	Virar-se	
29-11-2023 15:00	Erguer-se	
29-11-2023 15:00	Transferir-se	
29-11-2023 15:00	Sentar-se	
29-11-2023 15:00	Cuidar da higiene pessoal	
29-11-2023 15:00	Vestir-se ou despir-se	
29-11-2023 15:00	Alimentar-se	
29-11-2023 15:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
29-11-2023 15:00	Apetite	
29-11-2023 15:00	Volume de líquidos	
29-11-2023 15:00	Sono	
29-11-2023 15:00	Andar	
29-11-2023 15:00	Digestão	

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

Os domínios identificados têm por base o cenário em análise no contexto da UCPED e a relação concetual e teórica com os cuidados paliativos e o seu adequado ajuste à pessoa em situação paliativa, aos seus cuidadores e familiares, que sofrem com a situação de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva. Para além de terem como suporte o enquadramento teórico referido, advêm também da relação concetual com a aquisição e desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (Regulamento n.º 429/2018, Diário da República: II Série, n.º 135).

A **consciência** é descrita pelo ICN como sendo uma "resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos; mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior" (CIPE, 2019). Para se avaliar a evolução do estado neurológico pode-se recorrer à utilização da ECG (ver Figura 2 do caso clínico 1). Esta escala baseia-se na quantificação da resposta ocular, verbal e motora; a pontuação varia entre 3 e 15 pontos; deste modo poderemos determinar o nível de consciência, mediante a pontuação obtida. Esta escala foi desenvolvida e publicada na década de 1970, por dois neurologistas, Graham Teasdale e Bryan Jennett (Sousa & Santos, 2021).

O Sr. Y, aquando das primeiras observações não apresentava alterações do estado de consciência, mas foi pertinente manter a vigilância, uma vez que é uma situação clínica caracterizada por vários fatores que podem contribuir para a alteração do estado de consciência, tais como: neoplasia renal com metastização difusa, PRES recente, agravamento da

função renal controlada inicialmente com TSFR, mas com agravamento progressiva após a suspensão da HD, e o facto de lhe estar a ser administrado fentanilo para o controlo da dor, sendo que um dos efeitos secundários pode ser a alteração do estado de consciência, acompanhado de delírio, agitação com alucinações e sedação (Twicross, 2003).

Sensações somáticas

Segundo a International Association for the Study of Pain (IASP), a **Dor** é “uma experiência sensorial emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão” (CIPE, 2019). Em virtude da sua prevalência e transversalidade à maioria das situações de doença que exigem cuidados de saúde, a dor é considerada, desde 2003, o 5º sinal vital pela DGS. Descrita pelo ICN como “Percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite” (CIPE, 2019).

A OMS (2020) preconiza que os cuidados paliativos têm o desígnio de prevenir e mitigar o sofrimento através da identificação precoce, avaliação rigorosa e tratamento da dor e de outros sintomas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais. A gestão de sintomas arroga-se como um dos quatro pilares basilares dos CP.

Atendendo a que a componente teórica do domínio da Dor já foi esplanada no caso clínico anterior, seguidamente faz-se referência à contextualização do domínio, no atual caso clínico. A avaliação realizada ao Sr. Y era do tipo observacional e eram tidos em conta os seguintes parâmetros: alterações fisiológicas (temperatura, frequência cardíaca, tensão arterial, sudação, frequência respiratória e tipo de respiração), verbalização (presença ou ausência de dor), e expressão facial (inexpressiva, sobranceiras e/ou testa franzidas, esgar facial). A dor manifestada pelo Sr. Y é uma dor crónica e mista com intensidade forte a moderada, segundo a escala numérica entre 5 e 6. O objetivo inicial foi o controlo sintomático, através da otimização da dose dos fármacos, inicialmente por via EV, posteriormente foi efetuada a rotação da via de administração, optando-se, principalmente, pela via SC por ser a menos invasiva e mais confortável para o cliente, dada a diminuição progressiva da ingestão oral e a iminência da “perda” da via oral.

O **prurido** é definido pelo ICN como “sensação de formigueiro desagradável; sensação cutânea seguida de impulso de coçar a pele ou couro cabeludo” (CIPE, 2019). Um sintoma não muito comum em CP, sendo mais frequente nas neoplasias das vias biliares e hematológicas. Ocasionalmente, pode surgir associado a tumores sólidos, nomeadamente da próstata (escroto), no do cólon ou reto (períneo) ou colo do útero (vulva). Os tumores sólidos podem, também,

causar prurido paraneoplásico (Cardoso, 2016). O prurido, nos CP, é classificado de acordo com a sua etiologia em: primário/idiopático ou secundário. O prurido é denominado de primário ou idiopático quando as causas são dermatológicas (prurido mediado pela histamina), como na dermatose inflamatória ou infecciosa. O prurido é denominado de secundário quando as causas são não dermatológicas (prurido mediado pela serotonina, substância P ou opióides endógenos): como na colestase, uremia, hipertireoidismo, linfoma de Hodgkin, policitemia vera, notalgia parestésica. O tratamento farmacológico, independentemente da etiologia, assenta no tratamento da causa de base. No tratamento adjuvante de causas dermatológicas primárias, o tratamento baseia-se na aplicação de emolientes, corticoide tópico, anestésicos locais tópicos, inibidores da calcineurina tópicos e soluções de mentol/cânfora e, na administração de anti-histamínico. No tratamento adjuvante de causas não dermatológicas, por sua vez, é baseado na administração sistémica de corticoides, bem como de antidepressivos (paroxetina, mirtazapina), antineoplásicos e imunomoduladores (talidomida), anti-inflamatórios (indometacina, ácido acetilsalicílico) e de antagonistas opióides (naltrexona) e na colestase; pode estar também indicada a fototerapia e a derivação biliar. O prurido, pode ainda estar associado ao uso de determinados fármacos: corticoides, QT, antibióticos, opióides. No caso dos opioides, especificamente, é fundamentado o tratamento com anti-histamínico e/ou antagonistas, e na rotação do opióide. O tratamento não farmacológico fundamenta-se na otimização dos cuidados cutâneos (Ferreira & Mendonça, 2017).

O Sr. Y referia prurido na região dorsal e membros inferiores, cuja intensidade e duração foram diminuindo progressivamente. Na situação clínica, em estudo, estava diretamente relacionado com a DRC do doente e com a posterior suspensão dos tratamentos de HD. O tratamento farmacológico baseou-se na prescrição de laxantes, de forma a promover a eliminação das substâncias tóxicas, que deixam de ser eliminadas pelo rim (como a ureia e o cálcio) e dos diuréticos no controlo dos edemas. O tratamento não farmacológico, por sua vez, baseou-se na aplicação de creme hidratante.

O **apetite** é definido pelo ICN como “sensação de desejo de satisfazer as necessidades orgânicas em nutrientes ou de um tipo particular de alimentos” (CIPE, 2019). A grande maioria dos doentes, em situação paliativa, refere diminuição do apetite, com diminuição da ingestão alimentar e hídrica. Nesta fase da doença, a anorexia é protetora porque o organismo não é capaz de lidar com a ingestão alimentar.

Na fase terminal da doença, a anorexia é protetora porque o organismo deixa de ter capacidade para operar com a ingestão alimentar. O doente não está a morrer à fome, nem a suspensão da nutrição vai apressar a morte. Assim, o doente não vai morrer porque não se está a alimentar, o doente não se alimenta porque está a morrer (dada a sua doença grave, progressiva e irreversível) (Fernandes et al., 2017) .

O cliente em estudo apresentava falta de apetite. As causas mais prováveis da falta de apetite, nesta situação clínica, são as causas bioquímicas (associadas à própria progressão da doença oncológica e à doença renal terminal) e farmacológicas (QT). A intervenção no compromisso do apetite identificado no cliente, fundamentou-se essencialmente na promoção do conforto do Sr. Y, através de ações predominantemente não farmacológicas, como a gestão do regime dietético do cliente, quantidades fracionadas e de acordo com a preferência/vontade do mesmo.

Processo do sistema gastrointestinal

Digestão

A **náusea** é descrita pelo ICN como “perceção comprometida: sensação de enjoo e de vontade de vomitar; sensação desagradável, vagamente referenciada ao epigastro e abdómen, ofensiva ao paladar ou ao olfato” (CIPE, 2019). A náusea é uma sensação desagradável da necessidade de vomitar; pode acompanhar-se de sintomas independentes (sudorese, taquicardia, palidez cutânea); despoletar ou não o vômito (eliminação forçada de conteúdo gástrico pela boca) e a regurgitação (expulsão sem esforço de conteúdo gástrico pela boca). Sintoma frequente nos doentes em situação paliativa e com impacto significativo na qualidade da sua vida. A componente teórica deste domínio foi exposta no caso clínico anterior.

No cliente em estudo, as causas mais prováveis da náusea, são as bioquímicas, associadas à própria progressão da doença oncológica e à DRT, e as causas farmacológicas relacionadas com o tratamento recente de QT, e com o uso de opióides e de corticoides no controlo da dor. O tratamento farmacológico baseou-se no uso de um fármaco procinético (metoclopramida) e de um antiemético (haloperidol). O tratamento não farmacológico consistiu na gestão do regime dietético do cliente, com quantidades fracionadas, alimentos frescos e de acordo com a preferência/vontade do mesmo.

Eliminação intestinal

A **obstipação** é descrita pelo ICN como “um processo do sistema gastrointestinal comprometido: diminuição na frequência da defecação acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes; passagem de fezes excessivamente duras e secas” (CIPE, 2019). A obstipação é um dos problemas mais comuns em cuidados paliativos. É definida de acordo com os seguintes critérios: menos de 3 defeções semanais, esforço durante mais de 25% das defecações, fezes duras que podem formar fecalomas e recurso a manobras manuais em mais de 25% das defeções, sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das vezes e defecação que demora mais de 10 minutos. A opinião subjetiva do doente deve ser tida em conta na definição de obstipação (Araújo, Almeida & Gonçalves, 2017).

No caso clínico em estudo, este domínio tornou-se uma área de atenção porque foram

identificados vários fatores de risco promotores da obstipação, designadamente a alteração do padrão de mobilidade do cliente, dado que era uma pessoa autónoma e que nesse momento estava dependente no autocuidado e restrito ao leito; a administração de opióides para controlo da dor (diminuem a atividade propulsiva intestinal e aumentam a atividade não propulsiva) e a própria DRC. Uma das estratégias para diminuir a obstipação é a administração de laxantes de contacto no cólon (bisacodilo, picossulfato de sódio), que reduzem as contrações anulares intestinais e, por isso, facilitam a atividade propulsiva (Twycross, 2003). Após ajuste da terapêutica laxante, o cliente passou a ter, pelo menos, uma dejeção por dia.

Processo do sistema urinário

Eliminação urinária comprometida

A eliminação urinária em CP, é habitualmente comprometida por alterações da eliminação urinária, como a incontinência de esfíncteres e a retenção urinária. A sua avaliação e tratamento devem ser adequados ao estado clínico da pessoa, ao prognóstico e aos objetivos do tratamento (Gonçalves, 2018). A eliminação urinária, no atual caso clínico, está comprometida, pela **retenção urinária**, sendo esta definida pelo ICN como "a presença de urina involuntária na bexiga; esvaziamento incompleto da bexiga associado a perda de sua função muscular; efeitos secundários da medicação narcótica ou lesão da bexiga" (CIPE, 2019).

No caso do Sr. Y, a retenção urinária pode ser uma consequência da progressão da doença oncológica, uma complicação da LRA ou do ajuste da dose da medicação opióide. Numa fase inicial, o cliente foi algaliado com um cateter urinário de três vias por apresentar hematúria com presença de coágulos, para lavagem vesical, no contexto do diagnóstico médico de uma LRA. Posteriormente, foi mantido como medida de conforto, uma vez que mantinha sedimento urinário e, ocasionalmente, piúria com necessidade de lavagem vesical em SOS. A retenção urinária ficou resolvida com a colocação do cateter urinário e a eliminação urinária passou a ser o foco de atenção.

Processo do sistema tegumentar

Pele e mucosas

A **membrana mucosa** é definida pelo ICN como "componente do sistema tegumentar: camadas de revestimento natural, sem queratina, na superfície interna do corpo, forrando cavidades ou canais que abrem para o exterior do corpo; incluem as mucosas da boca, nariz, vagina, tubo digestivo, vias respiratórias e trato geniturinário; as mucosas protegem as estruturas subjacentes, segregam muco que lubrifica as estruturas associadas, absorvem água,

saís e outros solutos” (CIPE, 2019).

No caso clínico exposto, o Sr. Y apresentava mucosa oral comprometida. Referia sede e boca seca. Como já referido, a xerostomia é um dos problemas orais mais comum nos doentes em CP, podendo estar associada à própria doença, ao uso de fármacos e tratamentos específicos (Carneiro, 2017). O comprometimento da membrana mucosa, na atual situação clínica, está associado à progressão da doença oncológica e à DRT, bem como, ao uso de fármacos, como os diuréticos, corticoides e opióides e, ao tratamento de QT. O tratamento da membrana mucosa baseou-se em medidas não farmacológicas, promotoras de uma adequada higiene oral e da hidratação da mucosa oral e dos lábios.

Processo do sistema regulador

O **volume de líquidos comprometido** é definido pelo ICN “como um processo do sistema regulador negativo” (CIPE, 2019). Está diretamente relacionado com a retenção de líquidos e pode manifestar-se através de edema, de ascite e de dispneia. A expansão do volume de líquido extracelular normalmente ocorre em casos de insuficiência cardíaca, insuficiência renal, síndrome nefrótica e insuficiência hepática (cirrose). A retenção renal de sódio estimula o aumento do sódio corporal e, esse aumento, por sua vez, promove a sobrecarga de líquido com diferentes graus de retenção. Os sintomas de sobrecarga de volume são principalmente os subjacentes à doença, o excesso de líquido, que se manifesta pelo aumento ponderal do peso, edemas periféricos, anasarca, ascite, dispneia e estertor. O tratamento tem por base o uso de diuréticos e a restrição dietética da ingestão de sódio, ou a remoção mecânica dos líquidos através da TSFR (diálise peritoneal e HD) ou da paracentese (Lewis, 2022).

No caso clínico em estudo, o Sr. Y apresentava edemas periféricos e ascite, inerentes à progressão da doença oncológica e doença renal terminal. Numa fase inicial, na situação aguda da doença renal recorreu-se à HD, à administração de diuréticos por via EV, e à drenagem postural para controlo da retenção de líquidos e conforto da pessoa. Posteriormente, com o agravamento da situação clínica e progressão da doença oncológica, foi suspensa a HD, ajustada a dose de diuréticos e rodada a via de administração para a via SC de forma a manter o conforto e a qualidade de vida. Este domínio continuou a ser foco de atenção associado às complicações inerentes à retenção de líquidos: dispneia, desconforto e dor, ascite e consequente compromisso do autocuidado.

O **sono** é definido pelo ICN como “processo corporal, onde ocorre diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos” (CIPE, 2019). O sono comprometido traduz-se pela insónia, e é definido pelo ICN como “incapacidade crónica de dormir ou de se manter a dormir a noite toda

ou durante os períodos de sono planeados, apesar de estar posicionado confortavelmente num ambiente agradável; desperto; falta de sono; frequentemente associada a fatores psicológicos ou físicos como o stress emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão, perturbação da função cerebral e abuso de drogas" (CIPE, 2019). O tratamento da insónia pode ser feito através de medidas farmacológicas, com a gestão de medicação e através de medidas não farmacológicas, como a massagem relaxante e a musicoterapia.

No caso clínico do Sr. Y, a insónia estava associada a fatores principalmente psicológicos como a ansiedade, angústia e sofrimento existencial. Para promover um sono reparador, recorreu-se à terapêutica prescrita a horas fixas (alprazolam) e em SOS para o efeito (haloperidol e midazolam), bem como a recursos não farmacológicos como a massagem relaxante, a televisão, a musicoterapia e o posicionamento de conforto.

Processo mental

Emoção

O **humor depressivo** é definido pelo ICN como "emoção negativa: sentimentos de tristeza a melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia" (CIPE, 2019). Quando o doente está ansioso ou deprimido tem uma menor adesão ao regime terapêutico: há uma intensificação da dor, dispneia, fadiga, entre outros sintomas e, como consequência, é-lhe induzido um maior sofrimento. Numa abordagem holística, o objeto de atenção das equipas interdisciplinares não se cinge apenas ao aspeto físico, envolvendo também os domínios emocional, social e espiritual. Em todo este processo deve-se sempre proporcionar o conforto físico e apoio psicológico, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida do doente e familiares (Ribeiro, 2020). O tratamento não farmacológico requer uma abordagem multidisciplinar, a criação de uma relação de ajuda e, por vezes, a intervenção da psicoterapia. Como intervenção paralela ao tratamento não farmacológico, o farmacológico permite um tratamento global da depressão.

A **ansiedade** é definida pelo ICN como "emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia" (CIPE, 2019). Como já referido no caso clínico anterior, é um sintoma muito comum nos CP, habitualmente caracterizada por um sofrimento excessivo face a uma situação futura, que se manifesta através de sintomas físicos e psicológicos (Monteiro et al., 2017).

Relativamente ao caso clínico exposto, o diagnóstico de humor depressivo e de ansiedade foram identificados no domínio da emoção, uma vez que o doente referia sentir-se triste e desanimado, ansioso, com pouco apetite e com insónias. A ansiedade aumentava à noite e nos momentos em que a família não estava presente. No tratamento não farmacológico foi instituída uma relação de ajuda com uma abordagem centrada na pessoa e na família, bem como a massagem relaxante e a musicoterapia. Relativamente ao tratamento farmacológico, foi

administrada a medicação prescrita para o efeito, um ansiolítico e um psicofármaco.

O **luto (antecipatório)** é um processo em que a pessoa elabora previamente uma perda que se aproxima, o que a ajuda a tomar consciência desta e a aceitá-la. No contexto dos CP, a pessoa em situação paliativa, assim como a sua família/cuidador e amigos vivenciam o impacto causado pelas múltiplas perdas e associam-nas ao aproximar da perda da vida (Pimenta & Capelas, 2019). Tal como no caso clínico anterior, identifiquei o luto antecipatório por ser o tipo de luto que mais se adequa ao contexto dos CP. O processo do luto antecipatório é determinado pela combinação de fatores psicológicos, sociais e fisiológicos. A intervenção do enfermeiro passa pela promoção de uma relação de ajuda com a pessoa em fim de vida e com os seus familiares/cuidadores e pela implementação de estratégias de comunicação como a escuta ativa, o toque terapêutico, o olhar, o sorriso e pela presença, de forma a que a pessoa e os seus familiares se sintam acompanhados e protegidos (Silva & Coutinho, 2022).

Foi proporcionado, várias vezes, suporte emocional ao Sr. Y e à sua família/cuidador no processo de adaptação às várias perdas (perda da autonomia, "perda" da via oral) e no luto antecipatório, permitindo que estes exprimissem os seus sentimentos e expusessem as suas dúvidas e tomadas de decisão; demonstrando preocupação e disponibilidade para com o doente e família; valorizando a dor e o sofrimento do doente e família e fomentando o conforto e a qualidade de vida dos intervenientes, através da escuta ativa e de uma comunicação eficaz, serena, verdadeira e ética.

O **autocuidado** é descrito pelo ICN como sendo uma "atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária" (CIPE, 2019). A identificação do domínio autocuidado (transferir-se; virar-se; erguer-se; sentar-se; cuidar da higiene pessoal; vestir-se ou despir-se; andar; alimentar-se) está relacionada com a avaliação da dependência.

O Sr. Y apresentava os diferentes domínios do autocuidado comprometidos. A sua identificação está correlacionada com a determinação das necessidades de cuidados do doente no sentido da sua satisfação, da promoção do seu bem-estar e conforto, permitindo o envolvimento dos cuidadores/familiares, o estabelecimento de parcerias terapêuticas e a antecipação de situações potencialmente causadoras de sofrimento, angústia e ansiedade. A avaliação da dependência permitiu também a identificação das necessidades do cuidador e dos familiares no sentido de serem eles próprios participantes no processo de satisfação das necessidades do familiar doente e dependente.

A componente teórica dos domínios da **Consciência**, da **Dor**, da **Digestão (Náusea)**, do **Apetite**, da **Eliminação intestinal (Obstipação)**, da **Eliminação urinária (Retenção urinária)**, da **Pele e mucosas (Membrana mucosa)**, do **Sono**, da **Emoção (Humor**

depressivo e Ansiedade) e do **Luto (antecipatório)**, foi abordada de uma forma mais sintética no presente caso clínico, visto que já tinha sido explanada na conceção de cuidados retratada no primeiro caso clínico.

TABELA 3 - Relação entre os diagnósticos identificados no cliente, objetivos, indicadores de resultados e intervenções de enfermagem.

Domínio: Sensação somática: Dor		
Diagnóstico: Dor		
Objetivo(s): 1. Diminuir a dor. 2. Determinar a evolução da dor. 3. Promover o conforto.	Indicador(es) de resultado(s): 1.1. O cliente refere diminuição da dor [1ª sessão de 5 para 3; 2ª sessão de 3 para 2; 3ª sessão de 2 para 0], avaliação realizada através da escala numérica que avalia de 0 a 10].	Intervenções: 1.1.1. Gerir analgesia. 1.1.2. e 3.1. Executar técnicas não farmacológicas para alívio da dor (respiração diafragmática, distração audiovisual). 1.1.3. e 3.1. Posicionar para alívio da dor. 2.1. Avaliar a evolução da dor. 2.2. Referenciar dor ao médico.
Domínio: Sensação somática: Prurido		
Diagnóstico: Prurido		
Objetivo(s): 1. Diminuir o prurido. 2. Determinar a evolução do prurido. 3. Promover o conforto.	Indicador(es) de resultado: 1.1. O cliente refere diminuição do prurido [1ª sessão de intenso para moderado; 2ª sessão de moderado para ligeiro; 3ª sessão para ligeiro ocasionalmente].	Intervenções: 1.1.1. e 3.1. Gerir terapêutica. 1.1.2. e 3.1. Executar técnicas não farmacológicas para alívio do prurido (distração audiovisual, massagem). 1.1.3. e 3.1. Aplicar creme hidratante. 2.1. Avaliar a evolução do prurido. 2.2. Referenciar prurido ao médico.
Domínio: Appetite		
Diagnóstico: Appetite comprometido		
Objetivo(s): 1. Determinar a evolução do apetite. 2. Promover o conforto do cliente através da gestão do regime dietético.	Indicador(es) de resultado: 2.1. O cliente refere estar confortável com a ingestão de alimentos por si solicitados e fracionados (nega sensação de fome).	Intervenções: 1.1. Avaliar a evolução do apetite 1.2. Referenciar apetite comprometido ao médico. 2.1.1. Adequar dieta.
Domínio: Sistema gastro intestinal: Digestão		
Diagnóstico: Náusea		
Objetivo(s): 1. Determinar a evolução da náusea. 2. Promover a diminuição da náusea. 3. Promover o conforto.	Indicador(es) de resultado: 2.1. O cliente refere diminuição da náusea [da 1ª para a 2ª sessão de moderada para ligeira e da 2ª para a 3ª sessão de ligeira para sem gravidade].	Intervenções: 1.1. Avaliar a evolução da náusea 1.2. Referenciar náusea ao médico. 2.1.1. e 3.1. Gerir terapêutica. 2.1.2. e 3.1. Gerir ambiente físico (arejar a enfermaria).

Domínio: Sistema gastro intestinal: Eliminação intestinal		
Diagnóstico: Obstipação		
Objetivo(s): 1. Determinar a evolução da obstipação. 2. Promover a eliminação intestinal. 3. Promover o conforto.	Indicador(es) de resultado(s): 2.1. O cliente refere estar confortável com uma dejeção por dia [entre a 1ª e a 3ª sessão tem uma dejeção/dia].	Intervenções: 1.1. Avaliar evolução da obstipação. 1.2. Referenciar obstipação ao médico. 2.1.1. e 3.1. Gerir terapêutica (laxantes). 2.1.2. e 3.1. Auxiliar manualmente na expulsão das fezes (SOS).
Domínio: Sistema tegumentar: Pele e mucosas		
Diagnóstico: Membrana mucosa comprometida		
Objetivo(s): 1. Determinar evolução da integridade da membrana mucosa (cavidade oral e lábios). 2. Promover a integridade da membrana mucosa (cavidade oral e lábios). 3. Diminuir a secura da cavidade oral e lábios. 4. Promover o conforto.	Indicador(es) de resultado: 3.1. O cliente refere diminuição da sensação de boca seca (xerostomia).	Intervenções: 1.1. Avaliar a evolução da integridade da membrana mucosa (cavidade oral e lábios). 1.2. Referenciar membrana comprometida ao médico. 2.1. e 3.1.1. e 4.1. Executar higiene oral (com clorexidina solução oral). 2.2. e 3.1.2. e 4.1. Hidratar cavidade oral com água (com auxílio de esponja). 2.3. e 3.1.3. e 4.1. Aplicar bálsamo hidratante nos lábios.
Domínio: Sistema regulador: Sono		
Diagnóstico: Sono comprometido		
Objetivo(s): 1. Determinar a evolução do sono. 2. Promover o sono. 3. Promover o conforto.	Indicador(es) de resultado: 2.1. O cliente refere dormir mais de 6h, no período noturno [da 1ª para a 2ª sessão de 5h para 6h e da 2ª para a 3ª sessão de 6h para 8h].	Intervenções: 1.1. Avaliar a evolução do sono. 1.2. Referenciar sono comprometido ao médico. 2.1.1. e 3.1. Gerir medicação. 2.1.2. e 3.1. Aplicar medidas não farmacológicas (massagem relaxante, musicoterapia).
Domínio: Processo mental: Emoções		
Diagnóstico: Humor depressivo		
Objetivo(s): 1. Determinar evolução do humor. 2. Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o humor depressivo. 3. Promover o conforto.	Indicador(es) de resultado: 2.1. O cliente expressa as suas emoções e medos face ao seu processo de doença (às perdas associadas) e atribui um significado à sua experiência de doença.	Intervenções: 1.1. Avaliar a evolução do humor. 1.2. Referenciar humor depressivo ao médico. 2.1.1. e 3.1. Executar escuta ativa. 2.1.2. e 3.1. Promover a reminiscência (partilha de episódios/histórias positivas da sua vida).
Domínio: Processo mental: Emoções		
Diagnóstico: Ansiedade		
Objetivo(s): 1. Determinar a evolução da ansiedade. 2. Diminuir a ansiedade. 3. Promover o conforto	Indicador(es) de resultado(s): 2.1. O cliente refere diminuição da ansiedade [na 2ª sessão o cliente refere diminuição da ansiedade e na 3ª sessão não refere ansiedade].	Intervenções: 1.1. Avaliar a evolução da ansiedade. 1.2. Referenciar ansiedade ao médico. 2.1.1. e 3.1. Executar escuta ativa. 2.1.2. e 3.1. Promover a reminiscência (partilha de episódios/histórias positivas da sua vida). 2.1.3. e 3.1. Gerir terapêutica.

Domínio: Processo mental: Emoções		
Diagnóstico: Luto antecipatório		
Objetivo(s): 1. Determinar a evolução do luto. 2. Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o luto. 3. Promover a resolução de conflitos e das despedidas. 4. Promover o bem-estar espiritual. 5. Promover o conforto	Indicador(es) de resultado: 2.1. O cliente reconhece e aceita a sua finitude. 3.1. O cliente atribui um significado positivo às despedidas. 4.1. O cliente recorre a rituais espirituais de acordo com os seus valores e crenças espirituais.	Intervenções: 1.1. Avaliar a evolução do luto. 2.1.1. e 3.1.1. e 4.1.1. e 5.1. Executar escuta ativa. 2.1.2. e 3.1.2. e 4.1.2 e 5.1. Encorajar o cliente a expressar os seus sentimentos, preocupações e expectativas face à perda. 2.1.3. e 5.1. Assistir o cliente na utilização de estratégias de coping para lidar com o luto. 3.1.3. e 5.1. Assistir o cliente na resolução de conflitos familiares e nas despedidas. 4.1.3. e 5.1. Assistir o cliente a identificar as suas necessidades espirituais.

TABELA 4 - Relação entre os diagnósticos identificados no cuidador, objetivos, indicadores de resultados e intervenções de enfermagem.

Domínio: Appetite		
Diagnóstico: Potencial do cuidador para melhorar o conhecimento sobre gestão do regime dietético		
Objetivo(s): 1. Avaliar potencial para melhorar o conhecimento do cuidador sobre a gestão adequada do regime dietético fomentadora do conforto do seu familiar. 2. Avaliar conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético.	Indicador(es) de resultado(s): 1.1. O cuidador demonstra conhecimentos sobre gestão do regime dietético promotora do conforto do seu familiar [no fim da 1ª sessão traz, do domicílio, para o familiar alimentos e bebidas de acordo com os desejos dele e em pequenas quantidades e no fim da 2ª sessão apenas traz alimentos e bebidas, quando o familiar solicita].	Intervenções: 1.1.1. e 2.1. Ensinar cuidador sobre a gestão do regime dietético promotora do conforto: - Informar sobre a falta de apetite como um sintoma comum na atual situação clínica do familiar. - Instruir sobre a importância de uma dieta fracionada. - Informar sobre a importância de respeitar a vontade do familiar na ingestão alimentar. - Informar sobre a importância de privilegiar o conforto na gestão do regime dietético.

Domínio: Processo mental: Emoções		
Diagnóstico: Potencial do cuidador para melhorar o conhecimento sobre gestão do humor depressivo		
Objetivo(s): 1. Avaliar potencial para melhorar o conhecimento do cuidador sobre a gestão do humor depressivo. 2. Avaliar conhecimento do cuidador sobre gestão do humor depressivo.	Indicador(es) de resultado: 1.1. O cuidador demonstra conhecimentos sobre gestão do humor depressivo: - No fim da 1ª sessão o cuidador nomeia duas estratégias promotoras do equilíbrio do humor (promover a expressão das emoções e a reminiscência). - No fim da 2ª sessão o cuidador nomeia mais de duas estratégias promotoras do equilíbrio do humor.	Intervenções: 1.1.1. e 2.1. Ensinar cuidador sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor: - Instruir sobre a mudança no processo de pensamento através da distração do pensamento, da partilha dos medos e das angústias. - Instruir sobre a reminiscência (partilha de episódios/histórias positivas da vida em comum). - Promoção do sono reparador. - Presença do cuidador/familiar.

Domínio: Processo mental: Emoções**Diagnóstico:** Potencial do cuidador para melhorar o conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade**Objetivo(s):**

1. Avaliar potencial para melhorar o conhecimento do cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade.
2. Avaliar conhecimento do cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade.

Indicador(es) de resultado:

- 1.1.** O cuidador demonstra conhecimentos sobre estratégias de controlo da ansiedade:
- No fim da 1ª sessão o cuidador nomeia duas estratégias de controlo da ansiedade: utilização da estratégia da respiração diafragmática) pelo familiar e a partilha das emoções.
 - No fim da 2ª sessão o cuidador nomeia mais de duas estratégias de controlo da ansiedade.

Intervenções:

- 1.1.1. e 2.1.** Ensinar cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade:
- Utilização da estratégia da respiração diafragmática.
 - Instruir sobre a mudança no processo de pensamento através: da distração do pensamento, da partilha dos medos e das angústias.
 - Instruir sobre a reminiscência (da partilha de episódios/histórias positivas da vida em comum).
 - A presença e a partilha do cuidador/familiar.

4.6. Conceção de Cuidados

Consciência

29-11-2023 15:00

29-11-2023 15:00 - Consciente.

07-12-2023 15:00

07-12-2023 15:00 - Determinar sinais de alteração da consciência

07-12-2023 15:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

Sensações somáticas

29-11-2023 15:00

29-11-2023 15:00 - Manifesta prurido.

29-11-2023 15:00 - Manifesta dor.

29-11-2023 15:00 - Determinar sinais de dor

29-11-2023 15:00 - Avaliar evolução de sinais de dor [sem horário]

04-12-2023 15:00 - Manifesta dor [MANTEVE].

07-12-2023 15:00 - Manifesta dor [MANTEVE].

29-11-2023 15:00 - Prurido

29-11-2023 15:00 - Localização e intensidade do prurido

29-11-2023 15:00 - Dorso: intenso.

29-11-2023 15:00 - Membro inferior Esquerda(o): intenso.

29-11-2023 15:00 - Membro inferior Direita(o): intenso.

29-11-2023 15:00 - Determinar evolução do prurido

29-11-2023 15:00 - Membro inferior Direita(o): ligeiro.

29-11-2023 15:00 - Membro inferior Esquerda(o): ligeiro.

29-11-2023 15:00 - Dorso: ligeiro.

29-11-2023 15:00 - Avaliar evolução do prurido (Dorso, Membro inferior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o)) [sem horário]

04-12-2023 15:00 - Localização e intensidade do prurido

04-12-2023 15:00 - Dorso: moderada [PIOROU].

07-12-2023 15:00 - Localização e intensidade do prurido

07-12-2023 15:00 - Dorso: ligeiro [MANTEVE].

04-12-2023 15:00 - Membro inferior Direita(o): moderada [PIOROU].

07-12-2023 15:00 - Membro inferior Direita(o): ligeiro [MANTEVE].

04-12-2023 15:00 - Membro inferior Esquerda(o): moderada [PIOROU].

07-12-2023 15:00 - Membro inferior Esquerda(o): ligeiro [MANTEVE].

29-11-2023 15:00 - Referenciar prurido ao médico (Dorso, Membro inferior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o))

29-11-2023 15:00 - Diminuir prurido

29-11-2023 15:00 - Aplicar creme (Dorso, Membro inferior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o)) [sem horário]

29-11-2023 15:00 - Dor

29-11-2023 15:00 - Localização da dor

29-11-2023 15:00 - Braço Esquerda(o)

29-11-2023 15:00 - Intensidade da dor - 6.

29-11-2023 15:00 - frequência da dor - contínua.

29-11-2023 15:00 - duração da dor - crónica.

29-11-2023 15:00 - dor de tipo - moedeira.

29-11-2023 15:00 - Dorso

29-11-2023 15:00 - Intensidade da dor - 6.

29-11-2023 15:00 - frequência da dor - contínua.

29-11-2023 15:00 - duração da dor - crónica.

29-11-2023 15:00 - dor de tipo - moedeira.

29-11-2023 15:00 - Determinar evolução da dor

29-11-2023 15:00 - Avaliar evolução da dor (Braço Esquerda(o), Dorso) [sem horário]

04-12-2023 15:00 - Localização da dor

04-12-2023 15:00 - Dorso

04-12-2023 15:00 - Intensidade da dor - 4.

04-12-2023 15:00 - frequência da dor - contínua.

04-12-2023 15:00 - duração da dor - crónica.

04-12-2023 15:00 - dor de tipo - moedeira.

07-12-2023 15:00 - Localização da dor

07-12-2023 15:00 - Dorso

07-12-2023 15:00 - Intensidade da dor - 2.

07-12-2023 15:00 - frequência da dor - contínua.

07-12-2023 15:00 - duração da dor - crónica.

07-12-2023 15:00 - dor de tipo - moedeira.

04-12-2023 15:00 - Braço Esquerda(o)

04-12-2023 15:00 - Intensidade da dor - 4.

04-12-2023 15:00 - frequência da dor - contínua.

04-12-2023 15:00 - duração da dor - crónica.

04-12-2023 15:00 - dor de tipo - moedeira.

07-12-2023 15:00 - Braço Esquerda(o)

07-12-2023 15:00 - Intensidade da dor - 2.

07-12-2023 15:00 - frequência da dor - contínua.

07-12-2023 15:00 - duração da dor - crónica.

07-12-2023 15:00 - dor de tipo - moedeira.

29-11-2023 15:00 - Diminuir dor

29-11-2023 15:00 - *Gerir analgesia [sem horário]*

29-11-2023 15:00 - *Aplicar calor (Braço Esquerda(o), Dorso) [sem horário]*

29-11-2023 15:00 - *Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [sem horário]*

29-11-2023 15:00 - *Executar massagem (Dorso) [sem horário]*

29-11-2023 15:00 - *Posicionar para aliviar a dor [sem horário]*

Apetite

29-11-2023 15:00

29-11-2023 15:00 - Ingeriu parte das refeições.

29-11-2023 15:00 - Apetite diminuído.

29-11-2023 15:00 - Paladar alterado.

29-11-2023 15:00 - Apetite comprometido

29-11-2023 15:00 - Determinar evolução da ingestão de alimentos às refeições

29-11-2023 15:00 - *Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições [sem horário]*

04-12-2023 15:00 - Ingeriu parte das refeições.

07-12-2023 15:00 - Ingeriu parte das refeições.

29-11-2023 15:00 - Determinar evolução do apetite

29-11-2023 15:00 - *Avaliar evolução do apetite [sem horário]*

04-12-2023 15:00 - Apetite diminuído [MANTEVE].

07-12-2023 15:00 - Apetite diminuído [MANTEVE].

04-12-2023 15:00 - Paladar alterado [MANTEVE].

07-12-2023 15:00 - Paladar alterado [MANTEVE].

29-11-2023 15:00 - *Referenciar compromisso do apetite ao médico [sem horário]*

29-11-2023 15:00 - Promover papel do cuidador: gestão do regime dietético

29-11-2023 15:00 - Conhecimento do cuidador sobre regime dietético: necessita

ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
29-11-2023 15:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: facilitador.

29-11-2023 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético

29-11-2023 15:00 - *Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do regime dietético*

04-12-2023 15:00 - O cuidador adota comportamentos de gestão do regime dietético.

07-12-2023 15:00 - O cuidador adota comportamentos de gestão do regime dietético [MANTEVE].

Digestão

29-11-2023 15:00

29-11-2023 15:00 - Com sensação de enjojo.

29-11-2023 15:00 - Sem refluxo dos alimentos deglutidos.

29-11-2023 15:00 - Sem vômitos.

29-11-2023 15:00 - Náusea

29-11-2023 15:00 - Gravidade da náusea: moderada.

29-11-2023 15:00 - Determinar evolução da náusea

29-11-2023 15:00 - *Avaliar evolução da náusea [sem horário]*

04-12-2023 15:00 - Com sensação de enjojo [MANTEVE].

07-12-2023 15:00 - Com sensação de enjojo [MANTEVE].

04-12-2023 15:00 - Gravidade da náusea: ligeira [MELHOROU].

07-12-2023 15:00 - Gravidade da náusea: sem gravidade [MELHOROU].

29-11-2023 15:00 - *Referenciar náusea ao médico [sem horário]*

29-11-2023 15:00 - Aliviar náusea

29-11-2023 15:00 - *Executar cuidados de higiene oral [sem horário]*

29-11-2023 15:00 - *Gerir o ambiente físico para aliviar a náusea [sem horário]*

Eliminação intestinal

29-11-2023 15:00

29-11-2023 15:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

29-11-2023 15:00 - Fezes: em grande quantidade.

29-11-2023 15:00 - Consistência das fezes: Fezes pastosas ou semilíquidas.

29-11-2023 15:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

29-11-2023 15:00 - Número de defecações por dia: 1.

29-11-2023 15:00 - Número de defecações por semana: 7.

29-11-2023 15:00 - Ausência de massa palpável de fezes no reto.

29-11-2023 15:00 - Sem sensação de urgência para defecação.

29-11-2023 15:00 - Expulsão controlada de fezes.

29-11-2023 15:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal

29-11-2023 15:00 - *Avaliar evolução da eliminação intestinal [sem horário]*

04-12-2023 15:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [MANTEVE].

07-12-2023 15:00 - Presença de dejeções com características aparentemente

normais [MANTEVE].

07-12-2023 15:00 - Fezes: em moderada quantidade.

04-12-2023 15:00 - Fezes: em moderada quantidade.

07-12-2023 15:00 - Consistência das fezes: Fezes pastosas ou semilíquidas.

04-12-2023 15:00 - Consistência das fezes: Fezes pastosas ou semilíquidas.

07-12-2023 15:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

04-12-2023 15:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

07-12-2023 15:00 - Número de defecações por dia: 1.

04-12-2023 15:00 - Número de defecações por dia: 1.

07-12-2023 15:00 - Número de defecações por semana: 7.

04-12-2023 15:00 - Número de defecações por semana: 7.

07-12-2023 15:00 - Ausência de massa palpável de fezes no reto [MANTEVE].

04-12-2023 15:00 - Ausência de massa palpável de fezes no reto [MANTEVE].

07-12-2023 15:00 - Sem sensação de urgência para defecação [MANTEVE].

04-12-2023 15:00 - Sem sensação de urgência para defecação [MANTEVE].

04-12-2023 15:00 - Expulsão controlada de fezes [MANTEVE].

07-12-2023 15:00 - Expulsão controlada de fezes [MANTEVE].

29-11-2023 15:00 - Obstipação

29-11-2023 15:00 - Determinar evolução da obstipação

29-11-2023 15:00 - Avaliar evolução da obstipação [sem horário]

04-12-2023 15:00 - Número de defecações por dia: 1.

07-12-2023 15:00 - Número de defecações por dia: 1.

04-12-2023 15:00 - Número de defecações por semana: 7.

07-12-2023 15:00 - Número de defecações por semana: 7.

04-12-2023 15:00 - Consistência das fezes: Fezes pastosas ou semilíquidas.

07-12-2023 15:00 - Consistência das fezes: Fezes pastosas ou semilíquidas.

04-12-2023 15:00 - Fezes: em moderada quantidade.

07-12-2023 15:00 - Fezes: em moderada quantidade.

04-12-2023 15:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

07-12-2023 15:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

29-11-2023 15:00 - Referenciar obstipação ao médico [sem horário]

29-11-2023 15:00 - Promover eliminação intestinal

29-11-2023 15:00 - Planejar eliminação intestinal [sem horário]

Eliminação urinária

29-11-2023 15:00

29-11-2023 15:00 - Urina em moderada quantidade.

29-11-2023 15:00 - Cheiro da urina: intenso.

29-11-2023 15:00 - Sem globo vesical.

29-11-2023 15:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

29-11-2023 15:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [sem horário]

04-12-2023 15:00 - Urina em moderada quantidade.

07-12-2023 15:00 - Urina em pequena quantidade.

Pele e mucosas

29-11-2023 15:00

29-11-2023 15:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

29-11-2023 15:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

29-11-2023 15:00 - *Avaliar evolução da integridade dos tecidos [sem horário]*

04-12-2023 15:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

07-12-2023 15:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

29-11-2023 15:00 - Membrana mucosa comprometida

29-11-2023 15:00 - Localização do compromisso da membrana mucosa

29-11-2023 15:00 - Cavidade oral

29-11-2023 15:00 - Coloração da mucosa: rosada.

29-11-2023 15:00 - Mucosa seca.

29-11-2023 15:00 - Mucosa com placas aderentes.

29-11-2023 15:00 - Lábio

29-11-2023 15:00 - Coloração da mucosa: pálidas.

29-11-2023 15:00 - Mucosa seca.

29-11-2023 15:00 - Mucosa com textura normal.

29-11-2023 15:00 - Determinar evolução da integridade das membranas mucosas

29-11-2023 15:00 - *Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas (Lábio, Cavidade oral) [sem horário]*

04-12-2023 15:00 - Localização do compromisso da membrana mucosa

04-12-2023 15:00 - Cavidade oral

04-12-2023 15:00 - Coloração da mucosa: pálidas.

04-12-2023 15:00 - Mucosa seca.

04-12-2023 15:00 - Mucosa com textura normal.

07-12-2023 15:00 - Localização do compromisso da membrana mucosa

07-12-2023 15:00 - Cavidade oral

07-12-2023 15:00 - Coloração da mucosa: pálidas.

07-12-2023 15:00 - Mucosa seca.

07-12-2023 15:00 - Mucosa com textura normal.

04-12-2023 15:00 - Lábio

04-12-2023 15:00 - Coloração da mucosa: pálidas.

04-12-2023 15:00 - Mucosa seca.

04-12-2023 15:00 - Mucosa com fendas tecidulares.

07-12-2023 15:00 - Lábio

07-12-2023 15:00 - Coloração da mucosa: pálidas.

07-12-2023 15:00 - Mucosa seca.

07-12-2023 15:00 - Mucosa com fendas tecidulares.

29-11-2023 15:00 - Promover cicatrização da membrana mucosa

29-11-2023 15:00 - *Aplicar creme (Lábio) [sem horário]*

29-11-2023 15:00 - *Tratar membrana mucosa (Lábio, Cavidade oral) [sem horário]*

29-11-2023 15:00 - *Lavar cavidade oral [sem horário]*

Volume de líquidos

29-11-2023 15:00

29-11-2023 15:00 - Aumento da sensação de sede.

- 29-11-2023 15:00 - Tumefação dos tecidos
 29-11-2023 15:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): depressível.
 29-11-2023 15:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): depressível.
 29-11-2023 15:00 - Sinal de Godet
 29-11-2023 15:00 - Membro inferior Direita(o): Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm).
 29-11-2023 15:00 - Membro inferior Esquerda(o): Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm).
 29-11-2023 15:00 - Turgor da pele aumentado, com apagamento das pregas cutâneas naturais.
 29-11-2023 15:00 - Pele seca / descamativa.
 29-11-2023 15:00 - Ausência de olhos encovados.
 29-11-2023 15:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
 29-11-2023 15:00 - Membro superior Direita(o)
 29-11-2023 15:00 - Pressão sanguínea sistólica: 138 mmHg.
 29-11-2023 15:00 - Pressão sanguínea diastólica: 88 mmHg.
 29-11-2023 15:00 - Densidade urinária aumentada.
 29-11-2023 15:00 - Sinal da onda líquida abdominal positivo.

29-11-2023 15:00 - Edema

- 29-11-2023 15:00 - Localização do edema
 29-11-2023 15:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o)
 29-11-2023 15:00 - Articulação do tornozelo Direita(o)
 29-11-2023 15:00 - Abdómen

29-11-2023 15:00 - Determinar evolução de sinais de edema

29-11-2023 15:00 - Avaliar evolução de sinais de edema (Abdómen, Articulação do tornozelo Esquerda(o), Articulação do tornozelo Direita(o)) [sem horário]

- 04-12-2023 15:00 - Localização do edema
 04-12-2023 15:00 - Articulação do tornozelo Direita(o)
 07-12-2023 15:00 - Localização do edema
 07-12-2023 15:00 - Abdómen
 04-12-2023 15:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o)
 07-12-2023 15:00 - Articulação do tornozelo Direita(o)
 07-12-2023 15:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o)
 04-12-2023 15:00 - Abdómen
 07-12-2023 15:00 - Tumefação dos tecidos
 07-12-2023 15:00 - Abdómen: depressível [MANTEVE].
 04-12-2023 15:00 - Tumefação dos tecidos
 04-12-2023 15:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): depressível [MANTEVE].
 07-12-2023 15:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): não depressível [MANTEVE].
 04-12-2023 15:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): depressível [MANTEVE].
 04-12-2023 15:00 - Abdómen: depressível.

07-12-2023 15:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): não depressível [MANTEVE].

07-12-2023 15:00 - Sinal de Godet

07-12-2023 15:00 - Membro inferior Direita(o): Sinal de Godet elevado ($\geq$ 4 mm) [PIOROU].

04-12-2023 15:00 - Sinal de Godet

04-12-2023 15:00 - Membro inferior Direita(o): Sinal de Godet elevado ($\geq$ 4 mm) [PIOROU].

07-12-2023 15:00 - Membro inferior Esquerda(o): Sinal de Godet elevado ($\geq$ 4 mm) [PIOROU].

04-12-2023 15:00 - Membro inferior Esquerda(o): Sinal de Godet elevado ($\geq$ 4 mm) [PIOROU].

07-12-2023 15:00 - Turgor da pele aumentado, com apagamento das pregas cutâneas naturais [MANTEVE].

04-12-2023 15:00 - Turgor da pele aumentado, com apagamento das pregas cutâneas naturais [MANTEVE].

07-12-2023 15:00 - Pele seca / descamativa.

04-12-2023 15:00 - Pele seca / descamativa.

07-12-2023 15:00 - Densidade urinária aumentada [MANTEVE].

04-12-2023 15:00 - Densidade urinária aumentada [MANTEVE].

29-11-2023 15:00 - Avaliar evolução de líquidos eliminados [sem horário]

04-12-2023 15:00 - Quantidade de urina: 600 ml.

07-12-2023 15:00 - Quantidade de urina: 350 ml.

29-11-2023 15:00 - Referenciar edema ao médico [sem horário]

29-11-2023 15:00 - Diminuir edema

29-11-2023 15:00 - Posicionar para diminuir edema (Articulação do tornozelo Esquerda(o), Articulação do tornozelo Direita(o)) [sem horário]

29-11-2023 15:00 - Ascite

29-11-2023 15:00 - Determinar evolução da ascite

29-11-2023 15:00 - Avaliar evolução da ascite [sem horário]

04-12-2023 15:00 - Sinal da onda líquida abdominal positivo [MANTEVE].

07-12-2023 15:00 - Sinal da onda líquida abdominal positivo [MANTEVE].

29-11-2023 15:00 - Avaliar evolução de líquidos eliminados [sem horário]

29-11-2023 15:00 - Referenciar ascite ao médico [sem horário]

29-11-2023 15:00 - Facilitar ventilação

29-11-2023 15:00 - Posicionar para otimizar a ventilação [sem horário]

Sono

29-11-2023 15:00

29-11-2023 15:00 - Dormiu por períodos curtos.

29-11-2023 15:00 - Sono não reparador, com dificuldade em adormecer e intermitente.

29-11-2023 15:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 5 Hora.

29-11-2023 15:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 3 Hora.

29-11-2023 15:00 - Sono comprometido

29-11-2023 15:00 - Determinar evolução do sono

29-11-2023 15:00 - *Avaliar evolução do sono [sem horário]*

04-12-2023 15:00 - Dormiu por períodos curtos.

07-12-2023 15:00 - Dormiu por períodos longos.

04-12-2023 15:00 - Sono não reparador e intermitente [MANTEVE].

07-12-2023 15:00 - Sono reparador [MELHOROU].

04-12-2023 15:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 6 Hora.

07-12-2023 15:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 8 Hora.

04-12-2023 15:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 3 Hora.

07-12-2023 15:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 4 Hora.

29-11-2023 15:00 - *Referenciar sono comprometido ao médico [sem horário]*

29-11-2023 15:00 - Melhorar sono

29-11-2023 15:00 - *Implementar estratégias de promoção do sono [sem horário]*

29-11-2023 15:00 - *Gerir medicação [sem horário]*

Emoção

29-11-2023 15:00

29-11-2023 15:00 - Com indícios de humor depressivo.

29-11-2023 15:00 - Sem indícios de euforia.

29-11-2023 15:00 - Verbaliza ansiedade.

29-11-2023 15:00 - Manifestação de inquietação.

29-11-2023 15:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

29-11-2023 15:00 - Sem manifestação de pânico .

29-11-2023 15:00 - Especificação da perdaEspecificação da perda: Perda de autonomia.

29-11-2023 15:00 - Não manifesta negação da perda.

29-11-2023 15:00 - Não manifesta pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda.

29-11-2023 15:00 - Humor depressivo

29-11-2023 15:00 - Tristeza persistente (há mais de uma semana), Diminuição acentuada de interesse e prazer nas atividades, Dificuldade na concentração, Tom de voz baixa, discurso arrastado.

29-11-2023 15:00 - Determinar evolução do humor

29-11-2023 15:00 - *Avaliar evolução do humor depressivo [sem horário]*

04-12-2023 15:00 - Com indícios de humor depressivo [MANTEVE].

07-12-2023 15:00 - Com indícios de humor depressivo [MANTEVE].

04-12-2023 15:00 - Tristeza persistente (há mais de uma semana), Diminuição acentuada de interesse e prazer nas atividades, Dificuldade na concentração, Tom de voz baixa, discurso arrastado [MELHOROU].

07-12-2023 15:00 - Tristeza persistente (há mais de uma semana), Tom de voz baixa, discurso arrastado [MELHOROU].

29-11-2023 15:00 - *Referenciar humor depressivo ao médico [sem horário]*

29-11-2023 15:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o humor

29-11-2023 15:00 - *Executar escuta ativa [sem horário]*

29-11-2023 15:00 - Promover papel do cuidador: gestão do humor

29-11-2023 15:00 - Conhecimento do cuidador sobre humor depressivo: necessita

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

29-11-2023 15:00 - Conhecimento do cuidador sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor: : facilitador.

29-11-2023 15:00 - Consciencialização do cuidador sobre a relação entre a medicação e o equilíbrio de humor: facilitadora.

29-11-2023 15:00 - Consciencialização do cuidador sobre a relação entre o sono e o equilíbrio de humor: facilitadora.

29-11-2023 15:00 - Significado atribuído pelo cuidador ao regime medicamentoso: não dificultador.

29-11-2023 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre humor depressivo

29-11-2023 15:00 - *Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do humor*

04-12-2023 15:00 - O cuidador adota comportamentos de gestão do humor.

07-12-2023 15:00 - O cuidador adota comportamentos de gestão do humor [MANTEVE].

29-11-2023 15:00 - Ansiedade

29-11-2023 15:00 - Determinar evolução da ansiedade

29-11-2023 15:00 - *Avaliar evolução da ansiedade [sem horário]*

04-12-2023 15:00 - Verbaliza ansiedade [MANTEVE].

07-12-2023 15:00 - Não verbaliza ansiedade [MELHOROU].

04-12-2023 15:00 - Manifestação de inquietação [MANTEVE].

07-12-2023 15:00 - Manifestação de inquietação [MANTEVE].

04-12-2023 15:00 - Sem manifestação de irritabilidade [MANTEVE].

07-12-2023 15:00 - Sem manifestação de irritabilidade [MANTEVE].

04-12-2023 15:00 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

07-12-2023 15:00 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

29-11-2023 15:00 - *Referenciar ansiedade ao médico [sem horário]*

29-11-2023 15:00 - Diminuir ansiedade

29-11-2023 15:00 - *Executar técnica de relaxamento [sem horário]*

29-11-2023 15:00 - *Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade [sem horário]*

29-11-2023 15:00 - Promover autocontrolo: ansiedade

29-11-2023 15:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora.

29-11-2023 15:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-11-2023 15:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: facilitadora.

29-11-2023 15:00 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: facilitadora.

29-11-2023 15:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

29-11-2023 15:00 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador.

29-11-2023 15:00 - *Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade [sem horário]*

04-12-2023 15:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

29-11-2023 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

29-11-2023 15:00 - *Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade [sem horário]*

04-12-2023 15:00 - Adota comportamentos de autocontrolo da ansiedade.

04-12-2023 15:00 - Refere satisfação com o autocontrolo da ansiedade.

29-11-2023 15:00 - Promover papel do cuidador: gestão da ansiedade

29-11-2023 15:00 - Conhecimento do cuidador sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-11-2023 15:00 - Capacidade do cuidador para usar estratégias de controlo da ansiedade: facilitadora.

29-11-2023 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade

29-11-2023 15:00 - *Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da ansiedade*

04-12-2023 15:00 - O cuidador adota comportamentos de gestão da ansiedade.

07-12-2023 15:00 - O cuidador adota comportamentos de gestão da ansiedade [MANTEVE].

29-11-2023 15:00 - Luto (antecipatório)

29-11-2023 15:00 - Determinar evolução do luto

29-11-2023 15:00 - *Avaliar a evolução do luto*

29-11-2023 15:00 - Promover mudanças no processo de adaptação às perdas

29-11-2023 15:00 - *Executar escuta ativa*

29-11-2023 15:00 - *Assistir o cliente na utilização de estratégias de coping para lidar com o luto*

Virar-se

29-11-2023 15:00

29-11-2023 15:00 - Capaz de mudar de posição na cama

29-11-2023 15:00 - 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.

29-11-2023 15:00 - Virar-se comprometido

29-11-2023 15:00 - Determinar evolução do virar-se

29-11-2023 15:00 - *Avaliar evolução do virar-se [sem horário]*

04-12-2023 15:00 - Capaz de mudar de posição na cama

04-12-2023 15:00 - 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.

07-12-2023 15:00 - Capaz de mudar de posição na cama

07-12-2023 15:00 - não inicia o movimento de rodar o corpo na cama e não se posiciona.

29-11-2023 15:00 - Assegurar atividades de virar-se

29-11-2023 15:00 - Assistir no virar-se [sem horário]

29-11-2023 15:00 - Prevenir complicações na articulação da anca

29-11-2023 15:00 - Posicionar para prevenir complicações na articulação da anca [sem horário]

Erguer-se

29-11-2023 15:00

29-11-2023 15:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

29-11-2023 15:00 - Não inicia o movimento de levantar o corpo para a posição de pé.

29-11-2023 15:00 - Erguer-se comprometido

29-11-2023 15:00 - Determinar evolução do erguer-se

29-11-2023 15:00 - Avaliar evolução do erguer-se [sem horário]

04-12-2023 15:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

04-12-2023 15:00 - Não inicia o movimento de levantar o corpo para a posição de pé.

07-12-2023 15:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

07-12-2023 15:00 - Não inicia o movimento de levantar o corpo para a posição de pé.

29-11-2023 15:00 - Assegurar atividades de erguer-se

29-11-2023 15:00 - Assistir no erguer-se [sem horário]

29-11-2023 15:00 - Prevenir queda

29-11-2023 15:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [sem horário]

Transferir-se

29-11-2023 15:00

29-11-2023 15:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

29-11-2023 15:00 - não se mobiliza entre duas superfícies próximas.

29-11-2023 15:00 - Transferir-se comprometido

29-11-2023 15:00 - Determinar evolução do transferir-se

29-11-2023 15:00 - Avaliar evolução do transferir-se [sem horário]

04-12-2023 15:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

04-12-2023 15:00 - não se mobiliza entre duas superfícies próximas.

07-12-2023 15:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

07-12-2023 15:00 - não se mobiliza entre duas superfícies próximas.

29-11-2023 15:00 - Assegurar atividades de transferir-se

29-11-2023 15:00 - Assistir no transferir-se [sem horário]

29-11-2023 15:00 - Transferir cliente [sem horário]

29-11-2023 15:00 - Prevenir queda

29-11-2023 15:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [sem horário]

Sentar-se

29-11-2023 15:00

29-11-2023 15:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

29-11-2023 15:00 - não inicia o movimento.

29-11-2023 15:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

29-11-2023 15:00 - inicia o movimento, mas não o consegue completar.

29-11-2023 15:00 - Sentar-se comprometido

29-11-2023 15:00 - Determinar evolução do sentar-se

29-11-2023 15:00 - Avaliar evolução no sentar-se [sem horário]

04-12-2023 15:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

04-12-2023 15:00 - inicia o movimento, mas não o consegue completar [MELHOROU].

07-12-2023 15:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

07-12-2023 15:00 - não inicia o movimento [MANTEVE].

04-12-2023 15:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

04-12-2023 15:00 - inicia o movimento, mas não o consegue completar [MANTEVE].

07-12-2023 15:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

07-12-2023 15:00 - não inicia o movimento [PIOROU].

29-11-2023 15:00 - Assegurar atividades de sentar-se

29-11-2023 15:00 - Assistir no sentar-se [sem horário]

29-11-2023 15:00 - Prevenir queda

29-11-2023 15:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [sem horário]

Cuidar da higiene pessoal

29-11-2023 15:00

29-11-2023 15:00 - Não obtém objetos para o banho.

29-11-2023 15:00 - Não abre a torneira.

29-11-2023 15:00 - Capaz de lavar e secar o corpo

29-11-2023 15:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - Não lava nem seca o corpo.

29-11-2023 15:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

29-11-2023 15:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - Não lava nem seca parte do corpo.

29-11-2023 15:00 - Lava a cavidade oral.

29-11-2023 15:00 - Aplica produtos de higiene.

29-11-2023 15:00 - Capaz de pentear-se

29-11-2023 15:00 - Penteia-se.

29-11-2023 15:00 - Não se barbeia.

29-11-2023 15:00 - Capaz de cortar as unhas

29-11-2023 15:00 - Não corta as unhas.

29-11-2023 15:00 - Não se limpa após usar o sanitário.

29-11-2023 15:00 - Não ajusta a roupa após usar o sanitário.

29-11-2023 15:00 - Cuidar da higiene pessoal comprometido

29-11-2023 15:00 - Determinar evolução do cuidar da higiene pessoal

29-11-2023 15:00 - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal [sem horário]

04-12-2023 15:00 - Não obtém objetos para o banho [MANTEVE].
 07-12-2023 15:00 - Não obtém objetos para o banho [MANTEVE].
 07-12-2023 15:00 - Não abre a torneira [MANTEVE].
 04-12-2023 15:00 - Não abre a torneira [MANTEVE].
 07-12-2023 15:00 - Capaz de lavar e secar o corpo
 07-12-2023 15:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - Não lava nem seca o corpo [MANTEVE].
 04-12-2023 15:00 - Capaz de lavar e secar o corpo
 04-12-2023 15:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - Não lava nem seca o corpo [MANTEVE].
 07-12-2023 15:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo
 07-12-2023 15:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - Não lava nem seca parte do corpo [MANTEVE].
 04-12-2023 15:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo
 04-12-2023 15:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - Não lava nem seca parte do corpo [MANTEVE].
 07-12-2023 15:00 - Não lava a cavidade oral [PIOROU].
 04-12-2023 15:00 - Lava a cavidade oral [MANTEVE].
 07-12-2023 15:00 - Não aplica produtos de higiene [PIOROU].
 04-12-2023 15:00 - Aplica produtos de higiene [MANTEVE].
 07-12-2023 15:00 - Capaz de pentear-se
 07-12-2023 15:00 - Não se penteia [PIOROU].
 04-12-2023 15:00 - Capaz de pentear-se
 04-12-2023 15:00 - Penteia-se [MANTEVE].
 07-12-2023 15:00 - Não se barbeia [MANTEVE].
 04-12-2023 15:00 - Não se barbeia [MANTEVE].
 07-12-2023 15:00 - Capaz de cortar as unhas
 07-12-2023 15:00 - Não corta as unhas [MANTEVE].
 04-12-2023 15:00 - Capaz de cortar as unhas
 04-12-2023 15:00 - Não corta as unhas [MANTEVE].
 07-12-2023 15:00 - Não se limpa após usar o sanitário [MANTEVE].
 04-12-2023 15:00 - Não se limpa após usar o sanitário [MANTEVE].
 04-12-2023 15:00 - Não ajusta a roupa após usar o sanitário [MANTEVE].
 07-12-2023 15:00 - Não ajusta a roupa após usar o sanitário [MANTEVE].

29-11-2023 15:00 - Assegurar atividades de higiene pessoal

29-11-2023 15:00 - Assistir no arranjar-se [sem horário]
 29-11-2023 15:00 - Assistir no tomar banho [sem horário]
 29-11-2023 15:00 - Assistir no tomar banho usando dispositivo [sem horário]
 29-11-2023 15:00 - Assistir no uso do sanitário [sem horário]
 29-11-2023 15:00 - Arranjar o cliente [sem horário]
 29-11-2023 15:00 - Dar banho na cama [sem horário]
 29-11-2023 15:00 - Dar banho no chuveiro [sem horário]
 29-11-2023 15:00 - Fazer toalete [sem horário]
 29-11-2023 15:00 - Lavar cavidade oral [sem horário]

29-11-2023 15:00 - Trocar dispositivo urinário [sem horário]

29-11-2023 15:00 - Trocar fralda [sem horário]

Vestir-se ou despir-se

29-11-2023 15:00

29-11-2023 15:00 - Não escolhe as roupas.

29-11-2023 15:00 - Não retira roupa da gaveta ou armário.

29-11-2023 15:00 - Capaz de vestir-se

29-11-2023 15:00 - Não veste todas as peças de roupa.

29-11-2023 15:00 - Capaz de abotoar-se

29-11-2023 15:00 - Não abotoa.

29-11-2023 15:00 - Capaz de atar cordões

29-11-2023 15:00 - Não ata cordões.

29-11-2023 15:00 - Capaz de calçar meias

29-11-2023 15:00 - Não calça as meias.

29-11-2023 15:00 - Vestir-se ou despir-se comprometido

29-11-2023 15:00 - Determinar evolução do vestir-se ou despir-se

29-11-2023 15:00 - Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se [sem horário]

04-12-2023 15:00 - Não escolhe as roupas [MANTEVE].

07-12-2023 15:00 - Não escolhe as roupas [MANTEVE].

04-12-2023 15:00 - Não retira roupa da gaveta ou armário [MANTEVE].

07-12-2023 15:00 - Não retira roupa da gaveta ou armário [MANTEVE].

04-12-2023 15:00 - Capaz de vestir-se

04-12-2023 15:00 - Não veste todas as peças de roupa [MANTEVE].

07-12-2023 15:00 - Capaz de vestir-se

07-12-2023 15:00 - Não veste todas as peças de roupa [MANTEVE].

04-12-2023 15:00 - Capaz de abotoar-se

04-12-2023 15:00 - Não abotoa [MANTEVE].

07-12-2023 15:00 - Capaz de abotoar-se

07-12-2023 15:00 - Não abotoa [MANTEVE].

04-12-2023 15:00 - Capaz de atar cordões

04-12-2023 15:00 - Não ata cordões [MANTEVE].

07-12-2023 15:00 - Capaz de atar cordões

07-12-2023 15:00 - Não ata cordões [MANTEVE].

04-12-2023 15:00 - Capaz de calçar meias

04-12-2023 15:00 - Não calça as meias [MANTEVE].

07-12-2023 15:00 - Capaz de calçar meias

07-12-2023 15:00 - Não calça as meias [MANTEVE].

29-11-2023 15:00 - Assegurar atividades do vestir-se ou despir-se

29-11-2023 15:00 - Assistir no vestir-se ou despir-se [sem horário]

29-11-2023 15:00 - Vestir/despir [sem horário]

Andar

29-11-2023 15:00

29-11-2023 15:00 - Capaz de mover-se através da marcha

29-11-2023 15:00 - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas.

29-11-2023 15:00 - Andar comprometido

29-11-2023 15:00 - Determinar evolução do andar

29-11-2023 15:00 - Avaliar evolução do andar [sem horário]

04-12-2023 15:00 - Capaz de mover-se através da marcha

04-12-2023 15:00 - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas [MANTEVE].

07-12-2023 15:00 - Capaz de mover-se através da marcha

07-12-2023 15:00 - incapaz de realizar a marcha (mover as pernas passo a passo e sustentar o peso do corpo) [PIOROU].

29-11-2023 15:00 - Prevenir queda

29-11-2023 15:00 - Assistir no andar [sem horário]

29-11-2023 15:00 - Adequar o vestuário para prevenir queda [sem horário]

29-11-2023 15:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [sem horário]

29-11-2023 15:00 - Deslocar o cliente em cadeira de rodas [sem horário]

Alimentar-se

29-11-2023 15:00

29-11-2023 15:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

29-11-2023 15:00 - Não leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

29-11-2023 15:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

29-11-2023 15:00 - Não prepara os alimentos para a refeição.

29-11-2023 15:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

29-11-2023 15:00 - Não organiza os alimentos para a refeição.

29-11-2023 15:00 - Alimentar-se comprometido

29-11-2023 15:00 - Determinar evolução do alimentar-se

29-11-2023 15:00 - Avaliar evolução do alimentar-se [sem horário]

04-12-2023 15:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

04-12-2023 15:00 - Não leva os alimentos à boca / sonda de alimentação [MANTEVE].

07-12-2023 15:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

07-12-2023 15:00 - Não leva os alimentos à boca / sonda de alimentação [MANTEVE].

04-12-2023 15:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

04-12-2023 15:00 - Não prepara os alimentos para a refeição [MANTEVE].

07-12-2023 15:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

07-12-2023 15:00 - Não prepara os alimentos para a refeição [MANTEVE].

04-12-2023 15:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

04-12-2023 15:00 - Não organiza os alimentos para a refeição [MANTEVE].

07-12-2023 15:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

07-12-2023 15:00 - Não organiza os alimentos para a refeição [MANTEVE].

29-11-2023 15:00 - Assegurar atividades do alimentar-se

29-11-2023 15:00 - Assistir no alimentar-se [sem horário]

29-11-2023 15:00 - Alimentar cliente [sem horário]

4.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da náusea

- Através da Escala de Edmonton.

Posicionar para otimizar a ventilação

- Cadeira em posição de sentado.
- Cabeceira da cama elevada a +de 45º.

Aplicar creme

- Creme hidratante e solução de ácidos gordos hiperoxigenados em spray,

Tratar membrana mucosa

- Aplicar água em spray (cavidade oral e lábio).
- Aplicar balsamo hidratante (lábio).

Lavar cavidade oral

- Com clorexidina solução oral.

Avaliar evolução de sinais de edema

- Efetuar exame físico ao cliente, com foco nos membros inferiores.

Posicionar para diminuir edema

- Elevar os membros inferiores, com auxílio de dispositivos (almofadas).

Avaliar evolução da ascite

- Efetuar exame físico ao cliente, com foco no abdómen.

Implementar estratégias de promoção do sono

- Música relaxante.
- Massagem relaxante .

Executar cuidados de higiene oral

- com clorexidina solução oral.

Avaliar evolução do apetite

- Através da Escala de Edmonton.

Gerir o ambiente físico para prevenir queda

- Manter campainha ao alcance do cliente.
- Manter pertences perto do cliente.
- Manter cadeirão travado.
- Manter cama travada.
- Manter grades da cama elevadas.

Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

- Diariamente, no turno da manhã.
- SOS

Avaliar evolução do prurido

- Através da Escala de Edmonton.

Executar massagem

- Massagem relaxante.

Avaliar evolução da dor

- Através da Escala de Edmonton.
- Através da Escala Numérica da Dor.

Avaliar evolução do humor depressivo

- Através da Escala de Edmonton.

Avaliar evolução da ansiedade

- Através da Escala de Edmonton.

Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade

- Distração do pensamento.
- Praticar o bom humor, rir ou sorrir especialmente durante momentos difíceis.
- Respiração diafragmática.

Executar escuta ativa

- Disponibilidade total.
- Atitude calma.
- Expressão facial de interessada.
- Contacto ocular.
- Possibilitar o silêncio.
- Encorajamento para que o doente se expresse livremente, através da comunicação verbal e não verbal.
- Normalização das emoções, acolhendo desejos, reestruturando expectativas.

Planear eliminação intestinal

- Definir, objectivamente, o número de dejeções a atingir de acordo com a situação clínica.
- Durante os cuidados de higiene e após a massagem abdominal, proceder à estimulação retal e remoção manual de fezes em SOS.

Aplicar calor

- Toalha aquecida.

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

- Vigiar sinais de complicação tais como: dor, edema, calor, rubor, tumefação.

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo

- Vigiar sinais de complicação tais como: dor, edema, calor, rubor, tumefação, descoloração cutânea.

Executar tratamento ao local de inserção do cateter subcutâneo

- Diariamente, no turno da manhã.
- SOS

Trocar cateter venoso periférico

- De 3 em 3 dias.
- SOS

Trocar cateter subcutâneo

- De 7 em 7 dias.
- SOS

Trocar cateter urinário

- De 12 em 12 semanas, com início a 25/11/2023.
- SOS

Avaliar evolução da obstipação

- Através da Escala de Edmonton.

Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

- Respiração diafragmática (o doente deve colocar as mãos no abdômen, na região umbilical, fechar os olhos e concentrar-se na sua respiração, no movimento do seu abdômen que sobe quando inspira pela nariz e e que desce quando expirar pela boca)
- Distração audiovisual (ouvir música, ver televisão).

Posicionar para aliviar a dor

- Decúbito lateral direito.
- Decúbito dorsal.
- Manter membros inferiores elevados, com recurso a dispositivos (almofadas).

Avaliar evolução de sinais de dor

- Através da Escala de Edmonton.
- Através da Escala Numérica da Dor.

Avaliar evolução da eliminação intestinal

- Através da Escala de Edmonton.

Assistir o cliente na utilização de estratégias de coping para lidar com o luto

- Assistir na procura de sentido/significado do momento presente.
- Apoiar no reconhecimento da importância da manutenção de relacionamentos positivos com a família e amigos.
- Assistir a doente na reformulação de objetivos e metas reais.
- Identificar e mudar pensamentos negativos, como o estar a sofrer antecipadamente; o estar a culpar-se.

4.8. Síntese relativa ao caso

Durante a componente prática, que decorreu na UCPED, pude desenvolver e aplicar um plano assistencial holístico e individualizado à pessoa em situação paliativa e à família/cuidador, sempre com o objetivo de proporcionar conforto e qualidade de vida. O plano de cuidados e a sua reavaliação foi adequado às necessidades do cliente e família, de acordo com as competências especializadas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

O caso clínico nomeado era complexo e enquadrado no tema por mim desenvolvido. Proporcionou a minha reflexão crítica sobre a respetiva temática: a “perda” da via oral no doente oncológico em fase terminal, como despoletador da consciencialização sobre a iminência da perda da vida para o doente e família.

A primeira sessão, no dia 29 de novembro, correspondeu ao primeiro turno realizado com o doente do caso clínico trabalhado. Este já se encontrava na unidade de cuidados paliativos há 5 dias, proveniente do serviço de urologia. Neste primeiro contacto, foi possível identificar vários problemas e estruturar um plano de cuidados adequado à situação clínica do doente. Aquando a observação pela equipa, o Sr. Y encontrava-se no leito, consciente, orientado e colaborante. O mesmo estava em negação do diagnóstico de neoplasia do rim metastizada. Apresentava o autocuidado comprometido, dor, prurido, apetite comprometido, náuseas, obstipação, membrana mucosa comprometida e o sono comprometido. Do ponto de vista emocional, o Sr. Y encontrava-se em sofrimento existencial, com humor deprimido, ansioso e em processo de luto (luto antecipatório). A família estava triste e com labilidade emocional. Os cuidados foram organizados e dirigidos ao conforto e à qualidade de vida do cliente e família. O objetivo imediato foi o controlo sintomático através de intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Prestado suporte emocional ao Sr. Y e à sua família, promovendo a expressão de sentimentos e exposição de dúvidas pelo cliente e pela família/cuidador. Foi realizada uma reunião com o Sr. Y onde se abordou a sua doença oncológica, prognóstico, necessidade de manter a HD e as suas expectativas e desejos para o futuro. O Sr. Y manifestou vontade em manter a HD e de poder ir para casa. Na sequência da reunião com o Sr. Y foi agendada uma conferência familiar, cujos objetivos abarcavam a organização dos cuidados e a tomada de decisão do Sr. Y, relativamente ao seu regresso a casa.

Durante a conferência familiar foi abordada a organização dos cuidados, de forma a permitir o regresso do Sr. Y a casa, o domínio da alimentação e a diminuição da ingestão de alimentos pelo cliente. Uma das filhas questionou sobre a alimentação do pai e a equipa decidiu ser este o momento oportuno para abordar a temática, informando que a recusa da ingestão alimentar e a posterior “perda” da via oral é um sintoma fisiológico que promove o conforto da pessoa em

situação terminal.

Na segunda sessão, o Sr. Y referia ter a dor controlada, mas que o sono ainda não era reparador, com necessidade de medicação de resgate durante a noite. Emocionalmente, apresentava equilíbrio do humor, controlo da ansiedade e aceitação da sua condição clínica. Após diálogo da equipa da UCPED com o nefrologista assistente optou-se por suspender o tratamento de HD e por cuidados dirigidos ao conforto. Neste segundo contacto, a equipa da UCPED informou o Sr. Y e a esposa sobre a suspensão do tratamento de HD, atendendo à progressão da doença oncológica. Foi agendada uma nova conferência familiar para explicar a situação clínica atual do Sr. Y e progressão da doença. Nesta sessão foi também necessário realizar a rotação de via de administração, por perda da via EV, para a via SC e o respetivo ajuste terapêutico.

Na conferência familiar seguinte, dada a época natalícia e, uma vez que o Sr. Y não podia regressar a casa, foi sugerido e aceite pela família, a organização de um “Almoço de Natal” na copa do serviço com a família, evento que foi muito gratificante para o cliente e para a sua família.

Na terceira sessão, alguns dias após o evento, o Sr. Y apresentava alteração do estado de consciência, sem resposta verbal, com oscilação de períodos de inquietude inespecíficos e períodos de sonolência. A equipa reuniu com a família e, em conjunto, dada a impossibilidade de comunicar com o Sr. Y, foi tomada a decisão, em prole do conforto e do respeito pela dignidade do doente, de recorrer à sedação paliativa. Mantidos os cuidados dirigidos ao conforto, doente em provável situação clínica de últimos dias/horas de vida. Foi proporcionado suporte emocional à família no processo de luto. O Sr. Y faleceu na tarde do dia seguinte, tranquilo e aparentemente confortável na presença da esposa e das filhas.

A família, no decorrer das três sessões, proporcionou conforto e segurança ao seu familiar, através da sua presença e interação nos cuidados. Demonstrou expectativas adequadas e resiliência, face à situação clínica do familiar.

Ao longo das três sessões, no planeamento e implementação do plano de cuidados, foi priorizado o controlo sintomático, como pilar essencial na promoção do conforto, bem como o suporte psicológico, emocional e espiritual, apoiado numa comunicação eficaz e verdadeira, mostrando disponibilidade e promovendo a expressão de sentimentos e medos pela pessoa e família/cuidador, bem como a resolução de conflitos. Relativamente à espiritualidade, foram respeitadas as crenças religiosas, valores e significados de vida do cliente e família/cuidador e recorreu-se ao apoio do assistente espiritual. As conferências familiares, como momentos de partilha, tiveram um papel preponderante em todo o processo.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

5.1. Reflexão crítica sobre as competências adquiridas e desenvolvidas

5.1.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

De acordo com a OE, o enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019, p. 4744). O reconhecimento e atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe a aquisição das competências específicas de cada especialidade em enfermagem, mas também prevê que todos os enfermeiros especialistas partilhem de um conjunto de domínios de competências, designadas de competências comuns: **responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade e demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2019).

O primeiro domínio está relacionado com a **responsabilidade profissional, ética e legal**, ou seja, com uma prática profissional baseada na normas legais, nos princípios éticos e deontológicos da enfermagem, o que requer “uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”, e, simultaneamente, o enfermeiro “garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento nº 140/2019, p. 4745). No decurso do estágio de natureza profissional, em ambos os contextos, os cuidados foram planeados e executados de acordo com o código deontológico, respeitando os direitos humanos e os princípios da bioética, beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. Foi respeitada a autonomia do cliente e família/cuidador na tomada de decisão, que foram convenientemente informados, quanto ao local de tratamento, escolha do tratamento e local da morte; a vontade do cliente e da família/cuidador referente à informação, que deseja saber e quando solicitada, sobre a evolução da situação clínica e prognóstico; os valores, a cultura e as crenças religiosas do cliente e família/cuidador. No decurso do estágio na EIHSCP ocorreram dois casos clínicos, em que os clientes recusaram a transferência para a UCPED. Por conseguinte, explicou-se o âmbito de atuação dos cuidados paliativos e a sua finalidade. Contudo, os clientes mantiveram a

sua decisão, permanecendo ao cuidado das equipas assistentes de outras especialidades, nomeadamente Pneumologia e Cirurgia Geral. A EIHS CP respeitou a decisão dos clientes e continuou a acompanhar as duas situações clínicas, concedendo consultadoria.

O domínio da **melhoria contínua da qualidade** defende que o enfermeiro “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; garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº 140/2019, p. 4745). Durante o ensino clínico, colaborei com as equipas na organização do plano de cuidados, fomentando o trabalho em equipa, através da partilha e potenciando os contributos individuais no processo de tomada de decisão. Respeitei as normas de prevenção e controlo de infeção na prestação de cuidados de saúde, mais especificamente de clientes em isolamento, de acordo com o protocolo da unidade de prevenção e controlo de infeção e de resistências aos antimicrobianos, da instituição hospitalar.

Salientando o projeto de desenvolvimento de competências desenvolvido no Módulo I desta unidade curricular, onde um dos objetivos era a aquisição de competências comuns e específicas na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa, alusivas à “perda” da via oral, planeei e realizei uma ação de formação alusiva à temática: a “perda” da via oral no doente oncológico em fase terminal, como despoletador da consciencialização sobre a iminência da perda da vida para o doente e família. A formação teve como objetivo promover uma reflexão e discussão sobre as estratégias implementadas pela equipa de cuidados paliativos e as estratégias, mapeadas na revisão de literatura, a implementar perante a “perda” da via oral no doente oncológico em fase terminal e na família/cuidador (Anexo 2). O desenvolvimento desta atividade de formação permitiu a mobilização e a partilha de conhecimentos, bem como uma reflexão crítica com a equipa da UCPED. Neste âmbito, foi ainda, distribuído, no final da formação, um panfleto sobre as estratégias a implementar em cuidados paliativos no contexto da “perda” da via oral (Anexo 2).

Como referido na descrição dos contextos de estágio, à data da realização do ensino clínico, nenhum dos dois estava a desenvolver qualquer projeto de melhoria contínua da qualidade.

Relativamente ao domínio da **gestão dos cuidados**, este defende que o enfermeiro especialista “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”, ao mesmo tempo que “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº 140/2019, p. 4745). Ao longo do ensino clínico colaborei nas decisões da equipa multidisciplinar, processo durante o qual era reconhecida e pedida a colaboração dos profissionais das diferentes áreas, nomeadamente da psicóloga, assistente social e do representante religioso, sempre que eram identificadas situações pertinentes. Constatei que, na maioria dos casos, a referenciação da pessoa em situação paliativa é realizada numa fase muito

avançada da doença, em fase terminal e, mesmo em situação de últimos dias/horas de vida, o que dificultou a implementação de uma abordagem holística, que permitisse à pessoa usufruir da sua autonomia no processo de tomada de decisão sobre os objetivos dos cuidados e do tratamento, bem como, do local onde quer ser cuidado e onde quer morrer; ainda que se tenha conseguido controlar os sintomas e aliviar o sofrimento.

Os domínios do **desenvolvimento das aprendizagens profissionais** pressupõem que o enfermeiro especialista “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”, assim como “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento nº 140/2019, p. 4745). Em contexto de estágio foram várias as situações que me permitiram identificar domínios com necessidades de melhoria, nomeadamente, a comunicação de más notícias e a gestão das expectativas, sentimentos e emoções e, posteriormente, implementar estratégias promotoras do desenvolvimento de competências nos referidos domínios. Participei, de forma informal, como formador, sobretudo como elemento da EIHSCP, na utilização e gestão da via SC e na gestão da terapêutica prescrita em SOS para controlo de sintomas.

Neste processo contínuo de autoformação e de aquisição de novos conhecimentos, colaborei na elaboração de um póster intitulado “Suporte ao luto dos profissionais de saúde em contexto de cuidados paliativos: uma *scoping review*”, apresentado no 3º Fórum Internacional do Autocuidado, realizado e organizado pela ESEP (Anexo 3).

As competências comuns do enfermeiro especialista são competências gerais que podem ser desenvolvidas e adquiridas em conjunto com as competências específicas de cada área de especialização. Nesta perspetiva, a conceção de cuidados executada para cada caso clínico contribuiu para a otimização destas competências. No ponto seguinte, passarei a abordar as competências específicas de um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa.

5.1.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa

Segundo o regulamento n.º 429/2018, as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, são:

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

2 - Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/famíliares,

proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto.

Com base no regulamento acima referido, pretendo, neste subcapítulo, retratar e realizar uma análise crítico-reflexiva das atividades e intervenções implementadas, na minha prática clínica, promotoras do desenvolvimento das competências descritas.

No sentido de realizar uma análise estruturada e posterior reflexão sobre a prática clínica e o desenvolvimento das competências inerentes à prática clínica especializada, durante o estágio de natureza profissional na EIHSCP, em que me foi possível colaborar nos cuidados de consultadoria a doentes em situação paliativa, criei um caderno, onde fiz um registo periódico dos diferentes casos clínicos que acompanhei.

A intervenção da EIHSCP inicia-se no momento da receção do pedido de referenciação do doente na plataforma informática, onde se explana uma breve história clínica e os motivos da referenciação. O caso clínico é analisado pela EIHSCP de forma a conhecer o contexto clínico do doente, o prognóstico, a história clínica, a situação social e familiar e a presença de sintomas agudizados, não controlados, recorrendo, para tal, aos registos clínicos, na plataforma informática, do processo clínico do doente e à interação com a equipa assistente do serviço onde o doente se encontra internado, aquando da deslocação da equipa ao internamento. Na fase seguinte procede-se à recolha de dados, através de uma entrevista informal, realizada ao doente e à família/cuidador, previamente estruturada e sustentada no preenchimento de um documento em papel. Posteriormente, toda a informação é registada no processo clínico do doente. O primeiro contacto com o doente e família/cuidador, nem sempre decorre de modo favorável, porque em grande parte das situações clínicas, o doente não está capaz de colaborar por descontrolo sintomático (dor, inquietude, dispneia), por astenia e prostração e por estar em sofrimento existencial (tristeza, angústia, negação do diagnóstico, expectativas desadequadas). Sempre que a família/cuidador está presente e capaz de colaborar, a equipa aproveita o momento para conhecer a família/cuidador e proceder à avaliação das suas necessidades, bem como da disponibilidade da família/cuidador para cuidar durante o processo de doença e do suporte socioeconómico da mesma. Nesta fase inicial, a EIHSCP agenda, sempre que oportuno, uma conferência familiar com o objetivo de conhecer a família e avaliar as suas próprias necessidades e, posteriormente, fornecer informação sobre a situação clínica do seu familiar (progressão da doença, agravamento do estado clínico, situação de últimas horas/dias de vida) e esclarecimento de dúvidas. A conferência é realizada no serviço onde o doente se encontra internado, numa sala própria para o efeito e, habitualmente, estão presentes na reunião, o doente (sempre que a situação clínica o permita), a sua família/cuidador, a equipa médica assistente, a assistente social (quando necessário) e a EIHSCP.

Durante o estágio na EIHSCP foram acompanhados 42 casos clínicos (a maioria desde a primeira avaliação). Dos 42 casos clínicos, 37 tinham como diagnóstico principal uma doença oncológica,

na generalidade metastizada. Os 5 casos clínicos não oncológicos abarcavam como diagnóstico principal uma doença aguda, uma doença crónica progressiva, falência de órgão e demência. Nos 42 casos clínicos acompanhados pela EIHS CP foram identificados 13 casos com doença oncológica, em fase terminal com “perda” da via oral ou na iminência desta perda, com progressiva diminuição da ingestão alimentar e recusa alimentar. Durante o acompanhamento destes 42 casos clínicos, pela EIHS CP, foram realizadas 18 conferências familiares (das quais assisti a 5), 5 referenciações para a RNICP e 6 transferências para a UCPED. Foi selecionado um caso clínico, que ia de encontro à temática por mim explanada no relatório, para ser abordado através da conceção de cuidados na plataforma e4Nursing e posteriormente exposto.

O segundo contexto clínico, decorreu no serviço de internamento de cuidados paliativos de um hospital, uma UCPED. Os doentes admitidos na UCPED provinham do serviço de urgência, da CECP ou de qualquer outro serviço de internamento do hospital. O motivo de internamento, na maioria dos casos, foi para controlo de sintomas, mas também para organização dos cuidados ou para descanso do cuidador.

Ao longo deste segundo momento de estágio, tive a oportunidade de acompanhar mais de 40 casos clínicos e de dar continuidade ao plano de cuidado estruturado para cada situação clínica. A maioria dos casos tinha, como diagnóstico principal, uma doença oncológica, metastizada. Os casos clínicos não oncológicos abarcavam, como diagnóstico principal, doenças agudas, doença crónicas progressivas, falência de órgão e demência. No contexto da temática do meu trabalho, tive a oportunidade de acompanhar 10 doentes com o diagnóstico principal de uma doença oncológica, em fase terminal e com “perda” da via oral por diminuição progressiva da ingestão de alimentos e recusa alimentar, bem como os seus familiares/cuidadores.

No momento da admissão a equipa efetuava uma primeira avaliação das necessidades e era elaborado um plano de cuidados individual e integrado para o doente e família/cuidador baseado nos padrões de documentação disponibilizados, focado maioritariamente no controlo de sintomas, e atualizado de acordo com as respostas do doente e família/cuidador às intervenções implementadas. Na maioria das vezes, o controlo sintomático é prioritário, para que posteriormente possamos intervir nas outras necessidades identificadas, nomeadamente as necessidades emocionais e espirituais. No decurso do estágio, as situações clínicas de descontrolo sintomático permitiram o desenvolvimento de competências na identificação de sinais e sintomas das diferentes dimensões da pessoa: na vertente física (dor, dispneia, astenia, anorexia, caquexia, náusea, vómitos, obstipação, disfagia); psicológica (tristeza, ansiedade, angústia, depressão, insónia, inquietude, delirium); social (alteração da imagem corporal, do papel familiar, social e profissional); e espiritual (a falta de esperança). Relativamente às necessidades das famílias/cuidadores, destacavam-se: a necessidade de apoio emocional, para lidar com a angústia associada à perda iminente do seu familiar, a angústia de não conseguir satisfazer e respeitar o desejo e a vontade do familiar em regressar a casa e, a ansiedade e tristeza associadas à situação de doença do seu familiar; da gestão das expectativas irrealistas

e desajustadas relativamente ao diagnóstico e prognóstico da situação clínica do seu familiar e a exaustão do cuidador, a alteração de papéis no seio da família e, a necessidade de resolução de conflitos familiares e de reconciliação.

Todo este processo de interação com a equipa, doente e famílias, foi preponderante para o desenvolvimento de estratégias de comunicação, como o planeamento e execução de entrevistas clínicas, de conferências familiares, a escuta ativa e o toque terapêutico. Pude, assim, cuidar, promovendo o conforto, gerindo e tratando sintomas, aliviando o sofrimento, respeitando as crenças e espiritualidade, apoiando a família, dando-lhes suporte e permitindo o seu envolvimento nos cuidados e no processo de tomada de decisão. A prática reflexiva sobre cada caso clínico e em conjunto com a enfermeira tutora e com a equipa, foi fundamental para a minha evolução profissional e melhoria da prática clínica.

Os CP são cuidados delineados no decurso de uma avaliação integrada, interdisciplinar, holística e contínua. Estando, desta forma, implícito que a intervenção dos CP deve ter início numa correta avaliação de necessidades dos clientes e da sua família/cuidador, como a unidade do cuidado, e tendo por base os aspetos físicos, psicoemocionais, espirituais e sociais, bem como, o prognóstico, estado funcional, sintomas físicos, psicossociais e outros sintomas causadores de sofrimento, qualidade de vida, sobrecarga dos cuidadores, questões espirituais e existenciais, necessidades de apoio social e financeiro (Capela et al., 2017).

A avaliação de necessidades, apresenta-se como a primeira unidade de competência da primeira competência específica do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, descrita no Regulamento nº 429/2018, **“identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/ familiares” (Regulamento nº 429/2018, p.19359)**. Em ambos os contextos de estágio, foi realizada a avaliação das necessidades da pessoa em situação paliativa e da sua família, o mais completa possível, e tendo em conta a individualidade, a cultura, as crenças e valores das pessoas. Recolhi dados que me permitiram identificar as necessidades, sintomas, crenças, valores e expectativas prioritárias para cada pessoa e seus familiares. Utilizei a escala ESAS, a escala numérica da dor e a PPS, entre outras, como instrumentos padrão, para priorizar as necessidades da pessoa e avaliar a eficácia das intervenções implementadas. Avaliei o grau de dependência da pessoa, tendo por base a PPS e adequei os cuidados às suas necessidades individuais. A estruturação e implementação das entrevistas informais e avaliação do estado físico, psicológico e emocional dos doentes e família/cuidador e a realização das conferências familiares foi preponderante no meu desenvolvimento e aquisição de perícia na avaliação e identificação das necessidades, desejos e expectativas do doente e família/cuidador, bem como, no alcance de competências na realização do plano individual de cuidados (conceção de cuidados) com base nas necessidades identificadas.

A implementação das intervenções irrompe como a segunda unidade de competência descrita no Regulamento nº 429/2018: **“promove intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, seus cuidadores/familiares respeitando as suas preferências” (Regulamento nº 429/2018, p.19359)**. Nos dois contextos clínicos, estruturei os planos de conceção de cuidados em harmonia com a pessoa e com os seus cuidadores/familiares, tendo sempre como pilar as necessidades e as vontades da pessoa em situação paliativa, preservando a sua dignidade, respeitando a sua cultura, crenças e religião, minimizando o sofrimento, maximizando a autonomia, o conforto e a qualidade de vida. Proporcionei o empoderamento da pessoa e seus cuidadores/familiares quanto ao seu processo de autoconhecimento e estabelecimento de objetivos de cuidado, promovendo a sua capacitação através da identificação das suas necessidades. Implementei intervenções para dar resposta às necessidades identificadas, como a promoção da expressão de sentimentos e inquietudes; a gestão adequada das expectativas; a promoção do suporte emocional à pessoa e família/cuidador através da escuta ativa, do reforço positivo, da criação, sempre que possível, de uma relação empática, de confiança e partilha, com base numa comunicação honesta e clara e numa postura empática e de disponibilidade permanente; a identificação de atividades promotoras do conforto e a aplicação de técnicas de relaxamento. Avaliei e reestruturei as intervenções implementadas de forma a dar resposta às necessidades da pessoa em situação paliativa e à sua família.

Remetendo para o caso do Sr. X, em que a situação clínica progrediu muito rapidamente, e em que os objetivos de cuidados, que passavam inicialmente pela realização de tratamentos de QT adjuvante, modificaram-se, tendo havido necessidade de redefinir o objetivo dos cuidados com o cliente e família, recorrendo a estratégias de comunicação e à transmissão de informação sobre a doença e prognóstico, promotoras da expressão de sentimentos e inquietudes, do suporte emocional, de uma esperança realista, com o intuito de ajuste de expectativas e da promoção da resiliência, respeitando as crenças, a cultura e a religião do Sr. X e da sua família/cuidador e promovendo a autonomia do cliente no processo de tomada de decisão.

Durante o estágio na EIHSCP, para além do caso clínico selecionado acompanhei uma outra situação clínica em que a pessoa tinha uma doença oncológica, estava em fase terminal e com “perda” iminente da via oral. A intervenção da EIHSCP e a identificação das necessidades da pessoa e família/cuidador através da entrevista informal, das visitas diárias e de uma conferência familiar, permitiu a implementação de um plano de cuidados promotor da qualidade de vida e conforto da pessoa e família/cuidador e, de uma boa morte. A conferência familiar foi uma das intervenções que me permitiu adquirir novos conhecimentos e desenvolver competências, nomeadamente sobre a temática por mim abordada neste relatório. A pessoa e a família expuseram os seus medos e dúvidas associados à diminuição progressiva da ingestão alimentar, e a equipa concluiu que este era o momento certo para fornecer a informação adequada sobre a temática e esclarecer as dúvidas expostas pela pessoa e família/cuidador, os

benefícios e malefícios das vias de alimentação alternativas à ingestão oral, a anorexia como um processo fisiológico protetor na fase da doença em que se encontrava a pessoa. No contexto emocional, o sofrimento existencial da pessoa em situação paliativa e da família/cuidador estava associado à vontade do doente de regressar a casa, tendo sido elaborado um plano de cuidados em conjunto com a família de modo a dar resposta aos desejos e vontade da pessoa, mas não foi possível a sua concretização por agravamento do estado clínico. No contexto espiritual, a pessoa manifestou interesse em assistir à missa na capela do hospital e, apesar do doente se encontrar muito asténico, com recusa alimentar (há vários dias) e em provável situação de últimos dias de vida, foi possível satisfazer a vontade expressa pelo mesmo, e acompanhar o doente e a família (a esposa e o filho) à missa. Este momento contribuiu, significativamente, para o processo de atribuição de um significado à sua experiência e na aceitação da sua finitude.

Relativamente à unidade de competência descrita no Regulamento nº 429/2018 que se refere a envolver **“os cuidadores/familiares da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades” (Regulamento nº 429/2018, p.19359)**, incrementei várias atividades, destacando-se a conferência familiar, mais utilizada em contexto de EIHS CP do que em contexto de internamento da UCPED. Através das conferências familiares pude identificar e avaliar as necessidades da pessoa em situação paliativa e da sua família/cuidador e partilhar informação, emoções e medos, esclarecer dúvidas e discutir os objetivos e plano de cuidados. Identifiquei, sempre que possível, o cuidador/familiar de referência e promovi o envolvimento do mesmo na organização, estruturação e implementação do plano de cuidados.

Um dos pilares dos CP é o trabalho em equipa, pelo que uma das unidades de competências definidas no Regulamento nº 429/2018 descreve o desenvolvimento de intervenções: **“desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interdisciplinar e em articulação com os serviços de apoio” (Regulamento nº 429/2018, p.19359)**. A equipa multidisciplinar do SCP reúne, diariamente, para debater os planos de intervenção e a evolução das situações clínicas de maior complexidade, encaminhar os doentes com estabilidade clínica para o domicílio ou para a RNCP, organizar a distribuição dos doentes prioritários a serem observados pela EIHS CP, tendo em conta a sua sintomatologia e não a ordem de chegada dos pedidos, e confirmar as intervenções agendadas para esse dia, conferências familiares, acompanhar o cliente à missa, acompanhar o cliente ao jardim exterior, etc. De ressaltar a presença dos psicólogos e da assistente social nessas reuniões e a valorização da integração de outros elementos, nomeadamente, dos alunos de medicina e de enfermagem. Para tal, as estratégias de comunicação foram cruciais. Utilizei várias estratégias de comunicação, entre as quais, a relação empatia e a escuta ativa, de acordo com a conexão estabelecida com os vários intervenientes no processo de cuidar, nomeadamente, com a pessoa em situação paliativa e a sua família e com toda a equipa multidisciplinar (médicos, equipa de enfermagem, assistente

social, psicólogo, assistente espiritual e administrativa). Solicitei o apoio de outros profissionais, designadamente, da psicóloga e do assistente espiritual, sempre que a situação clínica o impunha.

A segunda competência específica do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, definida no Regulamento nº 429/2018 refere-se ao estabelecimento de “relações terapêuticas com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto” (Regulamento nº 429/2018, p.19359). Para esta competência o Regulamento nº 429/2018 define quatro unidades de competência, que se abordam de seguida.

Quanto à unidade de competência, **“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” (Regulamento nº 429/2018, p.19359).** Em ambos os contextos clínicos, foi possível proporcionar suporte emocional à pessoa em situação paliativa e à sua família/cuidador no processo de adaptação às várias perdas (perda da autonomia, “perda” da via oral) e no luto, através de uma comunicação eficaz, verdadeira e ética, da escuta ativa e do toque terapêutico, permitindo que a pessoa e a sua família/cuidadores expressassem os seus medos e os seus sentimentos, expusessem as suas dúvidas, vontades e desejos. Defini estratégias de adaptação da pessoa e dos seus familiares/cuidadores ao processo de doença, promovendo o desenvolvimento de estratégias de coping. Promovi a capacitação da pessoa e da sua família no processo de autoconhecimento e da definição de objetivos realistas. Possibilitei uma adequada transição saúde-doença da pessoa e dos seus familiares/cuidadores, fomentando a consciencialização, a atribuição de um significado à perda e a aceitação da sua finitude ou do seu familiar, através da escuta ativa, da remanescência, da resolução de conflitos, da elaboração de um legado, da promoção das despedidas, respeitando, sempre que possível, a vontade da pessoa quanto ao local dos cuidados e da morte, promovendo a esperança e, quando pertinente, o reconhecimento das necessidades religiosas.

No contexto da UCPED, identifiquei duas situações clínicas de luto comprometido, pela perda de um familiar e pela rutura dos laços afetivos com os filhos, potenciada pela distância geográfica (filhos a residir fora do país), com necessidade de referenciação da pessoa para acompanhamento pela psicóloga da equipa. No contexto de internamento, numa outra situação clínica, a pessoa em situação paliativa, em fase terminal, após ter realizado uma adequada transição no seu processo de doença, com consciencialização de que a sua morte estava próxima, pediu à equipa para a “pôr a dormir”, tendo sido respeitada a tomada de decisão da pessoa e realizada sedação paliativa, e assim, proporcionar uma boa morte.

Destacando o caso clínico do Sr. Y, uma situação clínica em que a progressão da doença

condicionou a necessidade de reestruturação do objetivo dos cuidados e consequente suporte emocional ao cliente e família/cuidador no processo de adaptação às várias perdas, recorrendo a duas conferências familiares. A família/cuidador tinha conhecimento da doença e do prognóstico e expectativas adequadas à situação, uma família presente e envolvida em todo o processo de doença do familiar.

Nos dois contextos de estágio não se encontrava em aplicação qualquer projeto de melhoria contínua dos cuidados após a morte do cliente, ainda que existam planeamentos, o que não permite uma avaliação da efetividade dos cuidados das equipas, dificultando, assim, a devida e exigida reflexão sobre as intervenções desenvolvidas. Como estratégias de intervenção no autocuidado, empoderamento e bem-estar dos profissionais da equipa no processo de luto, são organizados, ocasionalmente, eventos de lazer fora da instituição, e esta temática é abordada também em alguns dos momentos de pausa durante o turno.

As intervenções implementadas pela equipa de CP na gestão do luto deve ter início aquando o momento em que é dada a notícia de um diagnóstico de uma doença crónica incurável e terminal, à pessoa em situação paliativa e família/cuidador. As intervenções devem ter por base uma efetiva relação terapêutica, uma comunicação adequada, a escuta ativa e a presença dos profissionais, através das conferências familiares, das chamadas telefónicas, das visitas domiciliárias, da realização do legado (fotografias, cartas, diários), onde deve ser proporcionado o apoio emocional, a expressão de sentimentos e medos, a criação de memórias, promovendo a atribuição de um significado à perda e a consciencialização da finitude própria e do familiar, de forma a conduzir a uma adequada transição no processo de luto (Sousa et al.,2022, Pimenta & Capelas, 2019).

A experiência de luto vivenciada pela pessoa em situação paliativa e pela sua família/cuidador é suscetível de intervenção específica. Esta refere-se a uma ação personalizada por parte de profissionais de referência. Atualmente, do nosso conhecimento ainda se verifica uma lacuna de evidência para orientar o desenvolvimento e a alocação deste tipo de intervenção em CP, incluindo programas para desenvolver a capacidade da comunidade, da criação de grupos de apoio; de programas de apoio à família após a morte do familiar que incluam o acompanhamento da mesma pelos profissionais, através de telefonemas e de visitas domiciliárias (Pimenta & Capelas, 2019).

A integração de planos de formação que preparem os profissionais de saúde para lidar com o sofrimento e com a morte, é uma necessidade indubitável, uma vez que é essencial para o acompanhamento da pessoa em situação paliativa e das suas famílias. O programa de formação para os CP e o programa nacional de CP reconhecem a pertinência e necessidade de uma formação institucionalizada que deve envolver a formação pré-graduada e a formação pós-graduada que assegure a prestação de cuidados de qualidade, no âmbito de uma equipa interdisciplinar (DGS, 2004). A formação deve promover a qualidade de vida profissional,

atendendo a que esta é uma variável importante no bem-estar dos profissionais de saúde, o autocuidado (dentro do horário de trabalho), autoconsciência, a empatia e o empoderamento, conhecimento, competências e atitudes para lidar com a morte (Zaratta et al., 2020; Pérez-Belmonte et al., 2021; Arantes, 2019).

A unidade de competência **“parcerias terapêuticas com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares” (Regulamento nº 429/2018, p.19359)**, foi desenvolvida tendo em conta as atividades realizadas. Sempre que pertinente, os objetivos do cuidado e as intervenções implementadas foram revistas em parceria com o cliente e família/cuidador, procurando encontrar e negociar o equilíbrio entre o necessário e a vontade do cliente e da família/cuidador. Planeei e realizei as intervenções, respeitando os desejos e preferências e a autonomia no processo de tomada de decisão do cliente e da sua família/cuidador. No contexto clínico, principalmente na EIHSCP, verificaram-se algumas situações de conflito entre as decisões tomadas pela equipa assistente, pelo cliente e família/cuidador e pela equipa de CP, com necessidade de agendamento de reuniões com a presença de todos os intervenientes, para mitigar os conflitos e, melhorar se necessário, os objetivos dos cuidados. Sempre que necessário os objetivos de cuidados e das intervenções implementadas foram revistos em parceria, procurando encontrar e negociar o equilíbrio entre o que era necessário fazer sob o ponto de vista médico e a vontade dos doentes e seus familiares/cuidadores.

Relato uma situação clínica que ocorreu durante estágio na EIHSCP, em que uma cliente com um diagnóstico de doença oncológica avançada em fase terminal, com sintomas (dor e dispneia) não controlados e com “perda” da via oral, por intolerância alimentar, que manifestava vontade de regressar a casa. Foi pedida a colaboração da EIHSCP para controlo sintomático e organização de cuidados, processo que teve início com a adequada avaliação inicial das necessidades da cliente e da família (filho adolescente em situação de luto comprometido), e agendamento de uma conferência familiar. Na conferência familiar estiveram presentes o marido e o filho, tendo sido possível definir o objetivo dos cuidados, promover a expressão de sentimentos e exposição de dúvidas pela cliente e família, bem como, definir objetivos realistas sobre o regresso a casa e a situação clínica da cliente, que não o permitia. Aconselhado também o acompanhamento do filho adolescente pela psicóloga da equipa, que este aceitou. Agendada nova conferência familiar, com o objetivo de avaliar a evolução da situação clínica e permitir uma tomada de decisão por parte da cliente, devidamente informada. No mesmo dia, da primeira conferência familiar, a oncologista assistente, após ter reunido com a cliente e marido, decidiu atender ao pedido da cliente de regressar a casa e, apesar de não estarem reunidas as condições clínicas, pediu o transporte e informou a EIHSCP. Realizada, no momento, uma reunião com os intervenientes presentes, incluindo a médica oncologista e o marido, negociado o equilíbrio entre a vontade da cliente e a sua real situação clínica, e adiado o regresso a casa para o fim da semana, para que este pudesse ser realizado, com o adequado controlo de

sintomas, a organização dos cuidados e o conforto da cliente e família/cuidador.

Em ambos contextos clínicos, foi possível desenvolver a unidade de competência **“negoceia objetivos/metas de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico” (Regulamento nº 429/2018, p.19359)**. Com base em estratégias de comunicação e no estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável, em fase avançada, progressiva e terminal e seus familiares/cuidador, almejando o suporte no processo adaptativo às múltiplas perdas, a promoção de uma esperança realista e ajuste de expectativas. A comunicação é um dos quatro pilares dos cuidados paliativos, a ferramenta indispensável na implementação das intervenções a desenvolver com o cliente, com as pessoas significativas e com os restantes elementos da equipa multidisciplinar, bem como, na sua avaliação e negociação dos objetivos, que devem ser realistas e das metas a curto prazo.

Nos dois contextos de estágio, identifiquei as prioridades de cuidados dos clientes e da sua família, atuando no sentido de estabelecer uma relação terapêutica e de os capacitar para a tomada de decisão. A comunicação foi uma ferramenta preponderante não só na identificação das necessidades da pessoa em situação paliativa e da sua família/cuidador, mas também, como intervenção na necessidade de ajustar expectativas, sobretudo dos familiares, de clarificar a situação clínica e de estabelecer e restabelecer, à posteriori, os objetivos dos cuidados. Utilizei de forma informal o modelo de comunicação de más notícias de Buckman-SPIKES, como guia orientador, bem como, a escuta ativa, a validação de sentimentos e emoções, a compreensão empática, a exploração, a comunicação não verbal, o esclarecimento de dúvidas, a demonstração de presença e disponibilidade, numa comunicação verdadeira, simplificada e assertiva. Procurei estabelecer objetivos realistas com a pessoa e seus familiares/cuidadores e atingi-los em conjunto. Identifiquei as vontades e desejos da pessoa e familiares/cuidadores de fim de vida, nomeadamente: o legado, a reconciliação familiar, o local onde quer passar os últimos dias de vida, o local da morte, os rituais fúnebres.

Uma situação clínica que me permitiu colaborar no processo de tomada de decisão e negociação dos objetivos e metas dos cuidados, durante o estágio na EIHSCP, foi o caso de uma cliente jovem, internada com o diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar com metastização difusa e com um prognóstico de meses de vida, a quem foi proposto, pela equipa assistente, um novo tratamento de QT paliativa. Foi informada sobre os benefícios e os malefícios do tratamento proposto, na sua situação clínica; apesar dos malefícios serem muito superiores aos benefícios, a cliente optou por iniciar o tratamento, alegando que este era a sua última esperança, decisão que a equipa respeitou. Foi reestruturado o plano de cuidados e os objetivos de forma a equilibrar a vontade da cliente e o seu conforto.

Igualmente, na UCPED, no caso clínico de um cliente com uma doença pulmonar crónica incurável, progressiva e em fase terminal, da qual era conhecedor, o cliente estava em

sofrimento, com dispneia refratária e, após ter falado com a família, pediu à equipa para o “pôr a dormir”; referia ter consciência da sua situação clínica e da sua finitude e que estava exausto. A equipa reuniu com a família para ajustar o objetivo dos cuidados e para prestar suporte emocional, recorrendo a estratégias de comunicação para ajuste de expectativas e de uma esperança realista, bem como, para promover a resiliência. Posteriormente, de forma a respeitar a vontade do cliente e com a concordância da família, a equipa iniciou a sedação paliativa.

Uma outra competência exigida aos enfermeiros especialistas é o reconhecimento dos **“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” (Regulamento nº 429/2018, p.19359)**. Nesta perspetiva, promovi o meu autoconhecimento e o meu empoderamento e bem-estar, recorrendo ao diálogo com outros membros da equipa, mais experientes, sobre as situações promotoras de stress (os casos clínicos de pessoas mais jovens), aproveitando os momentos de pausa e convívio informal como momento de distração, promovendo a substituição entre profissionais em situações geradoras de stress. A discussão entre os profissionais (médico paliativista e enfermeiro especialista em CP) envolvidos nas situações e casos mais problemáticos foi outra das estratégias utilizadas, bem como a capacidade de ser significativo na relação terapêutica com o doente e familiar/cuidador através de atitudes positivas, de compaixão e resiliência como reforço positivo, na gestão das emoções e prevenção do burnout.

No que se refere aos efeitos do processo de cuidar, no ponto de vista do cuidador, foi realizada a identificação e avaliação das suas necessidades e implementadas as estratégias adequadas, como o controlo sintomático, a promoção do suporte emocional e da esperança, a fomentação do autocuidado e o fornecimento de informação sobre as respostas sociais promotoras de suporte. Promovi o despiste dos sinais e sintomas de exaustão do cuidador, no decurso deste percurso, identifiquei uma situação de exaustão da cuidadora em que foi necessário encaminhar o cliente para a RNICP e a cuidadora para a psicóloga do serviço.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A conclusão do presente relatório simboliza o término de um percurso muito gratificante, que permitiu a aquisição de conhecimentos e competências na área dos CP.

Quando nos referimos aos CP, compreendemos que são cuidados que podem e devem ser integrados em todos os contextos de prestação de cuidados e realizados por profissionais com formação específica em CP. Mas não necessariamente especialistas. Estes profissionais devem estar integrados em equipas multidisciplinares, com competências adquiridas e desenvolvidas, que lhes permitam identificar o mais precocemente possível, as necessidades da pessoa em situação paliativa e da sua família e intervir de forma a promover o conforto e a qualidade de vida (Neto, 2017).

A componente teórica do curso foi preponderante na realização da componente prática e teórica como elemento de uma EIHS CP e na UCPED, onde foram consolidados os conhecimentos teóricos. A prática clínica foi centrada na conceção de cuidados à pessoa em situação paliativa e à sua família/cuidador e, no seu decurso, foi possível aplicar os conhecimentos adquiridos, na componente teórica, bem como desenvolver e adquirir competências que contribuíram de forma afirmativa para a sua validação.

Considero que os casos clínicos selecionados foram pertinentes e enquadrados no tema de desenvolvimento. A elaboração de duas conceções de cuidados permitiu ilustrar o processo de pensamento delineado na identificação dos diagnósticos, planeamento e implementação das intervenções de enfermagem, objetivos dos cuidados e indicadores de resultado, bem como, o desempenho, a filosofia e os princípios inerentes. A implementação das diferentes intervenções precedeu a compreensão das propriedades e das condições inerentes ao processo de transição saúde-doença, com o objetivo de promover a consciencialização, o envolvimento e o desenvolvimento de conhecimento.

No que alude ao controlo de sintomas, consegui aplicar na prática os conteúdos abordados na componente teórica, salientando a avaliação das causas e da origem dos mesmos, antes de intervir e com a conjugação mista das intervenções farmacológicas e não farmacológicas no seu controlo. No domínio da comunicação, pude desenvolver competências e adquirir ferramentas basilares na comunicação de más notícias; na gestão das expectativas, das emoções e da esperança, bem como, no empoderamento da pessoa em situação paliativa e da sua família. As conferências familiares foram planeadas e implementadas, em ambos os estágios, como estratégia de aproximação dos profissionais de saúde ao cliente e família/cuidador e, como instrumento de intervenção na relação terapêutica, facilitador do processo de aceitação e

consciencialização das mudanças. A família, como elemento da equipa multidisciplinar e da unidade recetora de cuidados, proporciona segurança à pessoa em situação paliativa, permite o acompanhamento e aceitação de todo o processo de doença do seu familiar e promove uma adequada transição saúde-doença, com a consciencialização da finitude do seu familiar. Relativamente ao trabalho em equipa, a partilha de ideias e de opiniões alusivas aos objetivos delineados para as diferentes situações clínicas, foi uma realidade patente nas reuniões semanais da equipa multidisciplinar, passagem de turno, e mesmo em alguns momentos de lazer com foco na promoção do equilíbrio, equidade e no conforto. A prática reflexiva sobre cada caso clínico, em conjunto com a enfermeira tutora e com a equipa, foi fundamental para a minha evolução profissional e melhoria da prática clínica.

A realização da revisão de literatura foi relevante, dado que é preponderante uma prática clínica sustentada no conhecimento e evidência científica; apoiada numa comunicação adequada e com o objetivo de controlar os sintomas, a gestão das expectativas e a promoção da autonomia da pessoa no processo de tomada de decisão e, do empoderamento da pessoa e família/cuidador sobre o processo fisiológico associado à gradual diminuição da ingestão alimentar inerente à progressão da doença. A literatura salienta a relevância da consciencialização e aceitação da finitude própria ou do familiar como fator determinante no processo de luto. O aprofundamento de conhecimentos sobre as necessidades da pessoa em situação paliativa, com doença oncológica e em fase terminal, e da sua família, no contexto da “perda” da via oral e iminente perda da vida, bem como sobre a forma de enfrentar as questões que emergem, foi uma mais-valia para garantir que no futuro, perante desafios similares, estarei capaz de os resolver de uma forma assertiva.

O desenvolvimento e a apresentação de uma ação de formação alusiva ao tema: a “perda” da via oral no doente oncológico em fase terminal, como despoletador da consciencialização sobre a iminência da perda da vida para o doente e família, e cujo objetivo era promover uma reflexão e discussão sobre as estratégias implementadas pela equipa de CP e, as estratégias mapeadas no contexto da “perda” da via oral do doente oncológico em fase terminal e da família/cuidador, no final da componente prática, em que estiveram presentes elementos da EIHSCP e da equipa da UCPED, foi uma experiência enriquecedora e gratificante a nível profissional e pessoal. A adesão dos profissionais à ação de formação e a sua participação durante a apresentação também foi muito recompensadora, demonstrando o seu interesse, disponibilidade e recetividade.

A revisão de literatura e a ação de formação, bem como, as conferências familiares, foram preponderantes na concretização dos objetivos delineados no Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa elaborado no âmbito do estágio de natureza profissional - Módulo I (Anexo 4).

Ao longo do estágio surgiram algumas dificuldades, nomeadamente no domínio da comunicação, em particular na comunicação, de más notícias. Todavia, sendo a comunicação um instrumento basilar dos CP, considero ter ultrapassado as dificuldades inerentes e adquirido competências específicas através da implementação das diversas estratégias de comunicação na avaliação das necessidades e implementação das respetivas intervenções. Outra dificuldade sentida durante o estágio, foram os diferentes padrões de documentação para a elaboração dos planos de cuidados, tendo em conta as diferentes nomenclaturas utilizadas para a definição de diagnósticos e intervenções. Dificuldades que resultam da incipiente profissionalização de algumas matérias, o que leva ao registo em notas gerais, dificultando a uniformização e o acesso à informação.

Relativamente à intervenção da equipa no processo de luto, foi percecionada uma lacuna no acompanhamento dos familiares após a morte da pessoa. Como sugestão de melhoria, sugiro a criação e implementação de um plano de melhoria no acompanhamento dos familiares/cuidador no processo de luto após a morte do seu ente querido, nomeadamente a criação de grupos de apoio.

Numa fase inicial, o stress, associado à gestão da vida profissional, pessoal e em estágio, bem como, as dificuldades no domínio da comunicação, foram eventos críticos, cujo seu reconhecimento, definição de objetivos e mobilização de recursos permitiu o desenvolvimento e aquisição de competências, bem como, o enriquecimento e crescimento pessoal, pelo que considero ter atingido os objetivos definidos.

A caminhada foi árdua, mas muito recompensadora, uma busca pela compreensão e pela evolução pessoal e profissional que me permitiu adquirir competências, que espero, futuramente implementar, como enfermeira mais capacitada e diligente na identificação das necessidades da pessoa e dos seus familiares, bem como, colaborar na capacitação dos enfermeiros da minha equipa. Considero também, que esta caminhada foi um tributo pessoal à resiliência e compaixão pelo outro e ao meu autocuidado, para cuidar do outro não posso descurar o meu cuidado.

Pretendo continuar a desbravar o processo do fim de vida, de forma a torná-lo mais presente, menos penoso e verdadeiro, contribuindo para sua consciencialização e aceitação.

Por fim, agradeço às equipas multidisciplinares e aos professores pela sua orientação, apoio e partilha de conhecimento ao longo deste percurso.

7. BIBLIOGRAFIA

- Afonso, T., Ramos, A., & Charepe, Z. (2019). Alimentação na pessoa em fim de vida: análise de conceito. *Cadernos de Saúde*, 11(1), 42-49. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.5282>
- Alves, P. (2013). Intervenção do Enfermeiro que Cuida da Pessoa em Fim de Vida com Alterações do Comer e Beber. *Pensar Enfermagem*, 17(1), 17-30.
- Alves, P., Basto, M., & Oliveira, C. (2016) Adaptar a alimentação ao Desejo da Pessoa em Fim de vida: Intervenção do Enfermeiro. *Pensar em Enfermagem*, 20(2), 118-119.
- Alves, P., Oliveira, C., & Bastos, M. (2021). End of life feeding which way. *Onco. News*, 43 (16), 16-25. <https://doi.org/10.31877/on.2021.43.02>.
- Arantes, A.C.Q. (2019). *A morte é um dia que vale a pena viver*. Oficina do Livro.
- Araújo, A., Almeida, P., & Gonçalves, F. (2017). Obstipação. In E. Freire (Ed.), *Guia Prático de Controlo Sintomático* (pp. 65-72). <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>
- Arends, J., Strasser, F., Gonella, S., & Ripamonti, C. (2021). Caquexia Oncológica em Doentes Adultos: Diretrizes de Prática Clínica. In *ESMO*, 6(3). <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES – A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5, 302-311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Barbosa, A., & Neto, I.G. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Barbosa, A. (2006), Luto, in: Barbosa A., & Neto Isabel (ed.), *“Manual de cuidados paliativos”*, Lisboa, Núcleo de cuidados paliativos, centro de bioética, faculdade de medicina de Lisboa, (pp. 379-395).
- Biosca, A., Lázaro, J., Aragón, E., & Planas, J. (2017). Metástasis tardías de carcinoma renal de células claras. *Revista Espanhola Casos Clínicos Medicina Interna (RECCMI)*, 2(2), 102-104.
- Bükki, J., Nübling, G., Jox, R. & Lourenzl, S. (2014). Decision making at the end-of-life cancer patients' and their caregivers' views on artificial nutrition and hydration. *Support Care Cancer*, 2(12) 3287-3299. DOI 10.1007/s00520-014-2337-6

- Campos, V., Silva, J., & Silva, J. (2019). Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. *Bioética*, 27(4), 711-718. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019274354>
- Capelas, M., & Coelho, P. (2014). Place of care at the end-of-life and to die: portuguese people's preferences. *Cadernos de Saúde*, 6, 7-18.
- Capelas, M., Coelho, S., Silva, S., & Ferreira, C. (2017). *Cuidar a pessoa que sofre*. Universidade Católica Editora.
- Cardoso, A. (2016). Prurido. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares & I. G Neto. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed., pp. 239-248). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Cardoso, D., Mortola, L. & Arrieira, I. (2021). Subcutaneous therapy for patients in palliative care: The nursing experience at home. *Newspaper Nursing and Health*, 6(2), 346-354.
- Cardoso, E., Garcia, J., Mota, M., Lotério, L., & Santos, M. (2018). Luto Antecipatório/Preparatório em doentes com cancro. *Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais - SPAGESP*, 19(2), 110-122.
- Carneiro, R. Barbedo, I. Costa, I., Reis, E., Rocha, N., & Gonçalves, E. (2011). Estudo comparativo dos cuidados prestados a doentes nos últimos dias de vida num serviço de medicina interna e numa unidade de cuidados paliativos. *Ata médica portuguesa*. 24, 545-554.
- Carneiro, R. (2017). Sintomas cutâneos e das mucosas. In E. Freire (Ed.), *Guia prático de controlo sintomático* (pp. 141 - 145). <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>
- Carvalho, R., & Parsons, H. (2012). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. Academia Nacional de Cuidados Palliatives.
- Casqueira, N. (2015). *O cuidador principal e outros familiares de doentes oncológicos em cuidados paliativos. Estudo comparativo sobre necessidades, qualidade de vida, luto antecipatório, e sintomatologia psicopatológica*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Universidade de Coimbra - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A nursing concern. In P.L. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology* (pp. 237-257). Boulder, CO: Aspen Publication.
- Coutinho, S., & Silva, R. (2022). Perception of grief and experience of anticipatory grief of family members in a palliative care unit, *Curr Health Sci J*. 48 (3), 317-323. Doi: 10.12865/CHSJ.48.03.10
- Custódio, L. Yamamoto, Y. & Santos, R. (2017). Aspetos teóricos sobre o processo de luto e a vivência do luto antecipatório. *Psicologia.pt*, o portal dos psicólogos, ISSN 1646-6977.

Dadalto, L., & Carvalho, S. (2021). The bioethical challenges of voluntary interruption of hydration and nutrition at the end of life in the Brazilian legal system. *Latin American Journal of Bioethics*, 21(2). <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/5181>.

Encarnação, P., Oliveira, C., & Martins, T. (2015). Dor e sofrimento conceitos entrelaçados- perspectivas e desafios para os enfermeiros. <https://hdl.handle.net/1822/42896>.

Feitosa, A., Santos, D., Barros, H., Gomes, N., Prado, S., & Benigno, Q. (2021). Systematization of nursing care for clients with renal disease in palliative care. *Brazilian Journal of Health Review*; DOI:10.34119/bjhrv4n6-192.

Felício, J. (2019). *Intervenções de Enfermagem ao Doente Oncológico em Fim de Vida e Família, no âmbito da Alimentação e Hidratação*. Relatório de estágio. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Fernandes, J. (2016). Apoio à família em Cuidados Paliativos. Em A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 653-663). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Ferreira, G., & Mendonça, G. (2017). Prurido. In G. Ferreira & G. Mendonça (Ed.) *Cuidados paliativos: guia de bolso*, (pp. 49-50). https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/67/abe52f7fe6b28c2cbfd3fbd14409242.pdf

Frade, L., Carreira, N., Tosatto, V., Marote, S. & Neto, I. G. (2019). Oxigenoterapia na Doença Avançada. *Medicina Interna*, 16(4), 319-325. <https://doi.org/10.24950/rspmi/Revisao/75/19/4/2019>.

Frankl, V.E. (2012). *O Homem em busca de um sentido*. Editora Lua de Papel.

Freire, E. (2017). *Guia Prático do Controlo Sintomático*. Angelini Farmacêutica, Lda.

Godinho, N., Silveira, L. (2017). Manual de hipodermóclise. HCFMB.

Gonçalves, C. (2019). *Instrumentos de avaliação de sintomas (obstipação, diarreia e vómitos) em cuidados paliativos - Revisão sistemática de literatura*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Científico da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/32318>.

Gonçalves, F. (2002). *Controlo de sintomas no cancro avançado*. Fundação Calouste Gulbenkian.

Gonçalves, F. (2018). Problemas urinários. <https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/181216185915.pdf>

Gonçalves, F. (2022). Alterações do sono no cancro avançado. <https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/221016201049.pdf>

Govindan, R., Morgensztern, D., & Ghobadi, A. (2022). *The Washington Manual of Oncology : Therapeutic Principles in Practice*. Wolters Kluwer Health.

Grilo, A. (2017). *Intervenção da equipa multidisciplinar no apoio à família do doente paliativo em fim de vida que apresenta redução/recusa da ingesta oral*. Relatório de Prática Clínica- Dissertações de Mestrado-cuidados Paliativos. Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/10400.11/5848>.

Hobson, E., Craven, I., & Blank, C. (2012). Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome: A Truly Treatable Neurologic Illness. *Peritoneal Dialysis International*, 32, 590-594. Doi: 10.3747/pdi.2012.00152.

Holmes, S. (2010). Nutrition in the palliative care of chronic and life-threatening illness. *British Journal of Community Nursing*, 15(7), 24-30. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2010.15.Sup7.81209>.

Inocenti, A., Rodrigues, I.G. & Miasso, A. (2009). Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. *Revista Eletrónica de Enfermagem* 11(4), 858-865. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/5197>

International Council of Nurses. (2019) classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - ICNP Browser. Lei nº52/2012 (2012) Diário da República: 1.ª série — N.º 172, 5119-5124.<https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>.

Lewis, J. (2022). Volume overload. Manuais MSD. Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, EUA e suas afiliadas.

Lei nº52/2012 (2012) Diário da República: 1.ª série — N.º 172, 5119-5124.<https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>

Lin, Y., Zhou, Y., & Chen, C. (2023). Interventions and practices using Comfort Theory of Kolcaba to promote adults' comfort: an evidence and gap map protocol of international effectiveness studies. *Systematic Reviews*, 12(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02202-8>

Luís, J., & Apóstolo, A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem - análise do conceito e significados teóricos. *Referência*, 2(9), 61-67

Magano, C. O. (2017). *Comunicação como Instrumento Facilitador no Processo de Cuidar em Cuidados Paliativos* [Relatório de Mestrado, Politécnico de Castelo Branco]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/10400.11/6028>.

Martins, A. G., Sousa, P. P., & Marques, R. M. (2022). Comfort: Theoretical contribution to nursing. *Cogitare Enfermagem*. <http://hdl.handle.net/10400.14/40251>

Marques, A., & Silva, M. (2018). *Cuidados Paliativos*. http://metis.med.up.pt/index.php/Cuidados_paliativos.

- Mazzo, A., Godoy, S., Alves, L., Mendes, I., Trevizan, M., & Rangel, E. (2011). Cateterismo Urinário: Facilidades e Dificuldades Relacionadas à Sua Padronização: Pesquisa Exploratória e Descritiva. *Enfermagem*, 20 (2) . <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000200016>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28. https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2000/09000/Experiencing_Transitions__An_Emerging_Middle_Range.6.aspx
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: development and progress* (4th Edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Monteiro, P., Fernandes, R., & Ramos, A. (2017). Sintomas Neuropsíquicos. In E. Freire (Ed.), *Guia prático de controlo sintomático* (pp. 101 - 117). <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>
- Morrison, K., & Youngwerth, J. (2016). Palliative Sedation Therapy Hospital Medicine Clinics. *Hosp Med Clin* 5, 101-113. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ehmc.2015.08.010>.
- Muglia, V., & Prando, A. (2015). Carcinoma de células renais: classificação histológica e correlação com métodos de imagem. *Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem*, 48(3), 166-174. <http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2013.1927>.
- Narayanan, V., Bista, B., & Koshy, C. (2010). 'BREAKS' Protocol for Breaking Bad News. *Indian Journal of Palliative Care*, 16(2), 61-65. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.68401>.
- Neto, I.G. (2010). *Cuidados Paliativos (Testemunhos)*. Aletheia Editores.
- Neto, I.G. (2020). *Cuidados Paliativos conheça-os melhor*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Neto, I.G. (2021). *Da ciência, do amor e do valor da vida*. Oficina do Livro.
- Neto, O. & Lisboa, C. (2017). Doenças associadas ao luto antecipatório: uma revisão de literatura. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 18 (2), 308-321 Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde Lisboa, Portugal.
- Nogueira, F., & Sacata, R. (2012). Palliative sedation of terminally ill patients. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 62(4). <https://doi.org/10.1590/S0034-70942012000400012>
- Organização Mundial de Saúde. (2020). Palliative Care. <https://www.who.int/news room/fact-sheets/detail/palliative-care>

PEDCP (2023/2024) - Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos. (2023). Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. [https://www.sns.min-saude.pt > uploads > 2024/01](https://www.sns.min-saude.pt/uploads/2024/01).

Peters, M., Marnie, C., Tricco, A., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JB I evidence synthesis*, 18(10), 2119-2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>.

Pérez-Belmonte, S., Galiana, L., Fernández, I., Vidal-Blanco, G., & Sansó, N. (2021). The Personal Wellbeing Index in Spanish Palliative Care Professionals: A Cross-Sectional Study of Wellbeing. *Frontiers in psychology*, 11(12), 672-792. Doi: 10.3389/fpsyg.2021.672792

Pinto, F. (2012). *A alimentação em final de vida: a opinião dos enfermeiros* [dissertação]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Pimenta, S.& Capelas, M. (2019). The Palliative Care Bereavement Approach. *Cadernos de Saúde*, 11(1), 5-18. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.7247>.

Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. G. (2016). Comunicação. Em A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 815-831). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Rabow, M.W., & McPhee, S. J. (1999). Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *Western Journal of Medicine*, 171(4), 260-263. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1305864/pdf/westjmed00314-0046.pdf>

Ramalho, G. & Dantas, F. (2020). Reversible Cerebral Vasoconstriction Syndrome: Case report. *Brazilian Journal of health Review*, 3(6), 16157-16165. DOI:10.34119/bjhrv3n6-042.

Regulamento 429/2018, da Ordem dos Enfermeiros; (2018) Diário da República, 2ª Série n.º 135,19359-19370 [https://dre.pt/application/ conteúdo /115698617](https://dre.pt/application/conteúdo/115698617).

Regulamento 140/2019, da Ordem dos Enfermeiros; (2019) Diário da República, 2ª Série n.º 26, 4744-4750. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Resende, A. (2009). *Alimentar no final da vida Transição do familiar cuidador para a recusa alimentar*, Dissertação de Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde, universidade aberta.

Ribeiro, W., Jorge, B.& Queiroz. (2020). Repercussions of hemodialise in the patient with chronic kidney disease: a literature review. *Pró-UniverSUS*, 11 (1), 88-97.

Rio, M.I., Shand, B., Bomati, P., Palma, A., Maldonado, A., Taboada, P., & Nervo, F. (2011). Hydration and nutrition at the end of life: a systematic review of emotional impact, perceptions, and decisionmaking among patients, family, and health care staff. *Psico-Oncologia*, 21(9), 913-921. DOI:10.1002/pon.2099.

Rodrigues, A., David, F., Guedes, R., Rocha, C., & Oliveira, H. (2023). Dying with end stage

kidney disease: factors associated with place of death on a palliative care program. *Brazilian Journal of Nephrology*, 46(1), 93-97. DOI: 10.1590/2175-8239-JBN-2023-0015pt

Santos, R., Yamamoto, Y., & Santos, R. (2017). Aspectos teóricos sobre o processo de luto e a vivência do luto antecipatório. *Psicologia.pt*, o portal dos psicólogos, ISSN 1646-6977.

Sequeira, C., (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. (1ª edição). Edição Lidel.

Schumacher, K., & Meleis, A.I. (1994). Transitions: A Central concept in nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127. Doi: 10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x.

Silva, R., & Coutinho, S. (2022). Perceção de luto e vivência de luto antecipatório de familiares em uma unidade de cuidados paliativos. *HRJ* 3(15). DOI: <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i15.283>

Sousa, A.D.A. (2012). *Sintomas em cuidados paliativos: da avaliação ao controlo* (Dissertação de mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar do Porto.

Sousa, J. (2015). Mestre em Ciências Farmacêuticas: Epidemiologia, etiopatogenia, diagnóstico e tratamento farmacológico da depressão em Portugal. Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências da Saúde do Porto.

Sousa, J., Ferreira, R., & Guedes, V. (2022). Intervenções desenvolvidas na gestão do luto em cuidados paliativos: scoping review. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=677774252009>.

Sousa, L., & Santos, M. (2021). Aplicação da escala de coma de Glasgow: uma análise bibliométrica acerca das publicações no âmbito da Enfermagem. *Research, Society and Development*, 10(14). DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21643>.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ª edição ed.). Lisboa: Climepsi - Sociedade Médico Psicológica.

Vallerand, A., Sanoski, C., & Deglin, J. (2009). *Guia Farmacológico para Enfermagem* (10ª edição). Editora Lusociência.

Vieira, V., Cruz, V., Soares, N., Faquim, R., & Araújo, E (2017). Cancro do pulmão de não pequenas células. *Enciclopédia Biosfera*, 14(25), 1512-1532. Disponível: <https://conhecer.org.br/ojs/index.php/biosfera/article/view/953>

Voeuk, A., & Oneschuk, D. (2014). Continuous palliative sedation therapy. *Palliative Care Files. Canadian Family Physician- Le Médecin de famille canadien*, 60(9), 813-815.

Zanatta, F., Maffoni, M., & Giardini, A. (2020). Resilience in palliative healthcare professionals: a systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 28(3), 971-978. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05194-1>.

8. ANEXOS

Anexo I

Termos	MeSH terms	CINAHL terms	Frase booleana
Cuidados paliativos	Palliative care	Palliative care	"palliative care"
Doente em fim de vida	Terminal care	Terminal care End of life care	"terminal care"
Fim de vida		End of life	"end of life"
Perda da via oral/ ingestão oral reduzida		Reduced oral intake	"reduced oral intake"
Alimentação em fim de vida		End of life nutrition	"end of life nutrition"

Quadro – descritores da revisão de literatura

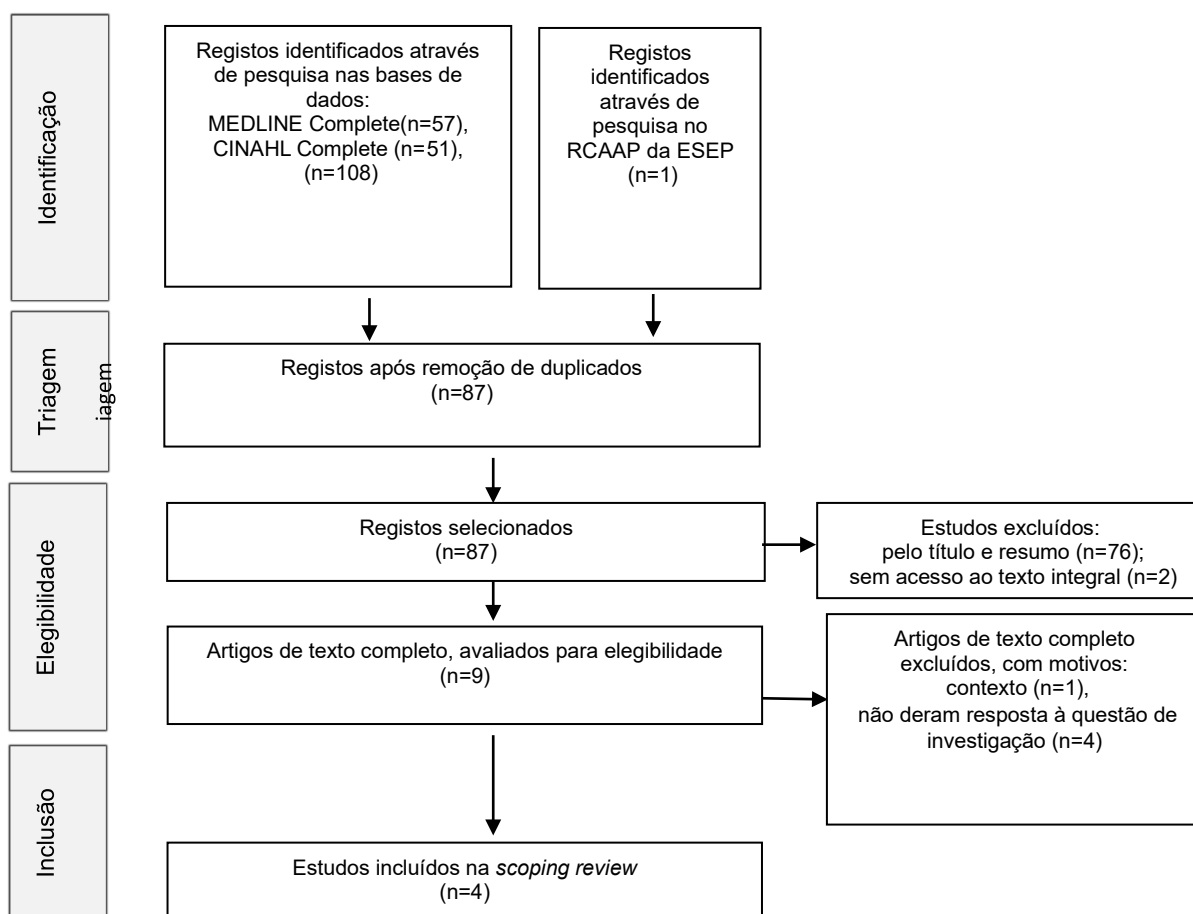


Figura - Fluxograma PRISMA adaptada

Legenda: n=número total da amostra

Tabela – extração de resultados

Artigo	Autores, data e local de publicação	Objetivos do artigo	Método	População	Resultados/Intervenções
1	Rio et al., 2011, Chile	- Explorar o impacto emocional da diminuição da ingestão oral, bem como, a precessão e atitudes em relação à nutrição e hidratação assistidas, no doente terminal no final da vida, entre clientes, família e profissionais de saúde. - Explorar a influência dos fatores emocionais e culturais na tomada de decisão sobre a nutrição e hidratação assistidas no doente terminal no final da vida.	Revisão Narrativa da Literatura.	Pessoa em situação terminal, família e profissionais de saúde.	- Promover a aquisição do conhecimento e da confiança do doente em situação terminal, dos seus familiares em questões relacionadas com a diminuição da ingestão oral e dos benefícios /malefícios da nutrição e hidratação assistida. - Comunicar de forma clara e eficaz, de forma a assegurar o direito do doente em situação terminal e dos seus familiares/cuidadores de participar ativamente da tomada de decisão sobre os cuidados no fim da vida. - Identificar e respeitar a cultura e as crenças do doente e da família sobre a nutrição e a hidratação. - Reconhecer a importância da opinião dos familiares sobre a temática. - Proporcionar a consciencialização e aceitação da finitude, própria ou do familiar. - Proporcionar suporte no luto (perda) ao doente e família.
2	Holmes, 2010, Inglaterra	- Explorar a influencia da nutrição no conforto e na qualidade de vida do doente em situação paliativa, no alívio de sintomas (fadiga, depressão), na prevenção do risco de complicações.	Artigo de opinião.	Pessoa em situação terminal e família.	- Promover o conforto e a qualidade de vida do doente através de uma nutrição adequada e do controlo dos sintomas (cuidados orais e alívio da sede). - Integrar o emocional, espiritual, físico e aspetos psicossociais no cuidado. - Respeitar a autonomia do doente.

					-Respeitar as necessidades da família, sem desrespeitar as necessidades do doente. - Abordar as causas de sofrimento do doente e da família.
3	Bükki et al., 2014, Alemanha	- Explorar o impacto de fatores, como a opinião e as preocupações do doente oncológico em fase terminal e seus familiares/cuidadores, sobre a hidratação e nutrição artificial na tomada de decisão acerca da mesma.	Estudo prospetivo transversal.	e Pessoa em situação paliativa (doença oncológica avançada) e família/cuidadores.	- Promover a discussão e fornecer informação sobre a nutrição e a hidratação artificial numa fase em que o doente esteja capaz, em conjunto com a sua família/cuidadores, de participar na tomada de decisão. - Assegurar uma comunicação aberta e verdadeira, e considerar os valores e as preferências individuais. - Reconhecer a importância da opinião dos familiares. - Abordar ativamente as preocupações e os medos, do doente e família, para dissipar os mitos inerentes à temática.

Anexo II

Ação de formação

Planeamento Pedagógico							
Formação em serviço		SCP – Equipa de Enfermagem					
Tema: A “perda” da via oral no doente oncológico em fase terminal, como despoletador da consciencialização sobre a iminência da perda da vida para o doente e família.					Formador: Raquel Torres (aluna do 2º MEMCEPSP da ESEP)		
Data: 22/01/2024		Duração da sessão: 15 minutos		Local: Unidade de Cuidados Paliativos de Elevada Diferenciação			
Objetivo geral: Promover uma reflexão/discussão sobre as estratégias implementadas, no momento atual, pela equipa de cuidados paliativos e as estratégias mapeadas no contexto da “perda” da via oral do doente oncológico em fase terminal e da família/cuidador.							
Objetivos específicos da sessão	Fases	Conteúdos	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos	Atividades didáticas	Tempo	Avaliação
√ Identificam pelo menos 3 estratégias implementadas para lidar com a provável “perda” da via oral. √ Identificam conhecimento sobre a temática nos resultados da revisão de literatura exposta.	Introdução	Apresentação do formador Enquadramento do tema Objetivos da sessão Metodologia da formação	Método expositivo	Poster	Exposição de um poster	3’	Interação com a equipa de enfermagem
	Desenvolvimento	Apresentação do poster, dando ênfase aos resultados da revisão de literatura (ferramentas para avaliação da dor e controlo da dor). Reflexão/discussão dos resultados	Método expositivo/ participativo Debate	Poster Panfleto das estratégias mapeadas	Exposição de um poster	10’	Interação com a equipa de enfermagem
	Conclusão	Síntese das ideias principais. Agradecimentos	Método expositivo	Poster	Exposição de um poster	2’	Interação com a equipa de enfermagem

RESUMO

Título: A “perda” da via oral no doente oncológico em fase terminal, como despoletador da consciencialização sobre a iminência da perda da vida para o doente e família.

Introdução: A “perda” da via oral na pessoa em situação paliativa, em fase terminal, está diretamente relacionada com a progressiva diminuição da ingestão alimentar e/ou com a recusa alimentar da pessoa numa situação de doença grave, prolongada e irreversível. O conceito da “perda” da via oral e o conceito da alimentação são indissociáveis. A alimentação da pessoa em situação paliativa assume um carácter de extrema importância, quando abordamos os cuidados à pessoa em fim de vida e à sua família/cuidador. A “perda” gradual da via oral é associada à diminuição da qualidade de vida e à proximidade da morte pela pessoa e pela sua família/cuidador, desencadeando um processo de luto.

Metodologia: *scoping review*, seguindo a mnemónica P (população-pessoa em situação paliativa), C (conceito-perda da via oral) e C (contexto-Cuidados paliativos-internamento hospitalar), recomendada pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI). Critérios de elegibilidade considerados para a seleção dos estudos: os termos utilizados na PCC, todo o tipo de estudos, estudos analisados pelos pares, publicados em revistas académicas, limite temporal entre 2010 e 2023. A pesquisa realizou-se nas bases de dados científicas disponibilizadas pela Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), no agregador de conteúdos EBSCOhost da biblioteca da ESEP, para duas bases de dados (MEDLINE Complete e CINAHL Complete), e no RCAAP.

Objetivo da pesquisa: mapear na evidência científica atual, estratégias a implementar perante a “perda” da via oral no doente oncológico em fase terminal e da família/cuidador.

Resultados: foram identificados 660 registos que, após um processo de seleção, através da aplicação dos critérios de inclusão/exclusão, apenas 3 estudos elegíveis foram incluídos. Os resultados indicaram estratégias do tipo: promover uma comunicação aberta verdadeira e empática; promover uma relação terapêutica com a pessoa em fim de vida e com os seus familiares; respeitar a cultura e as crenças da pessoa e da sua família/cuidador subjacentes à alimentação; promover a aquisição do conhecimento e da confiança da pessoa e dos seus familiares/cuidadores em questões relacionadas com a temática; reconhecer a importância da opinião dos membros da família e abordar ativamente as preocupações e os medos, para dissipar os mitos; proporcionar a participação da pessoa e da família/cuidador na tomada de decisão; promover uma adequada transição saúde-doença, com aceitação e atribuição de um significado à “perda” da via oral; fomentar o trabalho em equipa e as conferências familiares para abordar a temática.

Discussão: A comunicação através das conferências familiares e de outras estratégias que permitam o fornecimento de informação sobre a temática devem ter início numa fase precoce da redução da ingestão oral e em que o doente esteja capaz de participar na tomada de decisão (diretiva antecipada de vontades e o testamento vital), em conjunto com a sua família/cuidadores.

Conclusão: Uma prática clínica baseada na evidência e sustentada no conhecimento científico com base numa comunicação verdadeira, empática e clara, é fundamental no controlo de sintomas, gestão das expectativas e explicação/clarificação do processo fisiológico associado à gradual diminuição da ingestão alimentar inerente à progressão da doença. O que levará a uma adequada transição saúdedoença, com aceitação e atribuição de um significado à “perda” da via oral. A consciencialização e aceitação da finitude, própria ou do familiar, é um fator determinante, do processo de luto (perda), e

quanto mais cedo ocorrer a elaboração dos significados atribuídos à experiência melhor será a aceitação após a perda real (Cardoso, et al., 2018).

Palavras-chave: perda de via oral; alimentação em fim de vida; cuidados paliativos; fim de vida.

A “perda” da via oral no doente oncológico em fase terminal, como despoletador da consciencialização sobre a iminência da perda da vida para o doente e família

Autores: Raquel Torres (Ep10499@eserf.pt)

Introdução

A “perda” da via oral na pessoa em situação paliativa, em fase terminal, está diretamente relacionada com a progressiva diminuição da ingestão alimentar e/ou com a recusa alimentar da pessoa numa situação de doença grave, prolongada e irreversível.

A “perda” gradual da via oral é associada à diminuição da qualidade de vida e à proximidade da morte pela pessoa e pela sua família/cuidador, desencadeando um processo de luto.

Objetivo da pesquisa: apesar da evidência científica atual, estratégias a implementar perante a “perda” da via oral no doente oncológico em fase terminal e da família/cuidador.

Palavras-chave: perda da via oral; alimentação em fim de vida; cuidados paliativos; fim de vida.

Método

Scoping review, segundo o método de Joanna Briggs Institute.¹

PCC: População - pessoas em situação paliativa, com doença oncológica em fim de vida, e família; Conceito - “perda” da via oral; Contexto - cuidados paliativos - hospitalares.

Questão de investigação: Quais as estratégias a implementar perante a “perda” da via oral e a iminente perda da vida do doente oncológico em fase terminal e da família/cuidador?

Critérios de elegibilidade dos estudos: os termos em PCC, analisados pelos pares, publicados em revistas académicas, entre temporal entre 2010 a 2023.

Resultados

- Promover uma comunicação aberta verdadeira e empática de forma a garantir o direito da pessoa em situação paliativa e dos seus familiares/cuidadores de participar ativamente da tomada de decisão sobre os cuidados no fim da vida.²
- Facilitar discussões e fornecer informações sobre o tema numa fase na qual o doente esteja cognitivamente capaz, permitindo a participação ativa na tomada de decisão junto com a sua família/cuidadores e do expressar, se assim o desejar, através de uma diretiva antecipada de vontades (DAV) e/ou do testamento vital (TV).³
- Respeitar a cultura e as crenças da pessoa e da sua família/cuidador subjacentes à alimentação.²
- Reconhecer a importância da opinião dos membros da família e abordar ativamente as preocupações e os medos, para dissipar os mitos.²
- Incorporar a discussão sobre a “perda” da via oral nas conferências familiares.^{2,3}
- Promover a aquisição do conhecimento e da confiança da pessoa e dos seus familiares/cuidadores em questões relacionadas com a diminuição progressiva da ingestão oral e dos benefícios/malefícios das vias de alimentação alternativas (alimentação entérica, alimentação parentérica, soroterapia), nesta fase da doença.^{2,3,4}
- Promover uma adequada transição saúde-doença, com aceitação e atribuição de um significado à “perda” da via oral.^{2,3,4}
- Proporcionar a consciencialização e aceitação da finitude, própria ou do familiar, como fator determinante, do processo de luto (perda).^{2,3}

Discussão / Conclusão

A comunicação através das conferências familiares e de outras estratégias que permitam o fornecimento de informação sobre a temática devem ter início numa fase precoce da redução da ingestão oral e em que o doente esteja capaz, de participar na tomada de decisão (DAV e TV), em conjunto com a sua família/cuidadores.

Uma prática clínica baseada na evidência e sustentada no conhecimento científico com base numa comunicação verdadeira, empática e clara, é fundamental no controlo de sintomas, gestão das expectativas e explicação/clarificação do processo fisiológico associado à gradual diminuição da ingestão alimentar inerente a progressão da doença. O que levará a uma adequada transição saúde-doença, com aceitação e atribuição de um significado à “perda” da via oral.

A consciencialização e aceitação da finitude, própria ou do familiar, é um fator determinante, do processo de luto, e quanto mais cedo ocorrer a elaboração dos significados atribuídos à experiência melhor será a aceitação após a perda real.⁵

Os resultados evidenciam a importância da comunicação adequada e do momento apropriado para abordar a “perda” da via oral no doente oncológico em fase terminal e da sua família/cuidador, no sentido de melhorar a qualidade de vida, de promover uma adequada transição e de um processo de luto o mais natural possível.

Referências Bibliográficas



Brochura

Perda da via oral

Estratégias a implementar em Cuidados Paliativos

- Promover uma comunicação aberta, verdadeira e empática.
- Incorporar a discussão sobre a “perda” da via oral nas conferências familiares.
- Proporcionar o fornecimento de informação sobre a temática numa fase precoce da redução da ingestão oral e em que o doente esteja capaz, de participar na tomada de decisão (diretiva antecipada de vontades e o testamento vital), em conjunto com a sua família/cuidadores.
- Respeitar a cultura e as crenças da pessoa e da sua família/cuidador subjacentes à alimentação.
- Promover a aquisição do conhecimento e da confiança da pessoa e dos seus familiares/cuidadores em questões relacionadas com os benefícios/malefícios das vias de alimentação alternativas.
- Promover uma adequada transição saúde-doença, com aceitação e atribuição de um significado à “perda” da via oral.
- Proporcionar a consciencialização e aceitação da finitude, própria ou do familiar, como fator determinante, do processo de luto (perda).

Raquel Torres

Anexo III

Participação com um poster no 3º fórum internacional do autocuidado



ESSEP

Escola Superior de
Enfermagem do Porto

3º Fórum Internacional do
Autocuidado

DECLARAÇÃO

Declaro-se que **Raquel Maria Marques Torres** participou no **3º Fórum Internacional do Autocuidado**, realizado a 23 e 24 de novembro de 2023, organizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, com a duração de 14 horas.

Atividades em que participou:

Fórum Internacional do Autocuidado

ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 4200-072 Porto - Portugal - Tel. 225 073 500 - Fax 225 096 337 - essep@esep.pt - www.esep.pt

Código de verificação: 05202x70463

MOD.75.00



ESSEP

Escola Superior de
Enfermagem do Porto

3º FÓRUM INTERNACIONAL DO AUTOCUIDADO

DECLARAÇÃO

Declaro-se que **Maria da Conceição de Pinho Gomes** apresentou o póster intitulado *Suporte ao luto dos profissionais de saúde em contexto de cuidados paliativos: uma scoping review*, realizado nos dias 23 e 24 de novembro de 2023, pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Autores:

Maria da Conceição de Pinho Gomes, Aldo Filipe Gomes Oliveira Nogueira, Mónica Miguel Santos Almeida, Raquel Maria Marques Torres e Olga Maria Freitas Simões de Oliveira Fernandes

Assinado por **Prof. Doutora Teresa Martins**

Udo Santos

Num. de identificação: 05780253

Data: 2023.12.28 10:02:43 -00'00'

(Professora Doutora Teresa Martins)

ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 4200-072 Porto - Portugal - Tel. 225 073 500 - Fax 225 096 337 - essep@esep.pt - www.esep.pt

Código de verificação: 05202x70463

MOD.75.00

Anexo IV

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO



2º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica em
Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

A PERDA DA VIA ORAL NO DOENTE ONCOLÓGICO EM FASE TERMINAL,
COMO DESPOLETADOR DA CONSCIENCIALIZAÇÃO SOBRE A IMINÊNCIA
DA PERDA DA VIDA PARA O DOENTE E FAMÍLIA.

Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas em
Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação
Paliativa

Raquel Maria Marques Torres,

ep10496

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

2º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica em Enfermagem à Pessoa
em Situação Paliativa

A PERDA DA VIA ORAL NO DOENTE
ONCOLOGICO EM FASE TERMINAL,
COMO DESPOLETADOR DA
CONSCIENCIALIZAÇÃO SOBRE A IMINÊNCIA
DA PERDA DA VIDA PARA O
DOENTE E FAMILIA.

Projeto de desenvolvimento de competências
clínicas especializadas em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Paliativa.

Projeto orientado pelo Professor Doutor Paulo
Marques

Raquel Maria Marque Torres, ep10496

Porto, 2023

“As pessoas mais bonitas que encontrei são aquelas que conheceram a derrota, conheceram o sofrimento, conheceram a luta, conheceram a perda e encontraram o caminho para sair das profundezas”.

KÜBLER-ROSS

SUMÁRIO

	Pág
NOTA INTRODUTÓRIA	7
1. APRESENTAÇÃO DO PROJETO	8
1.1. Temática selecionada	8
1.2. Propósito do projeto individual	9
1.3. Razões pessoais e profissionais que levaram à escolha do tema	10
1.4. Descrição dos contextos de estágio	11
1.5. Enquadramento teórico	14
1.6. Avaliação da viabilidade do projeto individual	16
2. PLANIFICAÇÃO	16
2.1. Objetivos e atividades	16
2.2. Desenvolvimento de atividades – cronograma	19
2.3. Recursos	19
2.4. Monitorização	20
CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

ÍNDICE DE QUADROS

LISTA DE QUADROS	pág
Quadro 1-Competências específicas do enfermeiro.	11
Quadro 2- Análise SWOT	17
Quadro 3-Cronograma de atividades	20

NOTA INTRODUTÓRIA

Aqui vai dar-se conta do Projeto de desenvolvimento de competências clínicas comuns e especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, elaborado no âmbito do estágio de natureza profissional - Módulo I do 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), do ano letivo 2022/2023. O estágio de natureza profissional - módulo I, decorreu em dois contextos clínicos: a) Unidade de Internamento - Unidade de Cuidados Paliativos de Elevada Diferenciação (UCPED), entre o dia 24 de abril e o dia 23 de maio de 2023 e b) Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), entre o dia 24 de maio e o dia 23 de junho de 2023; de acordo com os princípios técnico-científicos definidos pela ESEP, com base nas recomendações da Ordem dos Enfermeiros (OE) para o desenvolvimento das competências profissionais (Diário da República, Regulamento nº 429/2018 e Regulamento 410/2019 da Ordem dos Enfermeiros). Consta do 1º ano, 2º semestre do plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (MEMCPSPA). Visa a aplicação integrada de conhecimento disciplinar específico, com vista à aquisição de competências clínicas nesta área do exercício profissional avançado, de entre os objetivos a concretizar no estágio, relacionados com a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa. Onde se inclui a elaboração de um projeto de desenvolvimento profissional que seja relevante para a aplicação integrada dos conhecimentos adquiridos ao longo deste percurso, com a escolha de um tema central que retrate os interesses do estudante e que se enquadre no âmbito dos objetivos gerais do curso de Mestrado.

Desta forma, o presente projeto tem por base um tema basilar dos cuidados paliativos e de interesse pessoal e profissional: “a perda da via oral no doente oncológico em fase terminal, como despoletador da consciencialização sobre a iminência da perda da vida para o doente e família”. Este projeto deve ser entendido como um plano, o desenho de um conjunto de passos planeados a realizar no decurso da Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II do 2º curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em Situação Paliativa, da ESEP, do ano letivo 2022/2023.

A metodologia usada na execução deste projeto teve por base uma revisão de literatura em bases de dados científicas disponibilizadas pela ESEP, considerando a evidência científica mais atual. Incluiu o documento de orientação do estágio de natureza profissional e o documento de orientação da elaboração do projeto. Para a sua concretização foi também preponderante a orientação do Sr. Professor Doutor Paulo Marques.

O documento está estruturado em duas partes: apresentação do tema e planificação. A apresentação do tema engloba: tema; propósito; razões pessoais e profissionais na escolha do tema; caracterização dos

contextos clínicos; enquadramento; e avaliação da viabilidade do projeto. Na planificação expõem-se: objetivos, atividades e recursos; cronograma; e monitorização.

1. APRESENTAÇÃO DO PROJETO

1.1. Temática selecionada

O tema escolhido, “a perda da via oral no doente oncológico em fase terminal, como despoletador da consciencialização sobre a iminência da perda da vida para o doente e família”, vai de encontro à filosofia e princípios dos cuidados paliativos, à prática clínica e à regulamentação legal dos cuidados paliativos. A OE, de acordo com o código deontológico, define consciencialização como: percepção da disposição da pessoa para manter ou abandonar uma ação, ou seja, razão de primeira ordem para a ação (CIPE, 2019); e luto como: emoção: sentimentos de pena associados a perda ou morte significativa, antecipatória ou real; choque e descrença (fase de choque); exaustão, cansaço extremo e letargia, angústia mental, reações de perda e pranto, chorar ou soluçar, alarme, descrença, raiva, negação (fase de reação); ajuste, aceitação, reorientação, expressão de sentimentos de perda, aceitação da realidade da perda, ausência de stress somático, expressão de expectativas positivas sobre o futuro (fase de aceitação) (CIPE, 2019).

Os princípios que regem os cuidados paliativos integram a “afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica” e o “aumento da qualidade de vida do doente e sua família” (Lei nº 52/ 2012 de Bases dos Cuidados Paliativos, Base IV, alíneas a e b). O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, de acordo com o regulamento que define as suas competências, tem como alvo dos seus cuidados a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal nos mais diversos contextos de atuação e respetivos cuidadores/familiares (regulamento nº 429/2018, p .19365). Os enfermeiros devem estar devidamente capacitados a prestar cuidados adequados e de qualidade, cuidados que previnem o sofrimento e reduzem o risco de luto patológico, que ajudam a pessoa com doenças crónicas e incuráveis, em fase avançada, progressiva e terminal a viver com qualidade, e tão ativamente quanto possível, durante o tempo que a evolução da doença permitir, bem como os seus cuidadores/familiares ao longo de todo o processo. A formação dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros é a pedra basilar de todo este contexto (Marques et al., 2018).

Define-se doente em fase terminal, a pessoa que, tendo uma doença crónica avançada e progressiva, não responde aos tratamentos curativos e que tem uma sobrevivência expectável inferior a 6 meses (Marques et al., 2018).

A perda é um conceito universal (Murray, 2001). As percepções sobre perda são comuns em situações terminais e de fim de vida. A ocorrência de uma perda determina mudança, que se inicia por um estado de privação de ausência de alguém (uma pessoa) ou de alguma coisa (emprego, casa), de uma posição social, atributos, capacidades, ou de qualquer coisa inatingível (projeto de vida, perda da autonomia,

perda da via oral), e que desencadeia reações adaptativas somáticas, afetivas, cognitivas, comportamentais e espirituais, ou seja, um processo de luto (Barbosa, 2016). A perda da via oral é vivenciada pela pessoa em fase terminal e família como o aproximar da perda derradeira, a perda da vida (Cardoso et al., 2018).

1.2. Propósito do projeto individual

O enfermeiro, como um dos elementos da equipa multidisciplinar de cuidados paliativos deve estar adequadamente capacitado para abordar assuntos e temáticas delicadas e sensíveis para o cliente e sua família/cuidador. Neste sentido, o enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, deve desenvolver competências comuns e específicas de forma a promover a qualidade de vida do cliente e da sua família/cuidador, sendo este o propósito deste projeto.

O regulamento da Ordem dos Enfermeiros (nº140/2019) define o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista como as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas e demonstradas através da sua elevada aptidão no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no domínio da melhoria contínua da qualidade, no domínio da gestão de cuidados e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A par das competências comuns, com a realização deste projeto pretende-se igualmente o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (Regulamento n.º 429/2018), de entre as competências específicas, com este projeto pretendo desenvolver com maior profundidade as competências inumeradas no quadro nº1 (competências específicas do enfermeiro).

Competências específicas:	Unidades de competências:
1. “Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19365).	1.1 Identificação das necessidades da pessoa em situação paliativa e dos seus cuidadores/familiares. 1.2 Promoção de intervenções baseadas na evidência e respeitando as preferências da pessoa em situação paliativa e seus cuidadores/familiares. 1.3 Envolver os cuidadores/familiares da pessoa em fase terminal, promovendo a satisfação das necessidades de todos os intervenientes. 1.4 Desenvolver a sua intervenção numa perspetiva interdisciplinar e em articulação com os diferentes serviços de apoio.
2. “Estabelece relação terapêutica com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto” (Regulamento n.º 429/2018, 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.

Quadro 1 - competências específicas do enfermeiro

1.3. Razões pessoais e profissionais que levaram à escolha do tema

A inscrição no curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em Situação Paliativa, surge pela ânsia de adquirir competências especializadas numa área de relevante interesse pessoal e profissional, e desde há muito ambicionado. Ao longo do meu percurso profissional tive a oportunidade de exercer funções em contextos destintos, como o da cirurgia geral, em meio hospitalar e o de cuidados primários de saúde, numa unidade local de saúde, fui confrontada com diversas situações clínicas em doentes com doença progressiva, avançada ou incurável em que o predomínio do modelo biomédico e do encarniçamento terapêutico eram e são uma realidade, ao invés do conforto, da dignidade e da qualidade de vida. Tal realidade motivou o meu anseio pela procura do conhecimento acerca da filosofia e do modus operandi dos cuidados paliativos.

Assim, pretendo com este trabalho iniciar um processo de reflexão teórica, de aquisição de conhecimentos, e de desenvolvimento de competências que contribua para uma melhor compreensão e abordagem ao doente oncológico e sua família, perante as alterações na ingestão alimentar e consequente perda da via oral como o aproximar da perda da vida para o doente e família.

1.4. Descrição dos contextos de estágio

O serviço de cuidados paliativos onde decorreram os estágios, em termos de recursos humanos, é constituído por um Diretor clínico, por um Enfermeiro Gestor/Chefe e por uma equipa multidisciplinar com sete médicos, vinte e quatro enfermeiros, dos quais dezoito com formação avançada em cuidados paliativos, nove assistentes operacionais, uma assistente administrativa, duas assistentes sociais, uma psicóloga e um assistente espiritual. Tem três valências: Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), para consultadoria ou acompanhamento partilhado de doentes internados em qualquer serviço do hospital; Consulta Externa de Cuidados Paliativos, para acompanhamento de doentes em regime ambulatório, referenciados por médicos assistentes no Centro Hospitalar e pela Unidade de Cuidados Paliativos de Elevada Diferenciação (UCPED), unidade de internamento para doentes com necessidade de cuidados paliativos de elevada complexidade. O método de trabalho preconizado pela equipa de enfermagem, na unidade de internamento é o método individual e os momentos da passagem de turno, são os de eleição para a equipa de enfermagem debater os casos clínicos do internamento. A equipa médica realiza uma reunião semanal, onde aborda as situações clínicas dos doentes internados no respetivo momento.

A equipa Intra-hospitalar, por sua vez, realiza reuniões semanais (3), em que participam todos os elementos da equipa multidisciplinar (médicos, psicólogo, enfermeiros, assistente social) e em que são abordados os casos clínicos acompanhados pela EIHSCP, mais complexos, de forma a planear/executar um plano de cuidados o mais adequado possível a cada situação.

A UCPED é um serviço diferenciado com uma equipa multidisciplinar para tratamento de doentes que necessitam de cuidados paliativos e funciona em regime de internamento. A estrutura física da UCPED é constituída por cinco enfermarias (duas com três camas e casa de banho incorporada, uma com duas camas, e duas com uma cama), com um total de dez camas. Uma sala de banho assistido, uma sala de sujos e uma copa para os doentes. Engloba ainda duas salas de trabalho de enfermagem, uma sala de pausa-copa e duas casas de banho para os profissionais. Uma sala dos Médicos, um gabinete do Diretor Clínico, um gabinete do Enfermeiro Gestor/Chefe e um guiché administrativo. Verificando-se assim que esta unidade cumpre o delineado no Plano estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021/2022 (PEDCP 2021/2022), uma vez que tem um espaço físico independente, está integrada numa unidade hospitalar, tem recursos próprios, com profissionais a tempo inteiro a ela alocados e com dez

camas (cumprindo o requisito de uma unidade de cuidados paliativos, de ser constituída por oito a vinte camas).

O internamento na UCPED é decidido pelos médicos do serviço de cuidados paliativos (SCP) após avaliação do doente na consulta externa de cuidados paliativos, no serviço de urgência ou outro serviço de internamento e/ou discussão do caso com o médico assistente do doente. Os doentes referenciados para admissão na UCPED devem preencher todos os seguintes critérios: ter doença incurável, avançada e progressiva, sem indicação para tratamento curativo ou recusar esta terapêutica, após explicação dos seus benefícios e riscos; ter sintomas/problemas físicos, psicológicos, sociais e/ou espirituais complexos com grande intensidade ou “insuportável” (intensidade ≥ 6 em 10, numa escala numérica), nomeadamente doentes com descompensação clínica aguda (por ex.: com delirium; dor ou dispneia de difícil controlo), com ventilação e/ou comunicação fortemente comprometida estando conscientes; doentes internados no serviço de medicina intensiva ou em unidades de transplantação a quem foi decidido suspender medidas com intuito curativo ou de suporte de órgão ou cuja família/cuidador informal necessite de suporte da equipa interdisciplinar; necessidade de acompanhamento médico e de enfermagem, específico e diferenciado em cuidados paliativos. É ainda necessário aceitar ser internado na UCPED após informação dos objetivos do internamento (se o doente tiver alterações cognitivas que o impeçam de decidir, o internamento será decidido pelo médico assistente e pelo médico da UCPED, tendo em conta o melhor interesse do doente, devendo o representante legal ou pessoa de referência do doente ser informado da transferência). Quando existe lista de espera, a prioridade na admissão será estabelecida pelos médicos do serviço de cuidados paliativos, tendo por base os problemas identificados na avaliação feita pelo serviço. Em situação de gravidade sobreponível, é dada prioridade aos doentes mais jovens. Doentes em coma, em “situação de últimas horas ou dias de vida” ou com problemas fundamentalmente de índole social não terão prioridade na admissão, podendo ser acompanhados pelo SCP nos serviços onde estiverem internados, em regime de consultadoria pela EIHS CP.

A EIHS CP enquadra-se na definição, organização e pressupostos constantes na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei nº 52/2012), bem como nos documentos legislativos emanados posteriormente. A EIHS CP é uma equipa multidisciplinar singular em cuidados paliativos, dotada de recursos próprios, que exerce a sua atividade prestando consultadoria a toda a estrutura hospitalar. Desenvolve ainda consulta de cuidados paliativos (Consulta Médica, de Enfermagem e de Psicologia em regime de ambulatório), acompanhamento a doentes internados e consulta telefónica. Os pedidos de consultadoria da EIHS CP assentam nos seguintes critérios: doente com doença crónica complexa ou doença avançada, com sintomas de difícil controlo, independentemente de ter ou não potencial de cura; doente instável e crítico que manifesta vontade de não ser submetido a tratamentos invasivos e privilegia medidas de conforto em detrimento de medidas que visam prolongar a vida; doente incapaz de manifestar a sua vontade, que tenha: Diretivas Avançadas de Vontade (DAV), registada no RENTEV ou processo clínico, no sentido de não ser submetido a reanimação cardiorrespiratória, meios invasivos de suporte artificial de funções vitais ou outras medidas que visem apenas retardar o processo natural de morte; procurador de cuidados de

saúde, familiar ou pessoa significativa que questiona a escalada de cuidados de saúde com o objetivo de prolongar a vida; doente em que os diversos intervenientes da equipa assistencial têm opiniões discordantes relativamente à escalada ou não das medidas terapêuticas.

O serviço de cuidados paliativos, tem como missão prestar cuidados paliativos rigorosos e humanizados aos doentes com sofrimento intenso resultante de doenças incuráveis, avançadas e progressivas (oncológicas ou não) que estejam ou não a fazer tratamento que possa vir a alterar o prognóstico da sua situação clínica e acompanhar os seus familiares/cuidadores no processo de adaptação à doença até ao luto, quando tal for solicitado por médico assistente do doente. Colaborar com outros profissionais de saúde que acompanham doentes com sofrimento intenso resultante de doenças graves e ameaçadoras da vida em regime de partilha de cuidados ou consultadoria. Difundir a filosofia e princípios dos cuidados paliativos pela população em geral. Demonstrar cientificamente os benefícios dos cuidados paliativos. Participar na organização e implementação dos cuidados paliativos em Portugal e participar de forma ativa na formação de profissionais de saúde e estudantes de cursos da área da saúde em cuidados paliativos.

Os objetivos específicos da sua missão englobam: o alívio do sofrimento e promoção da qualidade de vida; a autonomia e a dignidade das pessoas com doenças graves e ameaçadoras da vida; o recurso a cuidados de saúde rigorosos que agregam os problemas físicos, psíquicos, sociais e espirituais dos doentes e dos seus familiares/cuidadores; contribuir para a humanização dos cuidados de saúde em geral, promovendo o respeito pelo doente e evitando a obstinação ou encarniçamento e todas as formas de tratamento que tenham como objetivo limitar a sua vida; fomentar a aceitação da etapa final da vida como uma fase vulnerável e única da vida de cada pessoa; envolver a “família” no plano de intervenção para o doente, como elemento da equipa interdisciplinar até ao processo de luto; articular com outros serviços e/ou prestadores de cuidados ao doente, nomeadamente outros serviços hospitalares, dos cuidados de saúde primários ou da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) de forma a garantir a continuidade de cuidados, se possível na área de residência do doente ou outro local da sua preferência. Como objetivos na área da formação abarcam a formação, pré e pós-graduada, participando no ensino-aprendizagem de cuidados paliativos para profissionais e estudantes de cursos da área da saúde e serviço social; impulsionam e colaboram em eventos formativos de cuidados paliativos, a nível nacional e internacional e promovem a formação interna e externa dos profissionais do serviço. Os objetivos na área da investigação envolvem o desenvolvimento de trabalhos de investigação em Cuidados Paliativos e áreas análogas, tendo por base a melhoria dos cuidados prestados e a promoção do conhecimento científico nestas áreas; a participação em projetos de investigação promovidos por outras entidades e a integração em estudos multicêntricos de cuidados paliativos, a nível nacional e internacional.

1.5. Enquadramento teórico

A alimentação está presente ao longo de todo o percurso de vida dos seres humanos, de forma permanente, sendo uma necessidade básica por questões de sobrevivência e estando marcada por aspetos psicológicos, socioculturais e espirituais. A progressão da doença na pessoa em fim de vida promove a deterioração contínua do seu estado de saúde e à medida que se aproxima da morte, assiste-se a um desinteresse e recusa de ingestão de alimentos e a consequente perda da via oral. Para além das questões mais tangíveis, comer e beber têm associados uma carga simbólica relacionada com a promoção da vida para a maioria das culturas, sendo o seu decréscimo associada à morte. Os familiares e os próprios doentes, quando em condições para tal, na maior parte das vezes, não estão preparados para esta situação, persuadindo e exigindo aos profissionais a manutenção da ingestão de alimentos (Alves, 2013). A alimentação é, muitas vezes, um tema de controvérsia entre a pessoa, a família e os profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro, que está presente em todos os momentos relacionados com a alimentação. A família associa habitualmente o beber e comer ao conforto, ao cuidado, à compaixão, ao carinho, à saúde, à vida, ao amor e à preocupação com os seus entes queridos, demonstrando geralmente um maior interesse por questões relativas à nutrição do que por outras questões médicas (Alves et al., 2021). Assim, a recusa de alimentos sólidos e líquidos constitui uma grande preocupação para a família que associa a falta de alimento ao declínio e à morte da pessoa (Alves et al., 2021). Do ponto de vista ético, o deixar de alimentar e hidratar o doente é uma questão controversa nos cuidados em fim de vida, que afeta a pessoa, a família e os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros. A equipa deve analisar as decisões éticas quanto aos riscos e benefícios, tendo por base, os seguintes princípios éticos: - Princípio da beneficência (refere-se à obrigação moral de agir em benefício de outros). Afirma a obrigação de ajudar as outras pessoas promovendo os seus interesses legítimos. Agir em benefício do outro em cuidados paliativos significa fundamentalmente o controle de sintomas e a promoção da qualidade de vida da pessoa, respeitando os seus desejos; - Princípio da não-maleficência (determina a obrigação de não infringir um malefício intencionalmente). Em cuidados paliativos significa, por exemplo, não instituir tratamentos invasivos e agressivos que não trazem benefícios à pessoa; - Princípio da autonomia (refere-se ao direito do doente de participar na tomada de decisão no seu próprio interesse). No processo de tomada de decisão em cuidados paliativos, a autonomia é considerada um dos princípios mais importantes, evitando os potenciais abusos de um julgamento unilateral; - Princípio da justiça (refere-se a um tratamento justo, imparcial e apropriado, levando em consideração aquilo que é devido à pessoa) (Pinto, 2009).

A perda da via oral no doente oncológico em fase terminal é associada pela própria pessoa e pela sua família/cuidador à sua finitude, desencadeando um processo de luto. O luto é um processo adaptativo a uma perda significativa. Envolve um processo dinâmico de mudança no plano físico, psicológico, comportamental, espiritual e sociocultural da pessoa que o vivencia. A forma como a pessoa o gere determina o tipo de luto que vivencia. O luto pode ser classificado como normal, antecipatório,

preparatório ou prolongado/complicado (Pimenta & Capelas, 2019). O indivíduo, a família e os demais integrantes do grupo social vivenciam o impacto causado pela perda (perda da via oral), percebida como o aproximar da perda derradeira iminente (perda da vida). Considerando que este é um processo que tem a particularidade de se instalar em vida, é denominado luto antecipatório. Manifestações como a raiva, a depressão, a desorganização e a reorganização, são comuns no luto antecipatório, precedendo o afastamento afetivo das pessoas envolvidas no processo (quer a pessoa, quer a família), de modo semelhante ao que ocorre no luto normal. Segundo alguns autores, as funções básicas dos dois lutos (normal e antecipatório) também são semelhantes: aceitação da realidade da perda, desenvolvimento da dor decorrente (com mais ou menos intensidade) e ajuste ao ambiente (Cardoso, E., et al, 2018). O luto antecipatório pode facilitar, minorar ou até encurtar o processo de luto normal após a morte. A consciencialização e aceitação da finitude, própria ou do familiar, é um fator determinante, do processo de luto, e quanto mais cedo ocorrer a elaboração dos significados atribuídos à experiência melhor será a aceitação após a perda real (Cardoso et al., 2018). A intervenção dos profissionais de saúde no processo de luto é uma necessidade de saúde da pessoa em fim de vida e da sua família, a base das intervenções são a escuta e a presença dos profissionais de saúde, o enfermeiro deverá promover uma relação terapêutica com a pessoa em fim de vida e com os seus familiares, estratégias de comunicação como a escuta ativa, reafirmações verbais, o toque terapêutico, o olhar, o sorriso, a presença frequente e o uso de perguntas abertas, de forma a que a pessoa e os seus familiares se sintam acompanhados e protegidos (Sousa et al., 2022).

1.6. Avaliação da viabilidade do projeto individual

	Fatores Positivos	Fatores Negativos
Fatores Intrínsecos	Força(S) -Motivação pessoal e profissional para o desenvolvimento de competências especializadas na área dos CP. -Interesse pelo tema abordado no projeto. -Perseverança na aprendizagem.	Fraqueza(W) -A falta de tempo, para a elaboração do projeto. -A sobrecarga psicológica. -A falta de experiência na elaboração de projetos de desenvolvimento pessoal.
Fatores Extrínsecos	Oportunidades(O) -Disponibilidade e receptividade dos vários elementos da equipa multidisciplinar. -Os locais de estágio. -A presença de vários elementos com a especialidade de médico-cirúrgica, entre os quais, alguns em enfermagem à pessoa em situação paliativa na equipa de enfermagem.	Ameaças(T) -A falta de oportunidade e/ou condições por parte da pessoa em situação paliativa e seus familiares para participarem no projeto. -A carga horária. -O tempo restrito para aplicação do projeto (setembro 2023 a janeiro de 2024).

Quadro 2 - análise SWOT

2. PLANIFICAÇÃO

2.1. Objetivos e atividades

Como referido anteriormente, este projeto tem como propósito o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e específicas na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa. Neste projeto proponho-me a desenvolver os seguintes objetivos gerais-específicos, através das atividades delineadas, de forma a concretizá-los.

Objetivo geral:

1. Adquirir competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa relativas à perda da via oral.

Objetivos Específicos:

1.1. Desenvolver competências clínicas especializadas sobre o luto na pessoa/familiar, relacionado com a perda da via oral no doente oncológico em fim de vida, em contexto hospitalar, baseadas em evidência científica.

- 1.1.1. Aprofundar o conceito de luto em fim de vida;
- 1.1.2. Aprofundar o conceito de perda da via oral em fim de vida;
- 1.1.3. Identificar o nível de formalização do conhecimento sobre o luto relacionado com a perda da via oral;
- 1.1.4. Identificar as intervenções de enfermagem promotoras do luto relacionado com a perda da via oral;
- 1.1.4.1. Identificar condicionalismo na implementação das intervenções.

Atividades e estratégias a desenvolver:

- Realizar pesquisa bibliográfica sobre o tema.
- Realizar recolha de informação junto das equipas de enfermagem da UCPED e da EIHSCP
- Realizar colheita de informação através de entrevistas clínicas informais efetuadas aos doentes em fim de vida com perda da via oral e em processo de luto e seus familiares em contexto hospitalar.
- Realizar colheita de dados nas conferências familiares.
- Analisar dados.

1.2. Desenvolver competências na identificação das necessidades do doente oncológico em fim de vida e seus familiares em situação de perda (perda da via oral) e luto;

1.2.1. Identificar necessidades de melhoria relacionadas com o luto na Ontologia;

Atividades e estratégias a desenvolver:

- Realizar pesquisa bibliográfica sobre o tema.
- Realizar recolha de informação junto das equipas de enfermagem da UCPED e da EIHSCP.
- Realizar colheita de informação através de entrevistas clínicas informais efetuadas aos doentes em fim de vida com perda da via oral e em processo de luto e seus familiares em contexto hospitalar.
- Realizar colheita de dados nas conferências familiares.
- Analisar dados.

1.3. Desenvolver competências de intervenção na promoção do luto relacionado com a perda da via oral nos doentes em fim de vida e seus familiares.

Atividades e estratégias a desenvolver:

- Realizar pesquisa bibliográfica.
- Participar em conferências familiares.
- Promover o estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa em fase terminal e seus familiares.

1.4. Desenvolver competências de intervenção na orientação antecipatória dos doentes/familiares em situação de perda/luto.

Atividades e estratégias a desenvolver:

- Realizar pesquisa bibliográfica.
- Participar em conferências familiares.
- Promover o estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa em fase terminal e seus familiares

2.2. Desenvolvimento de atividades – cronograma

Atividades	setembro	outubro	novembro	dezembro	janeiro
Revisão de literatura					
Recolha de dados/informação através de entrevistas informais no contexto da prestação de cuidados à pessoa em fase terminal e família.					
Recolha de dados/ informação através de conferências familiares					
Recolha de dados/ informação junto das equipas da UCPED e da EIHSCP					
Analisar os dados					
Realizar uma ação de formação, dirigida à equipa de enfermagem do serviço de cuidados paliativos, sobre a temática.					

Quadro 3- cronograma de atividades

2.3. Recursos

Os recursos que se prevê serem necessários são os de caráter humano e material. Os recursos humanos envolvidos no seu desenvolvimento serão: os profissionais de enfermagem pertencentes à UCPED, os profissionais de enfermagem pertencentes a EIHSCP e os profissionais de enfermagem aleatórios das equipas assistenciais dos doentes a quem a EIHSCP presta consultadoria, a autora do projeto, os tutores de estágio clínico e orientador do projeto. Os recursos materiais não serão dispendiosos, não haverá necessidade de utilização de equipamentos especiais, sendo apenas utilizado como recurso material e tecnológico, o computador com acesso a internet, papel, impressora, o agregador de conteúdos/base de dados (EBSCOhost web), livros e outros recursos disponibilizados online, e entrevistas informais.

2.4. Monitorização

A monitorização do projeto será feita com recurso à verificação mensal do cumprimento das atividades descritas no cronograma, de forma a confirmar se o tempo planeado está a ser cumprido; realização de reuniões periódicas com o orientador do projeto e o tratamento dos dados obtidos através das entrevistas informais aplicadas nos contextos da prática clínica.

Conclusão

Com a execução do presente documento procurou-se elucidar o método através do qual se pretende desenvolver e implementar o projeto de desenvolvimento de competências profissionais. Foi explanado o porquê da escolha do tema de interesse pessoal e profissional: “A perda da via oral no doente oncológico em fase terminal, como despoletador da consciencialização da iminência sobre a perda da vida para o doente e família”, bem como, o enquadramento do mesmo à luz da evidência científica existente. Descreveu-se também o modo como se pretende desenvolver o projeto, nomeadamente, os objetivos que se pretendem atingir, as atividades a implementar e os recursos a utilizar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, P. (2013). Intervenção do Enfermeiro que Cuida da Pessoa em Fim de Vida com Alterações do Comer e Beber. *Pensar Enfermagem*, 17(1).
- Alves, P., Oliveira, C., Bastos, M. (20121). Alimentação em fim de vida: qual o caminho? Artigo de investigação. Disponível em: <https://doi.org/10.31877/on.2021.43.02>
- APCP – Associação Portuguesa de cuidados Paliativos (2017). Obtido em março de 2017, de http://www.apcp.com.pt/cuidados.paliativos/eqipa-de-cuidados-paliativos.html?close_cookie_policy
- Barbosa, A., & Neto, I.G. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cardoso, E., Garcia, J., Mota, M., Lotério, L., & Santos, M. (2018). Luto Antecipatório/Preparatório em Doentes com cancro: Análise da Produção Científica. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo-SPAGESP*, 19(2), 110-122.
- Carvalho, R. & Parsons, H. (2012). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. Academia Nacional de Cuidados Paliativos.
- Dadalto, L., Carvalho, S. (2021). Os desafios bioéticos da interrupção voluntária de hidratação e nutrição em fim de vida no ordenamento jurídico brasileiro. *Revista Latino-americana de Bioética*, 21(2). Disponível em: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/5181>.
- Grilo, A. (2017). Intervenção da equipa multidisciplinar no apoio à família do doente paliativo em fim de vida que apresenta redução/recusa da ingesta oral. Relatório de Prática Clínica- Dissertações de Mestrado-cuidados Paliativos-Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/10400.11/5848>
- International Council of Nurses*. (2019) classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - ICNP Browser. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>.
- Lei nº52/2012 (2012) Diário da República: 1.ª série — N.º 172, 5119-5124. <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>
- Marques, A., Silva, M. (2018). *Cuidados Palliatives*. Powered by MediaWiki Powered by Semantic MediaWiki.
- Neto, I.G. (2020). *Cuidados Paliativos conheça-os melhor*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Neto, J., & Lisboa, C. (2017). Doenças Associadas ao Luto Antecipatório: Uma Revisão da Literatura. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 18 (2), 308-321. <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180203>
- Pimenta, S.& Capelas, M. (2019). The Palliative Care Bereavement Approach. *Cadernos de Saúde*, 11(1), 5-18. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.7247>.
- Sousa, J., Ferreira, R., & Guedes, V. (2022). Intervenções desenvolvidas na gestão do luto em cuidados paliativos: scoping review. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 97-109. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.189>.
- Regulamento 429/2018*, da Ordem dos Enfermeiros; (2018) Diário da República, 2ª Série n.º 135,19359-19370 <https://dre.pt/application/ conteúdo /115698617>.
- Regulamento 140/2019*, da Ordem dos Enfermeiros; (2019) Diário da República, 2ª Série n.º 26,4744-4750 <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf> .