

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

**PROMOÇÃO DO CONFORTO AO DOENTE COM NECESSIDADES
PALIATIVAS EM FIM DE VIDA, EM CONTEXTO HOSPITALAR**

**Projeto de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas
na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa**

Autor

Liliana Patrícia Guedes Teixeira

Porto, 2023

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

PROMOÇÃO DO CONFORTO AO DOENTE COM NECESSIDADES PALIATIVAS EM FIM DE VIDA, EM CONTEXTO HOSPITALAR
Projeto de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

INTERNSHIP REPORT

PROMOTING COMFORT FOR PATIENTS AT THE END OF LIFE WITH PALLIATIVE NEEDS, IN A HOSPITAL SETTING
Project to Develop Specialised Clinical Skills in the Area of Nursing for People in a Palliative Situation

Orientador(es)

Paulo Alexandre Oliveira Marques
Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Maria José da Silva Lumini Landeiro
Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Autor

Liliana Patrícia Guedes Teixeira

Porto, 2023

RESUMO

Introdução: A aplicação integrada e integradora de conhecimentos disciplinares específicos permite desenvolver competências de enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, no âmbito do Mestrado e segundo orientações da Ordem dos Enfermeiros.

O conforto enquadra-se num objetivo dos cuidados de enfermagem a doentes paliativos, verificando-se a existência de intervenções de enfermagem passíveis de serem implementadas pelos enfermeiros especialistas. O objetivo deste trabalho é a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, nomeadamente relativas ao conforto em fim de vida, em contexto hospitalar.

Metodologia: Este trabalho foi concretizado através da observação e prestação de cuidados, com elaboração de conceções de cuidados e de revisão de literatura, nos dois contextos de estágio (Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos e Internamento de uma Unidade de Cuidados Paliativos), sustentados pela evidência científica e espírito crítico.

Resultados: Foram adquiridas e desenvolvidas todas as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em cuidados paliativos. Também foram aprimoradas as competências específicas relativas ao conforto em cuidados paliativos e em contexto hospitalar. Com a revisão da literatura realizada foram identificadas intervenções promotoras de conforto em várias dimensões, áreas ou domínios de atenção da enfermagem, e fatores condicionantes para a sua implementação, que comprova a existência de conhecimento formal. As necessidades dos doentes, familiares e/ou cuidadores em cuidados paliativos, também foram identificadas.

Conclusão: O presente relatório descreve a aquisição das várias competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, com uma orientação centrada no conforto dos doentes. Como limitações surgem os *timings* a cumprir, podendo condicionar tanto as experiências em estágios como a consolidação das competências, e as condicionantes pessoais, familiares e/ou profissionais.

Palavras-chave: Competências, Enfermagem, Cuidados Paliativos, Conforto.

ABSTRACT

Introduction: The integrated and integrative application of specific disciplinary knowledge allows the development of specialist nurse skills in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for the Person in Palliative Situation, within the scope of the Master's Degree and according to the guidelines of the Order of Nurses. Comfort is part of an objective of nursing care for palliative patients, verifying the existence of nursing interventions that can be implemented by specialist nurses. The objective of this work is the acquisition of common and specific skills of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing in the Area of Nursing for the Person in Palliative Situation, namely related to comfort at the end of life, in a hospital context.

Methodology: This work was carried out through observation and provision of care, with the development of care concepts and literature review, in two internship contexts (Intra-Hospital Palliative Care Support Team and Admission of a Palliative Care Unit) , supported by scientific evidence and critical spirit.

Results: All common and specific skills of nurses specializing in palliative care were acquired and developed. Specific skills related to comfort in palliative care and in a hospital context were also improved. With the literature review carried out, interventions that promote comfort were identified in various dimensions, areas or domains of nursing care, and conditioning factors for their implementation, which proves the existence of formal knowledge. The needs of patients, family members and/or caregivers in palliative care were also identified.

Conclusion: This report describes the acquisition of the various skills of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for the Person in Palliative Situation, with an orientation centered on the comfort of patients. As limitations arise the timings to be met, which can condition both the experiences in internships and the consolidation of skills, and personal, family and/or professional constraints.

Keywords: Skills, Nursing, Palliative Care, Comfort.

ABREVIATURAS

AVDs - Atividades de Vida Diária

CH - Centros Hospitalares

CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP - Cuidados Paliativos

CSC - Cateter Subcutâneo

CVC - Cateter Venoso Central

ECCL - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP - Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCP - Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos

ERPI/D - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas/Dependentes

HD - Hospital de Dia

PEDCP - Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

RNCP - Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

UCC - Unidade de Cuidados Continuados

UCP - Unidade de Cuidados Paliativos

UP - Úlcera por Pressão

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Lista de Tabelas:

Tabela 1: Desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

Lista de Quadros:

Quadro 1: Intervenções promotoras de conforto baseado em Konietzny & Anderson (2017).

Quadro 2: Intervenções promotoras de conforto baseado em Lau et al. (2018).

Quadro 3: Intervenções promotoras de conforto baseado em Coelho et al. (2017).

Quadro 4: Áreas ou domínios de atenção da enfermagem relacionadas com o conforto.

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

No âmbito da Unidade Curricular 'Estágio de Natureza Profissional com Relatório-Módulo II', incluída no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, desenvolvida no ano letivo de 2022-2023, foi-nos solicitada a elaboração de um relatório de estágio.

O relatório de estágio traduz-se num documento escrito com a apresentação dos resultados obtidos ao longo dos estágios, em resposta ao projeto de estágio apresentado e de forma a desenvolver competências comuns dos enfermeiros especialistas (Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019) e as 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, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018). Para a elaboração do presente relatório e respetivas conceções de cuidados, foi utilizada a plataforma e4nursing, uma ferramenta eletrónica disponibilizada pela Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020) definiu Cuidados Paliativos como uma perspetiva de cuidados com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos doentes em fase terminal e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, pela identificação precoce das necessidades e intervenções adequadas para o tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. Assim, os Cuidados Paliativos devem estar organizados numa estrutura coordenada, integrada e funcional que deve operacionalizar-se através de unidades de internamento, de apoio na comunidade e no domicílio, existindo, portanto, três contextos de atuação: Unidades de Cuidados Paliativos (UCP); Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).

Para o desenvolvimento das competências gerais e específicas de um enfermeiro especialista na área dos cuidados paliativos, segundo as orientações da Ordem dos Enfermeiros, o desenvolvimento do estágio decorreu em dois dos três contextos da prática clínica, numa EIHSCP e numa Unidade de Internamento de UCP. Os objetivos gerais e específicos para o estágio encontram-se descritos no pré-projeto, em anexo (Anexo I).

O tema 'promoção do conforto ao doente com necessidades paliativas em fim de vida, em contexto hospitalar', surge pela necessidade de conhecimento acerca desta temática e desenvolvimento de competências comuns e especializadas, relacionado com a sua pertinência em cuidados paliativos.

Assim, o presente relatório inicia-se com um enquadramento teórico sobre cuidados paliativos e conforto, seguindo-se a caracterização dos contextos clínicos, terminando com os contributos para o desenvolvimento de competências, abordando as competências comuns dos enfermeiros especialistas (Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019) e as 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, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018), abordando com um maior detalhe as questões relativas à promoção do conforto ao doente com necessidades paliativas em fim de vida, em contexto hospitalar.

As competências adquiridas e desenvolvidas ao longo dos estágios foram suportadas pelos conhecimentos teóricos adquiridos neste mestrado, com a sustentação da melhor e mais recente evidência científica e pelo exercício e partilha de experiências práticas com os vários elementos da equipa multiprofissional de cuidados paliativos, incluindo os doentes e familiares/cuidadores.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De forma a melhor enquadrar os conceitos fundamentais presentes neste relatório, torna-se pertinente lembrar o que são os CP, o conforto e o que a literatura nos apresenta sobre a promoção do conforto ao doente com necessidades paliativas em fim de vida, em contexto hospitalar.

Cuidados Paliativos

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020) definiu Cuidados Paliativos como uma abordagem assistencial que pretende melhorar a qualidade de vida dos doentes com necessidades paliativas e também das suas famílias, através da identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso de problemas físicos, psicossociais e espirituais, de forma a prevenir e

aliviar o sofrimento. Para isso, a filosofia dos cuidados paliativos assenta em quatro pilares fundamentais, o controlo de sintomas, o apoio à família, a comunicação (adequada) e o trabalho em equipa.

A Lei de Bases de Cuidados Paliativos (CP), Lei n.º 52/2012 de 5 de Setembro, define também Cuidados Paliativos 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. (Lei nº 52/2012, Base II, alínea a, p. 5119)

Na Base IX relativamente aos objetivos da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, alínea g) faz referência à manutenção do conforto.

O conforto é um objetivo inerente aos cuidados paliativos, surgindo na literatura como promotor da satisfação das necessidades básicas relativamente aos estados de alívio de sofrimento físico e emocional, tranquilidade e transcendência.

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em contexto de situação paliativa, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018, referem também que o conforto, tal como o bem-estar e a qualidade de vida, devem ser maximizados, pelo que o conforto assume uma relevância significativa para o enfermeiro especialista em CP.

Conforto

Em Enfermagem, o conforto é um conceito diariamente utilizado nos diferentes contextos e é com frequência que os enfermeiros utilizam frases como: 'prestados cuidados de higiene e conforto' e/ou o 'doente encontra-se confortável' (Apóstolo, 2009).

A partir da segunda metade do século XX, a literatura de enfermagem referencia um número substancial de autoras, entre outras, Callista Roy, Hildegard Peplau, Jean Watson, Madeleine Leininger, Josephine Paterson, Loretta Zderad, Janice Morse e Katharine Kolcaba, que contribuíram para o desenvolvimento teórico desta disciplina e para a perceção do conforto como um conceito nobre e um dos seus principais objetivos. (Apóstolo, 2009, p. 64)

Segundo o Apóstolo (2009), várias foram as teóricas de enfermagem que estudaram o conforto,

destacando-se Janice Morse e Katharine Kolcaba. Janice Morse centrou o seu trabalho nas ações dos enfermeiros (processo de conforto), mas não aborda a avaliação do resultado dessas mesmas ações. Katharine Kolcaba focou-se no processo de conceptualização e de operacionalização do processo do conforto e na sua avaliação, considerado o conforto como um estado resultante das intervenções de enfermagem.

Kolcaba define o conforto como um estado de satisfação das necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência. De forma a restabelecer o funcionamento habitual, o alívio corresponde à satisfação dessa necessidade da pessoa; a tranquilidade (estado de calma ou de satisfação) é necessária para o desempenho eficiente; e quando a pessoa sente ter competências ou potencial para planear, controlar o seu destino e resolver os seus problemas, estamos perante a transcendência. Estes três estados do conforto desenvolvem-se em quatro contextos: o contexto físico (sensações corporais); o contexto sociocultural (relações interpessoais, familiares e sociais); o contexto “psicoespiritual” (consciência de si, incluindo a autoestima e o autoconceito, sexualidade e sentido de vida) e o contexto ambiental [luz, barulho, equipamento (mobiliário), cor, temperatura, e elementos naturais ou artificiais do meio] (Apóstolo, 2009).

Kolcaba define ainda o cuidado de conforto como uma forma de arte de enfermagem, que requer um processo de ações confortantes e o resultado dessas ações. Para Kolcaba o processo é um método (a intervenção de enfermagem) e o produto é o resultado desse processo, sendo que o resultado desejado seria o aumento do conforto. O processo só é completo quando atingido o aumento do conforto, sendo um processo contínuo (Apóstolo, 2009).

Num artigo desenvolvido por Lourenço, Encarnação & Lumini (2022), o conforto é definido como um estado transitório, dinâmico e multifatorial, caracterizado pelo alívio da dor, do sofrimento físico e emocional. A pessoa sente conforto quando é valorizada, confia e aceita o tratamento proposto pela equipa de cuidados, na interação com os sistemas de saúde. Nesta revisão, são, ainda abordados vários estudos, que tiveram como objetivo descrever a experiência de conforto, e estes estudos mostram que o conforto é influenciado por vários fatores, nomeadamente, o pensamento positivo, a capacidade para desenvolver estratégias de autoconforto e a procura de sinais de segurança e de normalidade. A manutenção de atividades de autocuidado, a procura de informação e desenvolvimento de confiança e anuência face à atual condição de saúde, são também outros fatores que influenciam o conforto. Também a integração e informalidade cultural, sentindo que as suas normas e valores culturais são compreendidos e respeitados, e o facto de sentirem-se espiritualmente aceites, mantendo práticas espirituais ou religiosas significativas para as pessoa, vão influir no conforto. A esperança e as relações intrapessoais e transpessoais (com Deus e a natureza) geram amor pessoal, amor para com os outros e com o transcendente, e a presença da família tem uma capacidade única de conforto.

As autoras fazem ainda referência a fontes de conforto associadas à competência técnica e humana com que sentem os cuidados prestados. “Algumas das intervenções de conforto que parecem simples e de pouca complexidade tecnológica, como a disponibilidade, o carinho e o apoio, tinham a capacidade de afetar significativamente o estado de conforto dos participantes” (Lourenço, Encarnação & Lumini, 2022, p.92), o que nos leva para a reflexão sobre outros conceitos, como o de ‘intervenção’.

Os resultados dos estudos apresentados pelas autoras apontam para os cuidados de conforto como:

um modelo de cuidado centrado na pessoa; uma equipa vinculada e habilitada (com disponibilidade, com estratégias terapêuticas de conforto ajustadas às necessidades da pessoa e família); um acesso a informações precisas fornecidas com sensibilidade para que os doentes possam preparar-se para o futuro próximo; e um ambiente físico limpo, bem equipado e adequado à presença da família, podendo ser decorado com objetos pessoais (ambiente de positividade projetado por uma equipa coesa e com tempo para todos os participantes) serem aspetos com influência positiva no conforto dos participantes. (Lourenço, Encarnação & Lumini, 2022, p.92)

Na medida em que parece haver divergência relativa às atividades que levam à obtenção de conforto, importa aprofundar o conhecimento sobre a existência de intervenções específicas de promoção do conforto, na literatura. Segundo a NANDA (2023), existe um diagnóstico de desconforto ou conforto diminuído, que é descrito como falta de tranquilidade, sensação de alívio e transcendência nas várias dimensões (física, psicoespiritual, ambiental e social), e são sugeridas algumas intervenções de enfermagem para lhe dar resposta, entre as quais: gerir terapêutica; modificar comportamentos; apoiar emoções; gerir o autocuidado; incentivar o envolvimento da família; aplicar terapia de relaxamento; gerir ambiente. Importa, contudo, perceber, a especificidade das intervenções e a sua relação com o(s) domínio específico e a sua densificação.

O artigo de Lourenço, Encarnação & Lumini (2022) e o documento da NANDA 2023, associam o conforto a alguns domínios da Ontologia de Enfermagem, tais como a dor e o autocuidado. Dessa forma, será que se obtém o conforto através de intervenções que concorrem também para outros resultados, não sendo específicas para este propósito e, nessa medida, mais associado à forma como se faz ou a outras circunstâncias? E o contexto de prestação de cuidados ou a tipologia de doentes, terão alguma influência no conceito em análise?

Mais uma vez, emerge a necessidade de perceber a existência de mais evidência científica sobre o conceito de forma a procurar dar resposta a estas questões.

Promoção do conforto ao doente com necessidades paliativas em fim de vida, em contexto hospitalar.

De forma a desenvolver competências de praxis clínica especializada na promoção do conforto ao doente com necessidades paliativas em fim de vida, em contexto hospitalar e, numa primeira fase, foi realizado um aprofundamento do conceito de 'conforto', nomeadamente através da compreensão das áreas ou domínios de atenção da enfermagem relacionados com a promoção do conforto, identificando a(s) intervenção(ões) que o promovem. Também, foram identificadas especificidades relacionadas com os doentes com necessidades paliativas, em fim de vida e em contexto hospitalar analisando se a família e a equipa influenciam a promoção do conforto, assim como, os fatores condicionantes da implementação das intervenções, procurando da existência de formalização do conhecimento sobre 'conforto'. De forma a dar resposta aos vários objetivos específicos do pré-projeto (anexo 1), foi realizada uma revisão da literatura e o assunto foi, também, discutido com a equipa de cuidados paliativos e tutor nos diferentes contextos.

Assim, a revisão da literatura foi baseada na metodologia da *scoping review* que, por estar incluída num trabalho de índole académica, torna-se pouco específica. Apesar desta limitação, procurou-se o rigor metodológico, que se passa a descrever de forma sucinta.

METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO:

Esta revisão da literatura baseada numa *scoping review*, seguindo os pressupostos do *Joanna Briggs Institute (JBI)*, tem como objetivo mapear intervenções de promoção de conforto ao doente com necessidades paliativas em fim de vida, em contexto hospitalar. Com a estratégia PCC (participantes, conceito e contexto) definimos P (doentes paliativos, em fim de vida), C (Intervenções promotoras de conforto) e C (contexto hospitalar), de forma a facilitar a formulação da pergunta de pesquisa. Assim, a questão foi: "quais as intervenções promotoras do conforto do doente com necessidades paliativas em fim de vida, em contexto hospitalar?".

Por outro lado, "algumas *scoping review* também podem ter uma ou mais questões secundárias que se aprofundam em atributos específicos de população, contexto ou conceito. As questões secundárias podem ser úteis para delinear como a evidência provavelmente será mapeada" (Peters et al., 2020, p.2022). Considerando o conhecimento a aprofundar, surgiram algumas questões secundárias: "quais as áreas ou domínios de atenção da enfermagem relacionados com a promoção do conforto?", "que especificidades estão relacionadas com os doentes com necessidades paliativas, em fim de vida e em contexto hospitalar?", "quais os fatores

condicionantes da implementação das intervenções?” e “qual o nível de formalização do conhecimento sobre ‘conforto’, que foi possível identificar?”.

A pesquisa dos descritores iniciou-se no DeCS/MeSH® (Descritores em Ciências de Saúde), seguindo-se no MeSH Browser® (Medical Subject Headings). Com o objetivo de incluir a base CINHALL® Complete (Cumulative Index of Allied Health and Nursing Literature), foram ainda pesquisados “Títulos CINHALL” ou “Headings”.

Após a obtenção dos termos pretendidos, os mesmos foram organizados segundo uma linguagem booleana. A utilização de operações de conjunção (AND) e disjunção (OR), assim como os instrumentos adicionais “()” e “*” permitiu construir as seguintes frases booleanas:

(“patient*”OR“Terminally Ill”)AND(“Patient comfort”)AND(“palliative care”) para a base de dados na MedLine® Complete;

(“patient*”OR“Terminally Ill patients”)AND(“comfort”)AND(“Hospice and Palliative Care Nursing”OR“palliative care”), para a base de dados CINHALL® Complete .

A estratégia utilizada iniciou-se com a pesquisa ao nível do título (TI) e resumo (AB) dos termos do assunto (SU). A pesquisa foi realizada independentemente em cada uma das bases de dados. Foi efetuada pesquisa nas bases de dados a 11 de fevereiro de 2023, via EBSCOHost Web.

Os limitadores da pesquisa foram: revisão por especialistas (revisão por pares); idioma em inglês, espanhol/castelhano e português, sem limitador temporal.

Os critérios de inclusão referem-se à PCC descrita acima, utilizados para seleção dos artigos elegíveis aquando da leitura de título e resumo.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:

Inicialmente foram obtidos um total de 63 publicações, 62 dos quais elegíveis, mas após leitura de título e resumo, resultou um total de 6 artigos para análise integral, cujo prisma se encontra em anexo II. Os dados foram extraídos segundo a questão principal e respetivas questões secundárias, utilizando a tabela apresentada em anexo III.

Com os resultados obtidos, consideram-se atingidos os objetivos específicos 1.1, 1.2, 1.3 e 1.4, apresentados no pré-projeto. Assim, na literatura foi aprofundado, o conceito de ‘conforto’, foram identificadas as áreas ou domínios de atenção da enfermagem relacionados com a promoção do conforto e as intervenções promotoras de conforto com as especificidades relacionadas com os doentes com necessidades paliativas, em fim de vida e em contexto hospitalar, e os fatores condicionantes da implementação. Verificou-se também a existência de formalização do conhecimento.

INTERVENÇÕES PROMOTORAS DO CONFORTO

Na análise aos dados obtidos percebeu-se que existem vários artigos que abordam o conforto em fim de vida, mas poucos os que abordam a problemática específica das intervenções promotoras do conforto em fim de vida e em ambiente hospitalar. Dos poucos artigos obtidos da pesquisa, os seis artigos selecionados para leitura integral apresentam intervenções promotoras do conforto.

No artigo de Konietzny & Anderson (2017), apresentam-se descritos vários dados, ações ou objetivos, de primeiro nível, digamos assim, que são manifestação ou que promovem o conforto, que, para melhor compreensão, encontram-se organizadas pelas várias vertentes do conforto, quadro 1.

<p><u>A nível Físico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Melhorar/maximizar independência - Melhorar respiração - Ir ao refeitório - Pedir refeição reconfortante 	<p><u>A nível Sociocultural:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Desfrutar de relacionamentos amigáveis/familiares com profissionais - Refletir sobre a vida e minimizar conflitos e arrependimentos, concentrando-se no presente.
<p><u>A nível Psicoespiritual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Expressão de emoções/sentimentos - Envolver em atividades de autocuidado. 	<p>INTERVENÇÕES PROMOTORAS DE CONFORTO</p>
<p><u>A nível Ambiental:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Personalizar o quarto do hospital com fotos de família, plantas e momentos favoritos. 	

Quadro 1: Intervenções promotoras de conforto baseado em Konietzny & Anderson (2017).

Segundo os mesmos autores, dado que existem várias interpretações sobre o significado do conforto, as intervenções de conforto individualizadas podem melhorar a qualidade de vida e reduzir o sofrimento dos doentes em meio hospitalar.

Dutta et al. (2022) apresentam, também, intervenções que aparentemente são apenas dirigidas ao domínio físico, mas que vão influenciar o domínio psicoespiritual e até sociocultural, do conforto. Este artigo apresenta intervenções específicas para um determinado domínio, mas com relação com outros, como será descrito posteriormente.

As intervenções apresentadas, são relativas ao:

- Tratamento de ferida maligna.

- Alívio da dor.
- Aplicação tópico de geleia de lidocaína a 2%, morfina tópica misturada com hidrogel.

Relativamente ao artigo de Marutani e colaboradores (2019), as intervenções apresentadas são:

- Colocar/remover colchão para prevenção UP's: com ajuste da pressão do colchão uma vez por dia.

Mais um artigo que aborda uma especificidade, com o objetivo de promover o conforto, segundo Marutani e colaboradores (2019), apesar de colchões de ar destinados a difundir a pressão possam ser altamente eficazes na prevenção de UPs, eles apresentam avaliações de conforto baixas. Colchões de célula de ar de ajuste duplo podem ajudar a prevenir UP's e melhorar o conforto, em repouso e durante a atividade, em doentes com cancro em estágio terminal, recebendo cuidados paliativos.

Lau et al. (2018) apresentam várias intervenções, inseridas num protocolo denominado CMOS (Conjunto de medidas de conforto) que, para melhor estruturação, encontram-se organizadas no quadro 2.

INTERVENÇÕES PROMOTORAS DE CONFORTO	
<p><u>A nível Físico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Prestar cuidados de higiene oral - Encorajar o uso de opióides - Posicionar os pacientes, se possível, para controlar a dispneia e as secreções. - Sedação paliativa 	<p><u>Conforto a nível Psicoespiritual e Sociocultural:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoiar as necessidades psicológicas, emocionais e espirituais de pacientes e famílias em luto nos últimos dias de vida - Estabelecer comunicação eficaz com pacientes e famílias sobre prognóstico. - Capacitar sobre o que esperar nas últimas horas de vida - Presença compassiva - Apoio emocional aos pacientes e suas famílias (processo de luto) - Encaminhamento para atendimento espiritual para assistência ao sofrimento psicossocial e espiritual.

Quadro 2: Intervenções promotoras de conforto baseado em Lau et al. (2018).

Para os autores, a implementação do CMOS é útil para fornecer uma base de atuação para uma abordagem de conforto em doentes em fim de vida, nomeadamente em situação de últimas

horas e dias de vida.

Nakajima e colaboradores (2014) apresentam apenas uma proposta, que se configura como um objetivo:

- Redução do volume de hidratação.

Este artigo passa pelo recurso à hidratação artificial (1l/dia) e à Terapia de Hidratação Artificial. Com o objetivo e intervenções apresentados, permitindo uma hidratação adequada contribui-se para o conforto do doente.

Por último, o artigo de Coelho et al. (2017) dá conta de intervenções (organizadas pela área do conforto a que se destinam), quadro 3.

INTERVENÇÕES PROMOTORAS DE CONFORTO	
<u>A nível Físico:</u>	<u>A nível Psicoespiritual:</u>
- Aromoterapia	- Aromoterapia,
- Reiki	- Reiki
-Toque terapêutico	-Toque terapêutico
-Musicoterapia	- Musicoterapia
- Massagem	- Massagem
- Reflexologia	- Hipnoterapia
- Aromoterapia	- Arteterapia (pintura)
- Arteterapia (pintura)	
-Relaxamento assistido por <i>biofeedback</i> por eletromiografia	

Quadro 3: Intervenções promotoras de conforto baseado em Coelho et al. (2017).

Neste artigo de revisão, uma scoping review, foram identificadas dez intervenções não farmacológicas, implementadas e avaliadas para proporcionar conforto em CP, sendo as mais comuns a musicoterapia e a massoterapia, nas quais, as características diferiram significativamente entre as intervenções apresentadas nos vários artigos selecionados e até mesmo na mesma intervenção.

Foi interessante perceber e observar que muitas destas intervenções descritas na evidência

científica são muitas vezes aplicadas, com objetivo específico de promover o conforto, pelos profissionais das equipas de CP, dos dois contextos de estágios, à exceção das intervenções do último artigo de Coelho e colaboradores (2017), em que das descritas apenas se aplicavam massagem e musicoterapia, por serem mais facilmente colocadas em prática e pela necessidade de formação específica.

Também se observou que as intervenções utilizadas com mais frequência, tinham como primeira intenção de promover o conforto físico, porém, alguns já as assumiam como intervenções para todos os domínios do conforto. Num exemplo em que a intervenção foi dar banho na banheira de hidromassagem, foi assumido que esta intervenção seria dirigida para o conforto físico e psicoespiritual. Apesar de menos comum, foram constatadas intervenções no domínio ambiental do conforto, como por exemplo o ajuste da luminosidade, personalizar o quarto do hospital com fotos de família, momentos favoritos, plantas, entre outros. Existiu a oportunidade de aplicar várias das intervenções descritas, aos vários doentes e que os dois casos selecionados para a conceção de cuidados, exemplificativos.

O objetivo específico de introduzir o 'conforto' na dimensão autónoma do planeamento do exercício profissional, nos domínios pertinentes, nos diferentes casos clínicos, foi concretizado, através do estabelecimento de um plano individualizado de cuidados, promovendo o conforto do doente, envolvendo a família e/ou o cuidador, baseado no melhor conhecimento científico, reformulando sempre que necessário o plano individual de cuidados, estabelecendo uma relação terapêutica com a díade doente e família. Assim, em cada conceção de cuidados, dos dois contextos clínicos de estágio, esteve explícita a promoção do conforto, com prescrição, implementação e avaliação das intervenções promotoras de conforto, nos diferentes casos clínicos, segundo a melhor e mais atual evidência.

ÁREAS OU DOMÍNIOS DE ATENÇÃO DA ENFERMAGEM

De todos os seis artigos selecionados são apresentadas áreas de atenção de enfermagem relacionadas com o conforto e que são, muitas delas, domínios da Ontologia de Enfermagem relevantes para a promoção do conforto à pessoa com necessidades paliativas, em contexto hospitalar, sobretudo dos processos corporais.

De seguida, no quadro 4, foi realizada a compilação das várias áreas/domínios de atenção de enfermagem, organizadas pelas várias dimensões do conforto, apresentados e descritos nos vários artigos.

ÁREAS OU DOMÍNIOS DE ATENÇÃO DE ENFERMAGEM RELACIONADOS COM O CONFORTO		
<u>A nível Físico:</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Dor - Sentar/deitar na cama - Dispneia - Dependência nas AVD's - Apetite (prazer na comida) - Ferida maligna - Dispneia - Mal-estar - Úlcera de Pressão - Dispneia - Inquietação 	<ul style="list-style-type: none"> - Secreções vias aéreas superiores - Febre - Convulsões - Controle intestinal - Insónia - Vômito - Xerostomia - Prurido - Náuseas - Fadiga - Edema
<u>A nível Psicoespiritual:</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Bem-estar - Esperança/ desesperança - Angústia - Tristeza - Pensamentos de "desfiguração cosmética persistente" - Imagem corporal distorcida - Ansiedade - Sofrimento - Stress 	
<u>Nível Sociocultural:</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Perda de sensação de proximidade física (abraços – pessoas e animais de estimação). - Isolamento / Estar afastado da família (esposa...) 	
<u>A nível Ambiental:</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Privacidade - Espaço físico 	

Quadro 4: Áreas ou domínios de atenção da enfermagem relacionadas com o conforto.

Assim se depreende, como já referido, com base na Ontologia de Enfermagem, que os domínios mais abordados são no âmbito dos Processos Corporais (Dor, Mucosa, Pele, Digestão, Eliminação intestinal, Sono, Volume de líquidos, Sistema respiratório, entre outros), mas também no âmbito da Ação (Autocuidado) e Processo Psicológico (Autoconceito, Emoção e Pensamento).

Foi-se constatando, ao longo dos estágios, o que é comprovado pela evidência, que os domínios mais abordados e trabalhados em ambos os contextos são sobretudo a nível físico e psicoespiritual e menos o ambiental e sociocultural. Muitas das áreas de atenção referidas nos

artigos, foram também verificadas ao longo dos estágios, sendo também as áreas de atenção dos vários profissionais. Alguns profissionais, nomeadamente os enfermeiros, relacionam que várias intervenções dirigidas a domínios/diagnósticos de enfermagem têm vários objetivos, por exemplo no foco dor, os objetivos podem ser alívio da dor e promoção do conforto (físico e psicoespiritual). O que é corroborado por Dutta et al. (2022) quando assinala que ao aliviar os sintomas de dor, o sangramento, o mau cheiro em cuidados paliativos de enfermagem e radiação, aumenta o nível de conforto e bem-estar. Percebeu-se que os domínios mais abordados e documentados foram também no âmbito Processos Corporais, no âmbito da Ação e Processo Psicológico.

FATORES CONDICIONANTES DA IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Todos os artigos, à exceção de Marutani et al. (2019) identificaram fatores gerais que condicionam a implementação das intervenções promotoras de conforto do doente, nomeadamente:

- Espaço/ambiente envolvente;
- Tempo;
- Conotações pessoais de conforto;
- Continuidade de cuidados;
- Experiência;
- Fatores Histórico-culturais.

Parece claro que o espaço físico onde são implementadas as intervenções pode influenciar a sua eficácia, tal como o tempo disponibilizado. Assim uma intervenção que é implementada num quarto de hospital pode ter menos eficácia, do que se implementada em contexto domiciliar, no quarto do doente. No artigo de Konietzny & Anderson (2017), refere-se que os participantes têm diferentes interpretações sobre o significado de conforto, tanto por conotações pessoais, como por fatores históricos e culturais, e mesmo por experiências prévias.

Surgem também fatores relacionados com o doente, nomeadamente, a dor, o sofrimento, a fadiga, a depressão e a ansiedade, que foram também verificados em contexto prático, seguido de discussão e sendo referido, também, pelos vários profissionais.

Como fatores associados à aplicação das intervenções de conforto, os artigos identificam:

- Formação específica;
- Falta de evidência científica sobre a eficácia;
- Necessidade de contratar profissionais especializados;
- Custo financeiro para as instituições.

Houve oportunidade de perceber que os enfermeiros mais experientes e com formação específica estavam mais despertos para esta área do conforto, reconhecendo, contudo, que muitas vezes fatores como o tempo e o espaço físico, assim como as convicções e significados individuais, influenciavam as intervenções. Foram também refletidos com os profissionais dos contextos os fatores gerais e individuais dos doentes que comprometeram a implementação ou mesmo a eficácia de várias intervenções promotoras de conforto. Em vários casos, houve a necessidade de reformular ou adiar determinada intervenção para promover o conforto, como em caso de descontrolo sintomático (como exemplo: ansiedade, dor, entre outros).

FORMALIZAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE 'CONFORTO'

Com a “scoping review” realizada, que não foi absolutamente exaustiva, pelo que não se garante que mais não possa haver, verificou-se que já existe alguma formalização do conhecimento sobre o conforto. Todos os autores abordam ferramentas que estruturam, organizam ou documentam os cuidados centrados no conforto.

Konietzny & Anderson (2017) apresentam “Comfort Conversations”, na qual os conceitos da Teoria do Conforto de Kolcaba foram os blocos de construção das Conversas de Conforto, para explorar os domínios físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural do conforto de uma pessoa. As conversas programadas e baseadas em teoria apoiam a implementação dos Processos de Cuidados de Enfermagem Centrados na Pessoa e informaram planos de cuidados e intervenções de conforto. Para os autores, essa metodologia permite promover a decisão compartilhada em relação aos objetivos do cuidado e ao planeamento avançado dos cuidados.

Dutta e colaboradores (2022), abordam scores subjetivos e objetivos de dor e conforto que foram classificados em uma escala de 0 a 10 com base no *Revised Edmonton Self-Assessment Score* (ESAS), e documentados na visita inicial e no acompanhamento, subsequente, regular. Também referem que foi realizada a avaliação psicológica, colocadas questões sociais relativas à aceitação/rejeição e feedback da família sobre o estado geral de resposta ao tratamento e bem-estar, tendo sido registados numa escala subjetiva.

No artigo de Lau et al. (2018), são referidas práticas baseadas em evidências para tratamento farmacológico dos sintomas (dor, dispneia, inquietação, secreções das vias aéreas superiores, febre e convulsões), com avaliações de conforto do paciente a cada 2 horas e educação do paciente e da família sobre o processo de morrer. Com este artigo consegue-se inferir que o conforto é adquirido através do controlo sintomático e apoio à família.

Coelho et al. (2017) apresentam instrumentos que foram abordados nos vários artigos da sua

revisão, de forma a avaliar as intervenções promotoras de conforto, sendo eles:

- Escala visual analógica da dor;
- Escala bem-estar;
- Escala ESAS;
- Instrumento avaliação stress;
- Escala de avaliação de ansiedade e depressão hospitalar;
- Questionário conforto hospitalar;
- Escala de fadiga no cancro;
- *Brief Pain Inventory*.

Tanto o artigo de Coelho e colaboradores (2017), como o artigo de Nakajima e colaboradores (2014), utilizam um conjunto de instrumentos de medida relacionados com algumas dimensões dos cuidados, permitindo-lhes avaliar o conforto indiretamente.

Nakajima et al. (2014) fazem referência ao Questionário de Qualidade de Vida da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Cancro-C30 (EORTC QLQ-C30), Escala de Satisfação Validada, Escala de Benefícios.

Aparentemente, na informação a que se teve acesso por diferentes fontes, o conforto é um objetivo dos cuidados e os dados que permitem a sua avaliação, ou decorrem de perguntas simples dirigidas à pessoa, ou através de uma inferência indireta, com o recurso a instrumentos de avaliação sintomática, isto é, há uma relação direta entre o conforto, enquanto resultado, e vários domínios da atenção dos enfermeiros, daí que as intervenções sejam específicos para esses domínios em concreto (ex.: dor e dispneia, dos processos corporais).

Constata-se que o *Revised Edmonton Self-Assessment Score* é o instrumento mais utilizado para avaliação de sintomas e, indiretamente, do conforto.

Como foi refletido ao longo do enquadramento, os objetivos do projeto relacionados com o aprofundar dos conhecimentos na literatura, foram atingidos de forma geral e nos timings propostos. Também a aplicação dos mesmos, na prática, no decorrer dos estágios, foi atingido, sendo possível introduzir o 'conforto' na dimensão autónoma do planeamento do exercício profissional, nos domínios pertinentes, nos diferentes casos clínicos. Foram identificados os domínios da Ontologia de Enfermagem com relevância para a promoção do conforto à pessoa com necessidades paliativas, em contexto hospitalar, a partir do que emergiu da literatura.

Como pode ser comprovado pelas conceções de cuidados, ao longo dos estágios e nos casos contactados, foram prescritas, implementadas e avaliadas intervenções promotoras de conforto, segundo a melhor e mais atual evidência.

De realçar, que o envolver a família/cuidador foi fundamental para otimizar resultados na satisfação das necessidades, pois, muitas vezes são estes que melhor conhecem o seu familiar doente e, não só conseguem identificar o desconforto, como as estratégias que melhor respondem ao problema; e a identificação da causa (domínio) é muito importante para obter os resultados esperados, sobretudo quando o doente está com a consciência alterada ou com comprometimento da comunicação. A título de exemplos, posso referir que, a esposa/cuidadora de um doente referia que ele ficava mais confortável no leito, quando posicionado numa dada posição, sendo-lhe colocado um cobertor, mesmo no verão; num outro caso, a filha do doente referia que notava que o seu pai ficava mais confortável e calmo quando colocava música clássica, mesmo em situações de dispneia. Assim, como enfermeiros especialistas não devemos esquecer que a promoção de parcerias de cuidados com família/cuidadores é fundamental para prestar os melhores cuidados. Para isso devem e foram adotadas estratégias de comunicação na relação com todos os intervenientes no processo do cuidar, de forma a melhor perceber o que os familiares e/ou cuidadores sabem sobre o 'conforto' do doente, quais as necessidades identificadas e as estratégias que melhor se adequam a esse objetivo.

NECESSIDADES DOS DOENTES E FAMILIARES/CUIDADORES, EM CUIDADOS PALIATIVOS:

No decorrer dos estágios e através do contato com os doentes e familiares/cuidadores, foi possível identificar várias necessidades dos doentes, algumas comuns também aos seus familiares e cuidadores que, enquanto enfermeiros especialistas, devem ser tidas em conta, contribuindo para a satisfação, conforto, bem-estar, amenizando, muitas vezes, o sofrimento.

Em ambos os contextos de estágio, a necessidade mais referida pelos doentes era a necessidade de controlo sintomático, nomeadamente da dor, da dispneia, do prurido, para pararem de "sofrer e ter conforto" sic.. Com frequência era, também, referida a necessidade de informação sobre o seu real estado, o diagnóstico e prognóstico, e de quebrarem as conспirações de silêncio. Em alguns casos, a necessidade de assegurarem que a família ficasse bem e se mantivesse estruturada, foi verbalizada, nomeadamente no caso de uma doente, com um filho adulto Autista e que teve necessidade de ver assegurada a segurança e estabilidade, quando morresse, por parte do pai, pois só assim conseguiria estar tranquila. A necessidade de ventilarem as suas emoções foi também constatada, em vários casos, que aproveitavam os momentos sozinhos, para o fazerem com a equipa presente.

Portanto, relativamente aos doentes a necessidade de informação, de conforto, de controlo

sintomático, de continuidade de cuidados e se possível, de assistência no seu domicílio, foram verbalizados por vários doentes, que estão descritas na literatura, nomeadamente, por Masel e colaboradores (2016), que identificaram quatro temas associados a necessidades dos doentes:

- Necessidade de informações sobre cuidados paliativos;
- Necessidades de cuidados de suporte;
- Necessidade de assegurarem cuidados numa unidade de cuidados paliativos;
- Necessidade de que os profissionais (nomeadamente médicos) com qualidade e honestidade, capacidade de ouvir, ter tempo, ter experiência, falar a língua do paciente, ser humano e ser “gentil”.

No que respeita às necessidades verbalizadas pelos familiares/cuidadores, foram também verificadas as necessidades de ter informação sobre o diagnóstico e prognóstico do doente, assim como necessidade de controlo sintomático, verbalizando que queriam que o seu familiar estivesse confortável e não sofresse. Em alguns casos, os familiares/cuidadores, pediam ajuda para os preparar para poderem levar o doente a casa, assim como a necessidade de terem o apoio das equipas de cuidados, no momento da alta hospitalar, nomeadamente pelas equipas de paliativos. A preocupação de validar as capacidades e intervenções, foi também perceptível, através do contato telefónico que estabeleciam com as equipas. Em muitos familiares, também foi verbalizada a necessidades de apoio financeiro e social, necessidades de apoio psicológico e emocional.

Na evidência científica, Iglesias M (2019), resultante de uma tese de mestrado, identifica necessidades emocionais (incluindo o alívio do sofrimento, a integração das perdas relacionadas com a doença, o equilíbrio, o bem estar psicológico), as necessidades comunicacionais (as dificuldades de comunicação com a família, a conspiração do silêncio), necessidade de apoio na tomada de decisões e no estabelecimento do plano de cuidados, necessidades de ventilação de emoções associadas à perda eminente do seu ente querido e a preparação para um processo de luto adaptativo, suportando o que foi sendo observado e presenciado na prática nos contextos clínicos.

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

Para uma melhor caracterização dos contextos clínicos, que permitiram o desenvolvimento das competências preconizadas é fundamental conhecer a origem e qual a legislação que regulamenta esses mesmos contextos.

Em Portugal, os Cuidados Paliativos (CP) iniciaram-se há cerca de 30 anos, e só foram legislados pela Lei de Bases de CP, Lei n.º 52/2012. Segundo esta Lei, os CP são:

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. (Lei n.º 52/2012, Base II, alínea a, p. 5119)

Também consagra o direito e regula a acessibilidade de CP aos cidadãos e define responsabilidade do Estado em matéria de CP, criando a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP). Assim, os Cuidados Paliativos devem estar organizados numa estrutura coordenada, integrada e funcional que deve operacionalizar-se em unidades de internamento, de suporte na comunidade e no domicílio.

O Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, Biénio 2017-2018 defende a implementação de recursos que façam uma cobertura adequada tanto a nível regional, como nacional:

nomeadamente equipas de suporte (comunitárias e intra-hospitalares) e unidades de internamento de CP (UCP), nos hospitais. Estas Equipas/Unidades funcionam sob a direção técnica de um médico, preferencialmente com competência em Medicina Paliativa pela Ordem dos Médicos (esperando-se que no futuro breve seja criada a especialidade) e articulam-se entre si e com os outros serviços e equipas do SNS, de forma a assegurar a continuidade de cuidados de que o doente necessita. Para uma maior eficiência, os recursos de CP devem, a nível local, organizar-se em serviços que integrem várias valências (equipa intra-hospitalar, comunitária e UCP hospitalar). (PEDCP 2017-2018, p. 16)

Segundo a Lei de Bases de CP, BASE XIV, as equipas locais de CP, dividem-se em Unidades de Cuidados Paliativos (UCP); Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), sendo estas

multiprofissionais, integrantes e contratualizadas com a RNCP, estando articuladas entre si e com a coordenação regional.

Segundo as orientações da Ordem dos Enfermeiros, o desenvolvimento do estágio decorreu em dois dos três contextos da prática clínica: EIHS CP e numa UICP.

Relativamente à EIHS CP, a Lei nº 52/2012, BASE XVII refere que esta equipa:

a) Presta aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital, assim como aos doentes e suas famílias;

b) Presta 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.

2 - A equipa está integrada na unidade de cuidados paliativos, quando esta exista na mesma instituição.

3 - Esta equipa funciona de forma autónoma, sempre que não exista unidade de internamento. (Lei n.º 52/2012, Base XVII, p. 5122)

Também o Plano de 2017/2018 refere que as EIHS CP devem ser:

multidisciplinares específicas de CP, dotadas de recursos próprios, que exercem a sua atividade prestando consultadoria a toda a estrutura hospitalar onde se encontram integradas. Nos hospitais inseridos em Centros Hospitalares (CH) e sempre que for geograficamente viável, deve existir apenas uma EIHS CP que tem de ter em conta a dotação de pessoal recomendada. (PEDCP 2017-2018, p. 17)

Estas equipas, para além do cuidado ao doente/família, promovem a formação em CP dos diversos profissionais e quando não existem ECSCP, na área, devem realizar consultadoria aos profissionais de saúde dos CSP, Equipas/Unidades da RNCCI e ERPI/D da área de influência da sua instituição.

As EIHS CP devem desenvolver uma Consulta de CP e Hospital de Dia (HD) (permitindo a realização de procedimentos terapêuticos, nomeadamente administração de fármacos, realização de pensos, paracenteses, entre outros), para assegurar o acompanhamento dos doentes que tiveram alta do internamento hospitalar ou para doentes referenciados por outras equipas dos CSP, CSH ou CCI. Deverá ser prevista a realização de consultas programadas e não programadas, permitindo assim um acesso diferenciado em situações de crise, evitando o recurso ao Serviço de Urgência (...). As EIHS CP devem disponibilizar atendimento telefónico aos doentes, familiares/cuidadores e profissionais de saúde. (PEDCP 2017-2018, p. 17)

No que se refere à UCP, esta é definida pela Lei nº 52/2012, BASE XVI, como um serviço específico de tratamento de doentes, em situação clínica aguda complexa requerendo cuidados paliativos especializados e multidisciplinares. Estas unidades prestam cuidados em regime de internamento, num hospital ou noutra instituição de saúde com internamento, podendo ter adicionalmente ao internamento, apoio intra-hospitalar, centro de dia, apoio domiciliário e consulta externa.

O PEDCP 2017/2018 especifica que a UCP destina-se:

ao acompanhamento dos doentes com necessidades paliativas mais complexas, em situação de descompensação clínica ou emergência social, como seja a exaustão grave do cuidador dispõem de espaço físico independente e recursos próprios, nomeadamente médicos e enfermeiros a tempo inteiro. O número de camas deve ser adaptado às necessidades estimadas da população que servem e às condições estruturais das instituições em que estão inseridas, mas, para uma mais fácil e adequada gestão de recursos, recomenda-se que tenham entre 8 e 20 camas. (PEDCP 2017/2018, p. 18)

O mesmo plano refere que as UCP podem realizar atividades de docência e de investigação, devendo estar integradas em hospitais centrais ou universitários. Podem ainda organizar-se em função de patologias específicas (nomeadamente oncológicas, neurológicas, VIH/SIDA).

De seguida, apresenta-se a caracterização e especificidades de cada um dos locais de estágio.

Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP):

O primeiro contexto de estágio desenvolveu-se numa Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), de um hospital do centro do país. Funciona em dias úteis 8h00 às 15h00 e nos dias de consulta externa de Cuidados Paliativos prolongando-se até às 18h00.

A EIHSCP surgiu como resposta pró-ativa aos problemas decorrentes do processo de doença prolongada, incurável e progressiva. Os objetivos da equipa são de aconselhamento e orientação na gestão da dor e outros sintomas físicos, psicológicos, espirituais e emocionais; suporte ao doente e à família/cuidadores, promovendo uma melhor qualidade de vida; apoio à equipa hospitalar em relação ao planeamento da alta e prestação de informações sobre outros serviços e apoios.

A EIHSCP trabalha em regime de apoio e consultadoria, em parceria com os outros profissionais hospitalares e na comunidade, na prestação de cuidados ao doente e família e/ou cuidadores. O apoio aos doentes é feito quer em contexto de internamento, consulta externa e através do apoio telefónico (dias úteis das 8h às 15h) quando estão no domicílio. Os doentes são

referenciados para a equipa pelos médicos assistentes do internamento, consulta externa, serviço de urgência ou via email, através dos médicos dos centros de saúde.

No que respeita à consulta externa, as consultas são divididas em consultas multidisciplinares (1ª consulta), subsequentes (acompanhamento) que também podem ser realizadas por vídeo-consulta nas quais estão sempre presentes médico e enfermeiro da equipa, podendo estar também assistente social e psicólogo, se necessário. São consultas previamente agendadas para acompanhamento dos doentes e respetiva família/cuidadores, permitindo acompanhamento e apoio dos doentes referenciados e que se encontram no domicílio. Este apoio também pode ser realizado através de chamada telefónica, com já referido anteriormente.

Uma vez que na área de influência desta equipa não existem Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), tal como previsto no Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, esta assume também o apoio e consultadoria às equipas de Cuidados de Saúde Primários.

O acompanhamento da EIHSCP centra, portanto, a sua atividade em quatro domínios:

1. Aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços, assim como aos doentes e suas famílias, em contexto hospitalar ou domiciliário;
2. Assistência na execução do plano individual de cuidados aos doentes internados e no domicílio;
3. Articulação com as outras equipas locais a afetação ou a transferência de doentes, tendo em vista a prestação de cuidados paliativos eficazes e oportunos;
4. Promover o trabalho interdisciplinar.

Atualmente a equipa é constituída por médicos, enfermeiros, psicólogo, assistente social e administrativa, em tempo inteiro ou tempo parcial, todos com formação específica/especializada em cuidados paliativos.

A EIHSCP, equipa multidisciplinar que trabalha de forma interdisciplinar, realiza reuniões semanais para discussão de casos de maior complexidade e, também, uma revisão anual dos doentes referenciados, em acompanhamento, e dos que faleceram, refletindo sobre os aspetos positivos e as oportunidades de melhoria. De momento não possuem nenhum projeto de melhoria contínua.

Serviço Internamento de uma Unidade de Cuidados Paliativos (UCP):

Relativamente ao segundo contexto de estágio, este desenvolveu-se numa UCP, mais especificamente num Serviço de Internamento de uma Unidade de Cuidados Paliativos, localizado na zona norte do país. A população abrangida corresponde a um elevado número de doentes com necessidades de cuidados diferenciados.

O Serviço de Cuidados Paliativos é composto por dois pisos semelhantes, com 20 quartos individuais, em cada um dos pisos.

A missão do Serviço de Cuidados Paliativos é proporcionar a prestação de cuidados paliativos com a máxima qualidade, humanismo e eficiência, em fase de doença avançada, ao doente oncológico e família.

Este serviço tem uma equipa de profissionais que trabalham de forma interdisciplinar, sendo constituída por Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Assistente Social, Psicóloga, Nutricionista, Assistente Espiritual, Administrativa e Voluntários que têm como missão acompanhar os doentes e familiares com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida. Podem ainda juntar-se, sempre que necessários, médicos de outras especialidades, terapeutas de medicina física, entre outros.

Segundo o Programa Nacional de Cuidados Paliativos, relativamente ao nível de diferenciação, o Serviço de Cuidados Paliativos é um serviço de nível III, dado que desenvolve programas estruturados e regulares de formação especializada em cuidados paliativos, assim com atividade regular de investigação em cuidados paliativos e possui uma equipa interdisciplinar alargada que responde a situações de elevada complexidade e exigência, sendo um serviço de referência.

Podem ser referenciados para cuidados paliativos todos os doentes da instituição que não tenham tratamento dirigido antineoplásico por doença avançada e segundo a proposta de admissão feita pelo médico assistente e sempre que possível confirmada em consulta de grupo, proposta esta que será revista pelo diretor clínico ou substituto, verificando a existência de critérios de admissão. Se cumprir os critérios e o doente estiver internado terá que ser observado em 24h pela EIHSCP, sempre que possível, e admitido para o respetivo serviço, havendo concordância do doente ou familiares (se doente cognitivamente incompetente). Todos os pedidos para seguimento em regime de ambulatório são discutidos semanalmente, à sexta-feira, por uma comissão (médicos do serviço e enfermeira chefe) que avaliam o processo clínico e decidem a admissão, que poderá ser internamento, consulta externa ou encaminhamento para a assistência domiciliária em tempo oportuno. Nestas reuniões semanais, são também discutidos casos clínicos mais complexos e o planeamento de cuidados dos doentes internados.

Como critérios de admissão, entre os específicos da instituição em causa, os doentes terão que apresentar sintomas/problemas intensos ou incapacitantes e aceitarem ser admitidos, após informação dos objetivos da medicina paliativa, sendo o consentimento, em caso de alterações cognitivas, dado pelos familiares. Existindo lista de espera, a prioridade será estabelecida pelos médicos do serviço de cuidados paliativos tendo em conta a informação presente na proposta de admissão.

As valências do serviço de cuidados paliativos são: Internamento, Consulta Externa, Equipa Intra-hospitalar, Assistência Domiciliária, Consulta Telefónica.

Os principais motivos de internamento passam por agravamento clínico, para controlo sintomático e por exaustão do cuidador.

Relativamente à equipa de enfermagem, é constituída por enfermeiros que trabalham por turnos, da manhã com 5 enfermeiros, de tarde com 4 enfermeiros e turno da noite com 3 enfermeiros. Grande percentagem dos enfermeiros tem formação pós-graduada, nomeadamente, Mestrado em CP, especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, entre outras, mestrado e especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Paliativa, atribuída pela Ordem dos Enfermeiros, e pós graduação em Cuidados Paliativos.

A enfermeira responsável de turno (na ausência da enfermeira chefe), tem como funções adequar o plano de trabalho em função de alterações ocorridas após a sua elaboração; gerir os recursos humanos e materiais; providenciar contato com elementos não escalados para substituição de elementos em falta, de forma a manter os rácios estabelecidos; organizar, orientar e supervisionar o trabalho realizado pela equipa de enfermagem e assistentes operacionais; tomar conhecimento e gerir qualquer ocorrência extraordinária, comunicando por escrito ao superior hierárquico; agir de forma a minimizar /resolver situações problemáticas com doentes e famílias, e elementos da equipa multidisciplinar; informar o chefe de equipa de qualquer ocorrência extraordinária.

As funções dos enfermeiros do internamento passam por acolher doente e família; identificar diagnósticos de enfermagem e implementar atitudes terapêuticas adequadas, validando o plano de cuidados; estabelecer comunicação eficaz com doente/família/ elementos da equipa multidisciplinar; integrar as famílias nos cuidados ao doente e no serviço; receber e transmitir informação importante para a continuidade de cuidados (Passagens de Turno); preparar e administrar terapêutica prescrita; planear e preparar atempadamente a alta/transferência do doente; capacitar a família/cuidador para a continuidade de cuidados no domicílio; prestar cuidados na situação de agonia, tanto ao doente como à família; preparar o corpo após a morte; comunicar à família o agravamento do doente ou o óbito; apoiar a família após o óbito; contar stocks de estupefacientes no turno da noite; participar ativamente nas reuniões de serviço e na formação em serviço; realizar apoio telefónico aos doentes/famílias no domicílio, de acordo com as solicitações; apoiar no atendimento de consultas urgentes; dar orientação pedagógica a

estudantes de estágios de Enfermagem pré e pós graduados.

No que respeita à equipa médica, com competência em cuidados paliativos, encontram-se no serviço no período da manhã, em dias úteis, reunindo diariamente com o responsável de enfermagem do turno da manhã para atualização do estado dos doentes, passam visita médica e integram a equipa intra-hospitalar e orientam consultas telefónicas. Aos fins de semana e feriados é o médico de permanência que dá resposta às necessidades.

Os assistentes operacionais são 5 no turno da manhã, 2 à tarde e 1 à noite. Da equipa fazem parte também uma assistente social (à chamada sempre que necessário), e duas psicólogas, nutricionista (à chamada) e capelão.

O serviço possui alguns grupos de trabalho, no âmbito das feridas, do cuidar nas últimas horas de vida, do bem-estar da equipa, sobre a consulta telefónica, no apoio familiar na alta e luto, apoio espiritual, atividades artísticas/literatura, nos quais os seus dinamizadores realizam atividades/protocolos, de acordo com as necessidades que surgem no serviço. De momento, o serviço não possui nenhum programa de melhoria.

3. CONCEÇÃO DE CUIDADOS ESTÁGIO 1: EIHSCP

743_2_Prof P Marques_1

3.1. Enquadramento teórico

CENÁRIO INICIAL

Doente do sexo masculino, 58 anos, parcialmente dependente em todos os autocuidados, cognitivamente íntegro. Diagnosticado com adenocarcinoma pulmonar estágio IV (metastização pulmonar bilateral + ganglionar bronco-hilar bilateral, mediastínico e latero-cervical bilateral + medular/óssea + glândula parótida direita), a realizar tratamento sistémico paliativo, seguido em Consulta Externa de Cuidados Paliativos, Oncologia e Pneumologia. História de internamento recente por progressão da doença, TEP paraneoplásico e infeção respiratória. Recorre novamente ao SU, no dia 13/03 por dispneia, a necessitar de oxigenoterapia a 3.5L/min (no domicílio OLD 1L/min durante 16h/dia) períodos de confusão e agitação noturna, interna no serviço de pneumologia por provável infeção respiratória.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa incluem a conceção, implementação e avaliação dos planos de cuidados, que envolvem não só o indivíduo, como os seus cuidadores/familiares. Os planos de cuidados visam dar resposta às necessidades, recursos, objetivos e tomadas de decisão, preservando a dignidade, maximizando a sua qualidade de vida e alívio do sofrimento (Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, II.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018).

Desta forma, no âmbito da unidade curricular Estágio de natureza profissional com relatório (Módulo II), do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, a decorrer no ano letivo de 2022/2023, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, surge como objetivo o desenvolvimento de competências no âmbito da conceção de planos de cuidados, baseado em evidência científica. Assim pretende-se responder ao desígnio jurídico regulamentar da profissão e também aplicar de forma integrada e

integradora dos conhecimentos disciplinares específicos. Para a sua concretização foi utilizada a ferramenta disponibilizada pela ESEP (Plataforma Educacional “e4nursing”).

A Ontologia de Enfermagem pode contribuir para a representar a ação do enfermeiro que provoca não só resultados em saúde, mas também facilitando e contribuindo para o processo de ensino/aprendizagem, sendo esta um recurso do e4nursing (Bastos et al., 2021).

Existem várias leis que definem e regulamentam os Cuidados Paliativos. Assim, numa perspetiva cooperativa, os Cuidados Paliativos devem estar organizados numa estrutura coordenada, integrada e funcional que deve operacionalizar-se desde unidades de internamento até à comunidade e no domicílio.

Segundo a Lei de Bases de CP, lei nº 52/2012, BASE XIV, as equipas locais de cuidados paliativos, dividem-se em Unidades de Cuidados Paliativos (UCP); Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), sendo estas multiprofissionais, integrantes e contratualizadas com a RNCP, estão articuladas entre si e com a coordenação regional.

Dado a presente conceção de cuidados partir de um caso, que surgiu no estágio na EIHSCP, é importante compreender os desígnios desta equipa que se encontram retratados na Lei de Bases de CP. A Lei nº 52/2012, BASE XVII define que a EIHSCP:

a) Presta aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital, assim como aos doentes e suas famílias;

b) Presta 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.

2 - A equipa está integrada na unidade de cuidados paliativos, quando esta exista na mesma instituição.

3 - Esta equipa funciona de forma autónoma, sempre que não exista unidade de internamento. (Lei n.º 52/2012, Base XVII, p. 5122)

Também o Plano de 2017/2018 refere que as EIHSCP devem ser:

Também o PEDCP 2017/2018 (p. 17) refere que as EIHSCP devem ser multidisciplinar especializada e prestar consultadoria a toda a estrutura hospitalar. Estas equipas, têm como foco o cuidado ao doente/família e promovem a formação em CP dos diversos profissionais e quando não existem ECSCP, na área. As EIHSCP devem disponibilizar atendimento telefónico aos

doentes, familiares/cuidadores e profissionais de saúde e também desenvolver uma Consulta de CP e Hospital de Dia (HD), para assegurar o acompanhamento dos doentes que tiveram alta do internamento hospitalar ou para doentes referenciados por outras equipas dos CSP, CSH ou CCI, evitando o recurso ao Serviço de Urgência.

ADENOCARCINOMA DO PULMÃO:

O Cancro é uma das principais causas de morte a nível mundial. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o cancro do pulmão foi o tipo de cancro que causou mais mortes em 2020, sendo atribuídas 1,8 milhão de mortes. Estima-se que até o ano de 2040 sejam diagnosticados cerca de 3.060 novos casos. Desde 1981 que as taxas de mortalidade por cancro de pulmão reduziram para metade nos homens, porém, no mesmo período as taxas passaram para o dobro nas mulheres. O cancro do pulmão tem uma taxa de sobrevivência menor comparando com outros tipos de cancro, a taxa de sobrevida em 5 anos é de apenas 15% (Rico et al., 2022).

Segundo a European Society for Medical Oncology (ESMO), o cancro do pulmão divide-se em dois tipos, de pequenas células e de não pequenas células, sendo que o cancro de não pequenas células é responsável por 80% a 90% de todos os cancros de pulmão. Para o cancro de não pequenas células existem dois tipos histológicos, o adenocarcinoma pulmonar e o carcinoma de células escamosas. O adenocarcinoma pulmonar tem aumentado a sua incidência e tem também associadas a maioria das alterações oncogénicas direcionadas (Hendriks et al., 2023).

O diagnóstico é realizado através da história completa, nomeadamente história precisa de tabagismo e comorbidades, perda de peso, status de desempenho do Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG PS) e exame físico. São necessários testes padrão, incluindo estudo analítico, incluindo biópsia, e exames de imagem (tomografia computadorizada (TC), cintigrafia óssea, associada a TC topografia por emissão de positrões-PET. A maioria dos casos a biópsia local, as informações clínicas e a morfologia do tumor são suficientes para o diagnóstico adequado de cancro de pulmão. Tem-se verificado que a abordagem realizada por equipas multidisciplinares é mais eficiente, fornecendo o estadiamento, melhor adesão e aumento da sobrevida. O diagnóstico patológico segue as diretrizes mais recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS), com estadiamento de acordo com o manual de estadiamento da 8ª edição do American Joint Committee on Cancer (AJCC)/Union for International Cancer Control (UICC) e a classificação TNM. No cancro de pulmão em estágio IV, por norma, apenas estão disponíveis pequenas biópsias e/ou amostras de citologia, principalmente de locais no tórax e geralmente adquiridas por endoscopia ou por imagem, podendo ser diagnosticado em vários locais metastáticos. A toracocentese, em caso de derrame pleural, pode ser usada com diagnóstica ou paliativa (Hendriks et al., 2023).

Dado que o cancro de pulmão de não pequenas células em estádios iniciais apresenta poucos

sintomas específicos, 70% dos casos são só diagnosticados quando a doença já está avançada, sendo mais difícil e com pouco sucesso, resultando em baixas taxas de sobrevivência.

O tabagismo tem sido documentado como a principal fator de risco em todo o mundo, mas a suscetibilidade genética, radiação ionizante, riscos ocupacionais, devido à exposição a diferentes produtos químicos em países industrializados, são também encontrados na literatura. A incidência é relativamente inferior nas mulheres do que nos homens e atinge principalmente pessoas entre 60-65 anos e menos de 15% com menos de 30 anos. Os sintomas mais frequentes são tosse, expectoração, fadiga e dispneia, sendo este último o mais comum (Rico et al., 2022).

O tratamento deve ser decidido de acordo com a histologia, patologia molecular, idade, comorbidades e preferências do paciente. A terapia sistêmica deve ser oferecida a todos os pacientes em estágio IV com PS 0-2 e, de forma a melhorar o resultado, deve ser encorajada a cessação tabágica. Também podem associar radioterapia e imunoterapia. Recomenda-se a intervenção precoce de cuidados paliativos, em paralelo com os cuidados oncológicos padrão e apoio psicossocial deve ser oferecido se necessário (Hendriks et al, 2023).

De acordo com a sua trajetória das doenças oncológicas, apresentam um declínio progressivo de meses ou anos com períodos positivos ou negativos do tratamento dirigido à doença. Nos últimos um a dois meses de vida o declínio é mais evidente e existe uma clara fase de fim de vida com um crescendo de sintomas e um rápido declínio constitucional, do estado e capacidade funcional nas últimas semanas e dias de vida (Murray et al., 2005). Idealmente o acompanhamento por cuidados paliativos deveria ser precoce, uma vez que essas doenças são geradoras de problemas que induzem sofrimento multidimensional. Na fase avançada de doença e com a degradação funcional, os cuidados paliativos são fundamentais e “a evidência mostra que os cuidados paliativos são mais vezes providenciados a doentes com cancro versus sem cancro por causa da ‘previsibilidade’ do declínio e da história dos hospice care para os doentes com cancro” (Seow et al., 2018, p. 1).

A enfermagem tem um importante papel também no cuidado às pessoas com cancro do pulmão, incluindo-se entre os principais cuidados a avaliação e intervenção nos sintomas respiratórios (características das secreções, dispneia, esforço respiratório), nas hemoptises, vigilância de sinais de infeção, gestão do regime terapêutico, estado de inquietação, ansiedade, estado de alimentação e hidratação, entre outros. As estratégias não invasivas visam controlar a dispneia, o estado funcional e emocional demonstram efeitos positivos, atrasando a deterioração clínica, dependência e ansiedade. Relativamente aos cuidados paliativos a doentes com cancro do pulmão, a participação da enfermagem neste campo do conhecimento reside principalmente no controlo sintomático e melhoria da qualidade de vida, baseando-se sobretudo em estratégias educacionais (Rico et al., 2022).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 58 anos | Masculino

Cuidador

14-03-2023 08:00

Nome do cuidador: Maria.

Parentesco: Cônjuge.

Coabita com a pessoa dependente.

Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

Capacidade do cuidador para adquirir informação: Sem dificuldade em reter nova informação.

Capacidade do cuidador para recuperar informação: Sem dificuldade em recuperar informação.

Capacidade física do cuidador para assistir no andar: suficiente para assegurar parcialmente.

Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar parcialmente.

Capacidade física do cuidador para dar banho

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar parcialmente.

Capacidade física do cuidador para deslocar cliente em cadeira de rodas: suficiente para assegurar parcialmente.

Capacidade física do cuidador para posicionar

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar parcialmente.

Capacidade física do cuidador para transferir

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar parcialmente.

Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar parcialmente.

Família

14-03-2023 08:00

Família nuclear.

Família sem filhos.

Presença de animal doméstico (Não).

Papel do cliente na família: Provedor financeiro.

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-03-14 08:00:00	Metoclopramida 10mg, PO, 1 cp antes das refeições	
2023-03-14 08:00:00	Laevolac 15ml, PO, 1 saqueta 12/12h	
2023-03-14 08:00:00	Trixeo inalador, 2x manha +2 noite por camara expansora	
2023-03-14 08:00:00	Brupernorfina 52,5ug TD, troca de 3/3 dias	
2023-03-14 08:00:00	Pantoprazol 20mg, PO, 1 cp em jejum enquanto terapêutico com lepicortinolo	
2023-03-14 08:00:00	Paracetamol 1gr, PO, 1cp 8/8h	
2023-03-14 08:00:00	Prednisolona 20mg, PO, 1+1/2cp em esquema de desmame	
2023-03-14 08:00:00	Metamizol 575mg, PO, 1cp 8/8h	
2023-03-14 08:00:00	Sevredol 10 mg, PO, SOS 4/4h	
2023-03-14 08:00:00	Trazodona LP 150mg depois de jantar	
2023-03-14 08:00:00	Serenal 15mg, PO, 2 cp deitar	
2023-03-14 08:00:00	Quetiapina 50mg, PO, 1 cp deitar	

3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

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

Metoclopramida:

Com base no Guia Prático para Controlo Sintomático (2017):

Indicada para náuseas e vômitos (tardios após quimioterapia e radioterapia) ou vômitos secundários ao uso de opióides fortes, podendo ser administrada por via oral (antes das refeições e deitar), SC (dose única ou 4/4h ou SOS h/h), EV/IM (3x dia), numa dose máxima de 120mg/dia. Tem uma semivida de 4-6h, metabolização hemática e eliminação renal. As reações adversas são: agitação psicomotora e discenésias, contraturas musculares, espasmos musculares involuntários; parkinsonismo (rigidez e tremor); diminuição da PA e da FC, diarreia,

confusão, convulsão, síndrome maligno dos neuroléticos, entre outros. A metoclopramida atravessa a barreira hematoencefálica. O seu uso deve ter precauções em doentes com patologia cardíaca, distúrbios hidroelectrolíticos. uso de fármacos, como antiarrítmicos; doença hepática/renal e problemas neurológicos. Interege com: Levodopa e anti parkinsónicos, anticolinérgicos, derivados de morfina, sedativo, digoxina, ciclosporina, fluoxetina e paroxetina (Pires & Gonçalves, 2017).

Lactulose:

Com base no Guia Prático para Controlo Sintomático (2017):

A lactulose está indicada para o tratamento de Obstipação e Encefalopatia hepática. É classificado como Osmótico, com latência de 24-48h, com risco de distensão abdominal e aerocolia. Pode ser administrado por via oral: 15 a 30ml 1 a 3x por dia. A posologia deve ser ajustada para se obter 2-3 defeções diárias de fezes moles. Não é absorvido. Como reações adversas aparecem: flatulência; diarreia; dor abdominal; náuseas e alterações eletrolíticas. A lactulose está contra-indicada em doença intestinal inflamatória aguda (doença de Crohn ou colite ulcerativa); obstrução intestinal; perfuração digestiva ou risco de perfuração digestiva; dor abdominal de origem indeterminada (Pires & Gonçalves, 2017).

Trixeo (segundo a Agência Europeia de Medicamentos, 2020, <http://www.ema.europa.eu>):

Suspensão pressurizada para inalação, em que a composição de cada dose única (dose libertada que sai do aplicador bucal) contém 5 microgramas de fumarato de formoterol di-hidratado, 9 microgramas de brometo de glicopirrónio, equivalente a 7,2 microgramas de glicopirrónio e 160 microgramas de budesonida. É indicada em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) moderada a grave, como tratamento de manutenção. Administra-se por inalação e a dose recomendada e máxima é de duas inalações duas vezes por dia (duas inalações de manhã e duas inalações à noite). Pode utilizar-se em doentes com compromisso renal ligeiro a moderado. Pode também ser utilizado na dose recomendada em doentes com compromisso renal grave ou com doença renal em fase terminal com necessidade de diálise e também com compromisso hepático ligeiro a moderado e grave, o medicamento deve ser utilizado apenas se o benefício esperado for superior ao risco potencial. Não é indicado para utilização em situações agudas, como em episódios agudos de broncospasmo, como terapêutica de alívio. As reações adversas mais frequentes são candidíase, ansiedade, insónia, náusea, cefaleia, tosse ou rouquidão, caibras, pneumonia. Deve vigiar-se aquando da utilização do Trixeo sintomas de uma infeção nos pulmões: febre, secreções, tosse e dispneia.

Brupernorfina:

Com base no Guia Prático para Controlo Sintomático (2017):

Opióide indicado na dor moderada a severa. Pode ser administrado por via Transdérmica: 35/52,5/70ug/h a cada 72-96h - iniciar com dose baixa, sendo a dose máxima: 140ug/h; via sublingual: Iniciar 0,1 a 0,2mg de 8/8h, com dose máxima: 3mg por dia. A brupernorfina tem uma semivida de 2-5h, a sua metabolização é Hepática e eliminação Intestinal (80%) e renal (20%). Como reações adversas: náuseas e vômitos; tonturas; sedação; cefaleias. Tem um efeito menos obstipante que outros opióides e sem depressão respiratória nas doses recomendadas. Nos casos de administração em SOS: Buprenorfina SL (0,1-0,2mg 1/1h » titular até dose eficaz) ou Morfina de ação rápida. Se >3 SOS/dia deve aumentar dose do penso transdérmico (Pires & Gonçalves, 2017).

Pantoprazol (Segundo INFARMED):

Inibidor da bomba de prótons indicado na esofagite de refluxo, úlcera duodenal e gástrica e Síndrome de Zollinger-Ellison e outras situações de hipersecreção patológica. Pode ser administrado por via oral ou EV. A via EV é recomendada apenas se a administração oral não for apropriada. A dose deve ser ajustado em caso de doença hepática.

Paracetamol:

Com base no Guia Prático para Controlo Sintomático (2017):

Indicado para dor e febre. Pode ser administrado por via oral, EV e retal até uma dose máxima de 4000mg/ dia. Tem uma semivida de 1-4h e é metabolizado pelo fígado e eliminado pelo rim. Normalmente é bem tolerado, podendo causar náuseas ou vômitos. Contraindicado na doença hepática grave e deficiência em glucose-6-fosfato (Pires & Gonçalves, 2017).

Dexametasona:

Com base no Guia Prático para Controlo Sintomático (2017):

Corticóide com indicação para estimulante de apetite, anti-edematoso, hipertensão intracraniana, compressão medular, oclusão intestinal, anti-emético e adjuvante analgésico. Pode ser administrada por via oral, EV/SC, com dose que varia de 0.5 a 16mg por dia fracionados ou de 8/8h ou 12/12. Tem 36-72h de semivida e metabolizada pelo fígado e eliminado pelo rim. Como reações adversas temos o aumento de peso, mioclonias, equimoses, soluços, diabetes, suscetibilidade a infeções (candidíase oral), hemorragia digestiva, entre outras (Pires & Gonçalves, 2017).

Metamizol:

Com base no Guia Prático para Controlo Sintomático (2017):

Indicação na dor associada a neoplasias, dor espasmódica, febre, dor aguda não controlada. Pode ser administrado por via oral -575mg 8/8h ou 6/6h e EV - 1 a 2ml de 12/12h (máximo de 10ml/dia). A administração EV deve ser muito lentamente (3 a 5min). Semivida de 3horas. Metabolização hepática e eliminação renal. Como reações adversas surgem o calor, rubor, palpitações, náuseas, hipotensão, entre outros. Contraindicado na hipotensão, choque, EAM recente, entre outros (Pires & Gonçalves, 2017).

Morfina:

Com base no Guia Prático para Controlo Sintomático (2017):

Opióide utilizado na dor moderada a severa, dispneia, tosse refratária, hemorragia maciça. Pode ser administrado via oral, SC ou EV. Tem várias formulações de libertação: imediata, prolongada ou morfina de resgate (SOS). Dispneia terminal pode ser perfusão SC contínua. No caso de hemorragia maciça deve associar-se a benzodiazepina. Tem semivida de 2 a 3h. Metabolização hepática e eliminação 90% renal e 10% intestinal. As reações adversas passam por obstipação, náuseas e vômitos, tonturas, confusão, sedação, cefaleias, depressão respiratória, miose. Num naive deve iniciar-se por uma dose baixa e restantes aumentar a dose 30 a 50%. Doses equianalgésicas: 20mg EV=30mg SC=60mg PO. Não há dose limite. Se insuficiência renal dose recomendada de 6/6h ou 8/8h. Diluir em SF 0.9%. Deve associar-se concomitantemente antiemético e laxante (Pires & Gonçalves, 2017).

Trazodona:

Com base no Guia Prático para Controlo Sintomático (2017):

Indicado na Depressão, Dor crónica, Dor neuropática, Perturbação de ansiedade. Administrado por via oral, 75-300mg uma vez por dia. Dose máxima: 300mg por dia. Tem uma semivida de 10-13h. A metabolização é Hepática e eliminado pelo Rim. As reações adversas mais frequentes são náuseas; cefaleias; perturbação da micção; priapismo; hipotensão ortostática; hipertensão; síncope; hiponatremia; síndrome de secreção inadequada de hormona antidiurética. A Trazodona é contra-indicada em fase pós EAM; intoxicação por álcool ou hipnóticos; doença hepática e renal grave. De realçar que, tem um importante efeito sedativo e em caso de sobredosagem pode surgir bradicardia, prolongamento do QT e "torsade de pointes" (Pires & Gonçalves, 2017).

Serenal (Oxazepam):

Com base no Guia Prático para Controlo Sintomático (2017):

Indicado para o tratamento de Ansiedade e Insónia. Administrado por via oral, 7,5 a 15mg de 6/6h ou de 8/8h. Nos casos de ansiedade grave: 15 a 30mg de 6/6h ou de 8/8h, se insónia: 25 a 50mg de 24/24h ao deitar. Tem ação curta, com semivida de 4-14h, metabolização Hepática e eliminado pelo Rim. As benzodiazepinas podem induzir tolerância, dependência física e psíquica. Em caso de intoxicação está indicado o flumazenilo. Devemos ter como precauções em idosos (usar doses mais baixas); insuficiência renal ou hepática (ajustar a dose); história de hábitos de alcoolismo e toxicodependência. O oxazepam interage com outros depressores do SNC (indutores do sono, antipsicóticos, antidepressivos, anticonvulsivantes e antiepiléticos, antihistamínicos sedativos), analgésicos opióides, álcool, cimetidina, inibidores da protease, dextropropoxifeno, contraceptivos orais, diltiazem, macrólidos, antifúngicos, rifampicina, digoxina, pancurónio e atracúrio (Pires & Gonçalves, 2017).

Quetiapina:

Com base no Guia Prático para Controlo Sintomático (2017):

Antipsicótico indicado para o tratamento de agitação, delírio/confusão. Administrado por via oral: 12,5 a 400 mg por dia em 1 ou 2 administrações. Dose máxima: 750mg por dia. Com semivida de 6-12h, tem metabolização Hepática e eliminação Renal. Como reações adversas surge o aumento de peso; xerostomia; obstipação; alteração do metabolismo dos lípidos; hipotensão ortostática; tonturas; sonolência. Dado ser um antipsicótico atípico tem menos risco de efeitos extrapiramidais (Pires & Gonçalves, 2017).

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
14-03-2023 08:00	Consciência	
14-03-2023 08:00	Dor	
14-03-2023 08:00	Sistema respiratório	
14-03-2023 08:00	Eliminação intestinal	
14-03-2023 08:00	Mucosas	
14-03-2023 08:00	Sono	
14-03-2023 08:00	Emoção	
14-03-2023 08:00	Autogestão do regime medicamentoso	
14-03-2023 08:00	Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado	
14-03-2023 08:00	Atitudes terapêuticas	

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

Segundo o Browser CIPE, **consciência** é definida como a "resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos; mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior" (ICN, 2019). Em cuidados paliativos o doente pode alterar ou não o seu estado de consciência, com a progressão e agravamento do seu estado e em situação de fim de vida.

Assim, é pertinente manter este domínio ativo, para avaliar as alterações e necessidades de doentes e familiares, na elaboração de um plano holístico, pois influencia diretamente as intervenções realizadas ao doente, nomeadamente a nível das transições e à família/cuidadores.

Um dos sintomas mais frequentemente reportados é a **dor** e está presente em 64% dos doentes com cancro avançado, ou fase terminal da doença (Santos et al., 2015) e no caso, este foi um foco de atenção e numa das sessões o doente apresenta dor não controlada, com necessidade de intervenção.

A dor é definida pela International Association for the Study of Pain (IASP) como "uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante a uma lesão tecidual real ou potencial". Também o Browser CIPE define dor como:

Perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite (ICN, 2019).

Nos doentes oncológicos, a dor pode justificar-se pelo envolvimento tumoral e consequente compressão nervosa e/ou pela presença de metástases.

Associada à dor oncológica surge, muitas vezes, a dor irruptiva, presente em 40-80% dos doentes oncológicos e mais prevalente nos doentes com doença avançada, sendo “definida como uma exacerbação transitória da dor que ocorre quer espontaneamente quer desencadeada por um fator específico (previsível ou imprevisível), apesar do relativamente estável e adequado controlo da dor basal” (Santos et al., 2015, p. 10). Alguns estudos referem a dor irruptiva como mais frequente nos doentes com cancro da cabeça e pescoço, gastrointestinal e pulmão, podendo a localização do tumor influenciar a sua prevalência (Santos et al., 2015, p. 10).

A dor pode contribuir para o descontrolo de outros sintomas físicos e/ou psicológicos, devendo ser avaliada sob uma perspetiva multidimensional, surgindo o conceito de “dor total”, uma vez que pode influenciar o conforto, bem-estar e a qualidade de vida dos doentes. O conceito de “dor total” desenvolvido para os cuidados paliativos por Cicely Saunders “permite a compreensão de que a dor é maior que as sensações físicas, e sua compreensão pode ser a chave para prover acesso a outras dimensões implicadas com o sofrimento, demandando múltiplas intervenções, para o seu controlo e um cuidado implicado com a integralidade da pessoa, provendo dignidade e conforto até os últimos dias de sua vida” (Castro et al., 2021, p. 3).

O controlo da dor deve ter por base três fundamentos, reconhecer, avaliar e tratar de forma adequada, pressupondo uma abordagem multidisciplinar, dada a sua multidimensionalidade e subjetividade. A avaliação e registo da dor de forma contínua e regular permite otimizar a terapêutica, melhorar a qualidade de vida do doente e também dar segurança à equipa prestadora de cuidados de Saúde. (DGS, 2003). O processo de avaliação da dor consiste, segundo Janeiro (2017, p.22), “num diálogo entre o doente e o profissional de saúde, de modo a analisar a influência que a dor tem sobre a vida do doente”.

Também a Ordem dos Enfermeiros (2008, p. 16), refere que os enfermeiros devem basear a sua avaliação da dor nos seguintes aspetos: *exame físico; descrição das características da dor, nomeadamente localização, qualidade, intensidade, duração e frequência; formas de comunicar a dor e/ou expressões de dor; fatores de alívio e agravamento; estratégias de coping; implicações da dor nas atividades de vida; conhecimento/entendimento sobre a doença; impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor; sintomas associados; descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas; escolher os instrumentos de avaliação de dor atendendo ao tipo de dor, idade, situação clínica, propriedades psicométricas, critérios de interpretação, escala de quantificação comparável, facilidade de aplicação, experiência de utilização em outros locais; avaliar a intensidade da dor, privilegiando instrumentos de auto-avaliação; assegurar a compreensão das escalas de auto-relato pela pessoa/cuidador*

principal/família após ensino.

A dor pode ser avaliada através da utilização de escalas. Estas podem ser de auto ou heteroavaliação, sendo que preferencialmente e sempre que possível se deve privilegiar o uso das primeiras, considerando como ordem de prioridade: Escala Visual Analógica (EVA); Escala Numérica (EN); Escala de Faces (EF); Escala Qualitativa (EQ) (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Em Cuidados Paliativos as escalas de avaliação recomendadas nos doentes com alterações do estado de consciência ou que não colaborem na avaliação da dor, devem ser a escala do observador e PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia), sendo esta última de aplicação rápida e simples, apresentando resultados fiáveis e encontra-se validade para a população portuguesa (Pina, 2016).

Segundo o Guia Prático do Controlo Sintomático, o tratamento da dor pode combinar estratégias farmacológicas, não farmacológicas (como a psicoterapia, fisioterapia, acupunctura, técnicas neuromodulação elétrica “TENS”) e medidas invasivas (ex: bloqueios nervosos, neuroestimulação) (Saavedra & Rocha, 2017). Relativamente às intervenções não farmacológicas, estas encontram-se identificadas e definidas nos cadernos da Ordem dos Enfermeiros, Dor-Guia Orientador de Boas Práticas, e são subdivididas em três categorias: Cognitivo-comportamentais; Físicas e Suporte Emocional. A Terapia Cognitiva / Comportamental (TCC) combina técnicas terapêuticas cognitivas (ex: diversão, atenção) com técnicas comportamentais (ex: relaxamento, treino da assertividade), reestruturação cognitiva e o treino de estratégias de coping, com o objetivo de ajudar a pessoa a alterar as suas perceções ou padrões de dor (ex: diminuição de pensamentos negativos, emoções e crenças), aumentando a sensação de controlo e diminuindo comportamentos não adaptativos; o treino de habilidades de coping promove o desenvolvimento de estratégias de coping (relaxamento e técnicas de imaginação, auto-estadiamento de coping adaptativo e psicoterapia de grupo), para desenvolver habilidades para controlar/ gerir a dor e o stress; o relaxamento com imaginação promove a diminuição da tensão muscular através da imaginação, visualização e meditação, estimulando sensações de bem-estar e diminuição da tensão, ansiedade, depressão e dor relacionada com a inatividade. Relativamente às intervenções físicas definem a aplicação de frio e calor (frio com objetivo de diminuir a inflamação e calor para promover o relaxamento muscular); massagem que ao massajar e pressionar partes do corpo, facilita o relaxamento e diminuindo a tensão muscular; toque terapêutico, que consiste no processo intencional de repadronização do campo energético no qual, o terapeuta usa as mãos para dirigir ou modular o campo energético com fins terapêuticos, através do contacto pele a pele e promovendo o apoio e a segurança, relaxamento, diminuição da ansiedade e controlo da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Também a Ontologia de Enfermagem inclui intervenções não farmacológicas como “avaliar a evolução da dor; gerir analgesia; aplicar calor; aplicar frio; aplicar restrição física da mobilidade;

executar técnica não farmacológica de alívio da dor; executar massagem; (...) posicionar para aliviar a dor” (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Passando à abordagem farmacológica da dor, o uso da escada analgésica da OMS, para além de frequente, é recomendado. A utilização e titulação de fármacos analgésicos segue indicações gerais: iniciar com doses baixas e formulações de libertação imediata e titular a partir daí; prescrever dose de resgate; reavaliar regularmente até controlo da dor; usar formulações de libertação prolongada, quando se atingir o controlo da dor; usar adjuvantes adequados ao plano individual, pelas suas propriedades analgésicas, além das suas indicações primárias; (por exemplo, antidepressivos tricíclicos são adjuvantes de primeira linha no tratamento da dor neuropática; destes, a amitriptilina é a mais estudada e é eficaz) (Saavedra, 2017). O tratamento farmacológico da dor deve ser individualizado, pelo relógio (horário regular e não apenas doses de resgate), pela boca (privilegiar a via oral sempre que possível), pela escada (seguir a escada analgésica da dor) e ter sempre atenção aos detalhes (abordar outros problemas físicos, psicológicos, espirituais e sociais), evitar atraso no início do tratamento e prescrever doses de resgate para a dor irruptiva (OMS, 2018). Relativamente às doses de resgate, estas devem ser prescritas de início, devido à frequente ocorrência de dor irruptiva num quadro de dor crónica previamente instalada. A dor pode estar controlada e ainda assim o doente com dor pode necessitar de duas a três doses em 24 horas. O limite de três doses de resgate pode ser maior em alguns casos específicos, não devendo, contudo, ultrapassar as cinco doses em 24 horas. A imposição deste número como “limite normal” facilita a reavaliação e necessidade de reajuste da terapêutica de base. O número de doses de resgate administradas deve ser sempre registado e o doente instruído sobre esta necessidade contribuindo para a sua capacidade de autogestão do regime medicamentoso (Pereira, 2016).

O principal motivo do Sr. A recorrer ao serviço de urgência foi a dispneia.

Segundo o ICN (2019) **dispneia**, inserida no domínio Sistema respiratório, é definida com um “processo do sistema respiratório comprometido: movimento laborioso da entrada e saída de ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associada a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, sensação de desconforto e ansiedade” (ICN, 2019).

A dispneia está presente em cerca de 29-74% dos doentes em fase terminal, sendo o sintoma mais frequentemente descrito e também associado a mau prognóstico. Tal como a dor, é um sintoma de difícil e subjetiva avaliação, mas existem escalas que podemos recorrer, sendo elas Escalas analógicas visuais (semelhantes à da dor), Escalas numéricas (0-10), Escalas verbais (ligeira -> insuportável), Escala de Borg modificada e Medical Research Council (mMRC). Devem ser sempre investigadas causas reversíveis da dispneia, como caso de infeção ou agudização de DPOC e também os fatores precipitantes (Cipriano, P., 2017).

Para o tratamento existem medidas farmacológicas, sendo os opióides o grupo farmacológico que tem eficácia na dispneia e também o grupo mais estudado. Os transdérmicos são

importantes como terapêutica basal, mas não em situações agudas, pelo início de ação tardio. Também as benzodiazepinas são úteis no controlo da dispneia por ansiedade e a ansiedade por dispneia, provocando relaxamento dos músculos respiratórios. Em situações reversíveis de dispneia associadas a broncoconstrição (ex: DPOC) devem utilizar-se os broncodilatadores. Os corticóides são utilizados em casos mais específicos como situações pontuais: obstrução de via aérea, síndrome da veia cava superior, pneumonite rádica, exacerbações de DPOC. Os diuréticos têm uma papel fundamental em situações de dispneia em contexto congestivo são úteis os diuréticos. Relativamente às medidas não farmacológica, existem várias:

- Técnicas de relaxamento, distração e apoio psicossocial
- Adaptação do nível de atividade diária, medidas de suporte para as rotinas mais desgastantes (p.e. higiene pessoal)
- Otimização nutricional
- Uso de ventoinhas para direcionar ar para a cara (melhoria subjetiva da dispneia com a sensação de ar em movimento)
- Dispositivos de insuflação-exsuflação mecânica (p.e. cough assist) para facilitar a mobilização de secreções brônquicas. (Cipriano, P., 2017, p.38).

O domínio da **eliminação intestinal** foi selecionado para se manter como domínio de atenção na conceção de cuidados, não só pela relação com a natureza da doença, mas de forma a poder atuar “em tempo útil, nas situações de agudização”. A obstipação pode ser definida como “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” (ICN, 2019). Em cuidados paliativos a obstipação é dos sintomas mais frequentes (18 e 90%):

definida segundo os seguintes critérios objectivos: menos de 3 defeções semanais, esforço durante mais de 25% das defeções, 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 defeção que demora mais de 10 minutos. A opinião subjectiva do doente deve ser tida em conta na definição de obstipação. (Araújo, Almeida & Gonçalves, 2017, p.67).

Interferindo diretamente com a qualidade de vida e conforto, os doentes em cuidados paliativos têm um risco mais elevado de desenvolver obstipação, pela combinação de fatores orgânicos (como fármacos) e funcionais (relacionados com a dieta, ambiente e também com fatores como a idade avançada, dependência, depressão e sedação (Gonçalves, 2019).

“Em doentes oncológicos, a obstipação pode ter uma etiologia multifatorial, no entanto, a sua incidência aumenta aquando da prescrição de opióides (87%)” (Dias et al., 2017, p. 35), sendo

que a obstipação induzida por opióides “é muitas vezes subavaliada e subtratada pelos profissionais de saúde, deixando os doentes sem tratamento adequado e eficaz, acarretando mal-estar e sofrimento desnecessários” (Dias et al., 2017, p. 34). A investigação da etiologia e tratamento são fundamentais para a prevenção e tratamento da obstipação (Dias et al., 2017).

A avaliação do doente deve incluir os seguintes aspectos: início dos sintomas (última vez que defecou); fatores de agravamento e de alívio; hábitos intestinais atuais e prévios, avaliando a frequência das dejeções e suas características (volume, consistência, presença de muco ou sangue); se a defecação requer esforço, é dolorosa ou incompleta; se o doente sente necessidade/vontade de defecar, mas não consegue; presença de outros sintomas: náuseas, vômitos, dor ou distensão abdominal, flatulência, agitação, confusão ou outros. (Araújo, Almeida & Gonçalves, 2017, p.68)

Assim, de forma a antecipar a presença de obstipação, o enfermeiro deve implementar intervenções de avaliação.

Para além da hipótese de obstipação, há que considerar e avaliar a possibilidade de uma oclusão ou suboclusão intestinal, relacionada com compressão nervosa do trato gastrointestinal, com progressão de doença, ou um efeito adverso de medicamentos (opióides, anticolinérgicos, antihistamínicos, antidepressivos, suplementos de cálcio e ferro, antiácidos que contenham alumínio) (Dias et al., 2017, p. 35)

Este domínio é foco de atenção dado que doentes em fim de vida e quase a totalidade dos doentes sob terapêutica opióide necessitam de laxantes. Na dispneia, a obstipação só a vai agravar pelo esforço ao defecar ou mesmo pelo volume abdominal (Araújo, Almeida & Gonçalves, 2017, p.70).

Relativamente ao domínio **mucosas**, o ICN define membrana mucosa 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 tracto genitourinário; as mucosas protegem as estruturas subjacentes, segregam muco que lubrifica as estruturas associadas, absorvem água, sais e outros solutos. (ICN, 2019)

Relacionando com o caso clínico o doente apresentava mucosa oral comprometida por referir e ter sido observada cavidade oral seca. A sensação de boca seca é definidora de xerostomia muito prevalentes nos doentes em cuidados paliativos. A xerostomia tem uma prevalência de até 80% na doença oncológica avançada, podendo estar relacionada com a doenças de base e tratamentos e/ou fármacos. O seu tratamento, pode contribuir para uma melhoria da qualidade de vida, conforto e alívio do sofrimento, podendo este ser farmacológico e não farmacológico, tratando a causa se possível (Carneiro, 2017). Os problemas da saúde oral levam a complicações como anorexia, desnutrição, pneumonia por aspiração, entre outros (Delgado,

2020).

Para Capelas e seus colaboradores (2018), os cuidados à boca são um dos indicadores de qualidade de um serviço de cuidados paliativos. Além disso:

cuidar da boca das pessoas doentes, é uma intervenção básica dos Enfermeiros, cabendo-lhes liderar os aspetos relacionados com a prestação destes cuidados, seja de forma direta pela prestação de cuidados à boca, ou de forma indireta, através do ensino realizado às pessoas doentes e famílias, ou na promoção do autocuidado (Serrano, 2009, p. 15).

O enfermeiro deve informar e capacitar, através de instrução e treino, dos doentes e familiares (Smith et al., 2015; Barrado-Martín et al., 2021).

A observação da mucosa oral, o seu estado de hidratação, a existência de uma coleção de saliva debaixo da língua e o seu aspeto macroscópico, a pesquisa de lesões eritematosas da mucosa, de cáries contribuem para uma ideia mais precisa do diagnóstico. A avaliação da mucosa e os cuidados básicos de higiene oral, são fundamentais. Todas as medidas devem dirigir-se antes de mais, ao conhecimento da causa, se a patologia é reversível ou não e por outro lado, deve-se avaliar o grau de xerostomia e as suas repercussões na perda de conforto e qualidade de vida da pessoa. Quando a xerostomia é devida a fármacos deve-se rever a terapêutica, diminuindo a iatrogenia. Pode-se tentar controlar a doença de base, o que nem sempre é possível, pois muitas das doenças que causam xerostomia não são curáveis. A hidratação oral é parte essencial do tratamento, quer a nível local, quer através da ingestão de grandes quantidades de água e outros líquidos. Segundo Carneiro (2017, p. 143) o tratamento não farmacológico da xerostomia inclui “terapia de estimulação: uso de pastilha elástica ou rebuçados de sabor cítrico mas sem açúcar; terapia substitutiva de saliva: uso de gelo moído 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.” Contudo, é fundamental adaptar estas estratégias ao doente sob o ponto de vista de uma avaliação multidimensional considerando a existência de outros sintomas e/ou necessidades. Por exemplo, na existência de náuseas e vômitos, é importante o seu controlo prévio, dado que os cuidados à boca podem ser precipitantes e as estratégias alimentares podem estar impossibilitadas.

O **sono** comprometido, presente no caso, caracteriza a insónia que se traduz por:

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. (ICN, 2019)

Dada a complexidade e heterogeneidade de situações clínicas dos distúrbios de sono, em Cuidados Paliativos, muitas são subdiagnosticadas e subtratadas. Pela subjetividade da sua avaliação, pois é o doente que define o que é um sono reparador, deverá ser valorizada a alteração da qualidade/quantidade de sono. Os problemas mais frequentes em cuidados

Paliativos são a hipersónia e insónia. É fundamental uma avaliação detalhada junto do doente e família/cuidador. Devem ser investigadas as queixas principais, outros sintomas associados, horário sono/vigília, atividade diurna e condições prévias ao adormecer.

Os distúrbios do sono podem apresentar múltiplas etiologias como:

- Fatores relacionados com a doença,
- Medicação/ quimioterapia
- Outras comorbilidades (exemplos: incontinência urinária, noctúria, refluxo gastroesofágico, insuficiência cardíaca)
- Fatores ambientais
- Fatores físicos e psicológicos
- Défice cognitivo/ síndrome confusional.(Monteiro, 2017, p.118)

O tratamento pode ser farmacológico, sendo os fármacos utilizados primariamente para a insónia e não farmacológico, corrigindo fatores reversíveis, higiene de sono e terapêuticas comportamentais e psicológicas (Monteiro, 2017).

No domínio **emoção**, a ansiedade é uma emoção negativa “sentimentos de ameaça; perigo ou angústia” (ICN, 2019). É “uma resposta biológica a ameaças à segurança de um indivíduo” (Brekel et al., 2020,p. 3). “Doentes com cancro são propensos a desenvolver ansiedade, presumivelmente devido ao carácter de risco de vida da doença” (Brekel et al., 2020, p. 3). Pode ser transitória ou crónica e pode evoluir para se tornar desadaptativa (Bernardo, Leal, & Barbosa, 2010; Brekel et al., 2020). É transitória quando “descrita como um medo ou um sentimento desagradável de desamparo e consequência normal e esperada das incertezas da doença e da aproximação da morte” (Bernardo, Leal, & Barbosa, 2010, p. 304). “Há um crescente corpo de evidências para a correlação entre ansiedade em pacientes com cancro e dor concomitante, náuseas, problemas de sono, fadiga, dispneia e humor deprimido, com uma combinação desses sintomas aumentando o risco de ansiedade” (Brekel et al., 2020, p. 4). Estes sintomas foram reconhecidos como preditores da ansiedade (Brekel et al., 2020). No cenário em questão, a ansiedade foi identificada uma vez que o doente verbalizava esta emoção. Além disso, referia que, muitas vezes, se sentia mais ansioso quando estava dispneia e também pela insónia.

Um equívoco comum entre enfermeiros é a suposição de que a ansiedade representa nada mais do que uma reação compreensível por ter uma doença incurável e que nada pode ser feito sobre isso. Além disso, falha a avaliação regular de ansiedade. Ambos podem resultar em uma subidentificação da ansiedade. É importante identificar a ansiedade porque aumenta o sofrimento dos doentes nos níveis de bem-estar físico, psicossocial e espiritual.(Zweers, Graaf & Teunissen, 2020, p. 1)

A comunicação é referida como importante para auxiliar o doente a mais e melhores revelações acerca da sua ansiedade (Zweers, Graaf & Teunissen, 2020), no entanto, “alguns enfermeiros tinham medo de discutir dificuldades emocionais com os doentes por se preocuparem em fazer

o doente se sentir pior” (Zweers, Graaf & Teunissen, 2020, p. 2). Este estudo revelou que a abordagem da ansiedade na prática de enfermagem depende principalmente das competências de cada enfermeiro e que apesar de existir uma ampla gama de intervenções, estas são principalmente selecionados com base na intuição. Os enfermeiros, no estudo, mostraram que o “conjunto de intervenções deve incluir diretrizes para a aplicação de ferramentas de avaliação, estratégias de comunicação e modelos de decisão bem como modelos preditores para selecionar intervenções personalizadas” (Zweers, Graaf & Teunissen, 2020, p. 1).

O luto é um processo adaptativo, dinâmico, de mudança a nível físico, psicológico, comportamental, espiritual e sociocultural, da pessoa que sofre uma perda significativa.

Segundo a definição do ICN, luto é:

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). O luto é uma reacção característica a uma perda significativa. (Barbosa, 2010, p. 488)

A perda pode ser “real” ou “simbólica” podendo corresponder a:

uma mudança que inclui um estado de privação de alguém, de alguma coisa tangível (casa, carro, emprego, ...) ou de qualquer coisa intangível (representações mentais: projecto de vida, esperança de entrar num curso, ...), que põe em marcha reacções afectivas, cognitivas, comportamentais e, em termos gerais, o processo de luto (...) Não esquecer que o sentimento de luto está relacionado com a natureza da ligação específica que cada um tem com o objecto perdido (...) Dever-se-á também ter em atenção que uma perda convoca muitas vezes outras perdas que há que sistematicamente contextualizar (por ex., uma perda transitória em período de desemprego ou reforma, a ocorrência de uma doença terminal própria ou de um familiar), pois têm um efeito de acentuar o risco. (Barbosa, 2010, p. 488-489)

O significado atribuído às perdas e a forma como as perdas são percebidas pode influenciar a qualidade de vida e o processo de luto. As perdas vividas pelos doentes podem ser reais ou percebidas, sendo que estas últimas são sentidas pelo doente, mas não diretamente verificáveis. Cada uma destas perdas pode ser encarada como uma morte, sendo que o doente passa por várias mortes ao longo do processo de doença terminal, sejam elas físicas, psicológicas ou sociais.

O luto pode classificar-se como normal, antecipatório, preparatório ou prolongado/complicado (Pimenta & Capelas, 2019). No luto classificado como normal, a pessoa acaba por ultrapassar a

sensação inicial de descrença, acabando, gradualmente, por encarar a perda como uma realidade. A sua duração pode ser de um ano, dependendo da pessoa e valor da perda. No processo de luto a perda é aceite e são incorporadas as partes positivas da sua ocorrência (Pimenta & Capelas, 2019). No luto preparatório, “a pessoa poderá passar por um processo de desenvolvimento perante as diversas perdas irreversíveis que ocorreram a curto e a médio prazo. (...) É um meio de preparação para o fim de vida que se aproxima” (Pimenta & Capelas, 2019, p.8).

Medo é uma emoção negativa: “sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas, por vezes acompanhado de uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir” (ICN, 2019). Num estudo feito por Gramling et al. (2020) (Epidemiology of Fear, Sadness, and Anger Expression in Palliative Care Conversations) a expressão de medo foi a mais prevalente e demonstrou uma forte relação com as expectativas de prognóstico de sobrevida mais curto. O medo é uma resposta emocional abrupta e desagradável causada pela antecipação ou consciência do perigo, isto é, uma reação pela presença de um estímulo de ameaça específico, condicionado ou não. A ameaça pode ser física ou social, as respostas de medo tendem a ser de curta duração e a direção da reação defensiva é evitar a ameaça (Macleod, 2017).

No presente caso, o doente apresentava e verbalizava medo de morrer. A avaliação das causas poderão ser fundamentais para adequar o tratamento e dirigir as intervenções.

Autogestão do regime medicamentoso

Em cuidados paliativos, muitas situações de agudização podem ser prevenidas quando a autogestão do regime medicamentoso é eficaz, sendo fundamental avaliar o conhecimento e capacitar o doente para gerir de forma adequada a sua terapêutica.

O tratamento farmacológico é uma das ferramentas a ser utilizadas para controlo sintomático, um dos pilares dos cuidados paliativos. (Pires & Gonçalves, 2017).

Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado.

No que diz respeito à família, a sua participação em cuidados paliativos é crucial tanto ao nível da sua participação ativa na prestação de cuidados, como objeto de cuidado da equipa, da qual também é parte integrante (Matos & Borges, 2018).

Família é definida pelo ICN como: “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior que a soma das partes” (ICN, 2019).

Uma crise como uma doença grave, incurável e progressiva pode alterar estruturalmente a família e “A doença de um membro da família é também doença familiar” (Guarda, et al.,2010, pp. 753).

A “importância do acolhimento da família e a sua inclusão no processo de cuidar” representa “um dos eixos estruturantes da assistência paliativista” (Matos & Borges, 2018, p. 2402). Esta ideia é corroborada por Rossi et al (2021, p. 1) ao afirmar que os cuidadores podem “dar suporte aos seus entes queridos e aos profissionais de saúde, mas também precisam ser apoiados”, acrescentando que “alguns estudiosos perceberam que, ao longo desse processo, o paciente e seus cuidadores formam uma “unidade de cuidado”. Do nosso ponto de vista, estes aspetos ganham importância quando se considera o local de prestação de cuidados. Neste caso, o Sr. José e esposa expressam vontade e desejo de permanecer e ser cuidado no domicílio.

Em cuidados paliativos (CP), o principal objectivo no apoio à família assenta em ajudá-las a cumprir a sua função cuidadora, a fim de que a participação no processo de perda que vivenciam seja concluída da forma mais saudável possível. (...) Observar e analisar situações de pré-morte e pré-luto, tanto na pessoa doente como na família, é, em si mesmo, um elemento preventivo de grande riqueza para a equipa. O aparecimento dessas manifestações constitui o ponto de partida para trabalhar num processo gradual de consciência, sobretudo se previamente se detectaram dificuldades na família. (Reigada, et al., 2014, pp. 161)

No nosso país, a família assim considerada como elemento integrante no conceito de cuidados paliativos, tem enquadramento legal na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012).

Deve-se também ter em consideração o envolvimento de vários elementos familiares, otimizando as suas diferentes potencialidades, o que pode facilitar a reorganização familiar.

3.6. Dados

Consciência

14-03-2023 08:00

Abertura dos olhos: espontânea.
Resposta verbal: orientada.
Resposta motora: obedece a ordens simples.

Consciência comprometida

17-03-2023 08:00

Abertura dos olhos: espontânea [MANTEVE].
Resposta verbal: orientada [MANTEVE].
Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].

20-03-2023 08:00

Abertura dos olhos: espontânea [MANTEVE].
Resposta verbal: orientada [MANTEVE].
Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].

Dor

14-03-2023 08:00

Dor

Expressão facial: Relaxada.
Movimento dos membros: Sem movimento dos membros superiores.
Choro/vocalização: Sem vocalização da dor.
Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas: facilitador.

17-03-2023 08:00

Expressão facial: Parcialmente contraída ou sobranceiras franzidas [PIOROU].
Movimento dos membros: Sem movimento dos membros superiores [MANTEVE].
Choro/vocalização: Sem vocalização da dor [MANTEVE].

Localização da dor

Anca Direita(o)

Intensidade da dor - 5.
frequência da dor - intermitente.
duração da dor - crónica.
dor de tipo - pontada.

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

Conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor: não dificultador.

Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Expressão facial: Parcialmente contraída ou sobrelhas franzidas [PIOROU].

Choro/vocalização: Sem vocalização da dor [MANTEVE].

Localização da dor

Anca Direita(o)

Intensidade da dor - 5.

frequência da dor - intermitente.

duração da dor - crónica.

dor de tipo - pontada.

Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

Potencial para melhorar conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 20-03-2023 08:00

20-03-2023 08:00

Expressão facial: Relaxada [MANTEVE].

Movimento dos membros: Sem movimento dos membros superiores [MANTEVE].

Choro/vocalização: Sem vocalização da dor [MANTEVE].

Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas: facilitador.

Sistema respiratório

14-03-2023 08:00

Frequência respiratória: 18 ciclos/min.

Ritmo respiratório regular.

Movimento respiratório simétrico.

Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.

Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

Coloração da mucosa: rosada.

Comunica falta de ar quando deitado em posição dorsal recumbente ou supina.

Reflexo da tosse: presente.

Expele as secreções das vias aéreas.

Dispneia

Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Capacidade para executar exercícios respiratórios

Dispositivo: Nenhum - Capacidade para executar exercícios respiratórios: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Autoeficácia para executar exercícios respiratórios: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para otimizar a ventilação

Dispositivo: Nenhum - Capacidade do cuidador para otimizar a ventilação: necessita ser

melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Autoeficácia do cuidador para otimizar a ventilação: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia
Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [RESOLVIDO] 17-03-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para otimizar a ventilação
[RESOLVIDO] 17-03-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para otimizar a ventilação

17-03-2023 08:00

Frequência respiratória: 16 ciclos/min.

Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

Profundidade da ventilação: inspirações superficiais [MANTEVE].

Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico [MELHOROU].

Coloração da mucosa: rosada.

Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de episódios de dispneia: facilitador.

Capacidade do cuidador para otimizar a ventilação

Dispositivo: Nenhum - Capacidade do cuidador para otimizar a ventilação: facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para otimizar a ventilação: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

20-03-2023 08:00

Frequência respiratória: 16 ciclos/min.

Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

Profundidade da ventilação: inspirações superficiais [MANTEVE].

Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico [MELHOROU].

Coloração da mucosa: rosada.

Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Eliminação intestinal

14-03-2023 08:00

Quantidade de fezes: 0 ml.

Fezes: em pequena quantidade.

Consistência das fezes: Moldada com sibalas.

Coloração das fezes: acastanhada.

Número de defecações por semana: 3.

Ausência de massa palpável de fezes no reto.

Obstipação

Conhecimento do cuidador sobre regime dietético: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre regime medicamentoso: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre regime de exercício: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal: facilitador.

17-03-2023 08:00

Número de defecações por semana: 4.

20-03-2023 08:00

Número de defecações por semana: 5.

Mucosas

14-03-2023 08:00

Membrana mucosa comprometida [RESOLVIDO] 20-03-2023 08:00

Localização do compromisso da membrana mucosa

Cavidade oral

Coloração da mucosa: pálida.

Mucosa seca.

Mucosa com fendas tecidulares.

Conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa:

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

Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa [RESOLVIDO] 17-03-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa [RESOLVIDO] 17-03-2023 08:00

17-03-2023 08:00

Localização do compromisso da membrana mucosa

Membrana mucosa oral

Coloração da mucosa: rosada.

Mucosa seca.

Mucosa com placas aderentes.

Conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa: facilitador.

20-03-2023 08:00

Localização do compromisso da membrana mucosa

Cavidade oral

Coloração da mucosa: rosada.

Mucosa com humidade normal.

Mucosa com textura normal [MELHOROU].

Sono

14-03-2023 08:00

Sono não reparador, com dificuldade em adormecer e intermitente.

Sono comprometido

Conhecimento sobre promoção do sono: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído ao compromisso do sono: não dificultador.

Conhecimento do cuidador sobre promoção do sono: necessita ser melhorado para

progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono [RESOLVIDO]

20-03-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção do sono

[RESOLVIDO] 17-03-2023 08:00

17-03-2023 08:00

Número (médio) de horas de sono noturno: 4 Hora.

Número (médio) de horas de sono diurno: 3 Hora.

Sono não reparador, com dificuldade em adormecer e intermitente [MANTEVE].

Conhecimento sobre promoção do sono: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre promoção do sono: facilitador.

20-03-2023 08:00

Número (médio) de horas de sono noturno: 5 Hora.

Número (médio) de horas de sono diurno: 2 Hora.

Sono não reparador, com dificuldade em adormecer [MANTEVE].

Conhecimento sobre promoção do sono: facilitador.

Emoção

14-03-2023 08:00

Tristeza persistente (há mais de uma semana) (Não).

Desesperança e pessimismo (Não).

Autodesvalorização (Não).

Acentuada diminuição de interesse e prazer nas atividades (Não).

Dificuldade na concentração (Não).

Pensamentos recorrentes de morte (Não).

Tom de voz baixa, discurso arrastado.

Verbalização de ansiedade (Não).

Inquietação .

Irritabilidade (Não).

Pânico (Não).

Especificação da perdaEspecificação da perda: Perda da independência; perda de papéis; perda de objetivos de vida..

Negação da perda (Não).

Pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda.

Ansiedade

Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

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

Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada

para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador.

Conhecimento do cuidador sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para usar estratégias de controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [RESOLVIDO] 20-03-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 20-03-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade [RESOLVIDO] 20-03-2023 08:00

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 17-03-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para usar estratégias de controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 20-03-2023 08:00

Luto comprometido

Conhecimento sobre o luto: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído à perda: "desmoronar do mundo pessoal".

Significado atribuído à vida após a perda: não dificultador.

Potencial para melhorar significado atribuído à perda

Medo

Luto antecipatório

Potencial para melhor conhecimento sobre fatores concorrentes com o medo.

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do medo.

Luto Antecipatório

17-03-2023 08:00

Verbalização de ansiedade [PIOROU].

Inquietação [MANTEVE].

Irritabilidade (Não) [MANTEVE].

Pânico (Não) [MANTEVE].

Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitador.

Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitador.

Capacidade do cuidador para usar estratégias de controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto: facilitadora [MELHOROU].

Significado atribuído à perda: "desmoronar do mundo pessoal" [MANTEVE].

20-03-2023 08:00

Verbalização de ansiedade [MANTEVE].

Inquietação (Não) [MELHOROU].

Irritabilidade (Não) [MANTEVE].

Pânico (Não) [MANTEVE].

Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora.

Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: facilitadora.

Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: facilitadora.

Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para usar estratégias de controlo da ansiedade: facilitadora.

Consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto: facilitadora [MELHOROU].

Significado atribuído à perda: "desmoronar do mundo pessoal" [MANTEVE].

Autogestão do regime medicamentoso

14-03-2023 08:00

Organiza a medicação conforme horário

Dispositivo: Nenhum - Não organiza a medicação conforme horário.

Prepara a medicação conforme a dose

Dispositivo: Nenhum - Não prepara a medicação conforme a dose.

Administra a medicação pela via adequada

Dispositivo: Nenhum - Administra a medicação pela via adequada.

Ajusta a medicação de acordo com autovigilância

Dispositivo: Nenhum - Não ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

Armazena a medicação de acordo com as recomendações técnicas

Dispositivo: Nenhum - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

Autogestão do regime medicamentoso comprometida

Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Capacidade para gerir regime medicamentoso

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para gerir regime medicamentoso

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Significado atribuído pelo cuidador ao regime medicamentoso: não dificultador.

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 20-03-2023 08:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

Potencial para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 20-03-2023 08:00

17-03-2023 08:00

Ajusta a medicação de acordo com autovigilância

Dispositivo: Nenhum - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade para gerir regime medicamentoso

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

20-03-2023 08:00

Ajusta a medicação de acordo com autovigilância

Dispositivo: Nenhum - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: facilitadora.

Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade para gerir regime medicamentoso

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: facilitador.

Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado

14-03-2023 08:00

Há participação de outros membros da família para tomar conta do dependente .

Conhecimento da família sobre estratégias para facilitar acessibilidade ao edifício residencial: facilitador.

Conhecimento da família sobre estratégias para facilitar mobilidade dentro do edifício residencial: facilitador.

Conhecimento da família sobre organização do ambiente residencial para facilitar autocuidado: facilitador.

Conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído pela família à dependência do familiar: comiseração.

Significado atribuído pela família ao papel de cuidador familiar: não dificultador.

Significado atribuído pela família ao apoio social para o exercício do papel de cuidador: não dificultador.

Conhecimento da família sobre necessidades do familiar dependente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Acesso da família a apoio social para o exercício do papel de cuidador: tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao apoio social.

Potencial da família para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente [RESOLVIDO] 20-03-2023 08:00

Potencial da família para melhorar conhecimento sobre necessidades do familiar dependente

Potencial da família para melhorar acesso a apoio social para o exercício do papel de cuidador [RESOLVIDO] 17-03-2023 08:00

17-03-2023 08:00

Conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

Conhecimento da família sobre necessidades do familiar dependente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

Acesso da família a apoio social para o exercício do papel de cuidador: refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao apoio social [MELHOROU].

20-03-2023 08:00

Conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente: facilitador [MELHOROU].

Conhecimento da família sobre necessidades do familiar dependente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Para efeitos de simplificação os objetivos encontram-se descritos no ponto 3.6.2, em conjunto com os indicadores de resultado para simplificar a compreensão do raciocínio utilizado.

Como prioridades no planeamento dos cuidados, foi tido em conta o controlo sintomático do doente, envolvendo a família, de forma a promover o conforto, qualidade de vida e minimizar o

sofrimento.

3.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

Partindo do cenário apresentado e considerando as necessidades após a colheita de dados foi possível enumerar vários objetivos com a finalidade de promover a qualidade de vida e o conforto do doente, bem como do seu cuidador e família, em situação de cuidados paliativos. Assim serão apresentados em primeiro lugar os objetivos e respetivos indicadores de resultado e por fim a evolução do cliente, para melhor compreensão e sequência de raciocínio.

A melhor forma de promover o conforto do doente a nível físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural é através da identificação dos vários diagnósticos e respetivas avaliações é pela promoção de conhecimento e capacitação para os controlar e/ou resolver, tal como é explanado pela teoria de Kolcaba.

Nas transições, também fazendo referência a outra teoria de enfermagem, a teoria das transições de Meleis, os enfermeiros têm um papel fundamental nas transições vividas pelos doentes e suas famílias.

Uma das formas que os enfermeiros têm de avaliar se as suas intervenções foram efetivas ou não é a utilização dos indicadores de resultado. Estes, segundo o Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde, publicado pela Ordem dos Enfermeiros em 2007, correspondem às alterações produzidas pelos cuidados prestados à pessoa e que são sensíveis aos cuidados e intervenções de enfermagem.

Seguidamente serão apresentados os objetivos e respetivos indicadores de resultado, para Doente, Cuidador e Família, surgindo ao longo do texto com a seguinte ordem: Domínios / Foco (ex. Dor), OBJETIVOS (ex: 2.) e INDICADORES DE RESULTADO (ex: 2.1, 2.2, 2.3).

DOENTE

SISTEMA RESPIRATÓRIO- Dispneia

1. - Melhorar o conhecimento do doente sobre a prevenção de episódios de dispneia.
 - Determinar a evolução do conhecimento do doente sobre a prevenção de episódios de dispneia.

1.1 O doente refere importância administrar sevredol em SOS antes de atividade que gera dispneia intensa (em 2 dias).

1.2 O doente refere importância sobre gerir atividade e repouso (em 2 dias).

1.3 O doente refere importância do posicionamentos com cabeceira elevada ou sentado (em 2 dias).

1.4 O doente refere uso de ventoinhas para direcionar ar para a cara para prevenir dispneia (em 2 dias).

1.5 O doente refere estratégias de distração (música, TV), (em 2 dias).

2. - Melhorar a capacidade do doente para otimizar a ventilação

- Determinar a evolução da capacidade do doente para otimizar a ventilação.

2.1 O doente executa utilizar estratégias de prevenção dispneia (em 2 dias).

3. - Melhorar o conhecimento do doente sobre regime medicamentoso

- Determinar a evolução do conhecimento do doente sobre regime medicamentoso

3.1. O doente refere qual a indicação terapêutica do sevredol (em 2 dias).

3.2. O doente refere a importância de solicitar medicação de resgate com sevredol sempre que sentir dispneia (em 2 dias).

3.3. O doente refere que deve respeitar um intervalo mínimo de 4h entre as tomas de sevredol (em 2 dias).

3.4. O doente refere a importância de registar todas as administrações de sevredol que necessite realizar (em 2 dias).

INTEGRIDADE CUTÂNEA

4. - Melhorar o conhecimento do doente sobre promoção da integridade da membrana mucosa.

- Determinar a evolução do conhecimento do doente sobre promoção da integridade da membrana mucosa

4.1. O doente refere importância de utilizar, consoante a sua tolerância, cubos de gelo ou lâminas com sabores cítricos (em 2 dias).

4.2. O doente refere importância de utilizar água em spray (em 2 dias).

4.3. O doente refere importância de utilizar creme hidratante em stick para hidratar os lábios (em 2 dias).

4.4. O doente refere importância de observar a cavidade oral e a membrana mucosa quanto à coloração, presença de manchas, placas aderentes e xerostomia (em 2 dias).

SONO

5. - Melhorar o conhecimento sobre promoção do sono.

- Determinar a evolução do conhecimento sobre promoção do sono.

5.1 O doente refere o padrão de sono (em 2 dias).

5.2 O doente refere complicações do sono comprometido (em 2 dias).

5.3 O doente refere 2 estratégias de promoção de sono (em 2 dias).

EMOÇÃO- Ansiedade

6. - Melhorar o conhecimento do doente sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade.

- Determinar a evolução do conhecimento do doente sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade.

6.1. O doente refere a importância do doente utilizar a estratégia de dissociação da respiração (cheirar uma flor e soprar uma vela) (em 2 dias).

6.2. O doente refere a importância do doente controlar a ansiedade para o controlo de outros sintomas como as dispneia e dor (em 2 dias).

6.3. O doente expressa as suas emoções (em 2 dias).

7. - Melhorar a capacidade do doente para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade.

- Determinar a evolução da capacidade do doente para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade.

7.1. O doente executa a correta realização da técnica de dissociação respiratória (cheirar uma flor e soprar uma vela) (em 2 dias).

7.2. O doente a expressão de emoções (em 2 dias).

EMOÇÃO- Luto antecipatório

8. - Melhorar o conhecimento do doente sobre o luto.

- Determinar a evolução do conhecimento do doente sobre o luto.

8.1. O doente refere a relação entre as perdas e as emoções de luto (em 2 dias).

8.2. O doente refere que cada perda pode ser encarada como uma morte e normalize as suas emoções (em 2 dias).

8.3. O doente refere a relação do luto com a preparação da própria morte (em 2 dias).

8.4. O doente refere a importância das despedidas (em 2 dias).

8.5. O doente refere algumas situações de crise ou agudização da sua situação (em 2 dias).

8.6. O doente refere alguns cuidados que pode ter relativamente a situações de crise ou

agudização da sua situação que possam vir a surgir (em 2 dias).

9. Melhorar o significado que o doente atribui à perda.

EMOÇÃO - Medo

10. - Melhorar o conhecimento do doente sobre estratégias de autocontrolo do medo.

- Determinar a evolução do conhecimento do doente sobre estratégias de autocontrolo do medo.

10.1 O doente refere importância da técnica de dissociação respiratória (em 2 dias).

10.2 O doente refere importância de gerir fatores causadores medo (em 2 dias).

10.3 O doente refere importância de exprimir emoções (em 2 dias).

11. - Melhorar a capacidade do doente para usar estratégias de autocontrolo do medo.

- Determinar a evolução da capacidade do doente para usar estratégias de autocontrolo do medo.

11.1 O doente executa técnica de dissociação respiratória (em 2 dias).

11.2 O doente gere fatores causadores de medo (em 2 dias).

11.3 O doente exprime emoções (em 2 dias).

AUTOGESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

12. - Melhorar o conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso.

- Determinar a evolução do conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso.

12.1. O doente refere quais os efeitos terapêuticas de todos os fármacos (em 2 dias).

12.2. O doente refere a importância de registar todas as doses de resgate de medicação administradas (em 2 dias).

12.3. O doente refere a importância de uma boa gestão do regime medicamentoso do doente (em 2 dias).

13. - Melhorar a capacidade para gerir regime medicamentoso.

- Determinar a evolução da capacidade para gerir regime medicamentoso.

13.1. O doente refere utilizar o esquema terapêutico para administração dos vários fármacos (em 2 dias).

13.2 O doente regista todas as doses de resgate de medicação administradas (em 2 dias).

DOR

14. - Melhorar o conhecimento do doente sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas.

- Determinar a evolução do conhecimento do doente sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas.

14.1. O doente refere qual a posição anti-álgica (em 2 dias).

14.2. O doente refere corretamente a utilização da técnica de dissociação respiratória (cheirar uma flor e soprar uma vela) (em 2 dias).

14.3. O doente refere utilizar corretamente a técnica de distração sugerida (ouvir música que goste) (em 2 dias).

15. - Melhorar o conhecimento do doente sobre o controlo de analgesia.

- Determinar a evolução do conhecimento do doente sobre o controlo da analgesia.

15.1. O doente refere qual a indicação terapêutica do sevredol (em 2 dias).

15.2. O doente refere a importância de solicitar medicação de resgate com sevredol sempre que sentir dor (em 2 dias).

15.3 O doente refere que deve respeitar um intervalo mínimo de 4h entre as tomas de sevredol (em 2 dias).

15.4. O doente refere a importância de registar todas as administrações de sevredol que necessite realizar (em 2 dias).

CUIDADOR

SISTEMA RESPIRATÓRIO- Dispneia

1. - Melhorar o conhecimento do cuidador sobre a prevenção de episódios de dispneia.

- Determinar a evolução do conhecimento do cuidador sobre a prevenção de episódios de dispneia.

1.1 O cuidador refere importância administrar sevredol em SOS antes de atividade que gera dispneia intensa (em 2 dias).

1.2 O cuidador refere importância sobre gerir atividade e repouso (em 2 dias).

1.3 O cuidador refere importância do posicionamentos com cabeceira elevada ou sentado (em 2 dias).

1.4 O cuidador refere uso de ventoinhas para direcionar ar para a cara para prevenir dispneia (em 2 dias).

1.5 O cuidador refere estratégias de distração (música, TV) (em 2 dias).

2. - Melhorar a capacidade do cuidador para otimizar a ventilação.

- Determinar a evolução da capacidade do cuidador para otimizar a ventilação.

2.1 O cuidador demonstra utilizar estratégias de prevenção dispneia (em 2 dias).

2.2 O cuidador solicita sevredol em SOS antes de atividade que gera dispneia intensa (em 2 dias).

3. - Melhorar o conhecimento do cuidador sobre regime medicamentoso.

- Determinar a evolução do conhecimento do cuidador sobre regime medicamentoso.

3.1. O cuidador refere qual a indicação terapêutica do sevredol (em 2 dias).

3.2. O cuidador refere a importância de solicitar medicação de resgate com sevredol sempre que sentir dispneia (em 2 dias).

3.3. O cuidador refere que deve respeitar um intervalo mínimo de 4h entre as tomas de sevredol (em 2 dias).

3.4. O cuidador refere a importância de registrar todas as administrações de sevredol que necessite realizar (em 2 dias).

INTEGRIDADE CUTÂNEA

4. - Melhorar o conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa.

- Determinar a evolução do conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa.

4.1. O cuidador refere importância de utilizar, consoante a sua tolerância, cubos de gelo ou lâminas com sabores cítricos (em 2 dias).

4.2. O cuidador refere importância de utilizar água em spray (em 2 dias).

4.3. O cuidador refere importância de utilizar creme hidratante em stick para hidratar os lábios (em 2 dias).

4.4. O cuidador refere a importância de observar a cavidade oral e a membrana mucosa quanto à coloração, presença de manchas, placas aderentes e xerostomia (em 2 dias).

SONO

5. - Melhorar o conhecimento do cuidador sobre promoção do sono.

- Determinar a evolução do conhecimento do cuidador sobre promoção do sono.

5.1 O cuidador refere a importância do padrão de sono (em 2 dias).

5.2 O cuidador refere complicações do sono comprometido (em 2 dias).

5.3 O cuidador refere estratégias de promoção de sono (em 2 dias).

EMOÇÃO- Ansiedade

6. - Melhorar o conhecimento do cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade.

- Determinar a evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade.

6.1. O cuidador refere a importância do doente utilizar a estratégia de dissociação da respiração (cheirar uma flor e soprar uma vela) (em 2 dias).

6.2. O cuidador refere a importância do doente controlar a ansiedade para o controlo de outros sintomas como a dispneia e dor (em 2 dias).

6.3. O cuidador refere a importância do doente expressar as suas emoções (em 2 dias).

7. - Melhorar a capacidade do cuidador para usar estratégias de controlo da ansiedade.

- Determinar a evolução da capacidade do cuidador para usar estratégias de controlo da ansiedade.

7.1. O cuidador executa a correta realização da técnica de dissociação respiratória (cheirar uma flor e soprar uma vela) (em 2 dias).

7.2. O cuidador permite ao doente a expressão de emoções (em 2 dias).

EMOÇÃO - Luto antecipatório

8. - Melhorar o conhecimento do cuidador sobre o luto.

- Determinar a evolução do conhecimento do cuidador sobre o luto.

8.1. O cuidador a relação entre as perdas e as emoções de luto (em 2 dias).

8.2. O cuidador refere que cada perda pode ser encarada como uma morte e normalize as suas emoções (em 2 dias).

8.3. O cuidador refere a relação do luto com a preparação da própria morte (em 2 dias).

8.4. O cuidador refere a importância das despedidas (em 2 dias).

8.5. O cuidador refere situações de crise ou agudização da sua situação (em 2 dias).

8.6. O cuidador refere cuidados que pode ter relativamente a situações de crise ou agudização da sua situação que possam vir a surgir (em 2 dias).

9. - Melhorar o significado que o cuidador atribui à perda.

- Determinar a evolução do significado que o cuidador atribui à perda.

EMOÇÃO - Medo

10. - Melhorar o conhecimento do cuidador sobre estratégias de autocontrole do medo.

- Determinar a evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias de autocontrole do medo.

10.1 O cuidador refere importância de gerir fatores causadores medo ao doente (em 2 dias).

10.2 O cuidador refere importância do doente exprimir emoções (em 2 dias).

11. - Melhorar o conhecimento do cuidador para usar estratégias de controlo do medo.

- Determinar a evolução do conhecimento do cuidador para usar estratégias de controlo do medo.

11.1 O cuidador gere fatores causadores de medo (em 2 dias).

11.2 O cuidador exprime emoções (em 2 dias).

AUTOGESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

12. - Melhorar o conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso.

- Determinar a evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso.

12.1. O cuidador refere quais os efeitos terapêuticas de todos os fármacos (em 2 dias).

12.2. O cuidador refere a importância de registar todas as doses de resgate de medicação administradas (em 2 dias).

12.3. O cuidador refere a importância de uma boa gestão do regime medicamentoso do doente (em 2 dias).

13. - Melhorar a capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso.

- Determinar a evolução da capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso.

13.1. O cuidador utiliza o esquema terapêutico para administração dos vários fármacos (em 2 dias).

13.2 O cuidador regista todas as doses de resgate de medicação administradas (em 2 dias).

DOR

14. - Melhorar o conhecimento do cuidador sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas.

- Determinar a evolução do conhecimento do cuidador sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas.

14.1. O cuidador refere adotar uma posição anti-álgica (em 2 dias).

14.2. O cuidador refere utilizar técnica de distração sugerida (ouvir música que goste) (em 2 dias).

15. - Melhorar o conhecimento do cuidador sobre o controlo de analgesia.

- Determinar a evolução do conhecimento do cuidador sobre o controlo de analgesia.

15.1. O cuidador refira qual a indicação terapêutica do sevredol (em 2 dias).

15.2. O cuidador refere a importância de solicitar medicação de resgate com cuidador sempre que sentir dor (em 2 dias).

15.3. O cuidador refere que deve respeitar um intervalo mínimo de 4h entre as tomas de sevredol (em 2 dias).

15.4. O cuidador refere a importância de registar todas as administrações de sevredol que necessite realizar (em 2 dias).

FAMÍLIA

PREPARAÇÃO DA FAMÍLIA PARA INTEGRAR UM FAMILIAR DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO

1. - Melhorar o conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente.

- Determinar a evolução do conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente.

1.1. A família refere a importância de todos os membros significativos para o doente participarem nos seus cuidados (em 2 dias).

1.2. A família refere a importância da partilha e intimidade que resultam dos momentos de cuidados ao doente (em 2 dias).

1.3. A família refere a importância de dividir tarefas e partilhar cuidados ao doente (em 2 dias).

2. - Melhorar conhecimento da família sobre necessidades do familiar dependente.

- Determinar a evolução do conhecimento da família sobre necessidades do familiar dependente.

2.1. A família refere algumas situações de crise ou agudização da doença do doente (em 2 dias).

2.2. A família refere alguns cuidados que pode ter relativamente a situações de crise ou agudização da doença do doente, que possam vir a surgir (em 2 dias).

3. - Facilitar à família o acesso a apoio social para o exercício do papel de cuidador.

- Determinar a evolução da capacidade de acesso da família a apoio social para o exercício do papel de cuidador.

3.1. A família refere quais os apoios sociais a que pode ter direito (em 2 dias).

3.2. A família refere ter tido contato por parte do serviço social da EIHSCP (em 2 dias).

3.3. A família refere refere quais os contatos que pode utilizar para aceder aos serviços (em 2 dias).

EVOLUÇÃO DO CLIENTE

Na **primeira sessão, dia 14/03**, a EIHSCP observou o doente, que se encontrava acompanhado pela esposa. De acordo com os registos, o doente apresentou períodos de inquietação durante a noite e febre. À avaliação: doente sentado no cadeirão, sente-se com muito sono, sonolento, mas facilmente despertável. Consciente e orientado, referindo não ter dormido durante a noite. Nega dor. Apresenta dispneia melhorada com O2 a 60%, sem sinais desconforto em repouso, mas dispneia a pequenos esforços. O doente verbaliza sentir-se desanimado com os tratamentos, complicações e internamentos e com medo de morrer.

O objetivo imediato foi de controlo sintomático e proporcionar conforto através de ajuste terapêutico. Foram estabelecidas prioridades e um plano de cuidados.

Foi identificada a cuidadora, a esposa, com necessidade de intervenção imediata nomeadamente na área do conhecimento e capacitação. Esposa preocupada com estado do doente, com o que o espera e com o facto de não dormir. A esposa descreve períodos de confusão e agitação nocturna, nos últimos tempos e incumprimento terapêutico, por parte do doente. Doente mostra-se sempre algo renitente a novas medicações e a um grande número de fármacos, é necessário sempre alguma negociação e mesmo assim às vezes não cumpre em ambulatório.

Na primeira sessão, decide-se manter a consciência, dor, obstipação, para avaliação e vigilância, pela sua pertinência e relação com o diagnóstico médico e restantes diagnósticos de enfermagem, como já explicado anteriormente.

O doente teve acompanhamento por parte da EIHSCP durante todos os dias úteis, acompanhando a sua evolução e reajustando, sempre que necessário o plano de cuidados.

Foi realizado o pedido de apoio de Psicologia, da EIHSCP, que ficou a acompanhar doente.

Na **segunda sessão, de dia 17/03**, o doente refere dor anca controlada em repouso, com necessidade de realizar SOS durante a noite. Diz que esta noite dormiu um pouco melhor: fez mais pequenos períodos de sono, mas mantém insónia durante grande parte da noite, referindo sensação de inquietação/ansiedade e não consegue descansar. Encontrava-se sentado no cadeirão a dormir mas acorda facilmente à chamada. Apresenta melhoria em relação à dispneia, com diminuição do O2 suplementar. Refere manter algum desconforto persistente mas desvaloriza perante a insónia e a xerostomia que também o tem incomodado bastante apesar de já estar com cânula nasal. Foi realizado ajuste da terapêutica, para melhorar sono e ansiedade e mantém acompanhamento pelo psicólogo da equipa. A esposa estava presente na visita e também foi mantido e reavaliado o plano de cuidados.

Assim, foram atingidos alguns resultados positivos, encontrando-se resolvidos os seguintes diagnósticos:

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [RESOLVIDO] 17-03-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para otimizar a ventilação [RESOLVIDO] 17-03-2023 08:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa [RESOLVIDO] 17-03-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa [RESOLVIDO] 17-03-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção do sono [RESOLVIDO] 17-03-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 17-03-2023 08:00

Potencial da família para melhorar acesso a apoio social para o exercício do papel de cuidador [RESOLVIDO] 17-03-2023 08:00

Desta forma, na segunda sessão, foram controlados sintomas, mantendo-se alguns focos de atenção dada a pertinência da sua avaliação e vigilância, nomeadamente, a obstipação e consciência pela sua relação com a patologia de base.

Relativamente ao domínio Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado manteve-se pela necessidade de melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente e também de melhorar conhecimento sobre necessidades do familiar dependente.

Mantiveram-se diagnósticos por não se terem atingido todos os critérios de resultado para os

respetivos objetivos.

Na terceira sessão, de 20/03, o doente tem alta para domicílio, com acompanhamento da EIHS CP (contato telefónico e consulta externa). Apresenta controlo da dispneia, mantém ansiedade, medo e insónia. Mantém acompanhamento pelo psicólogo da equipa.

Nesta sessão obtiveram-se resultados positivos, dado que se encontrava controlado sintomaticamente, à exceção do medo, ansiedade e insónia, mas com resolução de alguns diagnósticos:

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 20-03-2023 08:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono [RESOLVIDO] 20-03-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [RESOLVIDO] 20-03-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 20-03-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade [RESOLVIDO] 20-03-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 20-03-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 20-03-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para usar estratégias de controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 20-03-2023 08:00

Potencial da família para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente [RESOLVIDO] 20-03-2023 08:00

Os restantes diagnósticos não foram resolvidos nestas sessões e justifica-se pelo fato de nem sempre ser o momento oportuno para intervir e também pela quantidade de informação dada em cada sessão. Na tentativa de aproveitar o máximo possível o tempo e disponibilidade do doente e família, para fornecer conhecimento e capacitar perante os vários diagnósticos e necessidades, mas o próprio contexto e capacidades inatas impedem que sejam retidas e apreendidas com a rapidez que gostaríamos. O tempo é um elemento influenciador e em certa medida limitador.

De referir que o doente e esposa mantiveram contato com a equipa, realizando vários contatos telefónicos, não só para validação de conhecimento, mas também com novas necessidades.

Portanto, o plano de cuidados e a sua reavaliação manteve-se conforme as necessidades do doente, cuidadora e familiares de acordo com as competências especializadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa.

3.7. Diagnósticos

Consciência

14-03-2023 08:00

Consciência comprometida

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciência [Turno manhã]

Dor

14-03-2023 08:00

Dor

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução da dor [Turno manhã]

17-03-2023 08:00 - Posicionar para aliviar a dor

17-03-2023 08:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

Intervenções de Enfermagem

17-03-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

17-03-2023 08:00 - Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [Turno manhã]

Potencial para melhorar conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente

Intervenções de Enfermagem

17-03-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente

17-03-2023 08:00 - Ensinar sobre uso de analgesia controlada pelo cliente [Turno manhã]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 20-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

17-03-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [FIM] 20-03-2023 08:00

Sistema respiratório

14-03-2023 08:00

Dispneia

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução da dispneia [Turno manhã]

14-03-2023 08:00 - Posicionar para otimizar a ventilação [Turno manhã]

Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [Turno manhã]

14-03-2023 08:00 - Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia [Turno manhã]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [RESOLVIDO] 17-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de episódios de dispneia [Turno manhã] [FIM] 17-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção dos episódios de dispneia [Turno manhã] [FIM] 17-03-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para otimizar a ventilação

[RESOLVIDO] 17-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para otimizar a ventilação [Turno manhã] [FIM] 17-03-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para otimizar a ventilação

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia do cuidador para otimizar a ventilação [Turno manhã]

14-03-2023 08:00 - Analisar com o cuidador os resultados alcançados [Turno manhã]

14-03-2023 08:00 - Elogiar o desempenho do cuidador [Turno manhã]

Eliminação intestinal

14-03-2023 08:00

Obstipação

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de obstipação [Turno manhã]

14-03-2023 08:00 - Referenciar obstipação ao médico [Turno manhã]

Mucosas

14-03-2023 08:00

Membrana mucosa comprometida [RESOLVIDO] 20-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas [Turno manhã] [FIM] 20-03-2023 08:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa [RESOLVIDO] 17-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa [Turno manhã] [FIM] 17-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Ensinar sobre tratamento da membrana mucosa [Turno manhã] [FIM] 17-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Ensinar sobre sinais de complicação da membrana mucosa [Turno manhã] [FIM] 17-03-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa [RESOLVIDO] 17-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa [Turno manhã] [FIM] 17-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre sinais de complicação dos compromissos da membrana mucosa [Turno manhã] [FIM] 17-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre tratamento do compromisso da membrana mucosa [Turno manhã] [FIM] 17-03-2023 08:00

Sono

14-03-2023 08:00

Sono comprometido

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução do sono [Turno manhã]

14-03-2023 08:00 - Referenciar sono comprometido ao médico [Turno manhã]

Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono [RESOLVIDO]

20-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção do sono [Turno manhã] [FIM] 20-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Ensinar sobre padrão de sono [Turno manhã] [FIM] 20-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Ensinar sobre complicações do sono comprometido [Turno manhã] [FIM] 20-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Ensinar sobre estratégias de promoção do sono [Turno manhã] [FIM] 20-03-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção do sono

[RESOLVIDO] 17-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre promoção do sono [Turno manhã] [FIM] 17-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre padrão de repouso e sono [Turno manhã] [FIM] 17-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre complicações do sono comprometido [Turno manhã] [FIM] 17-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre gestão do padrão de repouso e de atividade do cliente [Turno manhã] [FIM] 17-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias de promoção do sono [Turno manhã] [FIM] 17-03-2023 08:00

Emoção

14-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [Turno manhã]

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre o luto

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto [Turno manhã]

Ansiedade

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução da ansiedade [Turno manhã]

14-03-2023 08:00 - Referenciar ansiedade ao médico [Turno manhã]

Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [RESOLVIDO] 20-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [Turno manhã] [FIM] 20-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade [Turno manhã] [FIM] 20-03-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 20-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade [Turno manhã] [FIM] 20-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização
[Turno manhã] [FIM] 20-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo
da ansiedade [Turno manhã] [FIM] 20-03-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade

[RESOLVIDO] 20-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o sono e a
ansiedade [Turno manhã] [FIM] 20-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre padrão do sono e ansiedade
[Turno manhã] [FIM] 20-03-2023 08:00

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo
da ansiedade [Turno manhã]

14-03-2023 08:00 - Instruir estratégias de relaxamento [Turno manhã]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 17-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias de
controlo da ansiedade [Turno manhã] [FIM] 17-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade [Turno
manhã] [FIM] 17-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias de relaxamento [Turno manhã]
[FIM] 17-03-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para usar estratégias de controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 20-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para usar estratégias de
controlo da ansiedade [Turno manhã] [FIM] 20-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Instruir cuidador para executar estratégias de relaxamento [Turno
manhã] [FIM] 20-03-2023 08:00

Luto comprometido

Potencial para melhorar significado atribuído à perda

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [Turno manhã]

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução do significado atribuído à perda [Turno manhã]

Medo

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução medo [Turno manhã]

14-03-2023 08:00 - Executar escuta ativa [Turno manhã]

14-03-2023 08:00 - Encorajar expressão de emoções [Turno manhã]

Luto antecipatório

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução do luto [Turno manhã]

14-03-2023 08:00 - Promover escuta ativa [Turno manhã]

Potencial para melhor conhecimento sobre fatores concorrentes com o medo.

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar a evolução da consciencialização dos fatores concorrentes com o medo. [Turno manhã]

14-03-2023 08:00 - Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com o medo. [Turno manhã]

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do medo.

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo do medo. [Turno manhã]

14-03-2023 08:00 - Instruir estratégias de autocontrolo do medo. [Turno manhã]

Luto Antecipatório

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução do luto [Turno manhã]

14-03-2023 08:00 - Executar escuta ativa [Turno manhã]

14-03-2023 08:00 - Promover ventilação emoções [Turno manhã]

Autogestão do regime medicamentoso

14-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para gerir o regime medicamentoso [Turno manhã]

Autogestão do regime medicamentoso comprometida

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [Turno manhã]

14-03-2023 08:00 - Assistir a gerir o regime medicamentoso [Turno manhã]

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 20-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso [Turno manhã] [FIM] 20-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Assistir o cliente a identificar compromisso na autogestão do regime medicamentoso [Turno manhã] [FIM] 20-03-2023 08:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [Turno manhã]

14-03-2023 08:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [Turno manhã]

14-03-2023 08:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso [Turno manhã]

14-03-2023 08:00 - Ensinar sobre resposta à medicação [Turno manhã]

14-03-2023 08:00 - Ensinar sobre efeitos secundários da medicação [Turno manhã]

14-03-2023 08:00 - Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da

vigilância [Turno manhã]

14-03-2023 08:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso através de informoterapia [Turno manhã]

Potencial para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para gerir regime medicamentoso [Turno manhã]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 20-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso [Turno manhã] [FIM] 20-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre gestão do regime medicamentoso [Turno manhã] [FIM] 20-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre regime medicamentoso [Turno manhã] [FIM] 20-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre resposta à medicação [Turno manhã] [FIM] 20-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre efeitos secundários da medicação [Turno manhã] [FIM] 20-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre ajuste da medicação de acordo com resultados da vigilância [Turno manhã] [FIM] 20-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre gestão do regime medicamentoso através de informoterapia [Turno manhã] [FIM] 20-03-2023 08:00

Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado

14-03-2023 08:00

Potencial da família para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente [RESOLVIDO] 20-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente [Turno manhã] [FIM] 20-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Ensinar a família sobre estratégias facilitadoras da integração de um familiar dependente [Turno manhã] [FIM] 20-03-2023 08:00

Potencial da família para melhorar conhecimento sobre necessidades do familiar dependente

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento da família sobre as necessidades do familiar dependente [Turno manhã]

14-03-2023 08:00 - Ensinar a família sobre necessidades do familiar dependente [Turno manhã]

Potencial da família para melhorar acesso a apoio social para o exercício do papel de cuidador [RESOLVIDO] 17-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

14-03-2023 08:00 - Avaliar evolução do acesso da família a apoio social para o exercício

do papel de cuidador [Turno manhã] [FIM] 17-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Providenciar apoio social para a família [Turno manhã] [FIM]

17-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Referenciar ao serviço social a necessidade de apoio à família [Turno manhã] [FIM] 17-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Informar família sobre serviços comunitários [Turno manhã] [FIM]

17-03-2023 08:00

14-03-2023 08:00 - Informar a família sobre legislação [Turno manhã] [FIM] 17-03-2023 08:00

3.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

Perante o caso apresentado e as necessidades várias do doente paliativo é exigido que os enfermeiros e sobretudo os especialistas nesta área, possuam um vasto leque de conhecimento não só da patologia, mas também das formas como o doente e os seus familiares/cuidador podem adaptar-se tanto à condição patológica como às alterações que esta possa trazer ao seu quotidiano, necessitando de permanente apoio.

A doença causa perdas que influenciam não só o doente, mas também a família/cuidador que terão de se reajustar e dar resposta à nova condição do familiar, ao mesmo tempo que procura gerir as suas emoções de forma saudável.

Para dar resposta aos objetivos para o presente plano de cuidados foi necessário que as intervenções de enfermagem fossem dirigidas e personalizadas, baseadas na melhor e mais recente evidência, de forma a controlar sintomas, promover conforto a todos os níveis e qualidade de vida, minimizando o sofrimento.

Como a EIHSCP é uma equipa de consultadoria que dá apoio não só ao doente, família/cuidador, mas também aos profissionais do hospital envolvidos no cuidado direto, a equipa presta também apoio e capacita os enfermeiros do serviço, quando necessário, para proporcionar os melhores cuidados e atingir os respetivos objetivos. Assim, as intervenções de enfermagem, numa EIHSCP, num doente internado, como no presente caso, baseiam-se em intervenções no âmbito do avaliar, capacitar, informar, instruir e algumas vezes referenciar, não esquecendo da escuta ativa e reforços positivos.

Assim, as intervenções de enfermagem visam dar resposta aos objetivos e de acordo com as prioridades, após a identificação dos vários diagnósticos e pelas respetivas avaliações, promoção de conhecimento e capacitação tentar controlar e/ou resolver as várias necessidades.

3.8. Especificação das intervenções

Posicionar para otimizar a ventilação

- Posicionar no leito com cabeceira elevada ou posição sentado

Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia

- Informar sobre administrar sevredol em SOS antes de atividade que gera dispneia intensa
- Informar sobre gerir atividade e repouso
- Informar sobre posicionamentos com cabeceira elevada ou sentado
- Informar sobre uso de ventoinhas para direcionar ar para a cara
- Informar sobre estratégias de distração (música, TV)

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

- Informar para cumprir terapêutica segundo guia terapêutico
- Informar para administração de SOS sevredol, se dor ou dispneia, 4/4h
- Informar sobre registar todas as administrações de SOS.

Ensinar sobre estratégias de promoção do sono

- Informar sobre correção de fatores reversíveis (ex: controlo sintomático)
- Informar sobre higiene de sono (deitar e levantar em horas certas, evitar cestas, relaxar antes de dormir, evitar uso TV)
- Informar sobre gerir ambiente (baixa luz, sem ruído, ambiente confortável)

Ensinar sobre regime medicamentoso

- Disponibilizar guia terapêutico
- Informar sobre efeito terapêutico, hora e via de administração, efeitos secundários

Ensinar cuidador sobre gestão do regime medicamentoso

- Informar para cumprir terapêutica segundo guia terapêutico
- Informar para administração de SOS sevredol, se dor ou dispneia, 4/4h
- Informar para registar todas as administrações de SOS.

Ensinar cuidador sobre prevenção dos episódios de dispneia

- Informar sobre administrar sevredol em SOS antes de atividade que gera dispneia intensa
- Informar sobre gestão atividade e repouso
- Informar sobre posicionamento com cabeceira elevada ou sentado
- Informar sobre uso de ventoinhas para direcionar ar para a cara
- Informar sobre estratégias de distração (música, TV)

Instruir estratégias de relaxamento

- Informar sobre colocar música a gosto do doente, ver TV.
- Informar sobre gerir ambiente (Tranquilo e confortável).

Ensinar sobre tratamento da membrana mucosa

- Informar sobre a utilização de cubos de gelo ou em lâminas com sabores cítricos consoante a tolerância do doente;
- Informar sobre o uso de água em spray;
- Informar sobre a importância de utilizar creme hidratante em stick para os lábios.

Ensinar sobre sinais de complicação da membrana mucosa

- Informar sobre a importância de observação da cavidade oral e membrana mucosa quanto à coloração, presença de manchas, presença de placas aderentes e sensação de secura (xerostomia);

Ensinar cuidador sobre tratamento do compromisso da membrana mucosa

- consoante a tolerância do doente;
- Informar sobre o uso de água em spray;
- Informar sobre a importância de utilizar creme hidratante em stick para os lábios.

Ensinar cuidador sobre sinais de complicação dos compromissos da membrana mucosa

- Informar sobre a importância de observação da cavidade oral e membrana mucosa quanto à coloração, presença de manchas, presença de placas aderentes e sensação de secura (xerostomia);

Ensinar cuidador sobre regime medicamentoso

- Disponibilizar guia terapêutico
- Informar sobre efeito terapêutico, hora, via, efeitos secundários

Ensinar cuidador sobre estratégias de promoção do sono

- Informar sobre correção de fatores reversíveis (ex: controlo sintomático)
- Informar sobre higiene de sono (deitar e levantar em horas certas, evitar cestas, relaxar antes de dormir, evitar uso TV)
- Informar sobre gerir ambiente (baixa luz, sem ruído, ambiente confortável)

Avaliar evolução da dor

- Utilizando a escala numérica

Ensinar cuidador sobre estratégias de relaxamento

- Informar sobre colocar música a gosto do doente, ver TV.
- Gerir ambiente (ambiente tranquilo e confortável).

Ensinar cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade

- Informar sobre a utilização da técnica de relaxamento (técnica de dissociação);
- Informar sobre a importância para controlar fatores causadores de ansiedade (dispneia, dor)
- Informar sobre a importância de expressar a emoção.

Instruir cuidador para executar estratégias de relaxamento

- Informar sobre técnicas de relaxamento (dissociação respiratória);
- Informar sobre técnicas de distração (colocar música a gosto do doente, TV).

Ensinar cuidador sobre gestão do regime medicamentoso através de informoterapia

- Informar sobre importância da gestão de regime medicamentoso com recurso a esquema terapêutico escrito.

Ensinar a família sobre estratégias facilitadoras da integração de um familiar dependente

- Informar sobre a importância da participação nos cuidados dos membros da família significativos ;
- Informar sobre importância dos momentos de partilha e intimidade que resultam dos cuidados prestados ao doente.

Ensinar a família sobre necessidades do familiar dependente

- Informar, antecipando, sobre situações de crise ou agudizações;
- Informar sobre cuidados antecipatórios adequados às situações de crise ou agudizações.

Instruir estratégias de autocontrolo do medo.

- Informar sobre técnica de dissociação (Cheirar flor e soprar vela)
- Informar sobre a importância para controlar fatores causadores de medo
- Informar sobre expressão de emoções

Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

- Informar sobre posição anti-álgica.
- Informar sobre utilização da técnica de dissociação respiratória (cheirar uma flor e soprar uma vela).
- Informar sobre a técnica de distração sugerida (ouvir música que goste).

Ensinar sobre uso de analgesia controlada pelo cliente

- Informar sobre indicação terapêutica do sevredol.
- Informar sobre importância de solicitar medicação de resgate com sevredol sempre que sentir dor.
- Informar sobre respeitar um intervalo mínimo de 4h entre as tomas de sevredol
- Informar sobre importância de registar todas as administrações de sevredol que necessite realizar.

4. CONCEÇÃO DE CUIDADOS ESTÁGIO 2: INTERNAMENTO UCP

743_2_Prof P Marques_2

4.1. Enquadramento teórico

INTRODUÇÃO:

A conceção, implementação e avaliação dos planos de cuidados, intrínsecos às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa incluem que envolvimento não só do indivíduo, como dos seus cuidadores/ familiares. Os planos de cuidados visam dar resposta às necessidades, recursos, objetivos e tomadas de decisão, preservando a dignidade, maximizando a sua qualidade de vida e alívio do sofrimento (Regulamento n.º 188/2015, Diário da República, II.ª série — N.º 78 — 22 de abril de 2015).

No âmbito da unidade curricular Estágio de natureza profissional com relatório (Módulo II), do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, a decorrer no ano letivo de 2022/2023, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, surge como objetivo o desenvolvimento de competências no âmbito da conceção de planos de cuidados, baseado em evidência científica. Assim pretende-se responder ao desígnio jurídico regulamentar da profissão e também aplicar de forma integrada e integradora dos conhecimentos disciplinares específicos, utilizando a ferramenta disponibilizada pela ESEP (Plataforma Educacional “e4nursing”).

A Ontologia de Enfermagem pode contribuir para a representar a ação do enfermeiro que provoca não só resultados em saúde, mas também facilitando e contribuindo para o processo de ensino/aprendizagem, sendo esta um recurso do e4nursing (Bastos et al., 2021).

Existem várias leis que definem e regulamentam os Cuidados Paliativos. Numa perspetiva cooperativa, os Cuidados Paliativos devem estar organizados numa estrutura coordenada, integrada e funcional que deve operacionalizar-se desde unidades de internamento até à comunidade e no domicílio.

Segundo a Lei de Bases de CP, lei nº 52/2012, BASE XIV, as equipas locais de cuidados paliativos, dividem-se em Unidades de cuidados paliativos (UCP); Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP) e equipas comunitárias de suporte em cuidados

paliativos (ECSCP), sendo estas multiprofissionais, integrantes e contratualizadas com a RNCP, estão articuladas entre si e com a coordenação regional.

Dado que o presente estágio se desenvolveu numa unidade de internamento de uma unidade cuidados paliativos, importa saber com o legislação a define. Portanto, a BASE XVI define unidade de cuidados paliativos como um serviço que trata de doentes com necessidades específicas em cuidados paliativos, diferenciados e multidisciplinares, em situação clínica aguda complexa e estas unidades podem ter diferentes valências, nomeadamente de internamento, apoio intra-hospitalar, centro de dia, apoio domiciliário e consulta externa.

CENÁRIO:

Sr. M., 67 anos de idade, casado e tem duas filhas (A e R). Vive com esposa e filha A. (mais nova), sendo as cuidadoras, com apoio da filha R. que vive perto. Tem 2 netos da filha R. Diagnosticado em dezembro de 2022 com Adenocarcinoma Gástrico Irressecável, através de Endoscopia Digestiva Alta (EDA), com biópsias e TAC. Em janeiro de 2023 realizou cirurgia, laparotomia exploradora, considerando doença irressecável, com metástases ganglionares não regionais. Doente foi proposto, em março de 2023, para tratamento sintomático. Realizou RT hemostática final de março de 2023.

No dia 1 de maio recorre ao Serviço de Atendimento Não Programado (SANP) por icterícia colestática e dor não controlada, mantendo tolerância alimentar com trânsito intestinal regular e sem perdas hemáticas. Fica internado no Serviço de Cuidados Paliativos para controlo sintomático (Icterícia e dor não controlada) e para colocação de endoprótese biliar por radiologia de intervenção.

No dia 02 o doente encontrava-se aparentemente orientado, colaborante dentro das suas possibilidades, lentificado e asteniado. Apresentava Icterícia de pele e mucosas, sem prurido. Diminuição da força nos membros inferiores (MIs) e edemas, deslocando-se em cadeira de rodas. Dependente em todos os autocuidados, apresenta incontinência urinária e fecal. Mantem dor abdominal à direita e insónia. Realizou colocação de dreno biliar misto, por radiologia de intervenção, que fica em drenagem. Acompanhado pela filha R.

No dia 03, o Sr. M estava mais debilitado e com astenia. Pela incontinência apresenta maceração na região perineal, com desconforto associado, sendo colocado coletor urinário para conforto. Apresentava também xerostomia. Acompanhado pela filha R. com expectativas realistas, face ao prognóstico, com medo e ansiedade. Filha solicita apoio psicológico para o pai. Foi promovida escuta ativa e ventilação de emoções à filha, filha refere que o Sr. M. desde o dia da cirurgia e do confronto com o prognóstico ficou muito fechado com as filhas e esposa, não expondo as suas emoções e escondendo sintomas, porém solicitou a visita do padre em casa há 15 dias.

No dia 05 o Sr M. e filha R. tiveram avaliação por Psicologia.

No dia 11. Sr. M. apresentava flutuações do estado de consciência. Filha consciente do aparente agravamento do doente. Doente sintomaticamente controlado e manifesta vontade de ir a casa.

No dia 17 proporciona-se ida a casa. Ausentou-se 2 dias a cuidado das filhas, após capacitação das mesmas, fornecendo os contatos da equipa. Sr. M. muito sorridente, feliz. Filha R. ansiosa, mas feliz por ajudar a concretizar desejo do pai.

No dia 19 regressou ao IPO, filhas referem que Sr. M. permaneceu grande parte do tempo no seu quarto e pouco comunicativo. Iniciou quadro de agravamento, com flutuações do estado de consciência, via oral instável, febre, dispneia, dor abdominal. Filhas acompanharam internamento do Sr. M., ajustadas à fase de últimas horas/dias de vida, que faleceu no dia 26.

ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

A doença oncológica produz na pessoa e cuidadores um turbilhão de sentimentos, incerteza, insegurança e medo, acabando por se refletir nas relações interpessoais e profissionais e na vida futura. O cancro causa um grande impacto a vários níveis, físico, psicológico, social e espiritual da pessoa que se inicia no momento em que recebe o diagnóstico. Desta forma, esta patologia continua a revelar-se temida, não só por se tratar de uma doença ameaçadora de vida, mas também pelo tratamento e consequências na pessoa e família/ pessoas significativas.

O carcinoma gástrico é uma das principais causas de morte por cancro em todo o mundo. O diagnóstico tardio e tratamento ineficaz para a doença avançada, são apontados como as principais causas para as altas taxas de mortalidade. Tanto a agressividade, como a apresentação de doença inoperável ou metastática, ao diagnóstico, corroboram as elevadas taxas de mortalidade (AEOP, 2011). Segundo a European Society for Medical Oncology (ESMO), em 2020 foram estimados mais de 1 milhão (1.089.103) novos casos de cancro gástrico e 768.793 mortes. As taxas mais altas de carcinoma gástrico surgem na Ásia Oriental, Europa Central e Oriental e América do Sul. Nos últimos 60 anos tem-se verificado um declínio gradual da sua incidência na Europa Ocidental e no Norte América (Lordick et al., 2022). Nos homens, a incidência é duas vezes maior que nas mulheres. Como factores de risco sugerem o carcinoma gástrico associado com:

Infecção por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), uso de álcool, alta ingestão de sal e baixo consumo de frutas e legumes. O cancro gástrico proximal (cárdia) é associada à obesidade e refluxo gastroesofágico e é mais comum na América do Norte e Europa Ocidental. O cancro gástrico positivo para o vírus Epstein-Barr (EBV) é mais prevalente no fundo ou corpo (62%) e sua prevalência parece ser semelhante na Ásia, Europa e Américas. (Lordick et al., 2022, p.1)

O cancro gástrico apresenta predisposição genética hereditária em até 3% dos casos e demonstra agregação familiar (vários casos na mesma família, familiares diretos com carcinoma gástrico) em aproximadamente 10%. “Há evidências consistentes de que a erradicação do *H. pylori* reduz substancialmente a incidência de cancro gástrico em indivíduos saudáveis, pacientes com atrofia gástrica e pessoas com história familiar de câncer gástrico.^{10,11} de cancro gástrico segue um padrão de progressão gradual (conhecido como Cascata Correa) da mucosa normal para gastrite não atrófica, gastrite atrófica com ou sem metaplasia intestinal (MI), displasia e finalmente cancro.” (Lordick et al., 2022, p.2). De acordo com a ESMO, a implementação de programas de rastreio populacional e endoscópico de cancro gástrico, em países de alto risco, resultaram em maiores taxas de deteção em estágio inicial, e mortalidade reduzida. Em países de baixa incidência, a triagem endoscópica em indivíduos assintomáticos não é recomendada, sendo apenas se recomendada em regiões com alta incidência. “História familiar de cancro gástrico ou gastrites persistentes associadas ao *H. pylori* devem ser submetida a vigilância endoscópica com biópsias guiadas a cada 3 anos.” (Lordick et al., 2022, p.2). Se existir suspeita de síndrome de cancro familiar, o caso deve ser acompanhado também pela genética. (Lordick et al., 2022). O cancro gástrico, em fase inicial, é normalmente assintomático, mas sintomático na doença avançada, sendo os sinais e sintomas mais comuns: “disfagia, astenia, indigestão, vômitos, perda de peso, saciedade precoce e/ou anemia por deficiência de ferro. Em muitos casos, no entanto, esses sintomas inespecíficos não levam a investigações urgentes. No geral, 60% das pessoas com cancro gástrico não são elegíveis para tratamento curativo devido à apresentação tardia ou comorbilidades” (Lordick et al., 2022, p.2). O diagnóstico é realizado por exame endoscópico e as biópsias com fórceps. Para uma adequada representação do tumor e diagnóstico devem ser realizadas múltiplas biópsias endoscópicas. “A ultrassonografia endoscópica (USE) também é uma ferramenta útil para identificar regiões infiltradas da parede gástrica. A ressecção endoscópica da mucosa (EMR) e a dissecação endoscópica da submucosa (ESD) também podem ser usadas para o diagnóstico.” (Lordick et al., 2022, p.2). Aproximadamente 90% dos cancros gástricos são adenocarcinomas e são reconhecidos cinco tipos histológicos principais: tubular, papilar, de células pouco coesas (incluindo células em anel de sinete), mucinosos e mistos (Lordick et al., 2022). É essencial um estadiamento rigoroso do tumor para adequar os tratamentos. O estadiamento deve ser realizado de acordo com o manual de estadiamento da 8ª edição do *American Joint Committee on Cancer (AJCC)/Union for International Cancer Control (UICC) TNM (tumour node metastasis)*(Lordick et al., 2022). Como já referido anteriormente, grande parte dos doentes são diagnosticados com doença localmente avançada ou metastática. “No cenário da doença avançada, o acompanhamento regular é recomendado para detectar sintomas de progressão da doença antes da deterioração clínica significativa. Se houver suspeita de progressão da doença, deve-se realizar história clínica, exame físico e exames de sangue direcionados” (Lordick et al., 2022, p.11). Os doentes com cancro gástrico devem ter um encaminhamento precoce para cuidados paliativos para controlo sintomático e suporte nutricional, dado que os cuidados de

suporte são fundamentais para o seu bem-estar e conforto. “Um recente estudo randomizado de fase III demonstrou um aumento na sobrevida de 3 meses para pacientes que receberam cuidados de suporte multidisciplinares em comparação com aqueles que receberam tratamento padrão” (Lordick et al., 2022, p.10). Segundo as Linhas de Consenso - Cancro Gástrico, da AEOP (2011), a intervenção do enfermeiro inicia-se desde o momento do diagnóstico e o tratamento paliativo é considerado como a opção terapêutica para tumores avançados e irrissecáveis cirurgicamente. Tratamentos como quimioterapia e radioterapia surgem de forma a promover a melhoria da qualidade de vida do doente e controlo sintomático. A abordagem nutricional é fundamental para controlar sintomas gastrointestinais relacionadas com a progressão da doença ou tratamentos.

Quando a morte é evidente no seio familiar, toda sua estrutura é afetada, gerando grande sofrimento. (...) Paciente e família devem ser considerados como uma unidade de cuidado e necessitam de assistência qualificada da equipe de cuidados paliativos, por meio de ações que diminuam o impacto da doença e assegurem a dignidade no processo de morrer. Em síntese,(...) desafio constante para os profissionais de saúde, sendo sempre uma situação de difícil intervenção e que exige importante preparo por parte de toda a equipe interdisciplinar. (Conceição et al., 2021, p.6087-6088)

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 67 anos | Masculino

Cuidador

01-05-2023 08:00

Nome do cuidador: Fiha R.

Parentesco: Filha / Filho.

Coabita com a pessoa dependente (Não).

Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.

Capacidade do cuidador para adquirir informação: Sem dificuldade em reter nova informação.

Capacidade do cuidador para recuperar informação: Sem dificuldade em recuperar informação.

Capacidade física do cuidador para assistir no andar: suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar parcialmente.

Capacidade física do cuidador para dar banho

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar parcialmente.

Capacidade física do cuidador para deslocar cliente em cadeira de rodas: suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para posicionar

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar parcialmente.

Capacidade física do cuidador para transferir

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar na totalidade.

Família

01-05-2023 08:00

Família alargada.

Família com idosos ou familiar dependente.

Presença de animal doméstico (Não).

Papel do cliente na família: Provedor financeiro, Gestor de atividades familiares .

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-05-01 08:00:00	Alfentanilo, 3mg, ISC, 12/12h	
2023-05-01 08:00:00	Haloperidol, 2mg, ISC, 12/12h	
2023-05-01 08:00:00	Clotrimazol, 1mg, tópico, 8/8h	
2023-05-01 08:00:00	Levetiracetam, 1000mg solução oral, PO, 12/12h	
2023-05-01 08:00:00	Paracetamol, 1000mg, retal, 6/6h	
2023-05-01 08:00:00	Metamizol, 2000mg, EV, 12/12h em SOS	
2023-05-01 08:00:00	Midazolam, 5mg, SC, 1/1h em SOS	
2023-05-01 08:00:00	Morfina, 5mg, SC, 1/1h em SOS	

Início	Medicação	Fim
2023-05-01 08:00:00	Diazepam, 10mg, retal, SOS	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, artigo 9.º, alínea e), os enfermeiros “procedem à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais”. Dado isto, neste capítulo realiza-se um pequeno resumo das principais características da medicação prescrita e dos principais aspetos de enfermagem a considerar.

Alfentanilo:

Opióide que devido à sua curta duração de ação tem como indicação a dor irruptiva e controlo de dor em procedimentos dolorosos. Também é útil em doentes com dor crónica e insuficiência renal. No caso de dor crónica deve ser usado em infusão contínua e não em bólus intermitentes. Pode ser administrado por via endovenosa ou subcutâneo. O alfentanilo é cerca de 10 a 15 vezes mais potente do que a morfina. Por via intravenosa, o tempo para o início de ação é de 55,7s (intervalo de 15 a 120) e o efeito analgésico máximo ocorre dentro de 1 a 2 minutos. A metabolização é hepática e excreção renal. Fármacos que inibem o citocromo P450 3A4, como fluconazol ou eritromicina, também podem inibir o metabolismo de alfentanilo, aumentando o risco de toxicidade (Gonçalves et al., 2020).

Haloperidol:

Com base no Guia Prático para Controlo Sintomático (2017):

Antipsicótico utilizado na agitação, delírio/ confusão, náuseas e vômitos e oclusão intestinal. Pode ser administrado por todas as vias de administração. Para náuseas/vômitos/occlusão: 2.5 a 5mg de 8/8h ou 12/12. Para agitação/delírio deve iniciar-se com 2mg de 8/8h. Dose máxima de 30mg/dia. Tem uma semivida de 12 a 36h. Metabolização hepática e eliminação 40% pelo rim e 60%intestinal. Como reações adversas surgem a hipotensão ortostática, sedação, sonolência.

Clotrimazol, segundo a INFARMED:

Clotrimazol possui um amplo espectro de atividade antifúngica, permitindo a eliminação eficaz de um grande número de fungos responsáveis por várias doenças. A utilização tópica é indicada no tratamento de infeções fúngicas da pele causadas por dermatófitos, nomeadamente as

micoses interdigitais nas mãos e nos pés, pitiríase versicolor e dermatite das fraldas. Deve ser aplicado na zona a tratar, em camada fina, friccionando ligeiramente, aplicada 2 a 3 vezes por dia. A duração do tratamento é variável: Micose interdigitais 3 - 4 semanas; Pitiríase versicolor 1 - 3 semanas; Dermatite das fraldas 1 semana (após este período, o tratamento pode prosseguir quando indicado pelo médico). Os efeitos secundários, embora não se manifestem em todas as pessoas, são: reação alérgica com desmaios (síncope), tensão arterial baixa (hipotensão), sensação de falta de ar (dispneia) e urticária; desconforto/dor, edema, eritema, prurido, erupção cutânea, ardor/queimadura.

Diazepam:

Com base no Guia Prático para Controlo Sintomático (2017):

Benzodiazepina usada no tratamento da ansiedade, insónia, relaxamento muscular, anticonvulsivante, dispneia. Pode ser administrado pela via oral, EV e retal para um máximo de 30mg/dia e tem ação longa. A sua semivida é de 20-100h, metabolização hepática e eliminação renal. Reações adversas: dependência, sedação, confusão, descoordenação motora, sensação de lentificação, pesadelos, psicose, entre outros. Contraindicado na apneia de sono, insuficiência respiratória grave, miastenia e insuficiência hepática grave. Podem induzir tolerância, dependência física e psíquica e em caso de intoxicação pode usar-se o flumazenilo. Deve ser usado com precaução em idosos, Insuficiência hepática e renal, história de etilismo e toxicodpendência. Interege com outros depressores do SNC, analgésicos opióides, álcool, entre outros. (Pires & Gonçalves, 2017).

Levetiracetam, segundo a INFARMED:

Medicamento antiepilético (usado para tratar crises em epilepsia). Pode ser utilizado como tratamento isolado ou como terapêutica adjuvante. Advertências e precauções em doenças renais, se aumento na gravidade das crises (p.e., aumento do número) e em caso de pensamentos de autoagressão ou suicídio ou depressão. Administração oral realizada duas vezes por dia. Na monoterapia a dose habitual: entre 1.000 mg (2 comprimidos) e 3.000 mg (6 comprimidos) por dia. Na terapêutica adjuvante a dose para adultos e adolescentes (12 aos 17 anos) com peso igual ou superior a 50 kg: Dose habitual: entre 1.000 mg (2 comprimidos) e 3.000 mg (6 comprimidos) por dia. Como efeitos secundários temos a sonolência, cansaço e tonturas poderão ser mais comuns no início do tratamento ou durante o aumento da dose, devendo, diminuir ao longo do tempo.

Metamizol:

Com base no Guia Prático para Controlo Sintomático (2017):

Indicação na dor associada a neoplasias, dor espasmódica, febre, dor aguda não controlada. Pode ser administrado por via oral 575mg 8/8h ou 6/6h e EV 1 a 2ml de 12/12h (máximo de

10ml/dia). A administração EV dever ser muito lentamente (3 a 5min). Semivida de 3horas. Metabolização hepática e eliminação renal. Como reações adversas surgem o calor, rubor, palpitações, náuseas, hipotensão, entre outros. Contraindicado na hipotensão, choque, EAM recente, entre outros (Pires & Gonçalves, 2017).

Midazolam:

Com base no Guia Prático para Controlo Sintomático (2017):

Benzodiazepina indicada para ansiedade, dispneia e angústia. Pode ser administrado por via oral, endovenosa e subcutânea, com a seguinte posologia 2,5 a 15mg de 2/2h, de 4/4h, de 6/6h, de 8/8h ou de 12/12h. Pode ser colocada em perfusão, como em situações de angústia, 30 a 60mg por dia em perfusão contínua nas 24h. A dose máxima é de 60mg por dia. Tem uma ação muito curta, com uma semivida de 1,5-2,5h. A metabolização é hepática e eliminação renal. As reações adversas mais frequentes são: dependência; sedação; sonolência; confusão; descoordenação motora; alteração da memória a curto prazo; dificuldades de concentração; sensação de lentificação do pensamento e diminuição da capacidade de reação; ataxia; psicose; pesadelos; reações psiquiátricas e paradoxais (agitação, irritabilidade, ataques de raiva, agressividade, inquietação, ilusões, alucinações); fraqueza ilusões, alucinações). Contraindicada em apneia do sono; miastenia gravis; insuficiência respiratória grave; insuficiência hepática grave. Se intoxicação está indicado o flumazenilo. A utilização de midazolam deve ser usada com precaução em idosos (usar doses mais baixas); insuficiência renal ou hepática (ajustar a dose); história de hábitos de alcoolismo e toxicod dependência, sabendo também que interage com outros depressores do SNC, analgésicos opióides, álcool, cimetidina, inibidores da protease, dextropropoxifeno, contraceptivos orais, diltiazem, macrólidos, antifúngicos, rifampicina, digoxina, pancurônio e atracúrio.

Morfina:

Com base no Guia Prático para Controlo Sintomático (2017):

Opióide utilizado na dor moderada a severa, dispneia, tosse refratária, hemorragia maciça. Pode ser administrado via oral, SC ou EV. Tem várias formulações de libertação: imediata, prolongada ou morfina de resgate (SOS). Dispneia terminal pode ser perfusão SC contínua. No caso de hemorragia maciça deve associar-se a benzodiazepina. Tem semivida de 2 a 3h. Metabolização hepática e eliminação 90% renal e 10% intestinal. As reações adversas passam por obstipação, náuseas e vômitos, tonturas, confusão, sedação, cefaleias, depressão respiratória, miose. Num naive deve iniciar-se por uma dose baixa e restantes aumentar a dose 30 a 50%. Doses equianalgésicas: 20mg EV=30mg SC=60mg PO. Não há dose limite. Se insuficiência renal dose recomendada de 6/6h ou 8/8h. Diluir em SF 0.9%. Deve associar-se concomitantemente antiemético e laxante (Pires & Gonçalves, 2017).

Paracetamol:

Com base no Guia Prático para Controlo Sintomático (2017):

Indicado para dor e febre. Pode ser administrado por via oral, EV e retal até uma dose máxima de 4000mg/ dia. Tem uma semivida de 1-4h e é metabolizado pelo fígado e eliminado pelo rim. Normalmente é bem tolerado, podendo causar náuseas ou vômitos. Contraindicado na doença hepática grave e deficiência em glucose-6-fosfato (Pires & Gonçalves, 2017).

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas **Sondas, Drenos e Cateteres**

01-05-2023 08:00

01-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para otimizar cateter subcutâneo [SOS]

01-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para otimizar cateter subcutâneo [SOS]

Dreno

Localização do dreno

Abdómen Direita(o)

Conhecimento sobre medidas de segurança com dreno torácico: facilitador.

Intervenções de Enfermagem

01-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da drenagem [1x turno]

01-05-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do dreno [3/3 dias ou SOS]

01-05-2023 08:00 - Otimizar dreno [SOS]

01-05-2023 08:00 - Executar tratamento ao local de inserção do dreno [3/3 dias]

Cateter subcutâneo

Localização do cateter subcutâneo

Braço Direita(o)

Capacidade para otimizar cateter subcutâneo: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para otimizar cateter subcutâneo: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Autoeficácia para otimizar cateter subcutâneo: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Autoeficácia do cuidador para otimizar cateter subcutâneo: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Intervenções de Enfermagem

01-05-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do

cateter subcutâneo [SOS]

01-05-2023 08:00 - Otimizar cateter subcutâneo [SOS]

01-05-2023 08:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter subcutâneo [SOS]

01-05-2023 08:00 - Trocar cateter subcutâneo [SOS]

11-05-2023 08:00

Substância drenada: biliar.

Quantidade drenada pelo dreno de ferida: 100 ml.

Sem complicações no local de inserção do dreno.

Localização do cateter subcutâneo

Braço Direita(o)

Presença de dor (Não).

Presença de calor (Não).

Presença de rubor (Não).

Presença de tumefação (Não).

Presença de exsudado (Não).

Capacidade para otimizar cateter subcutâneo: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Autoeficácia para otimizar cateter subcutâneo: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para otimizar cateter subcutâneo: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Autoeficácia do cuidador para otimizar cateter subcutâneo: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para otimizar cateter subcutâneo

[RESOLVIDO] 17-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

01-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para otimizar cateter subcutâneo [SOS] [FIM] 17-05-2023 08:00

17-05-2023 08:00

Substância drenada: biliar.

Quantidade drenada pelo dreno de ferida: 50 ml.

Sem complicações no local de inserção do dreno.

Localização do cateter subcutâneo

Braço Direita(o)

Presença de dor (Não).

Presença de calor (Não).

Presença de rubor (Não).

Presença de tumefação (Não).

Presença de exsudado (Não).

Capacidade para otimizar cateter subcutâneo: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Autoeficácia para otimizar cateter subcutâneo: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para otimizar cateter subcutâneo: facilitadora.

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

Cateter Subcutâneo

A administração subcutânea (SC) está indicada na ausência de via oral patente devido a alterações cognitivas, deglutição comprometida, vômitos, náuseas, infeções, obstrução intestinal, entre outros, oferecendo uma alternativa minimamente invasiva à administração oral de medicamentos para controlo dos sintomas (Wernli et al., 2022). Trata-se de uma técnica de fácil execução, eficaz, segura; confortável e cómoda para o doente; com baixa taxa de complicações (complicações locais raras); baixo risco de efeitos adversos sistémicos; exequível em diversos contextos de prestação de cuidados (por exemplo, no domicílio); permite administração direta de fármacos e perfusões contínuas com administração conjunta de combinações de fármacos; tem baixo custo.

Contraindicações: recusa do doente; anasarca; necessidade de reposição rápida de volume; trombocitopenia grave, mas ponderada nos casos de caquexia; ascite; síndrome da veia cava superior; áreas com circulação linfática comprometida (após cirurgia ou radioterapia); áreas de infeção, inflamação ou ulceração cutânea.

Desvantagens: limitação do volume e velocidade de infusão (até 1500 ml/24h por local de punção), dependente de compatibilidade de fármacos e absorção variável (influenciada por perfusão e vascularização). Existe limitação de medicamentos/eletrólitos que podem ser infundidos.

Complicações: essencialmente locais, pouco frequentes (frequência aproximada de 5%) e de relativamente fácil tratamento: eritema; dor; inflamação; hematoma; infeção; prurido, sendo necessário a vigilância do local de inserção e de potenciais complicações que habitualmente surgem nos primeiros 3 dias. Tanto o doente, como cuidador/família devem ser instruídos e treinados para a sua ocorrência. Para a seleção do local de punção deve sempre priorizar-se o conforto e a mobilidade do doente. Os locais mais frequentes são: deltóides, região abdominal, região intraclavicular, ântero-lateral da coxa e região interescapular (Gonçalves, 2021).

Os fármacos e fluídos a serem administrados devem obedecer a um conjunto de regras como ter baixa viscosidade, não serem irritantes, nem citotóxicos, terem boa absorção pelo tecido subcutâneo e ter $2 < \text{pH} < 11$. Em caso de indicação, os fluidos a administrar em maiores volumes devem ser soluções isotónicas, como por exemplo: NaCl0.9%; NaCl0.9% com glicose 5%; ou NaCl0.45% com dextrose 5% (Gonçalves, 2021).

Perante a necessidade de administração por parte do cuidador ou família, de acordo com a

posologia prescrita, deve-se treinar o cuidador relativamente à administração, despiste de complicações e procedimento adequado no caso de ocorrerem. Assim, os fármacos devem ser disponibilizados previamente preparados, em seringas de capacidades diferentes e devidamente identificados através de etiquetagem e sistemas de cores diferentes.

Na administração em perfusão podem ser utilizadas máquinas perfusoras portáteis, tendo parametrização fixa pelo que devem ser selecionados de acordo com o volume e duração da perfusão pretendidos. A preparação das perfusões deve obedecer às instruções do dispositivo disponível no momento.

No presente caso, o Sr. M. apresentou cateter subcutâneo durante o internamento e manteve durante a ida a casa, com sistema de DIB, de forma a manter a terapêutica e sintomatologia controlada, sem necessidade de grande manipulação por parte de cuidador/família, sendo devidamente capacitados e treinados para manipular em SOS.

Dreno Biliar

A drenagem percutânea da via biliar é um procedimento médico realizado por radiologia de intervenção, quando há alguma obstrução, com o objetivo de drenar o líquido biliar acumulado em excesso dentro do fígado.

Existem três formas distintas de realizar drenagem percutânea, dependendo das condições clínicas de cada paciente: na Drenagem biliar externa o cateter é colocado através da pele dentro do canal biliar e fica em drenagem para saco coletor; na Drenagem biliar interna-externa: a drenagem é realizada para saco coletor, nas primeiras horas/dias, dado que o cateter também consegue realizar a drenagem da bÍlis para o interior do intestino; na Drenagem biliar interna: existe a colocação de uma prótese (ou stent), de forma a desobstruir e manter a permeabilidade entre as vias biliares e o intestino.

A obstrução das vias biliares leva à acumulação de bilirrubinas no sangue, provocando alteração da coloração da pele e mucosas, que ficam amareladas, icterícia, podendo também causar prurido intenso, na pele do corpo todo. Após realização da drenagem das vias biliares, o paciente pode ter alívio consideravelmente rápido desses sintomas.

Este procedimento pode ser realizado como tratamento provisório até que o paciente tenha condições de realizar um tratamento definitivo. Em outros casos, os cateteres ou próteses de drenagem podem ser mantidos indefinidamente.

O Sr. M. aquando da sua admissão apresentava icterícia sem prurido associado, que diminuiu após realização da drenagem biliar e colocação do dreno. Como já havia realizado o procedimento, a família já estava dotada de conhecimento e capacidade de manipular e realizar

as vigilâncias necessárias.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
01-05-2023 08:00	Consciência	
01-05-2023 08:00	Dor	
01-05-2023 08:00	Eliminação intestinal	
01-05-2023 08:00	Mucosas	
01-05-2023 08:00	Pele	
01-05-2023 08:00	Sono	
01-05-2023 08:00	Emoção	
01-05-2023 08:00	Erguer-se	
01-05-2023 08:00	Transferir-se	
01-05-2023 08:00	Sentar-se	
01-05-2023 08:00	Cuidar da higiene pessoal	
01-05-2023 08:00	Vestir-se ou despir-se	
01-05-2023 08:00	Andar	
01-05-2023 08:00	Alimentar-se	
01-05-2023 08:00	Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado	
01-05-2023 08:00	Atitudes terapêuticas	
01-05-2023 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	

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

Segundo o Browser CIPE, **consciência** é definida como a "resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos; mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior" (ICN, 2019). Em cuidados paliativos o doente pode alterar ou não o seu estado de consciência, com a progressão e agravamento do seu estado e em situação de fim de vida.

Assim, é pertinente manter este domínio ativo, para avaliar as alterações e necessidades de doentes e familiares, na elaboração de um plano holístico, pois influencia diretamente as intervenções realizadas ao doente, nomeadamente a nível das transições e à família/cuidadores.

Um dos sintomas mais frequentemente reportados é a **dor** e está presente em 64% dos doentes com cancro avançado, ou fase terminal da doença (Santos et al., 2015).

A dor é definida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante a uma lesão tecidual real ou potencial”. Também o Browser CIPE define dor 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. (ICN, 2019)

Nos doentes oncológicos, a dor pode justificar-se pelo envolvimento tumoral e consequente compressão nervosa e/ou pela presença de metástases.

Associada à dor oncológica surge, muitas vezes, a dor irruptiva, presente em 40-80% dos doentes oncológicos e mais prevalente nos doentes com doença avançada, sendo “definida como uma exacerbação transitória da dor que ocorre quer espontaneamente quer desencadeada por um fator específico (previsível ou imprevisível), apesar do relativamente estável e adequado controlo da dor basal” (Santos et al., 2015, p. 10). Alguns estudos referem a dor irruptiva como mais frequente nos doentes com cancro da cabeça e pescoço, gastrointestinal e pulmão, podendo a localização do tumor influenciar a sua prevalência (Santos et al., 2015).

A dor pode contribuir para o descontrolo de outros sintomas físicos e/ou psicológicos, devendo ser avaliada sob uma perspetiva multidimensional, surgindo o conceito de “dor total”, uma vez que pode influenciar o conforto, bem-estar e a qualidade de vida dos doentes. O conceito de “dor total” desenvolvido para os cuidados paliativos por Cicely Saunders:

permite a compreensão de que a dor é maior que as sensações físicas, e sua compreensão pode ser a chave para prover acesso a outras dimensões implicadas com o sofrimento, demandando múltiplas intervenções, para o seu controlo e um cuidado implicado com a integralidade da pessoa, provendo dignidade e conforto até os últimos dias de sua vida”. (Castro et al., 2021, p. 3)

O controlo da dor deve ter por base três fundamentos, sendo eles, reconhecer, avaliar e tratar de forma adequada, pressupondo uma abordagem multidisciplinar, dada a sua multidimensionalidade e subjetividade. A avaliação e registo da dor de forma contínua e regular permite otimizar a terapêutica, melhorar a qualidade de vida do doente e também dar segurança à equipa prestadora de cuidados de Saúde (DGS, 2003). O processo de avaliação da dor consiste, segundo Janeiro (2017, p.22), “num diálogo entre o doente e o profissional de saúde, de modo a analisar a influência que a dor tem sobre a vida do doente”.

Também a Ordem dos Enfermeiros (2008, p. 16), refere que os enfermeiros devem basear a sua avaliação da dor nos seguintes aspetos:

exame físico; descrição das características da dor, nomeadamente localização, qualidade, intensidade, duração e frequência; formas de comunicar a dor e/ou expressões de dor; fatores de alívio e agravamento; estratégias de coping; implicações da dor nas atividades de vida; conhecimento/entendimento sobre a doença; impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor; sintomas associados; descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas; escolher os instrumentos de avaliação de dor atendendo ao tipo de dor, idade, situação clínica, propriedades psicométricas, critérios de interpretação, escala de quantificação comparável, facilidade de aplicação, experiência de utilização em outros locais; avaliar a intensidade da dor, privilegiando instrumentos de auto-avaliação; assegurar a compreensão das escalas de auto-relato pela pessoa/cuidador principal/família após ensino.

A dor pode ser avaliada através da utilização de escalas. Estas podem ser de auto ou heteroavaliação, sendo que preferencialmente e sempre que possível se deve privilegiar o uso das primeiras, considerando como ordem de prioridade: Escala Visual Analógica (EVA); Escala Numérica (EN); Escala de Faces (EF); Escala Qualitativa (EQ) (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Em Cuidados Paliativos as escalas de avaliação recomendadas nos doentes com alterações do estado de consciência ou que não colaborem na avaliação da dor, devem ser a escala do observador e PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia), de aplicação rápida e simples, apresentando resultados fiáveis e encontra-se validade para a população portuguesa (Pina, 2016).

Segundo o Guia Prático do Controlo Sintomático, o tratamento da dor pode combinar estratégias farmacológicas, não farmacológicas (como a psicoterapia, fisioterapia, acupuntura, técnicas neuromodulação elétrica "TENS") e medidas invasivas (ex: bloqueios nervosos, neuroestimulação) (Saavedra & Rocha, 2017). Relativamente às intervenções não farmacológicas, estas encontram-se identificadas e definidas nos cadernos da Ordem dos Enfermeiros, Dor-Guia Orientador de Boas Práticas, e são subdivididas em três categorias: Cognitivo-comportamentais; Físicas e Suporte Emocional. A Terapia Cognitiva / Comportamental (TCC) combina técnicas terapêuticas cognitivas (ex: diversão, atenção) com técnicas comportamentais (ex: relaxamento, treino da assertividade), reestruturação cognitiva e o treino de estratégias de coping, com o objetivo de ajudar a pessoa a alterar as suas perceções ou padrões de dor (ex: diminuição de pensamentos negativos, emoções e crenças), aumentando a sensação de controlo e diminuindo comportamentos não adaptativos; o treino de habilidades de coping promove o desenvolvimento de estratégias de coping (relaxamento e técnicas de imaginação, auto-estadiamento de coping adaptativo e psicoterapia de grupo), para desenvolver habilidades para controlar/gerir a dor e o stress; o relaxamento com imaginação promove a diminuição da tensão muscular através da imaginação, visualização e meditação, estimulando sensações de bem-estar e diminuição da tensão, ansiedade, depressão e dor relacionada com a inatividade. Relativamente às intervenções físicas definem a aplicação de frio

e calor (frio com objetivo de diminuir a inflamação e calor para promover o relaxamento muscular); massagem que ao massajar e pressionar partes do corpo, facilita o relaxamento e diminuindo a tensão muscular; toque terapêutico, que consiste no processo intencional de repadronização do campo energético no qual, o terapeuta usa as mãos para dirigir ou modular o campo energético com fins terapêuticos, através do contacto pele a pele e promovendo o apoio e a segurança, relaxamento, diminuição da ansiedade e controlo da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Também a Ontologia de Enfermagem inclui intervenções não farmacológicas como “avaliar a evolução da dor; gerir analgesia; aplicar calor; aplicar frio; aplicar restrição física da mobilidade; executar técnica não farmacológica de alívio da dor; executar massagem; (...) posicionar para aliviar a dor” (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Passando à abordagem farmacológica da dor, o uso da escada analgésica da OMS, para além de frequente, é recomendado. A utilização e titulação de fármacos analgésicos segue indicações gerais: iniciar com doses baixas e formulações de libertação imediata e titular a partir daí; prescrever dose de resgate; reavaliar regularmente até controlo da dor; usar formulações de libertação prolongada, quando se atingir o controlo da dor; usar adjuvantes adequados ao plano individual, pelas suas propriedades analgésicas, além das suas indicações primárias; (por exemplo, antidepressivos tricíclicos são adjuvantes de primeira linha no tratamento da dor neuropática; destes, a amitriptilina é a mais estudada e é eficaz) (Saavedra, 2017). O tratamento farmacológico da dor deve ser individualizado, pelo relógio (horário regular e não apenas doses de resgate), pela boca (privilegiar a via oral sempre que possível), pela escada (seguir a escada analgésica da dor) e ter sempre atenção aos detalhes (abordar outros problemas físicos, psicológicos, espirituais e sociais), evitar atraso no início do tratamento e prescrever doses de resgate para a dor irruptiva (OMS, 2018). Relativamente às doses de resgate, estas devem ser prescritas de início, devido à frequente ocorrência de dor irruptiva num quadro de dor crónica previamente instalada. A dor pode estar controlada e ainda assim o doente com dor pode necessitar de duas a três doses em 24 horas. O limite de três doses de resgate pode ser maior em alguns casos específicos, não devendo, contudo, ultrapassar as cinco doses em 24 horas. A imposição deste número como “limite normal” facilita a reavaliação e necessidade de reajuste da terapêutica de base. O número de doses de resgate administradas deve ser sempre registado e o doente instruído sobre esta necessidade contribuindo para a sua capacidade de autogestão do regime medicamentoso (Pereira, 2016). No presente caso o SR. M. apresentava dor abdominal com necessidade de intervenção para promover o seu alívio e conforto.

O domínio da **eliminação intestinal** foi selecionado para se manter como domínio de atenção na conceção de cuidados de forma a prevenir situações de agudização. A obstipação é definida como “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” (ICN, 2019). Em cuidados paliativos a obstipação é dos sintomas mais frequentes (18 e 90%),

definida segundo os seguintes critérios objetivos: menos de 3 dejeções semanais, esforço durante mais de 25% das defecações, fezes duras que podem formar fecalomas e recurso a manobras manuais em mais de 25% das dejeções, sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das vezes e defecação que demora mais de 10 minutos. A opinião subjectiva do doente deve ser tida em conta na definição de obstipação”.(Araújo, Almeida & Gonçalves, 2017, p.67)

Em cuidados paliativos, os doentes têm um risco mais elevado de desenvolver obstipação, pela combinação de fatores orgânicos (como fármacos) e funcionais (relacionados com a dieta, ambiente e também com fatores como a idade avançada, dependência, depressão e sedação, influenciando a sua qualidade de vida e conforto (Gonçalves, 2019).

“Em doentes oncológicos, a obstipação pode ter uma etiologia multifatorial, no entanto, a sua incidência aumenta aquando da prescrição de opióides (87%)” (Dias et al., 2017, p. 35), sendo que a obstipação induzida por opióides “é muitas vezes subavaliada e subtratada pelos profissionais de saúde, deixando os doentes sem tratamento adequado e eficaz, acarretando mal-estar e sofrimento desnecessários” (Dias et al., 2017, p. 34). A investigação da etiologia e tratamento são fundamentais para a prevenção e tratamento da obstipação (Dias et al., 2017).

A avaliação do doente deve incluir os seguintes aspetos: início dos sintomas (última vez que defecou); fatores de agravamento e de alívio; hábitos intestinais atuais e prévios, avaliando a frequência das dejeções e suas características (volume, consistência, presença de muco ou sangue); se a defecação requer esforço, é dolorosa ou incompleta; se o doente sente necessidade/vontade de defecar, mas não consegue; presença de outros sintomas: náuseas, vômitos, dor ou distensão abdominal, flatulência, agitação, confusão ou outros. (Araújo, Almeida & Gonçalves, 2017, p.68)

O enfermeiro, deve antecipar situações de obstipação, implementando intervenções de avaliação. “Para além da hipótese de obstipação, há que considerar e avaliar a possibilidade de uma oclusão ou subocclusão intestinal, relacionada com compressão nervosa do trato gastrointestinal, com progressão de doença, ou um efeito adverso de medicamentos (opióides, anticolinérgicos, antihistamínicos, antidepressivos, suplementos de cálcio e ferro, antiácidos que contenham alumínio) (Dias et al., 2017, p. 35). Desta forma, foi pertinente manter este foco de atenção e atividade diagnóstica.

O domínio **mucosas** foi identificado neste caso (o doente apresentava mucosa oral comprometida por referir e ter sido observada cavidade oral seca), sendo muito frequente em cuidados paliativos. O ICN define membrana mucosa 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 tracto genitourinário; as mucosas protegem as estruturas subjacentes, segregam muco que lubrifica as estruturas associadas, absorvem água, sais e outros solutos. (ICN, 2019)

A xerostomia é descrita como sensação de boca seca e tem uma prevalência de até 80% na doença oncológica avançada, podendo estar relacionada com a doenças de base e tratamentos e/ou fármacos. O seu tratamento pode contribuir para uma melhoria da qualidade de vida, conforto e alívio do sofrimento, podendo este ser farmacológico e não farmacológico, tratando a causa se possível (Carneiro, 2017). Os problemas da saúde oral podem contribuir para complicações como anorexia, desnutrição, pneumonia por aspiração, entre outros (Delgado, 2020).

Para Capelas e seus colaboradores (2018), um dos indicadores de qualidade de um serviço de cuidados paliativos são os cuidados à boca. É também importante referir que,

cuidar da boca das pessoas doentes, é uma intervenção básica dos Enfermeiros, cabendo-lhes liderar os aspetos relacionados com a prestação destes cuidados, seja de forma direta pela prestação de cuidados à boca, ou de forma indireta, através do ensino realizado às pessoas doentes e famílias, ou na promoção do autocuidado. (Serrano, 2009, p. 15)

O enfermeiro deve informar e capacitar, através de instrução e treino, dos doentes e cuidadores/ familiares (Smith et al., 2015; Barrado-Martín et al., 2021).

A avaliação da mucosa e os cuidados básicos de higiene oral são fundamentais. A observação da mucosa oral, o seu estado de hidratação, verificar a existência de uma coleção de saliva debaixo da língua e o seu aspeto macroscópico, a pesquisa de lesões eritematosas da mucosa, de cáries contribuem o diagnóstico mais preciso. Deve-se tentar perceber em primeiro lugar, qual a causa, se a patologia é reversível ou não e por outro lado, seguindo-se a avaliação do grau de xerostomia e as suas repercussões na perda de conforto e qualidade de vida da pessoa. Quando a xerostomia é provocada por fármacos deve-se realizar-se revisão terapêutica, diminuindo a iatrogenia. A hidratação oral é fundamental no tratamento, quer a nível local, quer através da ingestão de grandes quantidades de água e outros líquidos. Segundo Carneiro (2017, p. 143) a xerostomia pode ser controlada por tratamento não farmacológico, que inclui “terapia de estimulação: uso de pastilha elástica ou rebuçados de sabor cítrico mas sem açúcar; terapia substitutiva de saliva: uso de gelo moído 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.” As estratégias devem ser individualizadas e adaptadas ao doente, após avaliação multidimensional considerando a existência de outros sintomas e/ou necessidades.

A ansiedade, no domínio da **emoção** é uma emoção negativa caracterizada por “sentimentos de ameaça; perigo ou angústia” (ICN, 2019). É “uma resposta biológica a ameaças à segurança de um indivíduo” (Brekel et al., 2020, p. 3). Devido ao risco de vida da doença oncológica, os doentes com cancro são mais suscetíveis de desenvolver ansiedade (Brekel et al., 2020). A ansiedade pode ser transitória ou crónica e pode evoluir para se tornar desadaptativa (Bernardo, Leal, & Barbosa, 2010; Brekel et al., 2020). É transitória quando “descrita como um medo ou um sentimento desagradável de desamparo e consequência normal e esperada das incertezas da doença e da aproximação da morte” (Bernardo, Leal, & Barbosa, 2010, p. 304). Os doentes com cancro e dor concomitante, náuseas, problemas de sono, fadiga, dispneia e humor deprimido, combinados ou não, têm um aumento de risco de ansiedade, sendo estes sintomas reconhecidos como preditores da ansiedade (Brekel et al., 2020).

Um equívoco comum entre enfermeiros é a suposição de que a ansiedade representa nada mais do que uma reação compreensível por ter uma doença incurável e que nada pode ser feito sobre isso. Além disso, falha a avaliação regular de ansiedade. Ambos podem resultar em uma subidentificação da ansiedade. É importante identificar a ansiedade porque aumenta o sofrimento dos doentes nos níveis de bem-estar físico, psicossocial e espiritual. (Zweers, Graaf & Teunissen, 2020, p. 1)

A comunicação é fundamental no diagnóstico e tratamento da ansiedade, no entanto, "alguns enfermeiros tinham medo de discutir dificuldades emocionais com os doentes por se preocuparem em fazer o doente se sentir pior" (Zweers, Graaf & Teunissen, 2020, p. 2). Os enfermeiros, no estudo de Zweers, Graaf & Teunissen (2020), mostraram que o “conjunto de intervenções deve incluir diretrizes para a aplicação de ferramentas de avaliação, estratégias de comunicação e modelos de decisão bem como modelos preditores para selecionar intervenções personalizadas" (Zweers, Graaf & Teunissen, 2020, p. 1).

No presente caso, o **luto** está presente tanto no indivíduo, como na família. Segundo a definição do ICN, luto é:

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). O luto é um processo adaptativo, dinâmico, de mudança a nível físico, psicológico, comportamental, espiritual e sociocultural, da pessoa que sofre uma perda significativa. (Barbosa, 2010, p. 488)

A perda pode ser:

um mudança que inclui um estado de privação de alguém, de alguma coisa tangível (casa,

carro, emprego, ...) ou de qualquer coisa intangível (representações mentais: projecto de vida, esperança de entrar num curso, ...), que põe em marcha reacções afectivas, cognitivas, comportamentais e, em termos gerais, o processo de luto (...) Não esquecer que o sentimento de luto está relacionado com a natureza da ligação específica que cada um tem com o objecto perdido (...) Dever-se-á também ter em atenção que uma perda convoca muitas vezes outras perdas que há que sistematicamente contextualizar (por ex., uma perda transitória em período de desemprego ou reforma, a ocorrência de uma doença terminal própria ou de um familiar), pois têm um efeito de acentuar o risco (Barbosa, 2010, p. 488-489).

O significado atribuído às perdas e a forma como as perdas são percecionadas pode influenciar o conforto, a qualidade de vida e o processo de luto. Estas perdas podem ser reais ou percebidas, sendo que estas últimas são sentidas pelo doente, mas não diretamente verificáveis. Cada uma destas perdas pode ser encarada como uma morte, sendo que o doente passa por várias mortes ao longo do processo de doença terminal, sejam elas físicas, psicológicas ou sociais.

O luto pode classificar-se como normal, antecipatório, preparatório ou prolongado/complicado (Pimenta & Capelas, 2019). No luto classificado como normal, a pessoa acaba por ultrapassar a sensação inicial de descrença, acabando, gradualmente, por encarar a perda como uma realidade. A sua duração pode ser de um ano, dependendo da pessoa e valor da perda. No processo de luto a perda é aceite e são incorporadas as partes positivas da sua ocorrência (Pimenta & Capelas, 2019). No luto preparatório, “a pessoa poderá passar por um processo de desenvolvimento perante as diversas perdas irreversíveis que ocorreram a curto e a médio prazo. (...) É um meio de preparação para o fim de vida que se aproxima” (Pimenta & Capelas, 2019, p.8). No luto antecipatório: “o fenómeno que engloba o processo de luto, de coping, de interação, planeamento e reorganização psicossocial que é estimulada e começa, em parte, como resposta à consciência da perda iminente de um ente querido (morte) e no reconhecimento de perdas passadas, presentes e futuras que possam estar associadas” (Rando, 1986 cit. por Johnson, J. et al, 2017, p.1).

Os enfermeiros especialistas desempenham um importante papel na conceção de cuidados ao identificar e intervir nas perdas e na intervenção facilitadora aos mecanismos adaptativos associados ao foco luto. Conhecimento para o diagnóstico e intervenção, comunicação, presença e disponibilidade, permitem o acesso a dados decisivos para a discussão dos casos e para a implementação precoce de intervenções dirigidas a este diagnóstico.

Relacionado com o Domínio Emoções está também o **Medo da morte** que sofre transformações culturais da sociedade, ao longo do tempo, alterando a percepção da morte e do morrer, evoluindo desde uma experiência pacífica para uma experiência associada a pavor, angústia e

que deve ser evitada a todo o custo. A morte em si não é o evento mais angustiante, mas sim o processo de morrer e a possibilidade de sofrimento, contribuindo para um sentimento de desesperança, de desamparo e de perda de controlo (Borges et al., 2006).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2018, p.84), o termo medo é definido como uma emoção negativa, onde o indivíduo se sente “ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas, por vezes acompanhado de uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir.” O conceito de medo da morte não se encontra definido na linguagem ontológica dos enfermeiros, mas pode englobar o medo da solidão, da separação de entes queridos, assim como o medo pelo desconhecido, pela interrupção dos sonhos e dos objetivos a cumprir e pelo medo de ser julgado pelos atos que cometeu em vida, dependendo da crença de cada indivíduo (Borges et al., 2006).

Quando um homem é confrontado com o término da sua vida, sabe-se que sob o aspeto psicológico, são vivenciadas reações de ajustamento, que em 1977 foram categorizadas por E. Kübler-Ross em 5 estádios, designados por: 1º Negação - onde o indivíduo não toma consciência da sua condição, evidenciando a falta de preparação emocional para enfrentar esse momento. Nesta etapa o profissional de saúde não deve forçar qualquer tipo de aceitação, devendo promover uma abertura na comunicação para quando o doente se encontrar preparado para falar sobre a situação. 2º Raiva - a pessoa começa a experienciar sentimentos de fúria e frustração pelo facto de que os outros permanecerão vivos. Nesta fase, a raiva é normalmente dirigido a todos os que o rodeiam, os profissionais de saúde, os familiares, amigos, deus, entre outros. É importante que os enfermeiros se adaptem e que não choquem, nem discutam com o doente. 3º Negociação - caracteriza-se pela tentativa de negociar consigo mesmo ou com Deus, pela sua vida. 4º Depressão - neste estádio o doente já não prevê mais possibilidades a não ser a morte. É caracterizado por sentimentos de culpa e de aflição, neste período é importante que os enfermeiros reforcem aos familiares a importância de manifestar os seus sentimentos. 5º Aceitação - é aqui que o paciente se demonstra consciente da sua situação e das consequências da mesma. Geralmente a sensação de medo ou de angústia encontra-se mais atenuada, mas não deixa de estar presente (Borges et al., 2006).

Dada a subjetividade do que é o medo, torna-se muito difícil conseguir quantificá-lo e validá-lo, para que possamos intervir sobre ele e obter resultados que nos permitam descobrir se as nossas intervenções estão a ser benéficas ou prejudiciais para o doente. Com o objetivo de combater esta dificuldade de mesurar o medo da morte e de heterogeneizar os conteúdos das escalas utilizadas, em 1969 foi criada a Escala de Medo da Morte de Collett-Lester (EMMCL), que ao longo do tempo foi evoluindo de acordo com a atitude diante da morte. Segundo os autores desta escala o medo da morte é um conceito multidimensional, com diversas causas possíveis, que podem levar uma pessoa a reagir de forma diferente à ideia da morte como um estado e/ou como um processo. Assim sendo, foram estabelecidas quatro sub-escalas: medo da própria morte, medo da morte de outras pessoas, medo do processo da própria morte e medo do

processo da morte de outras pessoas (Venegas et al., 2011).

Segundo (Borges et al., 2006), quando um homem se depara com a morte é forçado a rever as prioridades da sua vida, sendo a consciência do fim iminente revelador da insignificância do acúmulo de bens e dos cuidados do cotidiano. Como podemos verificar no presente caso, o Sr. M. foi diagnosticado com um tumor irresssecável, que segundo a filha só após a cirurgia (que o doente encarava como curativa), definiu o diagnóstico e o mau prognóstico, sendo informado que não havia nada a fazer e foi referenciado para os cuidados paliativos. Desde esse dia o doente referia à família que ia morrer e não havia nada a fazer, adotando uma postura mais introvertida e evitando o assunto.

O **sono** comprometido, no presente caso (insónia), pode ser definido como uma

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. (ICN, 2019)

Em Cuidados Paliativos, devido à complexidade e heterogeneidade de situações clínicas dos distúrbios de sono, são muitas são subdiagnosticadas e subtratadas. A avaliação é subjetiva, sendo fundamental realizá-la de forma detalhada junto do doente e família/cuidador, uma vez que é muitas vezes o doente quem define o que é um sono reparador e se existe alteração da qualidade/quantidade de sono Os problemas mais frequentes em cuidados Paliativos são a hipersónia e insónia. Devem ser investigadas as queixas principais, outros sintomas associados, horário sono/vigília, atividade diurna e condições prévias ao adormecer, de forma a contribuir para o conforto e qualidade de vida do doente e família/ cuidador.

Os distúrbios do sono podem apresentar múltiplas etiologias como:

- Fatores relacionados com a doença,
- Medicação/ quimioterapia
- Outras comorbilidades (exemplos: incontinência urinária, noctúria, refluxo gastroesofágico, insuficiência cardíaca)
- Fatores ambientais
- Fatores físicos e psicológicos
- Défice cognitivo/ síndrome confusional. (Monteiro, 2017, p.118)

O tratamento pode ser farmacológico, sendo os fármacos utilizados primariamente para a insónia e não farmacológico, corrigindo fatores reversíveis, higiene de sono e terapêuticas

comportamentais e psicológicas (Monteiro, 2017).

A identificação do domínio **autocuidado** (Erguer-se, Transferir-se; Sentar-se, Cuidar da higiene pessoal; Vestir-se ou despir-se; Andar; Alimentar-se) está relacionada com a avaliação da dependência e com a determinação das necessidades de cuidados do doente no sentido da sua satisfação, da promoção do seu bem estar e conforto. Avaliar “o grau de dependência e as necessidades de cuidados da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, promovendo a sua máxima satisfação, o bem-estar e o conforto” é um critério de avaliação da unidade de competência “Identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19361). Da mesma forma, a avaliação da dependência pode permitir o envolvimento do e com os cuidadores/familiares, estabelecer parcerias terapêuticas e a antecipar situações potencialmente causadoras de stress, angústia e ansiedade. Existe uma relação entre dependência e caquexia. “A caquexia refratária foi definida como qualquer grau de caquexia com doença oncológica avançada não tratada, baixa funcionalidade segundo o índice de Karnofsky e esperança de vida inferior a 3 meses” (Serna, et al., 2022, p. 816). O índice de Karnofsky, desenvolvido “em 1948, trata-se de uma escala considerada objetiva, prática e que passou por mais de 50 anos de validação com pacientes oncológicos e não oncológicos” (Sanvezza et al., 2018, p. 634). É usado como instrumento de prognóstico em cuidados paliativos, baseando-se no nível de funcionalidade avaliado pelo profissional de saúde. A caquexia é

uma síndrome metabólica complexa e multifatorial caracterizada devido à perda de peso irreversível em resultado da perda de massa muscular (acompanhada ou não de massa gorda) levando à deterioração funcional progressiva, diminuição da tolerância ao tratamento do cancro e diminuição da qualidade de vida e sobrevida do paciente. (Serna, et al., 2022, p. 815)

A avaliação da dependência também permite 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, pelo que foi identificado o domínio **Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado**.

A participação da família em cuidados paliativos é essencial tanto ao nível da sua participação ativa na prestação de cuidados, como objeto de cuidado da equipa, da qual também é parte integrante (Matos & Borges, 2018).

Família é definida pelo ICN como: “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior que a soma das partes” (ICN, 2019).

Uma crise como uma doença grave, incurável e progressiva pode alterar estruturalmente a

família (Guarda, et al.,2010).

A “importância do acolhimento da família e a sua inclusão no processo de cuidar” representa “um dos eixos estruturantes da assistência paliativista” (Matos & Borges, 2018, p. 2402). Esta ideia é corroborada por Rossi et al. (2021, p. 1) ao afirmar que os cuidadores podem “dar suporte aos seus entes queridos e aos profissionais de saúde, mas também precisam ser apoiados”, acrescentando que “alguns estudiosos perceberam que, ao longo desse processo, o paciente e seus cuidadores formam uma “unidade de cuidado”. Do nosso ponto de vista, estes aspetos ganham importância quando se considera o local de prestação de cuidados. No presente caso, este domínio surge, dado que a filha R. acompanhou o pai durante o internamento e concedeu em proporcionar o desejo que o mesmo tinha de ir a casa e todas as necessidades de fim de vida.

Em cuidados paliativos (CP), o principal objetivo no apoio à família assenta em ajudá-las a cumprir a sua função cuidadora, a fim de que a participação no processo de perda que vivenciam seja concluída da forma mais saudável possível (...) Observar e analisar situações de pré-morte e pré-luto, tanto na pessoa doente como na família, é, em si mesmo, um elemento preventivo de grande riqueza para a equipa. O aparecimento dessas manifestações constitui o ponto de partida para trabalhar num processo gradual de consciência, sobretudo se previamente se detectaram dificuldades na família. (Reigada, et al., 2014, pp. 161)

No nosso país, a família assim considerada como elemento integrante no conceito de cuidados paliativos, tem enquadramento legal na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012).

O envolvimento de vários elementos familiares deve ser tido em conta, otimizando as suas diferentes potencialidades, o que pode facilitar a reorganização familiar. No presente caso, o fato de o doente já ser previamente dependente em vários dos autocuidados, demonstrou que a família já tinha alguma organização, conhecimentos e capacidades, sendo essencialmente necessário otimizar as potencialidades desta família em relação às necessidades e cuidados em fim de vida.

4.6. Dados

Consciência

01-05-2023 08:00

Abertura dos olhos: espontânea.

Resposta verbal: orientada.

Resposta motora: obedece a ordens simples.

11-05-2023 08:00

Abertura dos olhos: espontânea [MANTEVE].

Resposta verbal: confusa [PIOROU].

Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].

17-05-2023 08:00

Abertura dos olhos: espontânea [MANTEVE].

Resposta verbal: orientada [MANTEVE].

Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].

Dor

01-05-2023 08:00

Dor

Localização da dor

Abdómen

Intensidade da dor - 6.

frequência da dor - intermitente.

duração da dor - aguda.

dor de tipo - moedeira.

11-05-2023 08:00

Localização da dor

Abdómen

Intensidade da dor - sem dor.

frequência da dor - intermitente.

duração da dor - aguda.

dor de tipo - moedeira.

Localização da dor

Abdómen

Intensidade da dor - sem dor.

Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

Potencial para melhorar conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente

Potencial para melhorar significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente

usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 17-05-2023 08:00

17-05-2023 08:00

Localização da dor

Abdómen

Localização da dor

Abdómen

Intensidade da dor - sem dor.

Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas: facilitador.

Eliminação intestinal

01-05-2023 08:00

Quantidade de fezes: 0 ml.

Número de defecações por dia: 0.

Número de defecações por semana: 3.

11-05-2023 08:00

Número de defecações por semana: 3.

17-05-2023 08:00

Número de defecações por semana: 4.

Mucosas

01-05-2023 08:00

Membrana mucosa comprometida

Localização do compromisso da membrana mucosa

Cavidade oral

Coloração da mucosa: rosada.

Mucosa seca.

Mucosa com placas aderentes.

Conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa [RESOLVIDO] 17-05-2023 08:00

11-05-2023 08:00

Localização do compromisso da membrana mucosa

Cavidade oral

Coloração da mucosa: ruborizada.

Mucosa seca.

Mucosa com textura normal [MELHOROU].

Conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-05-2023 08:00

Localização do compromisso da membrana mucosa

Cavidade oral

Coloração da mucosa: ruborizada.

Mucosa seca.

Mucosa com textura normal [MELHOROU].

Conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa: facilitador.

Pele

01-05-2023 08:00

Eritema pelas fraldas [RESOLVIDO] 11-05-2023 08:00

11-05-2023 08:00

Sinais de eritema pelas fraldas: ausentes.

Sono

01-05-2023 08:00

Sono não reparador, com dificuldade em adormecer e intermitente.

Número (médio) de horas de sono noturno: 4 Hora.

Sono comprometido

Conhecimento sobre promoção do sono: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído ao compromisso do sono: não dificultador.

Conhecimento do cuidador sobre promoção do sono: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção do sono

[RESOLVIDO] 17-05-2023 08:00

11-05-2023 08:00

Conhecimento sobre promoção do sono: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre promoção do sono: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-05-2023 08:00

Conhecimento do cuidador sobre promoção do sono: facilitador.

Emoção

01-05-2023 08:00

Tristeza persistente (há mais de uma semana).

Desesperança e pessimismo (Não).

Autodesvalorização (Não).

Acentuada diminuição de interesse e prazer nas atividades (Não).

Dificuldade na concentração (Não).

Pensamentos recorrentes de morte.

Tom de voz baixa, discurso arrastado.

Verbalização de ansiedade (Não).

Inquietação .

Irritabilidade.

Pânico (Não).

Especificação da perdaEspecificação da perda: Perda da independência; perda de papéis; perda de objetivos de vida..

Negação da perda (Não).

Pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda.

Ansiedade

Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador.

Conhecimento do cuidador sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para usar estratégias de controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [RESOLVIDO] 17-05-2023 08:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade [RESOLVIDO] 17-05-2023 08:00

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 17-05-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para usar estratégias de controlo da ansiedade

Luto comprometido

Conhecimento sobre o luto: facilitador.

Consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído à perda: "desmoronar do mundo pessoal".

Significado atribuído à vida após a perda: não dificultador.

Luto Antecipatório

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto [RESOLVIDO] 11-05-2023 08:00

Potencial para melhorar significado atribuído à perda

11-05-2023 08:00

Manifestação de medo (medo da própria morte e processo de morrer).

Verbalização de ansiedade (Não) [MANTEVE].

Inquietação [MANTEVE].

Irritabilidade [MANTEVE].

Pânico (Não) [MANTEVE].

Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

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

Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para usar estratégias de controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto: facilitadora [MELHOROU].

Significado atribuído à perda: "desmoronar do mundo pessoal" [MANTEVE].

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 17-05-2023 08:00

Medo da Morte

17-05-2023 08:00

Verbalização de ansiedade (Não) [MANTEVE].

Inquietação [MANTEVE].

Irritabilidade (Não) [MELHOROU].

Pânico (Não) [MANTEVE].

Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora.

Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: facilitadora.

Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: facilitadora.

Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitador.

Capacidade do cuidador para usar estratégias de controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Negação da perda (Não) [MANTEVE].

Pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda [MANTEVE].

Significado atribuído à perda: "desmoronar do mundo pessoal" [MANTEVE].

Erguer-se

01-05-2023 08:00

Mobilizar o corpo para a posição vertical

Dispositivo: Nenhum - Inicia o movimento de levantar o corpo para a posição de pé, mas não o completa com sucesso.

Erguer-se comprometido

Consciencialização sobre compromisso no erguer-se: facilitadora.

Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador.

Significado atribuído ao uso de dispositivo para erguer-se

Dispositivo: Nenhum - não dificultador.

Acesso a dispositivos face ao compromisso no erguer-se

Dispositivo: Nenhum - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no erguer-se:

facilitadora.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: facilitador.

Capacidade do cuidador para assistir no erguer-se

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para assistir no erguer-se

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso no erguer-se

Dispositivo: Nenhum - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

Transferir-se

01-05-2023 08:00

Mobiliza o corpo entre superfícies próximas

Dispositivo: Nenhum - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada.

Transferir-se comprometido

Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: facilitadora.

Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador.

Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no transferir-se: facilitadora.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: facilitador.

Capacidade do cuidador para assistir no transferir-se

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Capacidade do cuidador para transferir

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para assistir no transferir-se

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para transferir

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Significado atribuído pelo cuidador ao apoio social: não dificultador.

Acesso do cuidador a apoio social para transferir: refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao apoio social.

Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso no transferir-se

Dispositivo: Nenhum - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

Sentar-se

01-05-2023 08:00

Mobiliza o corpo para a posição de sentado a partir da posição de deitado

Dispositivo: Nenhum - inicia o movimento, mas não o consegue completar.

Mobiliza o corpo para a posição de sentado a partir da posição de pé

Dispositivo: Nenhum - inicia o movimento, mas não o consegue completar).

Sentar-se comprometido

Consciencialização sobre compromisso no sentar-se: facilitadora.

Conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o sentar-se: facilitador.

Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para sentar-se

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o sentar-se: facilitador.

Cuidar da higiene pessoal

01-05-2023 08:00

Não obtém objetos para o banho.

Abre a torneira.

Lava e seca o corpo

Dispositivo: Nenhum - Não lava nem seca o corpo.

Lava e seca parte do corpo

Dispositivo: Nenhum - Lava e seca parte do corpo.

Não lava a cavidade oral.

Não aplica produtos de higiene.

Penteia-se

Dispositivo: Nenhum - Não se penteia.

Não se barbeia.

Corta as unhas

Dispositivo: Nenhum - Não corta as unhas.

Cuidar da higiene pessoal comprometido

Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: facilitadora.

Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para usar sanitário

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Significado atribuído ao apoio social: não dificultador.

Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no tomar banho: facilitadora.

Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no arranjar-se: facilitadora.

Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no uso do sanitário: facilitadora.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de maceração do períneo: facilitador.

Capacidade do cuidador para assistir no tomar banho: facilitadora.

Capacidade do cuidador para dar banho

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Capacidade do cuidador para arranjar o cliente: facilitadora.

Capacidade do cuidador para assistir no uso do sanitário: facilitadora.

Capacidade do cuidador para trocar fralda: facilitadora.

Capacidade do cuidador para trocar dispositivo urinário: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Autoeficácia do cuidador para assistir no tomar banho: facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para dar banho

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para trocar dispositivo urinário: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído pelo cuidador ao apoio social: infâmia e invasão da privacidade.

Acesso do cuidador a apoio social para cuidar da higiene: refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao apoio social.

Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso no cuidar da higiene pessoal

Dispositivo: Nenhum - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para trocar dispositivo urinário

Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para trocar dispositivo urinário

[RESOLVIDO] 17-05-2023 08:00

11-05-2023 08:00

Autoeficácia do cuidador para trocar dispositivo urinário: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-05-2023 08:00

Autoeficácia do cuidador para trocar dispositivo urinário: facilitadora.

Vestir-se ou despir-se

01-05-2023 08:00

Não escolhe as roupas.

Não retira roupa da gaveta ou armário.

Veste-se

Dispositivo: Nenhum - Não veste todas as peças de roupa.

Abotoa

Dispositivo: Nenhum - Abotoa.

Ata cordões

Dispositivo: Nenhum - Não ata cordões.

Calça meias

Dispositivo: Nenhum - Não calça as meias.

Vestir-se ou despir-se comprometido

Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

Capacidade do cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

Capacidade do cuidador para vestir/despir: facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para vestir/despir: facilitadora.

Andar

01-05-2023 08:00

Mobilidade através da marcha

Dispositivo: Nenhum - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas.

Andar comprometido

Consciencialização sobre compromisso no andar: facilitadora.

Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador.

Conhecimento sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas: facilitador.

Conhecimento sobre uso de cadeira de rodas: facilitador.

Consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Significado atribuído ao uso de auxiliar de marcha

Dispositivo: Nenhum - não dificultador.

Significado atribuído ao uso de cadeira de rodas: não dificultador.

Acesso a dispositivos face ao compromisso no andar

Dispositivo: Nenhum - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no andar: facilitadora.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre adaptação do domicílio para o uso de cadeira de rodas: facilitador.

Capacidade do cuidador para assistir no andar

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Capacidade do cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas: facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para assistir no andar

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas: facilitadora.

Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso no andar

Dispositivo: Nenhum - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

Alimentar-se

01-05-2023 08:00

Leva os alimentos à boca/sonda de alimentação

Dispositivo: Nenhum - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

Prepara os alimentos para a refeição

Dispositivo: Nenhum - Não prepara os alimentos para a refeição.

Organiza os alimentos para a refeição

Dispositivo: Nenhum - Não organiza os alimentos para a refeição.

Alimentar-se comprometido

Consciencialização sobre compromisso no alimentar-se: facilitadora.

Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no alimentar-se: facilitadora.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de desidratação: facilitador.

Capacidade do cuidador para assistir no alimentar-se: facilitadora.

Capacidade do cuidador para alimentar: facilitadora.

Capacidade do cuidador para alimentar através de sonda gástrica: facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para alimentar: facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para alimentar através de sonda gástrica: facilitadora.
Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso no alimentar-se
Dispositivo: Nenhum - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado

01-05-2023 08:00

Há participação de outros membros da família para tomar conta do dependente .
Conhecimento da família sobre estratégias para facilitar acessibilidade ao edifício residencial: facilitador.
Conhecimento da família sobre estratégias para facilitar mobilidade dentro do edifício residencial: facilitador.
Conhecimento da família sobre organização do ambiente residencial para facilitar autocuidado: facilitador.
Conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
Significado atribuído pela família à dependência do familiar: comiserção.
Significado atribuído pela família ao papel de cuidador familiar: não dificultador.
Significado atribuído pela família ao apoio social para o exercício do papel de cuidador: não dificultador.
Conhecimento da família sobre necessidades do familiar dependente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
Acesso da família a apoio social para o exercício do papel de cuidador: refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao apoio social.

Potencial da família para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente [RESOLVIDO] 17-05-2023 08:00

Potencial da família para melhorar conhecimento sobre necessidades do familiar dependente

Potencial da família para melhorar o significado atribuído à dependência do familiar

11-05-2023 08:00

Conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
Conhecimento da família sobre necessidades do familiar dependente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
Significado atribuído pela família à dependência do familiar: comiserção.

17-05-2023 08:00

Conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente: facilitador [MELHOROU].
Conhecimento da família sobre necessidades do familiar dependente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
Significado atribuído pela família à dependência do familiar: comiserção.

4.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Partindo do cenário apresentado e considerando as necessidades após a colheita de dados foram enumerados vários objetivos, de forma a promover a qualidade de vida e o conforto do doente, cuidador e família, em situação de cuidados paliativos. A melhor forma de promover o conforto do doente a nível físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural é através da identificação dos vários diagnósticos e respetivas avaliações, de promoção de conhecimento e capacitação para os controlar e/ou resolver, tal como é explanado pela teoria de Kolcaba.

Nas transições, também fazendo referência a outra teoria de enfermagem, a teoria das transições de Meleis, os enfermeiros têm um papel fundamental nas transições vividas pelos doentes e suas famílias.

Uma das formas que os enfermeiros têm de avaliar se as suas intervenções foram efetivas ou não é a utilização dos indicadores de resultado. Segundo o Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde, publicado pela Ordem dos Enfermeiros, em 2007, estes correspondem às alterações produzidas pelos cuidados prestados à pessoa e que são sensíveis aos cuidados e intervenções de enfermagem.

Seguidamente apresentam-se organizados em tabela os objetivos e os indicadores de resultado para cada diagnóstico, assim como a forma de o operacionalizar (intervenções). Optou-se por uma apresentação diferente da primeira conceção de cuidados, pois após reflexão, percebeu-se que organizado em tabela, facilitaria a compreensão do raciocínio utilizado e melhorava a sua apresentação.

DOMÍNIO: CONSCIÊNCIA		
DIAGNÓSTICO:		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Determinar a evolução da consciência		- Avaliar consciência
DOMÍNIO: DOR		
DIAGNÓSTICO: Dor		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Diminuir a dor. - Promover conforto.	- O doente refere diminuição da dor (todos os turnos). - O doente refere sentir-se confortável com alívio da dor (todos os turnos).	- Avaliar dor - Gerir analgesia - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor - Posicionar para aliviar a dor
DIAGNÓSTICO: Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Melhorar o conhecimento do doente sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas. - Determinar a evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas.	- O doente refere adotar uma posição antiálgica (em 2 dias). - O doente refere corretamente a utilização da técnica de dissociação respiratória (cheirar uma flor e soprar uma vela) (em 2 dias). - O doente refere utilizar corretamente a técnica de distração sugerida (ouvir música que gosta) (em 2 dias).	- Avaliar o conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas. - Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas.
DIAGNÓSTICO: Potencial para melhorar conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Melhorar o conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente. - Determinar a evolução do conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente.	- O doente refere qual a indicação terapêutica da morfina (em 2 dias). - O doente refere qual a importância de solicitar a medicação de resgate com morfina sempre que sentir dor (em 2 dias).	- Avaliar o conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente. - Ensinar sobre uso de analgesia controlada pelo cliente
DIAGNÓSTICO: Potencial para melhorar significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Determinar a evolução do significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor		- Avaliar o significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor
DIAGNÓSTICO: Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES

- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas - Determinar a evolução do conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas	- O cuidador refere o posicionamento antiálgico do doente (em 2 dias). - O cuidador refere utilizar técnica de distração sugerida (ouvir música a gosto do doente ou ver TV), (em 2 dias).	- Avaliar o conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas - Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor
DOMÍNIO: ELIMINAÇÃO INTESTINAL		
DIAGNÓSTICO:		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Determinar a evolução de sinais de obstipação.		- Avaliar os sinais de obstipação.
DOMÍNIO: MUCOSAS		
DIAGNÓSTICO: Membrana mucosa comprometida		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Promover a integridade das membranas mucosas - Determinar a evolução da integridade das membranas mucosas	- O doente apresenta mucosa oral íntegra e hidratada (em 2 dias). - O doente apresenta lábios íntegros e hidratados (em 2 dias).	- Avaliar a integridade das membranas mucosas - Tratar membrana mucosa - Lavar cavidade oral
DIAGNÓSTICO: Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Melhorar o conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa - Determinar a evolução do conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa	- O cuidador refere importância de utilizar, consoante a sua tolerância, cubos de gelo ou lâminas com sabores cítricos (em 2 dias). - O cuidador refere importância de utilizar água em spray (em 2 dias). - O cuidador refere importância de utilizar creme hidratante em stick para hidratar os lábios (em 2 dias).	- Avaliar o conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa - Ensinar cuidador sobre tratamento do compromisso da membrana mucosa
DOMÍNIO: PELE		
DIAGNÓSTICO: Eritema pelas fraldas		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Promover a cicatrização	- O doente não apresentar eritema pela fralda (em 8 dias).	- Avaliar o eritema pelas fraldas

- Determinar a evolução do eritema pelas fraldas		- Aplicar creme na região perineal - Trocar fralda
DOMÍNIO: SONO		
DIAGNÓSTICO: Sono comprometido		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Melhorar o sono. - Promover conforto. - Determinar a evolução do sono	- O doente refere dormir 6 horas seguidas durante a noite (em 2 dias).	- Avaliar o sono - Implementar estratégias de promoção do sono - Gerir medicação
DIAGNÓSTICO: Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção do sono		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre promoção do sono. - Determinar a evolução do conhecimento do cuidador sobre promoção do sono	- O cuidador refere a importância do padrão de sono (em 2 dias). - O cuidador refere complicações do sono comprometido (em 2 dias). - O cuidador refere estratégias de promoção de sono (em 2 dias).	- Avaliar o conhecimento do cuidador sobre promoção do sono - Ensinar cuidador sobre complicações do sono comprometido - Ensinar cuidador sobre gestão do padrão de repouso e de atividade do cliente - Ensinar cuidador sobre estratégias de promoção do sono
DOMÍNIO: EMOÇÃO		
DIAGNÓSTICO: Ansiedade		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Controlar a ansiedade - Determinar a evolução da ansiedade	- O doente refere conseguir controlar a ansiedade (em 8 dias).	- Avaliar a ansiedade - Executar técnica de relaxamento - Assistir cliente no treino do autocontrolo ansiedade
DIAGNÓSTICO: Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Melhorar a consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade - Determinar a evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade	- O doente refere quais os fatores que contribuem para a sua ansiedade (em 2 dias).	- Avaliar da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade - Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade
DIAGNÓSTICO: Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Melhorar consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade	- O doente refere a relação entre o padrão de sono e a ansiedade (em 2 dias).	- Avaliar a consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade - Analisar com o cliente a relação entre padrão do sono e ansiedade

- Determinar a evolução da consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade		
DIAGNÓSTICO: Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade - Determinar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade	- O doente utiliza estratégia de autocontrolo da ansiedade (em 2 dias).	- Avaliar a capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade
DIAGNÓSTICO: Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade - Determinar a evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade	- O doente refere que o pensamento positivo contribuiu para o controlo da ansiedade (em 2 dias).	- Avaliar a consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade
DIAGNÓSTICO: Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade - Determinar a evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade	- O cuidador refere a importância do doente utilizar a estratégia de dissociação respiratória (cheirar a flor e soprar uma vela) (em dois dias). - O cuidador refere a importância do doente utilizar técnicas de relaxamento e distração (colocar música a gosto do doente, TV) (em 2 dias).	- Avaliar o conhecimento do cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade - Ensinar cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade - Ensinar cuidador sobre estratégias de relaxamento
DIAGNÓSTICO: Potencial do cuidador para melhorar capacidade para usar estratégias de controlo da ansiedade		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Melhorar a capacidade para usar estratégias de controlo da ansiedade. - Determinar a evolução da capacidade do cuidador para usar	- O cuidador executa a correta realização da técnica de dissociação respiratória (cheirar uma flor e soprar uma vela) (em 2 dias). - O cuidador refere a importância	- Avaliar a capacidade do cuidador para usar estratégias de controlo da ansiedade - Instruir cuidador para executar estratégias de relaxamento

estratégias de controlo da ansiedade	de preparar o ambiente (em 2 dias).	
DIAGNÓSTICO: Luto comprometido (Luto Preparatório)		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Promover um luto preparatório ajustado - Determinar a evolução do luto	- O doente refere normalizar o seu processo de luto (em 8 dias).	- Avaliar o luto - Executar escuta ativa - Promover ventilação de emoções
DIAGNÓSTICO: Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Melhorar a consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto - Determinar a evolução da consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto	- O doente refere a importância do apoio da família no seu luto (em 8 dias).	- Avaliar a consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto - Analisar com o cliente a relação entre o apoio da família e o luto
DIAGNÓSTICO: Potencial para melhorar significado atribuído à perda		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Melhorar o significado atribuído à perda - Determinar a evolução do significado atribuído à perda	- O doente identifica o significado dificultador atribuído à perda (em 8 dias).	- Assistir cliente a analisar o significado dificultador - Avaliar o significado atribuído à perda
DIAGNÓSTICO: Luto comprometido (Luto Antecipatório)		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Prevenir luto complicado - Determinar a evolução do luto	- O cuidador normalize emoções (em 8 dias).	- Avaliar o luto - Assistir o cuidador/familiar a ventilar emoções. - Executar escuta ativa.
DIAGNÓSTICO: Potencial para melhorar a consciencialização do cuidador/família da relação entre o apoio da família e o luto		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Melhorar a consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto - Determinar a evolução da consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto	- O cuidador/ familiar refere a importância do apoio da família no seu luto (em 8 dias).	- Avaliar a consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto - Analisar com o cliente a relação entre o apoio da família e o luto
DIAGNÓSTICO: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador sobre o luto antecipatório.		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Melhorar o conhecimento do	- O cuidador refere a relação entre as perdas e as emoções de luto (em 2 dias).	- Avaliar o conhecimento do cuidador sobre o luto antecipatório.

cuidador/ família sobre o luto antecipatório. - Determinar a evolução do conhecimento do cuidador sobre o luto antecipatório.	- O cuidador refere que a perda pode ser encarada como uma morte e normalize as suas emoções (em 2 dias). - O cuidador refere a relação do luto com a preparação da morte (em 2 dias). - O cuidador refere a importância das despedidas (em dois dias). - O cuidador refere cuidados que pode ter relativamente a situações de crise ou agudização (em 2 dias).	- Ensinar cuidador sobre luto antecipatório.
DIAGNÓSTICO: Medo da Morte		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Controlar medo da morte - Determinar evolução do medo de morrer	- O doente refere autocontrolar o medo da morte (em 8 dias). - O doente refere como devem preparar o funeral, a resolução de problemas pendentes (em 8 dias).	- Avaliar o medo de morrer - Executar técnica de relaxamento - Assistir cliente no treino do autocontrolo do medo - Promover escuta ativa - Promover ventilação de emoções - Envolver o doente no processo de morte
DOMÍNIO: AUTOCUIDADO Erguer-se/ Transferir-se / Sentar-se/ Cuidar da higiene pessoal/ Vestir-se ou despir-se / Andar / Alimentar-se		
DIAGNÓSTICO: Erguer-se comprometido		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Promover o autocuidado - Promover conforto do doente	- O doente refere sentir confortável com o autocuidado assegurado (sempre).	- Avaliar o erguer-se - Assistir no erguer-se - Gerir o ambiente físico para prevenir queda
DIAGNÓSTICO: Transferir-se comprometido		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Promover o autocuidado - Promover conforto do doente	- O doente refere sentir confortável com o autocuidado assegurado (sempre).	- Avaliar o transferir-se - Assistir no transferir-se - Transferir cliente - Gerir o ambiente físico para prevenir queda
DIAGNÓSTICO: Sentar-se comprometido		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Promover o autocuidado - Promover conforto do doente	- O doente refere sentir confortável com o autocuidado assegurado (sempre).	- Avaliar o sentar-se - Assistir no sentar-se - Gerir o ambiente físico para prevenir queda
DIAGNÓSTICO: Cuidar da higiene pessoal comprometido		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES

- Promover o autocuidado - Promover conforto do doente	- O doente refere sentir confortável com o autocuidado assegurado (sempre).	- Avaliar o cuidar da higiene pessoal - Dar banho na cama - Dar banho no chuveiro - Arranjar o cliente - Fazer toailete - Lavar cavidade oral - Trocar fralda - Trocar dispositivo urinário
DIAGNÓSTICO: Potencial do cuidador para melhorar capacidade para trocar dispositivo urinário		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Melhorar a capacidade do cuidador para trocar dispositivo urinário. - Determinar evolução da capacidade do cuidador para trocar dispositivo	- O cuidador troca dispositivo urinário (sempre).	- Avaliar a capacidade do cuidador para trocar dispositivo - Instruir cuidador para trocar dispositivo urinário - Treinar cuidador para trocar dispositivo urinário
DIAGNÓSTICO: Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para trocar dispositivo urinário		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Melhorar a autoeficácia para trocar dispositivo urinário - Determinar a evolução da autoeficácia do cuidador para trocar dispositivo urinário	- O cuidador troca dispositivo urinário eficazmente (sempre).	- Avaliar a autoeficácia do cuidador para trocar dispositivo urinário - Treinar cuidador para trocar dispositivo urinário - Elogiar o desempenho do cuidador
DIAGNÓSTICO: Vestir-se ou despir-se comprometido		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Promover o autocuidado - Promover conforto do doente	- O doente refere sentir confortável com o autocuidado assegurado (sempre).	- Avaliar vestir-se ou despir-se - Assistir no vestir-se ou despir-se - Vestir/despir
DIAGNÓSTICO: Andar comprometido		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Promover o autocuidado - Promover conforto do doente	- O doente refere sentir confortável com o autocuidado assegurado (sempre).	- Avaliar andar - Assistir no andar - Gerir o ambiente físico para prevenir queda - Deslocar o cliente em cadeira de rodas
DIAGNÓSTICO: Alimentar-se comprometido		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
- Promover o autocuidado - Promover conforto do doente	- O doente refere sentir confortável com o autocuidado assegurado (sempre).	- Avaliar alimentar-se - Assistir no alimentar-se - Alimentar cliente
DOMÍNIO: Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado		
DIAGNÓSTICO: Potencial da família para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES

<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente. - Determinar evolução do conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da integração 	<ul style="list-style-type: none"> - A família refere a importância de todos os membros significativos para o doente participarem nos seus cuidados (em 2 dias). - A família refere a importância da partilha e intimidade que resultam dos momentos de cuidados ao doente (em 2 dias). - A família refere a importância de dividir tarefas e partilhar cuidados ao doente (em 2 dias). 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente - Ensinar a família sobre estratégias facilitadoras da integração de um familiar dependente
DIAGNÓSTICO: Potencial da família para melhorar conhecimento sobre necessidades do familiar dependente		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar conhecimento da família sobre necessidades do familiar dependente. - Determinar a evolução do conhecimento da família sobre as necessidades do familiar dependente 	<ul style="list-style-type: none"> - A família refere algumas situações de crise ou agudização da doença do doente (em 2 dias). - A família refere alguns cuidados que pode ter relativamente a situações de crise ou agudização da doença do doente, que possam vir a surgir (em 2 dias). 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento da família sobre as necessidades do familiar dependente - Ensinar a família sobre necessidades do familiar dependente
DIAGNÓSTICO: Potencial da família para melhorar o significado atribuído à dependência do familiar		
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADO	INTERVENÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o significado da família atribuído à dependência do familiar. - Determinar a evolução do significado atribuído pela família à dependência do familiar 	<ul style="list-style-type: none"> - A família normaliza a dependência do familiar 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o significado atribuído pela família à dependência do familiar - Referenciar a psicólogo

Como prioridades no planeamento dos cuidados, foi tido em conta o controlo sintomático do doente, envolvendo a família, de forma a promover o conforto, qualidade de vida e minimizar o sofrimento.

4.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

O Sr. M. desde a sua admissão no serviço mostrou-se uma pessoa com personalidade mais introvertida, reservado e pouco diálogo. A filha R. confirmou a personalidade, referindo que

agravou aquando do choque relacionado com o diagnóstico. Após o diagnóstico criou alguma esperança na cirurgia, mas veio a revelar-se numa nova má notícia.

Nos poucos meses que se seguiram após o diagnóstico, o doente manteve-se consciente do seu diagnóstico e prognóstico, foi perdendo a sua independência, passando a esposa e as filhas a serem as suas cuidadoras, acompanhando-o em todo o processo. As filhas organizaram-se de forma a conseguirem acompanhar o pai, incluindo no internamento, sendo detentoras de conhecimento e capacidades de cuidar do seu pai dependente, porém, consciencializadas do agravamento progressivo e encaminhamento para situação de últimas semanas/ dias de vida.

Na presente conceção encontram-se 3 sessões de forma a perceber a evolução do doente.

Na primeira sessão, o Sr. M. apresentava-se sonolento, mas despertável, com pele e mucosas ictéricas, que não incomodavam, sem prurido, dor abdominal e insónia, que associava ao facto da dor não estar controlada. Mostrava-se ansioso em relação ao internamento, referindo querer regressar a casa. Realizou colocação do dreno biliar por radiologia de intervenção, como planeado. Pela incontinência urinária adquiriu eritema de fralda que lhe causava desconforto, pelo que após exposição de algumas soluções, doente, equipa e família optaram por colocar coletor urinário, "para conforto" sic.

Entre a primeira e segunda sessão a Filha R, foi reajustando as suas expectativas e compreendendo as necessidades do Sr. M., nesta fase. Foi disponibilizado o apoio de psicólogo. O Sr. M. encontrava-se com os sintomas físicos mais controlados, embora fosse agravando a sua dependência e sonolência. Mantinha a vontade de ir a casa.

Na segunda sessão foram atingidos alguns resultados positivos, encontrando-se resolvidos os seguintes diagnósticos:

- Eritema pelas fraldas [RESOLVIDO] 11-05-2023 08:00
- Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto [RESOLVIDO] 11-05-2023 08:00

Também melhorou a dor e demonstrou-se menos ansioso e irritado, sendo também indicadores de resultado positivos.

Entre a segunda e terceira sessão, os sintomas mantinham-se controlados e foi preparada a ida a casa que o doente tanto ansiava. A família foi preparada, capacitada e mostrou-se sempre disponível para concretizar a vontade do Sr. M..

Na terceira sessão, o doente ausentou-se do serviço para ida a casa durante dois dias, estando a família envolvida e capaz, com a retaguarda do serviço. Continuaram a ser trabalhados o medo de morrer, a ansiedade e o luto preparatório e antecipatório, resolvendo-se alguns diagnósticos:

- Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 17-05-2023 08:00
- Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa [RESOLVIDO] 17-05-2023 08:00

- Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção do sono [RESOLVIDO] 17-05-2023 08:00
- Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [RESOLVIDO] 17-05-2023 08:00
- Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade [RESOLVIDO] 17-05-2023 08:00
- Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 17-05-2023 08:00
- Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 17-05-2023 08:00
- Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para trocar dispositivo urinário [RESOLVIDO] 17-05-2023 08:00
- Potencial da família para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente [RESOLVIDO] 17-05-2023 08:00.

Os restantes diagnósticos não foram encerrados. Isto deve-se, a vários fatores, alguns dos quais o facto de nem sempre ser o momento oportuno para intervir, disponibilidade do doente e família, a quantidade de informação que é fornecida num tempo limitado e o próprio contexto.

De referir que o Sr. M. permaneceu 2 dias na sua casa, no conforto do seu lar, do seu espaço e junto da família. Após o seu regresso ao internamento entrou em situação de últimas horas dias de vida. As filhas permaneceram envolvidas e com tranquilidade, ao verem o Sr. M. confortável e tranquilo.

O plano de cuidados foi sendo reavaliado e reajustado às necessidades do doente, cuidador e família de acordo com as competências especializadas do enfermeiro.

Os indicadores de resultado encontram-se descritos no ponto 4.6.1..

4.7. Diagnósticos

Consciência

01-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciência [1x turno]

Dor

01-05-2023 08:00

Dor

Intervenções de Enfermagem

01-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da dor [1x turno e SOS]

01-05-2023 08:00 - Gerir analgesia [SOS]

01-05-2023 08:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [SOS]

01-05-2023 08:00 - Posicionar para aliviar a dor [SOS]

11-05-2023 08:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

Intervenções de Enfermagem

11-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [1x turno]

11-05-2023 08:00 - Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [1x turno]

Potencial para melhorar conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente

Intervenções de Enfermagem

11-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente [1x turno]

11-05-2023 08:00 - Ensinar sobre uso de analgesia controlada pelo cliente [1x turno + SOS]

Potencial para melhorar significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor

Intervenções de Enfermagem

11-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor [1x turno]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 17-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

11-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [1x turno] [FIM] 17-05-2023 08:00

11-05-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor [1x turno] [FIM] 17-05-2023 08:00

Eliminação intestinal

01-05-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de obstipação [1x turno]

Mucosas

01-05-2023 08:00

Membrana mucosa comprometida

Intervenções de Enfermagem

01-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas [1x turno]

01-05-2023 08:00 - Tratar membrana mucosa [SOS]

01-05-2023 08:00 - Lavar cavidade oral [SOS]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa [RESOLVIDO] 17-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

01-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa [Turno da manhã e turno da tarde] [FIM] 17-05-2023 08:00

01-05-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre sinais de complicação dos compromissos da membrana mucosa [Turno da manhã e turno da tarde] [FIM] 17-05-2023 08:00

01-05-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre tratamento do compromisso da membrana mucosa [Turno da manhã e turno da tarde] [FIM] 17-05-2023 08:00

Pele

01-05-2023 08:00

Eritema pelas fraldas [RESOLVIDO] 11-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

01-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do eritema pelas fraldas [1x turno] [FIM] 11-05-2023 08:00

01-05-2023 08:00 - Aplicar creme na região perineal [1x turno] [FIM] 11-05-2023 08:00

01-05-2023 08:00 - Trocar fralda [SOS] [FIM] 11-05-2023 08:00

Sono

01-05-2023 08:00

Sono comprometido

Intervenções de Enfermagem

01-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do sono [Turno da noite]

01-05-2023 08:00 - Implementar estratégias de promoção do sono [Turno da noite]

01-05-2023 08:00 - Gerir medicação [SOS]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção do sono

[RESOLVIDO] 17-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

01-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre promoção do sono [Turno da manhã e turno da tarde] [FIM] 17-05-2023 08:00

01-05-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre complicações do sono comprometido [Turno da manhã e turno da tarde] [FIM] 17-05-2023 08:00

01-05-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre gestão do padrão de repouso e de atividade do cliente [Turno da manhã e turno da tarde] [FIM] 17-05-2023 08:00

01-05-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias de promoção do sono [Turno da manhã e turno da tarde] [FIM] 17-05-2023 08:00

Emoção

01-05-2023 08:00

Ansiedade

Intervenções de Enfermagem

01-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da ansiedade [SOS]

01-05-2023 08:00 - Executar técnica de relaxamento [SOS]

01-05-2023 08:00 - Assistir cliente no treino do autocontrolo ansiedade [SOS]

Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [RESOLVIDO] 17-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

01-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [SOS] [FIM] 17-05-2023 08:00

01-05-2023 08:00 - Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade [SOS] [FIM] 17-05-2023 08:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade

[RESOLVIDO] 17-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

01-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade [SOS] [FIM] 17-05-2023 08:00

01-05-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre padrão do sono e ansiedade [SOS] [FIM] 17-05-2023 08:00

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

Intervenções de Enfermagem

01-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade [SOS]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 17-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

01-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade [Turno da manhã e turno da tarde] [FIM] 17-05-2023 08:00

01-05-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade [Turno da manhã e turno da tarde] [FIM] 17-05-2023 08:00

01-05-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias de relaxamento [Turno da manhã e turno da tarde] [FIM] 17-05-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para usar estratégias de controlo da ansiedade

Intervenções de Enfermagem

01-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para usar estratégias de controlo da ansiedade [Turno da manhã e turno da tarde]

01-05-2023 08:00 - Instruir cuidador para executar estratégias de relaxamento [Turno da manhã e turno da tarde]

Luto comprometido

Intervenções de Enfermagem

01-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do luto [SOS]

01-05-2023 08:00 - Executar escuta ativa [SOS]

17-05-2023 08:00 - Promover ventilação de emoções. [SOS]

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto [RESOLVIDO] 11-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

01-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto [SOS] [FIM] 11-05-2023 08:00

01-05-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre o apoio da família e o luto [SOS] [FIM] 11-05-2023 08:00

Potencial para melhorar significado atribuído à perda

Intervenções de Enfermagem

01-05-2023 08:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [SOS]

01-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do significado atribuído à perda [SOS]

11-05-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 17-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

01-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade [SOS] [FIM] 17-05-2023 08:00

Medo da Morte

Intervenções de Enfermagem

11-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do medo de morrer [SOS]
11-05-2023 08:00 - Executar técnica de relaxamento [SOS]
11-05-2023 08:00 - Assistir cliente no treino do autocontrolo do medo [SOS]
17-05-2023 08:00 - Promover escuta ativa [SOS]
17-05-2023 08:00 - Promover ventilação de emoções [SOS]
17-05-2023 08:00 - Envolver o doente no processo de morte (preparar o futuro, preparar o funeral, resolução de problemas e construção de um legado para pessoas significativas) [SOS]

Erguer-se

01-05-2023 08:00

Erguer-se comprometido

Intervenções de Enfermagem

01-05-2023 08:00 - Assistir no erguer-se [SOS]
01-05-2023 08:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sempre]

Transferir-se

01-05-2023 08:00

Transferir-se comprometido

Intervenções de Enfermagem

01-05-2023 08:00 - Assistir no transferir-se [SOS]
01-05-2023 08:00 - Transferir cliente [SOS]
01-05-2023 08:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sempre]

Sentar-se

01-05-2023 08:00

Sentar-se comprometido

Intervenções de Enfermagem

01-05-2023 08:00 - Assistir no sentar-se [SOS]
01-05-2023 08:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sempre]

Cuidar da higiene pessoal

01-05-2023 08:00

Cuidar da higiene pessoal comprometido

Intervenções de Enfermagem

01-05-2023 08:00 - Dar banho na cama [SOS]
01-05-2023 08:00 - Dar banho no chuveiro [SOS]
01-05-2023 08:00 - Arranjar o cliente [SOS]
01-05-2023 08:00 - Fazer toalete [SOS]
01-05-2023 08:00 - Lavar cavidade oral [SOS]

01-05-2023 08:00 - Trocar fralda [SOS]

01-05-2023 08:00 - Trocar dispositivo urinário [SOS]

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para trocar dispositivo urinário

Intervenções de Enfermagem

17-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para trocar dispositivo urinário [Turno manhã e turno tarde]

17-05-2023 08:00 - Instruir cuidador para trocar dispositivo urinário [Turno manhã e turno da tarde]

17-05-2023 08:00 - Treinar cuidador para trocar dispositivo urinário [Turno manhã e turno tarde]

Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para trocar dispositivo urinário

[RESOLVIDO] 17-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

01-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia do cuidador para trocar dispositivo urinário [SOS] [FIM] 17-05-2023 08:00

01-05-2023 08:00 - Treinar cuidador para trocar dispositivo urinário [Turno da manhã e turno da tarde] [FIM] 17-05-2023 08:00

01-05-2023 08:00 - Elogiar o desempenho do cuidador [Todos os turnos] [FIM]

17-05-2023 08:00

Vestir-se ou despir-se

01-05-2023 08:00

Vestir-se ou despir-se comprometido

Intervenções de Enfermagem

01-05-2023 08:00 - Assistir no vestir-se ou despir-se [SOS]

01-05-2023 08:00 - Vestir/despir [SOS]

Andar

01-05-2023 08:00

Andar comprometido

Intervenções de Enfermagem

01-05-2023 08:00 - Assistir no andar [SOS]

01-05-2023 08:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sempre]

01-05-2023 08:00 - Deslocar o cliente em cadeira de rodas [SOS]

Alimentar-se

01-05-2023 08:00

Alimentar-se comprometido

Intervenções de Enfermagem

01-05-2023 08:00 - Assistir no alimentar-se [SOS]

01-05-2023 08:00 - Alimentar cliente [SOS]

Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado

01-05-2023 08:00

Potencial da família para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente [RESOLVIDO] 17-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

01-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento da família sobre estratégias

facilitadoras da integração de familiar dependente [Turno da manhã e turno da tarde]
[FIM] 17-05-2023 08:00

01-05-2023 08:00 - Ensinar a família sobre estratégias facilitadoras da integração de um familiar dependente [Turno da manhã e turno da tarde] [FIM] 17-05-2023 08:00

Potencial da família para melhorar conhecimento sobre necessidades do familiar dependente

Intervenções de Enfermagem

01-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento da família sobre as necessidades do familiar dependente [Turno da manhã e turno da tarde]

01-05-2023 08:00 - Ensinar a família sobre necessidades do familiar dependente [Turno da manhã e turno da tarde]

Potencial da família para melhorar o significado atribuído à dependência do familiar

Intervenções de Enfermagem

01-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do significado atribuído pela família à dependência do familiar [Turno da manhã e turno da tarde]

01-05-2023 08:00 - Referenciar a psicólogo. [SOS]

Sondas, Drenos e Cateteres

01-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para otimizar cateter subcutâneo [SOS]

01-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para otimizar cateter subcutâneo [SOS]

4.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

No presente caso, as necessidades várias do doente paliativo exigem que o enfermeiros, nomeadamente os especialistas nesta área, possuam um conhecimento alargado não só da patologia, mas também das formas como o doente e os familiares/cuidadores/entes significativos possam adaptar-se tanto à condição patológica, como às alterações que esta possa trazer ao seu dia-a-dia, necessitando de permanente apoio.

A doença provoca várias perdas tanto no doente, como na sua família e entes significativos, que com a ajuda de profissionais diferenciados, se reajustem à nova condição familiar, tentando normalizar as emoções, de forma saudável.

Para dar resposta aos objetivos para o presente plano de cuidados, foi necessário que as intervenções de enfermagem fossem dirigidas e personalizadas, baseando-as na melhor e mais recente evidência, de forma a controlar os sintomas, promovendo o conforto a todos os níveis e qualidade de vida, minimizando o sofrimento.

Importa refletir que, sobretudo em paliativos, a intervenção do enfermeiro e a eficácia das suas intervenções é influenciada pela forma com "chegamos ao doente/família/ entes significativos", na relação humana e também profissional que estabelecemos, tendo a comunicação um papel essencial (um dos pilares dos cuidados paliativos). Também pelo trabalho em equipa, envolvendo a família, conseguiremos dar a melhor resposta aos diagnósticos identificados e ajudar a pessoa a viver até ao momento da morte.

De forma a melhor clarificar as intervenções para os diagnósticos de luto preparatório, antecipatório e medo de morrer, seguidamente será apresentado o que a evidência defende e as intervenções utilizadas no presente caso.

Luto Antecipatório e Luto Preparatório

As intervenções utilizadas para promover o luto antecipatório e também preparatório (muitas vezes classificados como sinónimos) são variadas, desde o uso da Terapia da Dignidade, desenvolvida por Chochinov e colaboradores, passando pela Musicoterapia e pela Terapia com Arte até às Terapias de Revisão de Vida e de Promoção do Significado. Já Lebow (1976) defendeu algumas interações familiares promotoras do luto antecipatório eficaz, nomeadamente, “permanecer envolvido com o doente; permanecer separado do doente; adaptar-se adequadamente às mudanças de papel; carregar os efeitos do luto; chegar a um acordo com a realidade da perda iminente; dizer adeus” (Patinadan et al., 2020, p.338-339).

Enfermeiros bem treinados no uso de suportes à decisão clínica, usam corretamente avaliações e termos de enfermagem padronizados para os diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados nos registos eletrónicos de saúde, o que torna possível avaliar o impacto dos cuidados providenciados aos doentes com luto antecipatório. (Johnson et al., 2018, p.2)

Segundo os mesmos autores, algumas intervenções que podem ser utilizadas no luto antecipatório e divididas segundo os seus resultados desejados são:

Intervenções usadas para o Resultado Coping Familiar: escuta ativa, promoção da integridade familiar, suporte ao cuidador e promoção do envolvimento familiar. Intervenções usadas para o Resultado Saúde Espiritual: suporte emocional e suporte espiritual. Intervenções usadas para o Resultado Morte Confortável: cuidados na morte, suporte emocional, promoção do envolvimento familiar, suporte ao cuidador, promoção do coping, administração de medicação. (Johnson et al., 2018, p.17)

No presente caso as intervenções realizadas foram as que melhor se adequaram às condições e colaboração do doente, assim como da família, condicionadas também pelo tempo de internamento.

Medo da morte

Baseado em Borges et al. (2006) e Venegas et al. (2011) sugerem-se as seguintes Intervenções de Enfermagem, algumas das quais também relacionadas com o luto preparatório:

- Avaliar medo da morte através da EMMCL (Escala de Medo da Morte de Collet-Lester), não validada em português.
- Avaliar ansiedade relativa à morte
- Avaliar crenças espirituais
- Promover escuta ativa
- Promover cuidados compassivos e empáticos
- Identificar emoções associadas ao medo da morte
- Proporcionar apoio psicológico
- Proporcionar consciencialização sobre a morte
- Gerir ambiente
- Ensinar acerca do processo de morte

- Envolver o doente no processo de morte (preparar o futuro, preparar o funeral, resolução de problemas e construção de um legado para pessoas significativas)

No caso, as intervenções foram baseadas nas anteriores, parecendo mais viáveis de serem concretizadas de forma a atingir o objetivo: Avaliar evolução do medo de morrer; Executar técnica de relaxamento; Assistir cliente no treino do autocontrolo do medo; Promover escuta ativa; Promover ventilação de emoções; Envolver o doente no processo de morte.

4.8. Especificação das intervenções

Tratar membrana mucosa

- Hidratar mucosa oral.
- Aplicar creme hidratante em stick para os lábios.

Ensinar cuidador sobre complicações do sono comprometido

- Informar sobre a influência do sono comprometido no controlo de sintomas físicos e psicológicos.

Ensinar cuidador sobre gestão do padrão de repouso e de atividade do cliente

- Informar sobre deitar e levantar em horas certas.
- Informar sobre evitar de sestas.

Implementar estratégias de promoção do sono

- Evitar sestas.
- Relaxar antes de dormir, evitando o uso de televisão.
- Gerir ambiente (baixa luz, evitar ruído, ambiente confortável).

Ensinar cuidador sobre tratamento do compromisso da membrana mucosa

- Informar sobre a utilização de cubos de gelo ou em lâminas com sabores cítricos consoante a tolerância do doente;
- Informar sobre o uso de água em spray;
- Informar sobre a importância de utilizar creme hidratante em stick para os lábios.

Ensinar cuidador sobre sinais de complicação dos compromissos da membrana mucosa

- Informar sobre a importância de observação da cavidade oral e membrana mucosa quanto à coloração, presença de manchas, presença de placas aderentes e sensação de secura (xerostomia);

Ensinar cuidador sobre estratégias de promoção do sono

- Informar sobre correção de fatores reversíveis (ex: controlo sintomático).
- Informar sobre higiene de sono (deitar e levantar em horas certas, evitar sestas, relaxar antes de dormir, evitar uso TV).
- Informar sobre gerir ambiente (baixa luz, sem ruído, ambiente confortável).

Executar técnica de relaxamento

- Colocar música a gosto do doente.
- Gerir ambiente (luminosidade, ruído, ambiente confortável).

Assistir cliente no treino do autocontrolo ansiedade

- Informar sobre técnicas de distração (colocar música a gosto do doente, TV).
- Informar sobre técnicas de dissociação ("Cheirar flor e soprar a vela").

Ensinar cuidador sobre estratégias de relaxamento

- Informar sobre técnicas de relaxamento (dissociação respiratória).
- Informar sobre técnicas de distração (colocar música a gosto do doente, TV).

Ensinar cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade

- Ensinar sobre utilização de técnica de dissociação respiratória.
- Ensinar sobre técnicas de distração (colocar música a gosto do doente, TV).

Instruir cuidador para executar estratégias de relaxamento

- Informar sobre importância de preparar ambiente.
- Informar sobre a técnica de dissociação: "Cheirar uma flor e soprar uma vela".

Aplicar creme na região perineal

- Aplicar clotrimazol prescrito.

Ensinar a família sobre estratégias facilitadoras da integração de um familiar dependente

- Informar sobre a importância da participação nos cuidados dos membros da família significativos.
- Informar sobre a importância dos momentos de partilha e intimidade que resultam dos cuidados prestados ao doente.

Ensinar a família sobre necessidades do familiar dependente

- Informar sobre as situações de crise e agudização e como atuar.
- Informar sobre cuidados antecipatórios adequados às situações de crise ou agudização.

Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

- Informar sobre posição anti-álgica
- Informar sobre técnica de distração (musicoterapia)

Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor

- Informar sobre posicionamento do doente, anti-álgico.
- Informar sobre técnicas de distração.

Ensinar sobre uso de analgesia controlada pelo cliente

- Informar sobre indicação terapêutica da morfina.
- Informar sobre importância de solicitar medicação de resgate sempre que sentir dor.

Executar técnica de relaxamento

- Colocar música a gosto do doente, TV.
- Gerir ambiente (ambiente tranquilo e confortável).

Assistir cliente no treino do autocontrolo do medo

- Informar sobre a utilização de técnicas de relaxamento.
- Informar sobre técnicas de distração.
- Informar sobre importância de identificar fatores precipitantes do medo.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Os contextos de estágio, anteriormente explanados, permitiram adquirir e aprofundar as competências comuns dos Enfermeiros Especialistas (Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019), assim como as 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, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018), com aplicação integrada e integradora de conhecimentos disciplinares específicos da Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

Assim, seguidamente realiza-se a apresentação e reflexão sobre as competências comuns e específicas adquiridas, como preconizado.

Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas:

A reflexão sobre as competências comuns dos enfermeiros especialistas é fundamental, devendo destacar-se, que independentemente da sua área de especialidade, a capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, também, o suporte efetivo ao exercício profissional no âmbito da formação, investigação e assessoria são competências basilares do especialista.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, o enfermeiro especialista deve apresentar competências comuns dentro de quatro domínios, sendo eles: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No que respeita à responsabilidade, profissional, ética e legal, no decorrer dos estágios a postura e ação atendeu sempre ao respeito pelas normas legais, princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo práticas de cuidados que respeitaram os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Assim, o desempenho teve sempre em atenção o código deontológico dos enfermeiros, as normas institucionais dos locais de estágio e o respeito dos

princípios legais e éticos. O processo de tomada de decisão foi baseado no conhecimento e experiência, assim como da reflexão em equipa, nos respetivos locais de estágio, de forma a elaborar estratégias de resolução de problemas em parceria com doente e família. Houve oportunidade de desempenhar também o papel de consultor, nomeadamente na EIHS CP, aquando das visitas aos vários serviços do hospital, prestando apoio aos colegas do internamento, com esclarecimento de dúvidas e reflexão sobre os processos de tomada de decisão. Foi, também, promovida a proteção dos direitos humanos, com práticas de cuidados promotoras de segurança, privacidade e dignidade do doente e família.

Relativamente ao domínio da melhoria contínua da qualidade, foram mobilizados e partilhados, com as equipas, conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade e também um ambiente terapêutico e seguro. Foi possível promover a sensibilização, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, promovendo a segurança do doente e envolvendo a família. Neste domínio foi também possível cooperar na organização do trabalho, de forma a minimizar a ocorrência de erro humano.

No domínio da gestão dos cuidados foram adquiridas competências, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde, participando e colaborando no processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, como no caso de referências para ECCI, RNCCI, entre outros. Foi também experienciada na consultoria, a supervisão e reflexão sobre as tarefas delegadas, nomeadamente a continuidade de cuidados prestados pelos enfermeiros do internamento ou por outros elementos da equipa multidisciplinar de cuidados paliativos. Houve ainda oportunidade de otimizar o trabalho de equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados, reconhecendo e respeitando os vários papéis e funções de todos os membros da equipa, promovendo um ambiente positivo e favorável à prática e de forma a garantir a qualidade dos cuidados.

Em relação às competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi desenvolvido o autoconhecimento e a assertividade, desenvolvendo consciência enquanto pessoa e enfermeira, tendo perceção dos fatores condicionantes e minimizando a sua influência na prática profissional, nomeadamente no que respeita a gestão de stress, permitindo também com esta conduta e fatores pessoais intrínsecos, apresentar boas técnicas de gestão de conflitos. Esta prática profissional especializada foi alicerçada em evidência científica, tanto nas aprendizagens teóricas ao longo do mestrado, como na investigação, partilha e discussão com as equipas envolvidas.

Portanto, o desenvolvimento pessoal e profissional adquirido ao longo do mestrado, pela integração de conhecimentos e oportunidades aproveitadas no decorrer dos estágios, possibilitou a consolidação de uma atitude mais segura, profissional e ética, assim como a aquisição de habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, respeitando os direitos humanos de forma a gerir as situações específicas de cuidados especializados. Foram adquiridas

e desenvolvidas estratégias de resolução de problemas em parceria com doentes, famílias e equipa multidisciplinar, sustentando as decisões com evidência científica e respeitando a legislação, como comprovado, com os exemplos, casos e reflexões, ao longo deste relatório. Foi consolidada a importância da melhoria da qualidade, envolvendo a avaliação das práticas de forma a rever e a implementar programas de melhoria contínua, em função dos seus resultados que, enquanto enfermeira de cuidados gerais, muitas vezes não era uma área de atenção e reflexão.

Apesar de alguns dos critérios de avaliação das unidades de competência não terem sido possíveis experienciar foram adquiridas essas competências pela observação e reflexão. Como exemplo, o integrar auditorias, agilizar a elaboração de guias orientadores de boas práticas, colaborar na elaboração de planos de emergência e catástrofe, não foram possíveis de realizar na prática, mas houve oportunidade de perceber e observar nas equipas integradas, com os profissionais que estavam a assumir essas tarefas, como se procediam e a sua relevância.

Deve realçar-se, a importância de sustentar o processo de tomada de decisão e respetivas intervenções, em conhecimento válido, atual e pertinente, facilitando os processos de aprendizagem e contribuindo também para a investigação. Nesse sentido, e de forma a dar respostas a alguns objetivos e competências já apresentados, deve-se referir que, durante o mestrado, mais especificamente durante este último estágio, houve oportunidade de participar nas I's Jornadas de Enfermagem Médico-Cirúrgica do IPO Porto - Humanização dos Cuidados em Oncologia que decorreram no Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E.P.E., com um póster científico com o tema "Intervenções promotoras do conforto do doente com necessidades paliativas em fim de vida, em contexto hospitalar: scoping review" (anexo IV e respetivo certificado em anexo V), com colaboração e envolvimento de enfermeiros e tutor de um dos contextos de estágio e dos orientadores. Assim como, no evento NursID Spring School 2023, organizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, houve participação no Seminário 4 - Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, tanto como parte da Comissão Organizadora, como oradora em painel com o tema 'Intervenções Promotoras do Luto Antecipatório em Cuidados Paliativos' (respetidos certificados anexo VI e anexo VII).

Tanto os contextos de estágio, como todo o mestrado e o processo de aprendizagem dele decorrente, contribuíram para aprimorar o próprio autoconhecimento e as estratégias para que conseguisse manter o humanismo e profissionalismo, essenciais no estabelecimento das relações com doentes/familiares e equipa multidisciplinar, de forma a obter uma comunicação e intervenção eficaz nas várias situações.

Em enfermagem, é essencial que cada enfermeiro possua um bom autoconhecimento para que não seja comprometido o estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, assim como os cuidados prestados. Em cuidados paliativos, contexto no qual a fragilidade humana é bem patente, com situações sensíveis e específicas, deve-se ter bem sedimentada, por parte do

enfermeiro especialista, a dimensão de Si e da relação com o Outro, assim como desenvolver competências específicas para esta área.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa:

Em cuidados paliativos, existem quatro pilares fundamentais, controlo dos sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa. Estes pilares estão inseridos, direta ou indiretamente, nas competências gerais de um enfermeiro especialista, mas ainda mais na área dos CP e das competências específicas para um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação paliativa, que se desenvolverá a seguir. Antes disso e, de forma a melhor enquadrar os contextos e o modo como foram atingidas as várias competências, segue-se um pequeno resumo e enquadramento dos casos acompanhados nos estágios. De realçar que foi realizada uma tabela de colheita de dados (estrutura do documento em anexo VII) ao longo de estágio, para melhor sintetizar e organizar a informação recolhida, de forma a conseguir concretizar todos os objetivos propostos, assim como as várias competências.

Durante o estágio na EIHS CP foram contabilizados 106 casos: 81 em contexto de internamento e 25 em contexto de consulta externa. Nos doentes e famílias acompanhados em internamento, 53 casos tratavam-se de doença oncológica (sendo os mais predominantes, neoplasias do pulmão e do sistema gastrointestinal) e 28 não oncológica (sendo as mais prevalentes, pulmonares (ex.: DPOC e Fibrose) e cardiovasculares (ex.: Insuficiência Cardíaca). Desses casos, 80 foram internados, a maioria foi referenciada por descontrolo sintomático e apenas 2 por situação de últimas horas/dias de vida. Verificou-se que a generalidade dos casos foram referenciados pela especialidade médica de Medicina Interna, seguindo-se a Pneumologia e Cirurgia Geral.

Em contexto de Consulta Externa, dos 25 casos, 20 tratavam-se de casos de doença oncológica e 5 não oncológica, 19 dos quais apresentavam descontrolo sintomático e 6 estavam sintomatologicamente controlados.

Constatou-se que o apoio telefónico foi útil e fundamental para acompanhamento e monitorização dos doentes com alta hospitalar, que se encontravam no domicílio.

Durante o estágio, no internamento da UCP, foram contabilizados 30 casos, na sua maioria com mais de um contato/turno. Todos os casos foram de doentes oncológicos. Os doentes eram provenientes/referenciados da consulta externa de cuidados paliativos, domicílio, SANP (serviço de atendimento não programado) ou de outros internamentos. As patologias mais frequentes foram patologias digestivas, com 11 casos, principalmente neoplasias do estômago e intestino, seguindo-se a área da cabeça e pescoço, entre outros. As idades dos doentes acompanhados variaram entre 33 e 86 anos. Todos os doentes foram referenciados para controlo sintomático, alguns dos quais já com referência a exaustão de cuidador (2) e cuidados terminais (2). Os domínios de atenção de enfermagem mais prevalentes foram: dor, dispneia, xerostomia, autocuidado, edemas, náuseas e vômitos, ferida maligna, ansiedade, medo, sofrimento espiritual, luto antecipatório e preparatório, entre outros.

Dos 30 casos, em 8 verificaram-se situações de últimas horas e dias de vida. A família/entes significativos nem sempre estava(m) presente(s), nos turnos realizados, pelo que apenas me foi possível o contacto em 13 casos (muitos dos quais em mais do que um turno). Foi identificada exaustão do cuidador em 5 casos. A grande maioria dos doentes e famílias já se encontravam acompanhados por psicologia, tendo sido necessário agilizar com a assistente social em 2 casos. Um caso encontrava-se a aguardar UCC, num doente sintomaticamente controlado, para continuidade de cuidados.

Foram proporcionadas idas a casa de 2 dias (fim-de-semana), regressando novamente ao internamento, altas para o domicílio, algumas das quais com o acompanhamento da equipa de cuidados domiciliários ou seguimento em consulta externa, e uma saída para assistir a um concerto.

Nos estágios, houve oportunidade de contactar com os vários elementos da equipa do processo do cuidar: enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, psicóloga, nutricionista, capelão, estabelecendo relação de comunicação eficaz e trabalho em equipa, com partilha de conhecimentos e experiências.

Na tabela seguinte, descrevem-se as competências específicas e o número de casos/turnos que permitiram a sua aquisição, segundo o Regulamento n.º 429/2018.

COMPETÊNCIA ESPECÍFICA:

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

Unidades de Competência/Critérios de avaliação	Nº/ Casos EIHSCP	Nº/ Casos UCP-internamento
1.1. Identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares.		
1.1.1 Elabora o diagnóstico das necessidades física, psicoemocional, espiritual e sociofamiliar.	106 casos	30 casos

Ao longo dos estágios verificou-se que, independentemente dos contextos, as necessidades dos doentes a nível físico, psicoemocional, espiritual e sociofamiliar eram muitas vezes comuns e frequentes, intrínsecas a pessoas em situação paliativas, descritas na evidência científica. Desta identificação de necessidades surgem alguns domínios de atenção e diagnósticos de enfermagem, que se encontram desenvolvidos nas conceções de cuidados realizados em cada um dos contextos em função do caso escolhido. Em todos os casos são identificadas necessidades nestas quatro vertentes. Como já referido anteriormente, muitas vezes, este levantamento das necessidades e diagnóstico de problemas, só é possível com a construção e estabelecimento de uma relação eficaz, na qual a comunicação é um pilar, mas nem sempre é totalmente estabelecida em tempo útil. Também o trabalho em equipa é fundamental.

Na EIHSCP os diagnósticos de enfermagem mais identificados foram: dor, dispneia, náusea, vômito, obstipação, ferida maligna, ansiedade, medo, angústia, luto antecipatório, preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado, entre outros. Também no internamento da UCP, a dor, dispneia, náusea, vômito, obstipação, xerostomia, ferida maligna, ansiedade, medo, angústia, luto preparatório e antecipatório, preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado, entre outros, surgiram ao longo do desenvolvimento dos estágios.

Houve oportunidade de verificar que, tal como referido na literatura, a necessidade dos doentes em informações sobre cuidados paliativos, de terem cuidados especializados, com necessidade de unidade de cuidados paliativos dotadas de profissionais especializados na área. Para os familiares, foram também verificadas as necessidades de informação e formação âmbito da

informação, verem assegurado o controlo sintomático do seu familiar e com necessidades de apoio financeiro, social e emocional.

1.1.2. Reconhece valores e expectativas em relação ao processo de fim de vida e à diversidade individual, cultural e espiritual.	106 casos	30 casos
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	----------

Este reconhecimento de valores e expectativas em relação ao fim de vida, foi possível em ambos os contextos através da observação, escuta ativa, questões abertas, exploratórias. Foram verificados vários casos em que as expectativas em relação ao processo de fim de vida não estavam ajustadas, influenciados muitas vezes por falta de informação, conspirações de silêncio e também por fatores emocionais e sociais, com necessidade de ajustar à realidade, mas mantendo a sua esperança e dignidade. Foi possível permitir a alguns doentes, com a expectativa e vontade de passar os últimos dias em casa, concretizar ou permitir que fossem numa visita a casa e regressassem à unidade onde estavam.

1.1.3 Avalia os sintomas no doente atendendo ao impacto no próprio, utilizando ferramentas padronizadas.	106 casos	30 casos
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	----------

A avaliação dos sintomas foi realizada utilizando a observação e o questionamento, com o recurso a dados que resultam da evidência, muitos dos quais inseridos em ferramentas padronizadas, de forma a que a avaliação fosse rigorosa e cientificamente reconhecida, nomeadamente: escalas qualitativas e quantitativas, escalas de avaliação da dor, do odor, da mucosite. A Escala de Braden, de Morse, o Mini Nutricional Assessment, a Escala de Barthel, o Edmond Symptom Assessment System Revised, o Instrumento de Diagnóstico de Complexidade em Cuidados Paliativos, entre outros.

Algumas destas ferramentas encontram-se fundamentadas e explanadas nas conceções de cuidados realizadas.

1.1.4. Valoriza o peso de variáveis psicoemocionais, valores e crenças na intensidade dos sintomas e do sofrimento, numa abordagem multimodal e multidimensional.	106 casos	30 casos
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	----------

Em todos os casos foi notório o peso das variáveis psicoemocionais, valores e crenças, nos sintomas e sofrimento. Foi fundamental conhecer doente e família, para perceber que muitas vezes o difícil controlo de sintomas, como dor ou dispneia estavam relacionados com a ansiedade, com o medo, ou até mesmo com a falta de conhecimento ou o significado atribuído a determinada situação/acontecimento.

Nos vários domínios e diagnósticos de enfermagem identificados, muitos deles encontravam-se interligados e com intervenções que eram comuns, mas com objetivos diferentes. Muitas vezes com a resolução de um, nomeadamente com o autocontrolo do medo, ou da ansiedade, verificou-se que os doentes controlavam a dor ou a dispneia, minimizando o sofrimento e atingindo o conforto.

A título de exemplo, apresenta-se o caso de uma doente, em controlo sintomático, principalmente da dor, que, com as intervenções adequadas se encontrava controlada. Com o surgimento da marcação de uma RMN para reavaliação, a dor voltou a não estar controlada. Foi interessante perceber que a própria doente se começou a consciencializar de que, o agravamento da dor, nesse dia, com necessidade de realizar vários SOS's, estava relacionada com a aproximação do exame, que lhe provocava medo, ansiedade e angústia. Com intervenções de escuta ativa, capacitação da doente sobre a preparação para o exame, utilizando técnicas de distração e relaxamento e permitindo a ventilação de emoções, a doente diminuiu a necessidade de SOS para a dor, referindo ter uma dor mais controlada assim como o medo e a ansiedade.

1.1.5. Avalia o grau de dependência e as necessidades de cuidados da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, promovendo a sua máxima satisfação, o bem-estar e o conforto.	106 casos	30 casos
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	----------

A avaliação da dependência foi realizada em todos os casos, e verifica-se que é uma prática nos vários contextos de estágios, de forma a compreender as necessidades de cuidados e de capacitação necessária para promover a satisfação, o bem-estar e o conforto. Esta avaliação foi realizada através da observação e da colocação de questões exploratórias, recorrendo-se a instrumentos de medida, mas de forma personalizada e adequada às necessidades individuais. Em alguns casos o grau de dependência, apesar de elevado, não era um problema para a pessoa, ou por esta já se encontrar numa fase terminal, havendo uma consciencialização, ou por atribuir um significado facilitador, a essa dependência. Em vários casos o significado atribuído à dependência era dificultador, tendo que ser reestruturado. Foram vários os casos em que a dependência era fonte de sofrimento para o doente e só com o tempo e com intervenções que promoviam uma aceitação e reajuste à nova condição, esse sofrimento era minimizado, promovendo conforto.

1.1.6 Antecipa, em tempo útil, de situações de agudização.	106 casos	30 casos
------------------------------------------------------------	-----------	----------

Em todos os casos a avaliação de necessidades, a reavaliação constante do plano de cuidados e a observação dos sinais de agravamento, permitiu antecipar em tempo útil as situações de agudização. A experiência profissional e o conhecimento teórico permitiram, em conjunto, através das estratégias de avaliação adequadas, prever o agravamento das situações e, nessa medida,

evitá-las ou minimizar os seus efeitos. Essa competência foi evoluindo positivamente ao longo dos estágios e contou, também, com a participação dos outros profissionais (enfermeiros, médicos, entre outros elementos das equipas). Para isso, importa verificar o conhecimento do doente, verificar as suas necessidades, informar o doente sobre situações de agudização, entre outros.

São vários os exemplos, de casos, ao longo dos estágios, mas passamos a refletir em dois. Um dos casos decorreu na EIHSCP quando o doente com DPOC, com períodos de agudização da dispneia, com necessidade de consciencialização dos seus fatores precipitantes, da administração de SOS antes de realizar uma atividade que associasse ao agravamento da dispneia ou como gerir a medicação, entre outros.

O caso do internamento foi de uma doente com neoplasia da cabeça e pescoço e com agravamento da dor aquando da ingestão de alimentos. Assim, foi instruída a adequar dieta, evitando alimentos quentes e preferir alimentos com consistência mole, e gerir analgesia, administrando SOS, antes da alimentação. Estas intervenções foram eficazes e diminuíram as situações de agudização, promovendo qualidade de vida, bem-estar e conforto.

1.2. Promove intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, seus cuidadores/familiares respeitando as suas preferências.

1.2.1. Estabelece um plano individualizado para a pessoa e seus cuidadores/familiares, preservando a dignidade, diminuindo o sofrimento, maximizando a autonomia e qualidade de vida e respeitando as perspetivas dos próprios.

106 casos

30 casos

Em todos os casos o respeito pela dignidade do doente, maximizando a autonomia, a qualidade de vida, de acordo com a individualidade de cada um dos utentes e da família, contribuiu para o conforto e a diminuição do sofrimento. O envolvimento da pessoa e dos seus cuidadores/familiares, sempre que necessário, no processo de tomada de decisão e a elaboração de um plano individualizado de cuidados é essencial para prestar verdadeiros cuidados especializados individualizados. Como exemplos, surgiram casos em que os doentes solicitavam sedação paliativa, mesmo que intermitente, a não colocação de SNG, restrição de visitas, ou simplesmente, a não realização do banho. As suas vontades foram respeitadas e o plano de cuidados foi reajustado e reformulado de acordo com o interesse das pessoas.

1.2.2. Utiliza estratégias para o desenvolvimento do autoconhecimento e da capacitação da pessoa e seus cuidadores/familiares.	32 casos	30 casos
Nos dois contextos de estágio foram utilizadas estratégias para o desenvolvimento do autoconhecimento, nomeadamente quando foram trabalhados domínios como o medo, a ansiedade, o luto antecipatório ou preparatório, a angústia espiritual e nos vários autocuidados, utilizando questões abertas, escuta ativa, intervenções como ventilação de emoções, informar, ensinar. Este ponto não se estende a todos os casos, pois alguns não se encontravam com nível de consciência para o autoconhecimento, como em situações de últimas horas e dias de vida (SUHDV) ou simplesmente por não ser o momento próprio para intervir, tanto para doentes como para familiares/cuidadores.		
1.2.3. Atua, em tempo útil, nas situações de agudização.	43 casos	30 casos
Foram várias as situações de agudização, tanto na EIHS CP com no internamento da UCP, onde foi possível intervir em tempo útil, particularmente em situações de dor, agitação, dispneia, náuseas, vômitos, inquietação terminal entre outros, com estratégias farmacológicas e não farmacológicas. A título de exemplo, no internamento da UCP, um doente com dor controlada, em que se antecipou uma situação de agudização, antes dos cuidados de higiene, administrando-se SOS morfina prescrito e que normalmente seria eficaz, contudo, condicionado pela ansiedade, durante o banho apresentou um agravamento da dor, com necessidade de SOS de morfina e midazolam, associado a musicoterapia (com música a gosto do doente), que foram eficazes minimizando a dor e controlando a ansiedade, referindo o doente ter ficado confortável com as intervenções.		
1.2.4. Demonstra conhecimentos específicos na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de Resistência a Antimicrobianos.	106 casos	30 casos
O controlo de infeção e resistência a antimicrobianos esteve sempre presente nos dois contextos de estágio. A título de exemplo, na implementação das medidas gerais de controlo de infeção, manipulação de CVC, nas vigilâncias e também, enquanto estudante, os meus comportamentos profissionais, neste domínio, foram alvo de avaliação numa auditoria interna da Comissão de Controlo de Infeção, do Hospital, no que respeita ao cumprimento dos 5 momentos de lavagem das mãos, como preconizado.		
1.2.5. Adota medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas.	106 casos	30 casos

Em todos os casos, ao longo dos estágios, foram adotadas medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas, como na dor, agitação, dispneia, náuseas, vômitos, medo, ansiedade, luto antecipatório, entre outros, com administração de medicação prescrita fixa ou em SOS, ou através de intervenções utilizando medidas não farmacológicas, como posicionar, musicoterapia, massagem, colocar ventoinha, entre outros, dirigidas a cada um dos sintomas específicos e adaptadas a cada doente.

Houve oportunidade de nos dois contextos, por exemplo, na presença de náuseas, administrar antiemético prescrito como medida farmacológica e como medidas não farmacológicas, gerir dieta (e se necessário pausa alimentar), gerir ambiente (evitar odores fortes, luminosidade).

1.2.6. Reformula o plano individualizado baseando-se na eficácia das intervenções desenvolvidas.	106 casos	30 casos
--------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	----------

Como em todos os contextos de saúde, em Cuidados Paliativos e sobretudo em fim de vida, com a evolução da doença, muitas vezes o plano individual de cuidados tem de ser reformulado, pois as intervenções que numa hora foram eficazes, terão que ser ajustadas por perda de eficácia. Desta forma, o plano individualizado foi reformulado, sempre que necessário, para que o doente/cuidador/família vissem as suas necessidades satisfeitas.

Em todos os casos, em ambos os contextos, foi necessário reformular o plano individualizado, a todo o momento. Por exemplo, pelas intervenções (farmacológicas e não farmacológicas) não terem sido eficazes, no caso de uma doente com prurido, foi necessário ajustar a terapêutica farmacológica e as intervenções não farmacológicas, como dar banho com produtos neutros e água tépida; hidratar pele, aplicando creme hidratante.

1.3. Envolve os cuidadores/familiares da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades.

1.3.1. Reúne periodicamente com cuidadores/familiares, reavaliando as suas necessidades, utilizando sempre que necessário a conferência familiar.	27 casos	13 casos
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	----------

Relativamente a este critério de resultado, deve-se ter em conta que os casos referidos são poucos, apesar da família ter um papel fundamental, nem sempre estava presente nos respetivos turnos. Desta forma, os cuidadores/familiares, dos casos contactados, através de questões abertas, escuta ativa, promoção da ventilação de emoções, ajuste de expectativas, capacitação, em situações específicas de preparação para a alta, cuidados em fim de vida, entre outros, foram reavaliadas as necessidades. Apesar das orientações para realizar conferências familiares, foi notado que, apesar de existir espaço físico próprio para serem realizadas, não ser prática comum ou refletida, dos serviços em causa. Assim, as necessidades dos cuidadores/familiares eram reavaliadas quando necessário e quando presentes e foram poucos os casos por convocatória.

<p>Na EIHS CP foram realizadas 6 conferências familiares e no internamento da UCP, nenhuma. Apenas uma foi agendada e estruturada em equipa multidisciplinar, mas no primeiro módulo do estágio.</p>		
1.3.2. Atualiza o plano de intervenção em parceria com os cuidadores/familiares.	32 casos	13 casos
<p>Sempre que possível e quando presentes, o plano de intervenção envolveu sempre cuidadores/familiares. Muitas vezes, são os familiares as pessoas que melhor conhecem o doente e que nos ajudam a adequar as intervenções para que estas sejam mais eficazes, por exemplo, quais as intervenções que melhor controlam o medo e a ansiedade, como colocar música a gosto, como técnica de distração, permanecer junto do doente, entre outras. O envolvimento dos cuidadores/familiares, também poderá ser positivo no luto antecipatório e no luto normal e melhorar, tanto o conforto, como o sofrimento.</p>		
<p>1.4. Desenvolve a sua intervenção (interdisciplinar) e articulação com serviços de apoio.</p>		
1.4.1. Adequa estratégias de comunicação na relação com todos os intervenientes no processo de cuidar.	Em todos os turnos	Em todos os turnos
<p>Sendo a comunicação um pilar dos cuidados paliativos, com o suporte das unidades curriculares ao longo da parte curricular do mestrado, foi possível adquirir estratégias, que foram úteis e foram sendo adequadas, não só com o doente, cuidadores/família, mas também com toda a equipa multidisciplinar, contribuindo para a diminuição de erros de comunicação e bloqueios, que interferem diretamente com o processo de cuidar. Foi possível perceber que quando uma comunicação é eficaz e eficiente, o processo de cuidar é facilitado e os resultados são mais positivos para todos os intervenientes.</p>		
1.4.2. Dinamiza o trabalho em equipa, fomentando a partilha e potenciando os contributos individuais no processo de tomada de decisão.	Em todos os turnos	Em todos os turnos
<p>O trabalho em equipa é outro dos pilares dos CP. Em todos os turnos do estágio esteve presente, com partilha de conhecimentos teóricos e práticos, com contributos individuais dos conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado, relacionados com o projeto de estágio que será abordado posteriormente, e com experiências da prática clínica e mesmo pessoais.</p>		
<p>COMPETÊNCIA ESPECÍFICA:</p> <p>2 — Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando</p>		

suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto.		
Unidades de Competência/Critérios de avaliação	Nº Casos EIHSCP	Nº Casos UCP
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.		
2.1.1. Mobiliza conhecimentos da vertente sociocultural, espiritual e dos contextos e vivências da pessoa, cuidadores/familiares.	106 casos	30 casos
<p>A vertente sociocultural, espiritual, e os contextos e vivências da pessoa, cuidadores/familiares, influenciam o processo de cuidar e é essencial identificá-los e conhece-los, mobilizando os conhecimentos já adquiridos ou procurando novo, pra melhor estabelecer relação com os doentes/cuidadores e família.</p> <p>Se dentro do mesmo país temos alguma diversidade sociocultural e espiritual, com doentes/famílias, doutras nacionalidades, essa diversidade aumenta e o desafio é maior. Ao longo dos dois estágios surgiram doentes diversos a esse nível: ucranianos, angolanos. Foi interessante perceber que mais do que crenças religiosas, manifestadas através da escuta do terço na rádio, ou de assistir à missa, entre outros, alguns doentes referiam vontade de planejar o seu funeral envolvendo os familiares ou mesmo solicitarem aplicação de sacramentos. A espiritualidade esteve presente em todos os doentes e muitas vezes com necessidade de ser explorada para melhorar o processo de cuidar e proporcionar bem-estar, conforto em todas as suas vertentes.</p>		
2.1.2 Estabelece plano assistencial mediante a fase do processo de luto em que a pessoa, cuidadores e família se encontram.	24 casos	30 casos
<p>No estágio na EIHSCP, o processo de luto foi trabalhado com intervenções para o luto antecipatório e preparatório, realizando também envio de carta de condolências. No entanto, percebeu-se que os casos mais complexos eram encaminhados para o psicólogo da equipa. No internamento da UCP, em todos os doentes/famílias, o luto foi sempre atendido, seja o luto preparatório, antecipatório ou o normal, sendo que apenas em situações específicas, como o luto</p>		

patológico, foram encaminhadas para o psicólogo. Assim, surgiram intervenções do tipo escutar, solicitar apoio de psicólogo ou espiritual, capacitar, entre outras (tema desenvolvido também nas conceções de cuidados).		
2.1.3. Demonstra resultados qualificados de comunicação entre os vários intervenientes no processo de cuidar, salvaguardando preferências e vontades da pessoa.	4 casos	30 casos
A comunicação eficaz entre os vários intervenientes de cuidar, na EIHSCP, nem sempre foi possível, aquando do seguimento de doentes internados, dado que a comunicação conjunta e atempada entre a equipa de cuidados paliativos, equipa do internamento e a díade doente-família, nem sempre se proporcionou, de forma a salvaguardar as preferências e vontades do doente. Na UCP foi respeitado e salvaguardado o desejo e vontades da pessoa. Assim, como exemplos, surgiram casos em que foi possível a articulação com o serviço, para familiares pernovernarem e verem assegurado o seu direito a acompanharem o doente nesta fase; a alta para o domicílio com acompanhamento da equipa; providenciar copo de vinho/cerveja a pedido do doente, bem como dieta personalizada; providenciar ida a casa; providenciar ida a concerto, entre outras.		
2.1.4. Apoia a pessoa, seus cuidadores/familiares, de modo continuado, nas perdas sucessivas e nas tarefas de resolução do luto (incluindo o antecipatório e complicado).	24 casos	30 casos
Como já referido anteriormente, este apoio à pessoa e seus cuidadores/familiares, foi atingido com mais experiência no internamento da UCP, o que se justifica também pelo número de casos. Assim, o apoio foi realizado incentivando o familiar a permanecer envolvido com o doente; promovendo a adaptação às mudanças de papel; consciencializando sobre os efeitos do luto, promovendo a partilha e a ventilação emoções, a despedida, a escuta ativa, o controlo sintomático, entre outras.		
2.1.5. Encaminha, quando necessário, os cuidadores/familiares para outros recursos de apoio.	15 casos	7 casos
Sempre que necessário e após avaliação das necessidades dos cuidadores/familiares, foi solicitado apoio de psicólogo ou psiquiatra, assistente social, nutricionista ou religioso, realizada referência para ECCI, apoio de SAD, UCP, UCC, Lar.		
2.2. Promover parcerias terapêuticas com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares.		

2.2.1. Incentiva ativamente a pessoa, seus cuidadores/familiares como parceiros na avaliação, planejamento, execução e avaliação de cuidados holísticos, em consonância com os seus desejos e preferências.	Em todos os turnos	Em todos os turnos
Como já referido, todos os intervenientes do cuidar têm um importante papel na prestação de cuidados holísticos, respeitando desejos e preferências. Assim, com o envolvimento do doente e família/cuidador, através de questões abertas, ensinar, instruir, escutar ativamente, foram reavaliados e atualizados os planos de cuidados e sempre que necessário, algumas vezes apenas com o doente, mas tentando envolver sempre a família, em todos os turnos.		
2.2.2. Salvaguarda que os objetivos de atuação, metas a alcançar, prioridades e decisão de cuidados a prestar, estão dentro dos limites mutuamente acordados.	Em todos os turnos	Em todos os turnos
Foram sempre acordados e salvaguardados objetivos de atuação, metas a alcançar, prioridades e cuidados a prestar. Em situações de fragilidade e vulnerabilidade, muitas vezes vivenciados pelos doentes/famílias em cuidados paliativos, mais se justifica este estabelecimento de parcerias terapêuticas, de forma a não ir para além do estabelecido, respeitando os acordos.		
2.3. Negociação objetivos/ metas de cuidados, acordados dentro do ambiente terapêutico.		
2.3.1. Capacita a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e seus cuidadores/familiares, mobilizando os seus recursos, de modo a facilitar a tomada de decisão.	Em todos os turnos	Em todos os turnos
O estabelecimento de uma relação de cuidados, terapêutica, assim como todos os conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado, permitiram capacitar doentes/cuidadores/familiares, após avaliação das necessidades e mobilizando recursos humanos e materiais, adequados à fase e necessidades identificadas, facilitando o processo de cuidar. Esta competência encontra-se bem explanada ao longo das conceções de cuidados.		
2.3.2. Utiliza ferramentas de comunicação adequadas, com todos os intervenientes, de forma a permitir a comunicação honesta, a esperança realista, assim como o ajuste de expectativas.	Em todos os turnos	Em todos os turnos
Mais uma vez a comunicação, um dos grandes pilares de cuidados paliativos, que foi explorado das mais diversas formas para se adequar às necessidades, utilizando os conhecimentos teóricos		

e experiências prévias, seguindo orientações e ferramentas como o Protocolo SPIKES, na comunicação de más notícias.		
2.3.3. Ajuda a pessoa a completar, gradualmente, as tarefas de desenvolvimento em fim de vida, em parceria com os cuidadores/familiares.	8 casos	8 casos
Muitas vezes, por referenciações tardias, os doentes quando chegam às equipas, nem sempre estes aspetos conseguem ser, idealmente, tratados. Apesar de poucos, foram adquiridas competências neste sentido e trabalhadas questões de fim de vida, analisando possíveis tarefas pendentes, planeando cuidados na morte, situações de últimas horas e dias de vida, numa das quais deixando legado (em vídeo).		
2.4. Reconhece os efeitos da natureza do cuidar na pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, nos seus cuidadores/familiares, sobre si, outros membros da equipa, respondendo de forma eficaz.		
2.4.1. Identifica fatores de risco e situações problemáticas, associados a exaustão física e emocional.	15 casos	5 casos
Foram identificados fatores de risco e situações problemáticas, ao longo dos estágios, associados a exaustão física e emocional dos vários intervenientes do cuidar. Através da observação, questões abertas, exploratórias, escuta ativa, foram percecionadas a ansiedade, a depressão, um agravamento sintomático, entre outros.		
2.4.2. Utiliza estratégias eficazes de autocuidado para minimizar fatores geradores de <i>stress</i> relacionados com a dependência crescente e a proximidade da morte.	Em todos os turnos	Em todos os turnos
De forma a controlar os fatores geradores de <i>stress</i> e prestar bons cuidados ao outro, todos temos que possuir um bom autoconhecimento e autocontrolo das emoções de forma a não deixar que a nossa intervenção seja condicionada, sobretudo em CP, pelo constante contato com a dependência crescente e a proximidade da morte. Ao longo dos estágios foram utilizadas estratégias de <i>coping</i> , humor, suporte emocional, ventilação de emoções, que foram minimizando os fatores geradores de <i>stress</i> .		
2.4.3. Desenvolve estratégias de apoio aos restantes intervenientes no processo de cuidar.	Em todos os turnos	Em todos os turnos
Esta competência foi também desenvolvida, concretizada e atingida em todos os turnos e nos dois contextos de estágio. Mais uma vez, estratégias como a escuta ativa, humor, apoio emocional, foram essenciais para manter a coesão de toda a equipa, em que, por circunstâncias		

várias (proximidade de idade, sexo, entre outros), os profissionais apresentam maior dificuldade em prestar cuidados na plenitude das suas condições, sendo fundamental o papel da equipa, que se conhece, apoia e potencia.

Tabela 1: Desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

Assim, após a explanação da concretização das diferentes competências e da reflexão simultânea, julgam-se atingidos os objetivos do mestrado e, também, aqueles que foram propostos. Mais especificamente, foram encontradas, na literatura, intervenções promotoras do conforto do doente com necessidades paliativas em fim de vida, em todas as suas dimensões, que foram discutidas e colocadas em prática, nos dois contextos de estágio. Foram, também, identificadas áreas de atenção, que se revelaram, muitas delas, domínios da Ontologia de Enfermagem, sendo refletidas e documentadas, por exemplo, nas conceções de cuidados. Na prática clínica verificaram-se alguns fatores condicionantes da implementação das intervenções promotoras de conforto, corroborados pela revisão de literatura realizada. No que respeita ao nível de formalização do conhecimento sobre 'conforto', apesar de carecer de mais investigação e aprofundamento, foi possível verificar a sua existência, tanto na literatura, com nos dois locais de estágio, através de ferramentas que estruturam e documentam os cuidados centrados no conforto, que se demonstrou ser um objetivo para as intervenções implementadas e simultaneamente dos cuidados paliativos.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Os cuidados paliativos traduzem-se numa abordagem holística de cuidados ao doente e familiares/cuidadores, em equipa, sustentados pelo estabelecimento de uma relação terapêutica e comunicação eficaz, de forma a prevenir sofrimento e cuja promoção do conforto dos doentes é um dos objetivos.

A elaboração do presente relatório permitiu, mais do que demonstrar as competências exigidas e propostas, proporcionar mais um momento de reflexão e sedimentação de todos os conhecimentos adquiridos e mobilizados ao longo dos estágios e de todo o mestrado.

Assim, pode verificar-se que foram atingidas as competências comuns e especializadas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, acrescentando o desenvolvimento de conhecimento específico na área do conforto, proposto no projeto de estágio.

A reflexão sobre o tema promoção do conforto ao doente com necessidades paliativas em fim de vida, em contexto hospitalar, influenciará e permitirá desenvolver as competências profissionais comuns e especializadas, no âmbito da prestação de cuidados que, como se pretende, sejam de qualidade.

Ao desenvolver o tema do 'conforto', que se consubstanciou na proposta de projeto, explorado com grande profundidade, desde a pesquisa bibliográfica até à sua implementação prática do adquirido, julga-se demonstrar a capacidade para, no futuro, e qualquer que seja a temática que se mostre pertinente aprofundar, ser capaz de o fazer com sistematicidade e qualidade, dando a melhor resposta às necessidades identificadas.

De destacar dentro destas competências, todas as experiências e oportunidades de aprendizagem e consolidação de conhecimentos, ao longo dos estágios, assim como a relação estabelecida e integração nas equipas dos contextos de estágio dando oportunidade de desenvolver competências comunicacionais e relacionais, tão importantes à prática de enfermagem e sobretudo no cuidado a pessoas/famílias/cuidadores em situação paliativa. Também no que se refere à sustentação da prática na melhor e mais recente evidência científica, a oportunidade de participação numa jornadas com um póster científico, com tema relacionado com o desenvolvimento das competências específicas na área do conforto, mostrou-se importante.

As dificuldades e limitações na elaboração do presente relatório, foram contornadas através do desenvolvimento do auto-conhecimento, da resiliência e com estratégias de organização e gestão, assim como do controlo de stress e de fatores externos, aprimorados ao longo do

mestrado e que são úteis também à atuação do enfermeiro especialista.

Apesar das adversidades, dificuldades várias e transição difícil, deve reconhecer-se que este mestrado permitiu o desenvolvimento das competências preconizadas, assim como de competências individuais, conduzindo para a superação pessoal e progressão para a mestria. Permitiu a aquisição de conhecimentos, experiências práticas e competências, para continuar a exercer ENFERMAGEM, agora especializada e mais significativa, para os doentes, familiares/cuidadores e equipa multidisciplinar, no contexto de trabalho, dando vida até à morte.

Chegados aqui, fica a sensação de dever cumprido, não no sentido estrito de obrigação, porque se iniciou com a liberdade da vontade, mas do todo, que quando se assume investir num projeto de segundo ciclo de estudos, envolve. Sendo um percurso com prazos, intenções e objetivos, e que depende das circunstâncias, está claro que, ainda que com todas as limitações, responde ao que são as exigências, as legais, as profissionais e as pessoais.

7. BIBLIOGRAFIA

- Abejas, A., & Duarte, C. (2021). *Humanização em Cuidados Paliativos* (E. Lidel; 1st ed.)
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem - análise do conceito e significados teórico. *REFERÊNCIA- Revista de Enfermagem*, vol. II (9), 61-67. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239956007>
- Araújo, A., Mota, T. & Gonçalves, F. (2017). Náuseas e vômitos. In E. Freire (Ed.), *Guia prático de controlo sintomático* (pp. 55-63). Guia prático de controlo sintomático. <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>
- Araújo, A. Almeida, P. & Gonçalves, F. (2017). Obstipação. In E. Freire (Ed.), *Guia prático de controlo sintomático* (pp. 65-72). Guia prático de controlo sintomático. <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>
- Barbosa, A. (2010). Processo de luto. In A. Barbosa & I. G Neto. (Eds.); *Manual de Cuidados Paliativos*. (2ª ed., pp. 487-532). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- Bastos, F., Morais, E., Campos, J., Oliveira, F., Machado, N. & Pereira, F. (2021). Representação do conhecimento em enfermagem do trabalho na ontologia de enfermagem. Suplemento digital *Rev ROL Enferm.*, 44 (11-12), 57 - 61. <https://e-rol.es/wp-content/uploads/>
- Borges, A., et al. (2006). Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicologia e Saúde*, Vol (11). <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000200015>
- Brekel, L., Baan, F., Zweers, D., Koldenhof, J., Vos, J., Graeff, A., Witteveen, P. & Teunissen, S. (2020). Predicting Anxiety in Hospitalized Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(3), 522-530.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.005>
- Capelas, M. & Coelho, P. (2014). Local de prestação de cuidados no final da vida e local de morte: preferências dos portugueses Place of care at the end-of-life and to die: portuguese people's preferences. In *Cadernos de Saúde* (6)
- Carneiro, R. (2017). Sintomas cutâneos e das mucosas. In E. Freire (Ed.), *Guia prático de controlo sintomático* (pp. 141 - 145). Guia prático de controlo sintomático. <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>
- Castro, M., Fuly, P., Santos, M. & Chagas, M. (2021). Dor total e teoria do conforto: implicações

no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 42, 1-8. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200311>

Cipriano, P., Monteiro, N. P., Silva, S. V., Freire, E. (2017). Dispneia. In E. Freire (Ed.), *Guia prático de controlo sintomático* (pp. 35-41). Guia prático de controlo sintomático. <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>

Circular Normativa n.º 1/2017/CNCP/ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. - 12 de janeiro de 2017

Circular Normativa n.º 09/DGCG. Direção-Geral da Saúde

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos 2017-2018

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos 2021-2022

Conceição, S. H., Machado, G. T., Kiy, L. M. C., Penha, C. T., & Lopes, G. L. (2021). A indicação dos cuidados paliativos na carcinomatose peritoneal/The indication of palliative care in peritoneal carcinomatosis. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 6083-6089. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-165>

Coelho, A., Parola, V., Cardoso, D., Bravo, M. E., Apóstolo, J. (2017). Use of non-pharmacological interventions for comforting patients in palliative care: a scoping review. *JBIS Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15 (7): 1867-1904. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003204>

Debon, L., Viola, L., & Toneto, M. (2018). Carcinomatose peritoneal em câncer gástrico: diagnóstico, manejo e conduta peritoneal carcinomatosis in gastric cancer: diagnosis, management and conduct. *In Acta Médica* 39(2).

Delgado, M. (2020). *The oral care experiences of palliative care patients, their relatives and health care professionals*. [Tese de mestrado]. School of Nursing and Midwifery. University of Plymouth. Reino Unido.

Diagnosticos Nanda (2023). *00214 Discomfort - Diagnosticos Nanda NIC NOC*. <https://www.diagnosticosnanda.com/discomfort/>

Dias, D., Santos, J., Raposo, C., Batalha, L., Ribeiro, A. & Ferreira, A. (2017). Obstipação induzida pelos opióides em doentes oncológicos adultos. Artigo de revisão. *In On* (35) 32 - 41. <https://eds.s.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=f87c3207-bb13-40ab-8bc0-0a0ff7ddf9b9%40redis>

Dutta, S., Ishore, K., Ghoshal, A. (2022). Role of Integrative Oncology and Palliative Care Services in Improving Comfort Level and Compliance among Patients with Advanced Fungating Breast

- Cancer - Experience from a Rural Hospital of North Eastern India during the COVID-19 Pandemic. *Indian Journal of Palliative Care*, 28 (3): 256-261. https://doi.org/10.25259/IJPC_40_2021
- Ehret, C., & Jatoi, A. (2021). Should Loss of Appetite Be Palliated in Patients with Advanced Cancer. *In Current Treatment Options in Oncology* 22(4). Springer. <https://doi.org/10.1007/s11864-021-00829-0>
- Escola Superior de Enfermagem (2022). E4Nursing. <https://www.esenf.pt/pt/noticias/plataforma-e4nursing/>
- Fernandes, R., Ramos, A. & Monteiro, P. (2017). Síndrome Anorexia - Caquexia/Astenia. In E. Freire (Ed.), *Guia prático de controlo sintomático* (pp. 81-94). <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>
- Ferreira, G. & Mendonça, G. (2017). Cuidados paliativos: guia de bolso. In Academia nacional de Cuidados Paliativos. Freire, *Guia prático de controlo sintomático*. (pp. 17-28)
- García, D., Olivar, C., Sastoque, A., & Acosta, F. (2018). Revisión sistemática para el abordaje de síntomas desagradables gastrointestinales en cuidados paliativos. *Revista Cuidarte*, 10(1). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.615>
- Gonçalves, C. (2019). *Instrumentos de avaliação de sintomas (obstipação, diarreia e vómitos) em cuidados paliativos. Revisão sistemática de literatura*. [Dissertação de mestrado]. Universidade Católica. Instituto de Ciências da Saúde. Lisboa. Portugal.
- Gonçalves, F. (2021). *Administração de medicação por via subcutânea em cuidados paliativos*. <https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/201018141335.pdf>
- Gramling, R., Straton, J., Ingersoll, L. T., Clarfeld, L. A., Hirsch, L., Gramling, C. J., Durieux, B. N., Rizzo, D. M., Eppstein, M. J., Alexander, S.C. (2020). Epidemiology of Fear, Sadness, and Anger Expression in Palliative Care Conversations. *J Pain Symptom Manage* 61(2):246-253.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.08.017>.
- Hendriks, L. E., Kerr, K. M., Menis, J., Mok, T. S., Nestle, U., Passaro, A., Peters, S., Planchard, D., Smit, E. F., Solomon, B. J., Veronesi, G., Reck, M.(2023). Non-oncogene-addicted metastatic non-small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2022.12.013>
- Hendriks, L. E., Kerr, K. M., Menis, J., Mok, T. S., Nestle, U., Passaro, A., Peters, S., Planchard, D., Smit, E. F., Solomon, B. J., Veronesi, G., Reck, M.(2023). Oncogene-addicted metastatic non-small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2022.12.009>
- Iglesias, M. M. L. D. S. P. (2019). *A perspetiva dos psicólogos acerca do seu papel nas equipas de cuidados paliativos* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação e Psicologia da

Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/29959>
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/29959/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Maria%20Madalena%20Igl%C3%A9sias.pdf>

Internacional Council of Nurses (2019). ICNP Browser. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

International Association for the Study of Pain. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>

Jara, C., del Barco, S., Grávalos, C., Hoyos, S., Hernández, B., Muñoz, M., Quintanar, T., Meana, J. A., Rodriguez, C., & de las Peñas, R. (2017). SEOM clinical guideline for treatment of cancer pain. *Clinical and Translational Oncology*, 20(1), 97-107. <https://doi.org/10.1007/s12094-017-1791-2>

Johnson, J., Lodhi, M. K., Cheema, U., Stifter, J., Dunn-Lopez, K., Yao, Y., Johnson, A., Keenan, G. M., Ansari, R., Khokhar, A., & Wilkie, D. J. (2017). Outcomes for end-of-life patients with anticipatory grieving: Insights from practice with standardized nursing terminologies within a interoperable internet-based electronic health record. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 19(3), 223-231. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000333>

Konietzny, C., Anderson, B. (2017). Comfort conversations in complex continuing care: assessing patients' and families' palliative care needs. Perspectives: *The Journal of the Gerontological Nursing Association*, 39 (4), 14-22.

Lau, C., Stilos, K., Nowell, A., Lau, F., Moore, J., Wynnychuk, L. (2018). The comfort measures order set at a tertiary care academic hospital: is there a comparable difference in end-of-life care between patients dying in acute care when CMOS is utilized?. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*®, 35 (4): 652-663. <https://doi.org/10.1177/1049909117734228>.

Lei n.º 52/2012 - Lei de Bases dos Cuidados Paliativos - Diário da República, 1.ª série — N.º 172 — 5 de setembro de 2012

Lordick, F., Carneiro, F., Cascinu, S., Fleitas, T., Haustermans, K., Piessen, G., Vogel, A., & Smyth, E. C. (2022). Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2022.07.004>

Lourenço, M., Encarnação P., Lumini, M. J. (2022). Cuidados Paliativos, Conforto e Espiritualidade. *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem*, 85-95. <https://doi.org/10.48684/6sk0-ff98>

Marutani, A., Okuwa, M., Sugama, J. (2019). Use of 2 types of air-cell mattresses for pressure ulcer prevention and comfort among patients with advanced-stage cancer receiving palliative care: An interventional study. *Ostomy Wound Management*, 65 (5): 24-32. <https://doi.org/10.25270/wmp.2019.5.2432>.

- Masel, E., Kitta, A., Huber, P., Rumpold, T., Unseld, M., Schur, S., Porpaczy, E., Watzke, H. (2016). What Makes a Good Palliative Care Physician? A Qualitative Study about the Patient's Expectations and Needs when Being Admitted to a Palliative Care Unit. *PLOS ONE*, 11(7), 1-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158830>
- Matos, J. C., & Borges, M. S. (2018). A família como integrante da assistência em cuidado paliativo the family as a member of palliative care assistance la familia como integrante de la asistencia en cuidado paliativo artigo original. *Rev Enferm UFPE on Line*, 12(9), 2399-2406. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a234575p2399-2406-2018>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in nursing science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Monsignore, L. (2021). *Drenagem biliar traz conforto ao paciente oncológico*. <https://www.neocure.com/blog/q9obbblbyjad5yr04rqkk6emnjgx2y>
- Nakajima, N., Takahashi, Y., Ishitani, K. (2014). The volume of hydration in terminally ill cancer patients with hydration-related symptoms: a prospective study. *Journal of Palliative Medicine*, 17(9), 1037-1041. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0557>.
- Nunes, R., Rego, F., & Rego, G. (2018). *Enciclopédia Luso-Brasileira de Cuidados Paliativos* (E. Almedina; 1st ed.).
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. ordemenfermeiros.pt/Out2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor, Guia orientador de boa prática*. Cadernos OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Ontologia de Enfermagem*. <https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>
- Pereira, J. (2016). *Pallium Palliative eBook Second Edition: A peer-reviewed, referenced resource* (E. Kindle Edition)
- Pimenta, S., & Capelas, M. L. (2019). A abordagem do luto em cuidados paliativos. *Cadernos de Saúde*, 11(1), 5-18. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.7247>
- Pina, P. (2016). Controlo da Dor em Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, P.R. Pina, F. Tavares & I. G Neto. (Eds.); *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed., pp 49 - 100). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- Pires, C., & Gonçalves, E. (2017). Conceitos gerais de cuidados paliativos em controlo sintomático. In E. Freire (Ed.), *Guia prático de controlo sintomático* (pp. 11-16).

<https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>

Portaria n.º 165/2016 - Diário da República, 1.ª série - N.º 112 - 14 de junho de 2016

Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica - Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018

Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista - Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019

Regulamento n.º 188/2015, Diário da República, II.ª série — N.º 78 — 22 de abril de 2015

Reigada, C., Pais-Ribeiro, J. L., Novellas, A. & Pereira, J. L. (2014). O Suporte à Família em Cuidados Paliativos. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), 13(1), 159 - 169

Rico, C. L. V., Beltrán, M. C. A., Rosas, C. E. V., Ramírez, L.C. A., Rivera, A. K. M., Gallego, J. C. A., Galindo, M. B. (2022). Cáncer de pulmón, tendencias desde la perspectiva del cuidado. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 17(2):1-27. <https://doi.org/10.33517/rue2022v17n2a6>

Saavedra, M., & Rocha, M. (2017). Principais fármacos utilizados em cuidados paliativos. In E. Freire, *Guia prático de controlo sintomático*. (pp. 17-28)

Santos, J., Raposo, C., Oliveira, A. & Ribeiro, A. (2015). Avaliação e tratamento da dor irruptiva oncológica. *Revista Onco.News*, 28, pp.10-18

Sanvezzo, V. M. de S., Montandon, D. S., & Esteves, L. S. F. (2018). Instruments for the functional assessment of elderly persons in palliative care: an integrative review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21 (5), 604 - 615. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180033>

Seow, H., O'Leary, E., Perez, R. & Tanuseputro, P. (2018). Access to palliative care by disease trajectory: a population-based cohort of Ontario decedents. *BMJ Open*. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021147>

Serna, M., López, D., García, Y., & Restrepo, M. (2022). Nutritional assessment of cancer patients in palliative care is a key element for comprehensive care and survival. *Nutricion Hospitalaria*, 39(4), 814-823. <https://doi.org/10.20960/nh.03828>

Venegas, M., et al. (2011). Validação de Escala de Medo da Morte de Collet-Lester em uma amostra de estudantes de enfermagem. *Rev. Latino-Am.Enfermagem*, (19), 1-9. <https://www.scielo.br/jj/rlae/a/RhjQMVQc9tFQtd49ySytPKw/?format=pdf&lang=pt>

Watson, J. (2020). Visão geral da dor. Pesquisando com métodos e técnicas criativas de

produção de dados. *MSD Manuals*.
<https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/dist%C3%BArbiosneurol%C3%B3gicos/dor/vis%C3%A3o-geral-da-dor> >

Wernli, U., Dürr, F., Jean-Petit-Matile, S., Kobleder, A., & Meyer-Masseti, C. (2022). Subcutaneous Drugs and Off-label Use in Hospice and Palliative Care: A Scoping Review. *In Journal of Pain and Symptom Management*, 64 (5), e250–e259. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.07.006>

World Health Organization (2018). WHO Guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. *World Health Organization*. (2020, agosto 5). Palliative Care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Zweers, D., Graaf, E., & Teunissen, S. (2020). Suitable support for anxious hospice patients: what do nurses 'know', 'do' and 'need'? An explanatory mixed method study. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 10(2). <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2016-001187>

8. ANEXOS

Anexo I

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

**PROMOÇÃO DO CONFORTO AO DOENTE COM NECESSIDADES
PALIATIVAS EM FIM DE VIDA, EM CONTEXTO HOSPITALAR**

*Projeto de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na
Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa*

Liliana Teixeira, ep 743

Porto, 2023

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa
UC: Estágio de natureza profissional com relatório (Mod. II)

**PROMOÇÃO DO CONFORTO AO DOENTE COM
NECESSIDADES PALIATIVAS EM FIM DE VIDA,
EM CONTEXTO HOSPITALAR**

PROJECTO DE DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA
ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO PALIATIVA

Orientador:

Professor Doutor Paulo Marques

Coorientador:

Professora Doutora Maria José Lumini

Autora:

Liliana Teixeira, ep 743

Porto, 2023

SUMÁRIO

NOTA INTRODUTÓRIA	1
1.APRESENTAÇÃO DO PROJETO	2
1.1. TEMÁTICA SELECIONADA	2
1.2 JUSTIFICAÇÃO DO TEMA.....	2
1.3 ENQUADRAMENTO DO PROJETO NO ÂMBITO DO MESTRADO.....	3
1.4 DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	4
1.5 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	9
1.6 AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE DO PROJETO INDIVIDUAL.....	12
2. PLANIFICAÇÃO.....	14
2.1 OBJETIVOS E ATIVIDADES	14
2.2 DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES – CRONOGRAMA.....	19
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório- Módulo I, incluída no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, desenvolvida no ano letivo de 2022/2023, foi-nos solicitada a elaboração de projeto de estágio.

O tema selecionado para o projeto foi a promoção do conforto ao doente com necessidades paliativas em fim de vida, em contexto hospitalar e está relacionado com a sua pertinência em cuidados paliativos e com a necessidade de conhecimento acerca desta temática e desenvolvimento de competências comuns e especializadas. Assim, este trabalho foi dividido em duas partes, na primeira realizou-se a apresentação do projeto e na segunda a planificação. O projeto de estágio traduz-se num documento escrito com o planeamento necessário à concretização dos objetivos, de forma a desenvolver competências comuns dos enfermeiros especialistas (Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019) e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa (Regulamento n.º 188/2015, Diário da República, II.ª série — N.º 78 — 22 de abril de 2015).

1.APRESENTAÇÃO DO PROJETO

1.1. Temática selecionada

Promoção do conforto ao doente com necessidades paliativas em fim de vida, em contexto hospitalar.

1.2 Justificação do tema

Ao longo dos estágios já iniciados, no âmbito do mestrado, numa equipa Intra-Hospitalar Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e num internamento de uma Unidade de Cuidados Paliativos (Internamento Piso 2), o desenvolvimento do tema referido mostrou ser de relevante interesse, pois a ação dos enfermeiros e mais especificamente do Enfermeiro Especialista, sendo considerada de essencial valor nem sempre se encontra bem estruturada ou sedimentada relativamente ao conforto do doente em fim de vida.

É com frequência que nos confrontamos, do discurso do dia-a-dia, com referências ao conforto, porventura sem uma apropriação integral do conceito e, também, com uma escassa profissionalização da sua utilização na prática clínica. Com frequência é verbalizado e até mesmo documentado em sistemas de informação, pelos vários profissionais de saúde e sobretudo por enfermeiros. Com efeito, são várias as vezes que nos deparamos com registos como: “implementar medidas de conforto”, “doente em medidas exclusivas de conforto”, “doente confortável”, “doente sem sinais de desconforto”.

Na minha prática profissional e no decorrer dos estágios do Mestrado, contatou várias vezes com situações de doentes com necessidades paliativas e em fim de vida. O conforto foi também um dos objetivos dos meus cuidados, apesar de não refletir muito sobre a forma de o promover, isto é, se está no domínio das boas práticas clínicas, ou se cai no âmbito de uma ação intencional. Assim foram surgindo várias questões e que pretendo dar resposta com a elaboração deste projeto:

- Quais os elementos caracterizadores do conceito?
- Como pode ser operacionalizado?
- Estão identificadas intervenções específicas que concorram para a sua obtenção, ou têm integridade referencial para o domínio em causa, e/ou tem mais a ver com a forma como se prestam os cuidados?
- Enquadra-se na dimensão científica ou da arte da Enfermagem?

- Qual a sua relação com os diferentes domínios de enfermagem, de acordo com a Ontologia?
- O contexto de cuidados influencia o resultado?
- Estão descritos instrumentos ou indicadores para a avaliação do conforto?
- Qual o envolvimento e as parcerias terapêuticas estabelecidas com os enfermeiros para a promoção do conforto do doente?

Se atentarmos nalguns documentos que regulam a profissão de Enfermagem, não parecem restarem dúvidas de que o conforto é um objetivo dos cuidados gerais, dos específicos e, sobretudo, dos cuidados paliativos. O Regulamento n.º 429/2018 que descreve as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em contexto de situação paliativa inclui o conforto e será através do desenvolvimento das várias unidades de competência, que este objetivo será atingido. Ao procurar estabelecer uma relação terapêutica com o doente e os familiares/cuidadores e também a identificar necessidades, a implementar intervenções baseadas na melhor evidência científica, individualizando o plano de cuidados, tentando antecipar situações de agudização, envolvendo os vários intervenientes do cuidar (doente/família/cuidadores e equipa), com objetivos adequados aos diagnósticos identificados e com relação com as intervenções de enfermagem, de forma a promover o conforto do doente.

1.3 Enquadramento do projeto no âmbito do Mestrado

De forma a adquirir e aprofundar as competências clínicas apresentadas no regulamento enunciado anteriormente, visando a aplicação integrada e integradora de conhecimentos disciplinares específicos da Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, surge esta ideia de aprofundamento das competências que têm relação com o conforto.

Partindo das experiências clínicas, dos interesses pessoais e da reflexão sobre e na ação já apresentadas, o delinear do projeto de desenvolvimento profissional, com base nas competências e no seu desenvolvimento, procurando conhecer mais para atuar melhor sobre o conforto em fim de vida, um conceito muito presente em Cuidados Paliativos, como um objetivo a desenvolver e a atingir no Estágio de Natureza Profissional - Módulo II.

Segundo as orientações da Ordem dos Enfermeiros, o desenvolvimento do estágio terá que decorrer em dois dos três contextos da prática clínica: equipas comunitárias de suporte em

cuidados paliativos (ECSCP), equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP), ou em unidades de internamento em cuidados paliativos.

1.4 Descrição dos contextos de estágio

Durante este mestrado, com o objetivo de desenvolver competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, integrei dois dos contextos de cuidados paliativos: uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e uma Unidade de Cuidados Paliativos (valência de Internamento).

A Lei n.º 52/2012 de 5 de Setembro, na BASE XVII define a EIHSCP e a sua atuação: “A equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos: a) Presta aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital, assim como aos doentes e suas famílias; b) Presta 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 (...) Esta equipa funciona de forma autónoma, sempre que não exista unidade de internamento” (p. 5122). Também a BASE XVI define unidade de cuidados paliativos como um serviço que trata de doentes com necessidades específicas em cuidados paliativos, diferenciados e multidisciplinares, em situação clínica aguda complexa e estas unidades podem ter diferentes valências, nomeadamente de internamento, apoio intra-hospitalar, centro de dia, apoio domiciliário e consulta externa.

Seguidamente, apresento a caracterização e especificidades de cada um dos locais referidos.

1.4.1. Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP):

O primeiro contexto de estágio desenvolveu-se numa Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), de um hospital do centro do país. Funciona em dias úteis 8h00 às 15h00 e nos dias de consulta externa de Cuidados Paliativos prolongando-se até às 18h00.

A EIHSCP surgiu como resposta pró-ativa aos problemas decorrentes do processo de doença prolongada, incurável e progressiva. Os objetivos da equipa são de aconselhamento e orientação na gestão da dor e outros sintomas físicos, psicológicos, espirituais e emocionais; suporte ao doente e à família/cuidadores, promovendo uma melhor qualidade de vida; apoio à

equipa hospitalar em relação ao planeamento da alta e prestação de informações sobre outros serviços e apoios.

A EIHSCP trabalha em regime de apoio e consultadoria, em parceria com os outros profissionais hospitalares e na comunidade, na prestação de cuidados ao doente e família e/ou cuidadores. O apoio aos doentes é feito quer em contexto de internamento, consulta externa e através do apoio telefónico (dias úteis das 8h às 15h) quando estão no domicílio. Os doentes são referenciados para a equipa pelos médicos assistentes do internamento, consulta externa, serviço de urgência ou via email, através dos médicos dos centros de saúde.

No que respeita à consulta externa, as consultas são divididas em consultas multidisciplinares (1ª consulta), subsequentes (acompanhamento) que também podem ser realizadas por vídeo-consulta nas quais estão sempre presentes médico e enfermeiro da equipa, podendo estar também assistente social e psicólogo, se necessário. São consultas previamente agendadas para acompanhamento dos doentes e respetiva família/cuidadores, permitindo acompanhamento e apoio dos doentes referenciados e que se encontram no domicílio. Este apoio também pode ser realizado através de chamada telefónica, com já referido anteriormente.

Uma vez que na área de influência desta equipa não existem Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), tal como previsto no Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, esta assume também o apoio e consultadoria às equipas de Cuidados de Saúde Primários.

O acompanhamento da EIHSCP centra, portanto, a sua atividade em quatro domínios:

1. Aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços, assim como aos doentes e suas famílias, em contexto hospitalar ou domiciliário;
2. Assistência na execução do plano individual de cuidados aos doentes internados e no domicílio;
3. Articulação com as outras equipas locais a afetação ou a transferência de doentes, tendo em vista a prestação de cuidados paliativos eficazes e oportunos;
4. Promover o trabalho interdisciplinar.

Atualmente a equipa é constituída por médicos, enfermeiros, psicólogo, assistente social e administrativa, em tempo inteiro ou tempo parcial, todos com formação específica/especializada em cuidados paliativos.

A EIHS CP, equipa multidisciplinar que trabalha de forma interdisciplinar, realiza reuniões semanais para discussão de casos de maior complexidade e, também, uma revisão anual dos doentes referenciados, em acompanhamento, e dos que faleceram, refletindo sobre os aspetos positivos e as oportunidades de melhoria. De momento não possuem nenhum projeto de melhoria contínua.

1.4.2 Serviço Internamento de uma Unidade de Cuidados Paliativos (UCP):

Relativamente ao segundo contexto de estágio, este desenvolveu-se numa UCP, mais especificamente num Serviço de Internamento de uma Unidade de Cuidados Paliativos, localizado na zona norte do país. A população abrangida corresponde a um elevado número de doentes com necessidades de cuidados diferenciados, englobando toda a área geográfica do Norte de Portugal.

O Serviço de Cuidados Paliativos é composto por dois pisos semelhantes, com 20 quartos individuais, em cada um dos pisos.

A missão do Serviço de Cuidados Paliativos é proporcionar a prestação de cuidados paliativos com a máxima qualidade, humanismo e eficiência, em fase de doença avançada, ao doente oncológico e família.

Este serviço tem uma equipa de profissionais que trabalham de forma interdisciplinar, sendo constituída por Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Assistente Social, Psicóloga, Nutricionista, Assistente Espiritual, Administrativa e Voluntários que têm como missão acompanhar os doentes e familiares com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida. Podem ainda juntar-se, sempre que necessários, médicos de outras especialidades, terapeutas de medicina física, entre outros.

Segundo o Programa Nacional de Cuidados Paliativos, relativamente ao nível de diferenciação, o Serviço de Cuidados Paliativos é um serviço de nível III, dado que desenvolve programas estruturados e regulares de formação especializada em cuidados paliativos, assim com atividade regular de investigação em cuidados paliativos e possui uma equipa interdisciplinar

alargada que responde a situações de elevada complexidade e exigência, sendo um serviço de referência.

Podem ser referenciados para cuidados paliativos todos os doentes da instituição que não tenham tratamento dirigido antineoplásico por doença avançada e segundo a proposta de admissão feita pelo médico assistente e sempre que possível confirmada em consulta de grupo, proposta esta que será revista pelo diretor clínico ou substituto, verificando a existência de critérios de admissão. Se cumprir os critérios e o doente estiver internado terá que ser observado em 24h pela EIHSCP, sempre que possível, e admitido para o respetivo serviço, havendo concordância do doente ou familiares (se doente cognitivamente incompetente). Todos os pedidos para seguimento em regime de ambulatório são discutidos semanalmente, à sexta-feira, por uma comissão (médicos do serviço e enfermeira chefe) que avaliam o processo clínico e decidem a admissão, que poderá ser internamento, consulta externa ou encaminhamento para a assistência domiciliária em tempo oportuno. Nestas reuniões semanais, são também discutidos casos clínicos mais complexos e o planeamento de cuidados dos doentes internados.

Como critérios de admissão, entre os específicos da instituição em causa, os doentes terão que apresentar sintomas/problemas intensos ou incapacitantes e aceitarem ser admitidos, após informação dos objetivos da medicina paliativa, sendo o consentimento, em caso de alterações cognitivas, dado pelos familiares. Existindo lista de espera, a prioridade será estabelecida pelos médicos do serviço de cuidados paliativos tendo em conta a informação presente na proposta de admissão.

As valências do serviço de cuidados paliativos são: Internamento, Consulta Externa, Equipa Intra-hospitalar, Assistência Domiciliária, Consulta Telefónica.

Os principais motivos de internamento passam por agravamento clínico, para controlo sintomático e por exaustão do cuidador.

Relativamente à equipa de enfermagem, é constituída por enfermeiros que trabalham por turnos, da manhã com 5 enfermeiros, de tarde com 4 enfermeiros e turno da noite com 3 enfermeiros. Grande percentagem dos enfermeiros tem formação pós-graduada, nomeadamente, Mestrado em CP, especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, entre outras, mestrado e especialidade em Enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em

situação paliativa, atribuída pela Ordem dos Enfermeiros, e pós graduação em cuidados paliativos.

A enfermeira responsável de turno (na ausência da enfermeira chefe) tem como funções adequar o plano de trabalho em função de alterações ocorridas após a sua elaboração; gerir os recursos humanos e materiais; providenciar contato com elementos não escalados para substituição de elementos em falta, de forma a manter os rácios estabelecidos; organizar, orientar e supervisionar o trabalho realizado pela equipa de enfermagem e assistentes operacionais; tomar conhecimento e gerir qualquer ocorrência extraordinária, comunicando por escrito ao superior hierárquico; agir de forma a minimizar /resolver situações problemáticas com doentes e famílias, e elementos da equipa multidisciplinar; informar o chefe de equipa de qualquer ocorrência extraordinária.

As funções dos enfermeiros do internamento passam por acolher doente e família; identificar diagnósticos de enfermagem e implementar atitudes terapêuticas adequadas, validando o plano de cuidados; estabelecer comunicação eficaz com doente/família/ elementos da equipa multidisciplinar; integrar as famílias nos cuidados ao doente e no serviço; receber e transmitir informação importante para a continuidade de cuidados (Passagens de Turno); preparar e administrar terapêutica prescrita; planear e preparar atempadamente a alta/transferência do doente; capacitar a família/cuidador para a continuidade de cuidados no domicílio; prestar cuidados na situação de agonia, tanto ao doente como à família; preparar o corpo após a morte; comunicar à família o agravamento do doente ou o óbito; apoiar a família após o óbito; contar *stocks* de estupefacientes no turno da noite; participar ativamente nas reuniões de serviço e na formação em serviço; realizar apoio telefónico aos doentes/famílias no domicílio, de acordo com as solicitações; apoiar no atendimento de consultas urgentes; dar orientação pedagógica a estudantes de estágios de Enfermagem pré e pós graduados.

No que respeita à equipa médica, com competência em cuidados paliativos, encontram-se no serviço no período da manhã, em dias úteis, reunindo diariamente com o responsável de enfermagem do turno da manhã para atualização do estado dos doentes, passam visita médica e integram a equipa intra-hospitalar e orientam consultas telefónicas. Aos fins-de-semana e feriados é o médico de permanência que dá resposta às necessidades.

Os assistentes operacionais são 5 no turno da manhã, 2 à tarde e 1 à noite. Da equipa fazem parte também uma assistente social (à chamada sempre que necessário), e duas psicólogas, nutricionista (à chamada) e capelão.

O serviço possui alguns grupos de trabalho, no âmbito das feridas, do cuidar nas últimas horas de vida, do bem-estar da equipa, sobre a consulta telefónica, no apoio familiar na alta e luto, apoio espiritual, atividades artísticas/literatura, nos quais os seus dinamizadores realizam atividades/protocolos, de acordo com as necessidades que surgem no serviço. De momento, o serviço não possui nenhum programa de melhoria.

1.5 Enquadramento Teórico

Em Enfermagem, conforto é um conceito diariamente utilizado nos diferentes contextos e é com frequência que os enfermeiros utilizam frases como: prestados cuidados de higiene e conforto e/ou o doente encontra-se confortável (Apóstolo, 2009).

Segundo Apóstolo (2009, p.64) “a partir da segunda metade do século XX, a literatura de enfermagem referencia um número substancial de autoras, entre outras, Callista Roy, Hildegard Peplau, Jean Watson, Madeleine Leininger, Josephine Paterson, Loretta Zderad, Janice Morse e Katharine Kolcaba, que contribuíram para o desenvolvimento teórico desta disciplina e para a perceção do conforto como um conceito nobre e um dos seus principais objetivos”. Segundo o mesmo autor, várias foram as teóricas de enfermagem que estudaram o conforto, destacando-se Janice Morse e Katharine Kolcaba. Janice Morse centrou o seu trabalho nas ações dos enfermeiros (processo de conforto), mas não aborda a avaliação do resultado dessas mesmas ações. Katharine Kolcaba focou-se no processo de conceptualização e de operacionalização do processo do conforto e na sua avaliação, considerado o conforto como um estado resultante das intervenções de enfermagem.

Kolcaba define o conforto como um estado de satisfação das necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência. De forma a restabelecer o funcionamento habitual, o alívio corresponde à satisfação dessa necessidade da pessoa; a tranquilidade (estado de calma ou de satisfação) é necessária para o desempenho eficiente; e quando a pessoa sente ter competências ou potencial para planear, controlar o seu destino e resolver os seus problemas, estamos perante a transcendência. Estes três estados do conforto desenvolvem-se em quatro contextos: o contexto físico (sensações corporais); o contexto sociocultural (relações interpessoais, familiares e sociais); o contexto “psicoespiritual” (consciência de si, incluindo a autoestima e o autoconceito, sexualidade e sentido de vida) e o

contexto ambiental (luz, barulho, equipamento (mobiliário), cor, temperatura, e elementos naturais ou artificiais do meio) (Apóstolo, 2009).

Kolcaba define ainda o cuidado de conforto como uma forma de arte de enfermagem, que requer um processo de ações confortantes e o resultado dessas ações. Para Kolcaba o processo é um método (a intervenção de enfermagem) e o produto é o resultado desse processo, sendo que o resultado desejado seria o aumento do conforto. O processo só é completo quando atingido o aumento do conforto, sendo um processo contínuo (Apóstolo, 2009).

Num artigo desenvolvido por Lourenço, Encarnação & Lumini (2022), o conforto é definido como um estado transitório, dinâmico e multifatorial, caracterizado pelo alívio da dor, sofrimento físico e emocional. A pessoa sente conforto quando é valorizada, confia e aceita o tratamento proposto pela equipa de cuidados, na interação com os sistemas de saúde. Abordam ainda vários estudos que tiveram como objetivo de descrever a experiência de conforto e estes estudos mostram que o conforto é influenciado por vários fatores, nomeadamente, o pensamento positivo, a capacidade para desenvolver estratégias de autoconforto e a procura de sinais de segurança e de normalidade. A manutenção de atividades de autocuidado, a procurar de informação e desenvolvimento de confiança e anuência face à atual condição de saúde, são também outros fatores que influenciam o conforto. Também a integração e informalidade cultural, sentindo que as suas normas e valores culturais são compreendidos e respeitados e o facto de sentir-se espiritualmente aceite, manter práticas espirituais ou religiosas significativas para a pessoa, vão influir no conforto. A esperança e as relações intrapessoais e transpessoais (com Deus e a natureza), geram amor pessoal, amor para com os outros e com o transcendente e a presença da família tem uma capacidade única de conforto.

As autoras fazem ainda referência a fontes de conforto associadas à competência técnica e humana com que sentem os cuidados prestados. “Algumas das intervenções de conforto que parecem simples e de pouca complexidade tecnológica, como a disponibilidade, o carinho e o apoio, tinham a capacidade de afetar significativamente o estado de conforto dos participantes” (Lourenço, Encarnação & Lumini, 2022, p.92). Com o exposto questiono se não existe confusão entre intervenções e ações.

Os resultados dos estudos apresentados pelas autoras apontam para os cuidados de conforto como “um modelo de cuidado centrado na pessoa; uma equipa vinculada e habilitada (com

disponibilidade, com estratégias terapêuticas de conforto ajustadas às necessidades da pessoa e família); um acesso a informações precisas fornecidas com sensibilidade para que os doentes possam preparar-se para o futuro próximo; e um ambiente físico limpo, bem equipado e adequado à presença da família, podendo ser decorado com objetos pessoais (ambiente de positividade projetado por uma equipa coesa e com tempo para todos os participantes) serem aspetos com influência positiva no conforto dos participantes” (Lourenço, Encarnação & Lumini, 2022, p.92).

Na medida em que parece haver divergência relativa às atividades que levam à obtenção de conforto, importa aprofundar o conhecimento sobre a existência de intervenções específicas de promoção do conforto, na literatura. Segundo a NANDA (2021), existe um diagnóstico de desconforto ou conforto diminuído, que é referido como a “sensação de falta de tranquilidade, alívio e transcendência das dimensões física, psicoespiritual, ambiental e social” (NANDA, 2021), e são sugeridas algumas intervenções de enfermagem para lhe dar resposta, entre as quais: gerir terapêutica; modificar comportamentos; apoiar emoções; gerir o autocuidado; incentivar o envolvimento da família; aplicar terapia de relaxamento; gerir ambiente. Portanto, as intervenções existem, mas ainda assim é necessário compreender a sua densificação e relação com domínios da Ontologia de Enfermagem.

O artigo de Lourenço, Encarnação & Lumini (2022) e o documento da NANDA 2021, associam o conforto a alguns domínios da Ontologia de Enfermagem, tais como dor e autocuidado. Dessa forma, será que se obtém o conforto através de intervenções que concorrem também para outros resultados, não sendo específicas para este propósito e, nessa medida, mais associado à forma como se faz ou a outras circunstâncias? E o contexto de prestação de cuidados, terá alguma influência no conceito em análise?

Mais uma vez, emerge a necessidade de perceber a existência de mais evidência científica sobre o conceito de forma a dar resposta a estas questões.

1.5.1 Conforto e cuidados paliativos

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020) definiu Cuidados Paliativos como uma abordagem assistencial que pretende melhorar a qualidade de vida dos doentes com necessidades paliativas e também das suas famílias, através da identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso de problemas físicos, psicossociais e espirituais, de

forma a prevenir e aliviar o sofrimento. O conforto é um objetivo inerente aos cuidados paliativos, dado que este é definido na literatura como promotor da satisfação das necessidades básicas relativamente aos estados de alívio de sofrimento físico e emocional, tranquilidade e transcendência.

A Lei de Bases de Cuidados Paliativos (CP), Lei n.º 52/2012 de 5 de Setembro, define também Cuidados Paliativos 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, p. 5119). Na Base IX relativamente aos objetivos da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, alínea g) faz referência à manutenção do conforto.

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em contexto de situação paliativa, já abordadas ao longo deste documento, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018, referem:

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

b) Estabelece relação terapêutica com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/ familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto” (p. 19360).

Isto é, o conforto assume uma relevância significativa para o enfermeiro especialista em CP.

1.6 Avaliação da viabilidade do projeto individual

Para avaliação da viabilidade do projeto utilizou-se a Lista SPRING e a Análise SWOT.

Relativamente à Lista SPRING (Situação, Problema, Riscos, Impacto, Necessidades, Gestão):

Situação (S): após decidir acerca do tema de trabalho e realizar uma breve pesquisa, verifica-se que o conforto é um objetivo dos cuidados paliativos e que parecem existir intervenções de

enfermagem passíveis de serem implementadas pelos enfermeiros especialistas, contribuindo para o desenvolvimento e aprofundamento das suas competências específicas.

Problemas/Oportunidades: Apesar da existência de referências sobre o tema, verifica-se alguma confusão entre intervenções e ações, forma e conteúdo, para a promoção do conforto. O que também espelha a realidade clínica. O que justifica um aprofundamento dos conceitos na literatura, permitindo sintetizar e aplicar melhor o conhecimento.

Riscos: Apesar de existir literatura sobre o conforto em fim de vida, poderá surgir o risco de na pesquisa mais aprofundada, ser limitada e incompleta, limitando a sua implementação.

Impacto: através da revisão da literatura, com a melhor e mais recente evidência científica, a conceção de cuidados autónomos de enfermagem, consubstanciada num pensamento crítico e individualizado a cada caso concreto e no respeito pelas opções e valores de cada um, tenderá, na dimensão do conforto, para a obtenção de melhores resultados no cliente, com sensibilidade aos cuidados de enfermagem.

Necessidades: realização de revisão da literatura para aprofundar o tema, colaboração dos doentes/familiares e dos enfermeiros tutores e da equipa multidisciplinar, nos estágios.

Gestão de Prazos: o projeto será desenvolvido nos 2 contextos de estágios, com início a 6 de fevereiro de 2023 e término a 12 de junho de 2023.

Seguidamente realiza-se uma Análise SWOT, apresentada na tabela seguinte:

	Fatores positivos	Fatores negativos
Fatores internos	S (Strengths)- Forças: <ul style="list-style-type: none">- Motivação pessoal e profissional para desenvolver as competências.- Persistência.- Responsabilidade.	W (Weaknesses)- Fraquezas: <ul style="list-style-type: none">- Pouca experiência na área específica.-Medo de desiludir/falhar.
Fatores externos	O (Opportunities)- Oportunidades: <ul style="list-style-type: none">-Oferta de casos nos estágios-Orientação por profissionais experientes.	T (Threats)- Ameaças: <ul style="list-style-type: none">-Tempo de implementação.-Condicionantes pessoais, familiares e /ou profissionais.

2. PLANIFICAÇÃO

2.1 Objetivos e atividades

OBJETIVO GERAL:

1. Adquirir competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa relativas ao conforto em fim de vida.

OBJETIVOS INTERMÉDIOS E ESPECÍFICOS:

OBJETIVOS INTERMÉDIOS/ESPECÍFICOS (1ª FASE)	ATIVIDADES	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIAIS
1.1 Desenvolver competências de praxis clínica especializada na promoção do conforto ao doente com necessidades paliativas em fim de vida, em contexto hospitalar, baseada em evidência científica.			
1.1.1 Aprofundar o conceito de 'conforto'.	- Realizar revisão da literatura. - Discutir com a equipa de cuidados paliativos e tutor dos diferentes contextos.		
1.1.2 Compreender as áreas ou domínios de atenção da enfermagem relacionados com a promoção do conforto.	- Realizar revisão da literatura. - Discutir com a equipa de cuidados paliativos e tutor dos diferentes contextos.	- Autora do projeto.	- Computador com acesso à internet.
1.1.3. Identificar a(s) intervenção(ões) promotora(s) de conforto.	- Realizar revisão da literatura. - Analisar a densificação da(s) intervenção(ões). - Discutir com a equipa de cuidados paliativos e tutor dos	- Orientador. - Coorientador.	- Bases de dados, agregadores de

	diferentes contextos.	- Enfermeiro tutor. - Enfermeiros das equipas.	- conteúdos EBSCOHost Web. -Literatura cinzenta. - Livros e relatórios científicos.
1.1.4. Identificar especificidades relacionadas com os doentes com necessidades paliativas, em fim de vida e em contexto hospitalar.	- Realizar revisão da literatura. - Analisar se família e equipa influenciam a promoção do conforto em doentes com necessidades paliativas em fim de vida, em contexto hospitalar - Discutir com a equipa de cuidados paliativos e tutor dos diferentes contextos.		
1.1.5. Identificar fatores condicionantes da implementação das intervenções.	- Realizar revisão da literatura. - Discutir com a equipa de cuidados paliativos e tutor dos diferentes contextos.		
1.1.6. Identificar qual o nível de formalização do conhecimento sobre 'conforto'.	- Realizar revisão da literatura. - Discutir com a equipa de cuidados paliativos e tutor dos diferentes contextos.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS (2ª FASE)	ATIVIDADES	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIAIS
1.2. Desenvolver competências na identificação de necessidades de promoção do conforto do doente paliativo em fim de vida.			

<p>1.2.1. Introduzir o 'conforto' na dimensão autónoma do planeamento do exercício profissional, nos domínios pertinentes, nos diferentes casos clínicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o significado que o doente com necessidade paliativa, em fim de vida, atribui ao conforto, respeitando a sua individualidade, os valores e expectativas. - Identificar as necessidades para promoção de conforto a nível físico, psicoemocional, espiritual e sociofamiliar. - Identificar fatores que influenciam a promoção do conforto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Autora do projeto. - Orientador. - Coorientador. - Enfermeiro tutor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador com acesso à internet. - Bases de dados, agregadores de conteúdos
<p>1.2.2. Identificar os domínios da Ontologia de Enfermagem com relevância para a promoção do conforto à pessoa com necessidades paliativas, em contexto hospitalar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar os sintomas do doente, segundo as características do próprio, priorizando o conforto, numa abordagem multimodal e multidimensional. - Relacionar os sintomas e necessidades do doente com domínios da Ontologia de Enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiros das equipas. - Doentes internados com necessidades paliativas. 	<ul style="list-style-type: none"> - EBSCOHost Web. -Literatura cinzenta. - Livros e relatórios científicos. - Recursos físicos e materiais dos serviços.
<p>1.3 Desenvolver competências de intervenção na promoção do conforto do doente paliativo em fim de vida.</p>			
<p>1.3.1. Prescrever, implementar e avaliar intervenções promotoras de conforto, nos diferentes casos clínicos, segundo a melhor e mais atual evidência.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer um plano individualizado de cuidados, promovendo o conforto do doente, envolvendo a família e/ou o cuidador, baseado no melhor conhecimento científico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Autora do projeto. - Orientador. -Coorientador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador com acesso a internet. - Bases de dados/

	<ul style="list-style-type: none"> - Reformular o plano individualizado, baseado na eficácia das intervenções, envolvendo a família. -Antecipar em tempo útil, situações de agudização. - Adequar estratégias de comunicação na relação com todos os intervenientes no processo de cuidar. - Elaborar uma conceção de cuidados em cada contexto clínico de estágio, estando implícita a promoção do conforto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro tutor. -Enfermeiros das equipas. -Doentes internados com necessidades paliativas, familiares e/ou cuidadores. 	Agregadores de conteúdos <ul style="list-style-type: none"> - EBSCOHost Web -Literatura cinzenta. - Recursos físicos e humanos dos serviços.
1.3.2. Analisar as intervenções promotoras em contexto hospitalar, implementadas por diferentes enfermeiros.	<ul style="list-style-type: none"> - Perceber o que os enfermeiros sabem sobre 'conforto'. - Perceber as intervenções que são realizadas e os domínios com que se relacionam. - Perceber que fatores interferem na promoção do conforto. - Refletir com os enfermeiros, como abordam e documentam a promoção do conforto. - Discutir com a equipa de cuidados paliativos as intervenções, domínios e plano individualizado de cuidados, de promoção do conforto em fim de vida, com base na melhor e mais atual evidência científica. 		
1.4. Desenvolver competências especializadas de integração da família e/ou cuidador na promoção do conforto em doentes com necessidades paliativas, em contexto hospitalar.			

<p>1.4.1. Envolver a família e/ou cuidador para otimizar resultados na satisfação das necessidades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adequar estratégias de comunicação na relação com todos os intervenientes no processo de cuidar. - Perceber o que os familiares e/ou cuidadores sabem sobre o 'conforto' ao doente. - Perceber se os familiares e/ou cuidadores identificam necessidades e utilizam estratégias de promoção do conforto e com que domínios se relacionam. - Atualizar o plano de intervenção em parceria com os cuidadores familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Autora do projeto. - Orientador. - Coordenador. - Enfermeiro tutor. - Enfermeiros das equipas. - Doentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador com acesso à internet. - Bases de dados, agregadores de conteúdos - EBSCOHost Web. - Literatura cinzenta.
<p>1.4.2. Promover parcerias de cuidados com família e/ou cuidadores na promoção do conforto ao doente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar e incentivar a família e/ou cuidadores, como parceiros em todo o processo de cuidar holístico, segundo as necessidades e vontades, de forma a promover o conforto do doente. - Atualizar o plano de intervenção em parceria com os cuidadores familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Internados com necessidades paliativas, familiares e/ou cuidadores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Livros e relatórios científicos. - Recursos físicos e humanos dos serviços.

2.2 Desenvolvimento de atividades – cronograma

Atividades para os objetivos específicos:	fevereiro 2023	março 2023	abril 2023	maio 2023	junho 2023
1.1.1 Aprofundar o conceito de ‘conforto’;					
1.1.2 Compreender as áreas ou domínios de atenção da enfermagem relacionados com a promoção do conforto;					
1.1.3. Identificar a(s) intervenção(ões) promotora(s) de conforto;					
1.1.4 Identificar especificidades relacionadas com os doentes com necessidades paliativas, em fim de vida e em contexto hospitalar;					
1.1.5. Identificar fatores condicionantes da implementação das intervenções.					
1.1.6. Identificar qual o nível de formalização do conhecimento sobre ‘conforto’.					
1.2.1 Introduzir o ‘conforto’ na dimensão autónoma do planeamento do exercício profissional, nos domínios pertinentes, nos diferentes casos clínicos					
1.2.2 Identificar os domínios da Ontologia de Enfermagem com relevância para a promoção do conforto à pessoa com necessidades paliativas, em contexto hospitalar.					
1.3.1 Prescrever, implementar e avaliar intervenções promotoras de conforto, nos diferentes casos clínicos, segundo a melhor e mais atual evidência.					
1.3.2 Analisar a diferença de intervenções promotoras em contexto hospitalar, por enfermeiro especialista da EIHSCP e por enfermeiro especialista na Unidade de Cuidados Paliativos - Internamento					
1.4.1 Envolver a família/ cuidador para otimizar resultados na satisfação das necessidades.					
1.4.2 Promover parcerias de cuidados com família/cuidadores na promoção do conforto ao doente.					

2.3 Monitorização

A monitorização do projeto será realizada através de orientação e reuniões periódicas com os orientadores e tutores de estágio. Também será realizada verificação mensal do cumprimento do cronograma proposto, que poderá ser reajustado ou reformulado, perante os fatores internos e externos e necessidade de adaptação para atingir os objetivos propostos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados paliativos traduzem-se numa abordagem cuja promoção do conforto dos doentes é um dos objetivos.

Este trabalho contribuiu para a reflexão, estruturação e planeamento do projeto a ser implementado na Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II.

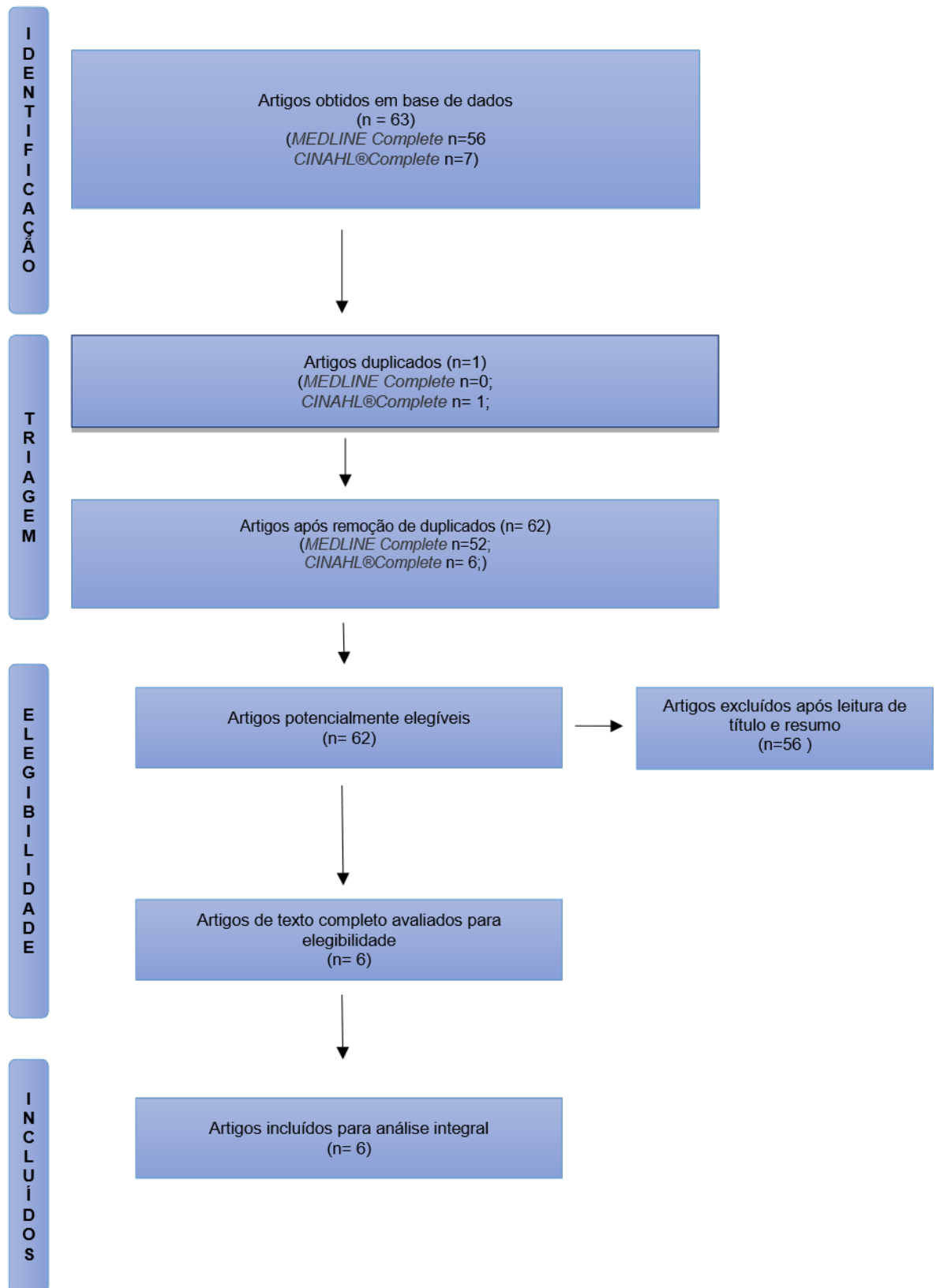
A reflexão sobre o tema promoção do conforto ao doente com necessidades paliativas em fim de vida, em contexto hospitalar, influenciará e permitirá desenvolver certamente as competências profissionais comuns e especializadas, no âmbito da prestação de cuidados que pretendemos que sejam de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teórico. *REFERÊNCIA- Revista de Enfermagem*, vol. II (9), 61-67. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239956007>
- Lei n.º 52/2012 – Lei de Bases dos Cuidados Paliativos - Diário da República, 1.ª série — N.º 172 — 5 de setembro de 2012
- Lourenço, M., Encarnação P., Lumini, M. J. (2022). Cuidados Paliativos, Conforto e Espiritualidade. *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem*, 85-95. DOI: [10.48684/6sk0-ff98](https://doi.org/10.48684/6sk0-ff98)
- Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica - Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018
- Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista - Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019
- World Health Organization. (2020, agosto 5). *Palliative Care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- DiagnosticosNanda (2021). *00214 Disconfort - DiagnosticosNanda NIC NOC*. <https://www.diagnosticosnanda.com/disconfort/>

Anexo II

PRISMA SCOPING REVIEW



Anexo III

TABELA DE SÍNTESE DOS ARTIGOS SCOPING REVIEW

Autor Ano Origem / País	Objetivo(s)	Metodologia	Intervenções promotoras do conforto	Áreas ou domínios de atenção da enfermagem	Fatores condicionantes da implementação das intervenções	Formalização do conhecimento sobre 'conforto'	Conclusões
Konietsny, C., Anderson, B. 2017 Canadá	Descrever desenvolvimento e implementação de "Conversas de Conforto" e envolver pacientes e familiares em diálogos significativos sobre suas necessidades holísticas de cuidados paliativos em Hospital Cuidados Continuados	Estudo experimental	Físico: - Promover independência - Melhorar respiração - Ir ao refeitório - Pedir refeição reconfortante Psicoespiritual: - Expressão de emoções/sentimentos - Envolver em atividades autocuidado. Ambiental: - Personalizar o quarto do hospital com fotos de família, plantas e momentos favoritos. Sociocultural: - Desfrutar de relacionamentos amigáveis/familiares com profissionais - Refletir sobre a vida e minimizar conflitos e arrepentimentos, concentrando-se no presente.	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Físico</u>: - Dor - Desconforto ao sentar/deitar na cama - Dispneia - Dependência nas AVDs - Apetite (prazer na comida) • <u>Psicoespiritual</u>: - Bem-estar - Esperança • <u>Ambiental</u> - Privacidade - Espaço físico • <u>Sociocultural</u>: - perda de sensação de proximidade física (abraços – pessoas e animais de estimação). - estar afastado da família (esposa...) 	<p>"Comfort Conversations": Os conceitos da Teoria do Conforto de Kolcaba foram os blocos de construção das Conversas de Conforto, para explorar os domínios físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural do conforto de uma pessoa. As conversas informaram planos de cuidados e intervenções de conforto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenções de conforto individualizadas podem melhorar a qualidade de vida e reduzir o sofrimento dos pacientes em meio hospitalar. - Os participantes têm diferentes interpretações sobre o significado de conforto. - Todas as conversas abrangem os quatro domínios com o mínimo de sugestões dos facilitadores, mas raramente focam a dor e domínio físico do conforto. - Falar de conforto é natural e humano. - Conversas programadas e baseadas em teoria apoiam na implementação dos Processos de Cuidados de Enfermagem Centrados na Pessoa. - Explorar o conforto permite aos clientes discutirem os seus cuidados, aprendendo sobre o que importa para os pacientes e familiares e o que eles valorizam na vida e na morte e mostram o nosso interesse nas pessoas que são. - Refletir sobre como diferentes aspectos da experiência de alguém podem representar alívio, facilidade ou transcendência. - As conotações pessoais de conforto, no quotidiano, ajudaram a desenvolver uma compreensão mais profunda do que significa ter uma presença simpática nas relações profissionais de saúde-paciente. - Ajudou a projetar uma presença solidária nas relações terapêuticas, promovendo a auto-reflexão e capacidade de simpatizar com nossos pacientes. - Conversas de Conforto permite promover a decisão compartilhada na evolução das decisões de cuidado em relação aos objetivos do cuidado e ao planeamento avançado do cuidado. 	
Dutta, S., Ishore, K., Ghodhal, A. 2022 Índia	Objetivo primário: conhecer o nível de bem-estar e palição em pacientes com cancro de mama ulcerado. -objetivo secundário: Determinar a associação entre mudanças no nível de conforto e adesão ao perfil clínico- terapêutico e sócio- demográfico dessas pacientes depois de administrar por meio de oncologia integrativa e serviços de cuidados paliativos desta parte do nosso país, especialmente durante a pandemia de	Estudo observacional com desenho transversal	Físico: - Tratamento de ferida maligna. (Existem várias modalidades de tratamento, como o uso tópico de metronidazol, apósitos de carvão ativado, mel medicinal, gel iodórb tópico, curcuma, óleos essenciais e extrato de chá verde. Na infestação por larvas, não há diretrizes e recomendações definitivas na literatura: o uso experimental de éter anestésico e vapores de terebintina tenha se mostrado útil.	<ul style="list-style-type: none"> • Físico: -Dor -Ferida maligna (larvas, mau cheiro, hemorragia) • Psicoespiritual: - desesperança, - ansiedade, - tristeza, - pensamentos de "desfiguração cosmiética persistente" - imagem corporal distorcida - Angústia 	<p>Continuidade de cuidados</p>	<p>Scores subjetivos e objetivos de dor e conforto foram classificados em uma escala de 0 a 10 com base no Revised Edmonton Self-Assessment Score (ESAS) [4] e documentados na visita inicial e no acompanhamento subsequente regular - Avaliação psicológica, questões sociais relativas à aceitação/rejeição e feedback da família sobre o estado geral de resposta ao tratamento e bem-estar foram registrados numa escala subjetiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Aliviar os sintomas de dor, sangramento, mau cheiro e vermes com cuidados paliativos de enfermagem e radiação, aumenta o nível de conforto e bem-estar. - Com a aplicação de metronidazol tópico em pó e curativos embabidos em iodopovidona, quase 76,9% dos pacientes obtiveram alívio do mau cheiro. - Além dos sintomas físicos, verifica-se a angústia pelo impacto negativo na imagem corporal, que também afeta a vida sexual. - A integração adequada de RT paliativa essencial, quimioterapia e cirurgia, com cuidados de enfermagem paliativos adequados dos cânceros de mama em estágio avançado, é eficaz para proporcionar conforto significativo.

<p>COVID-19 em andamento.</p>	<p>Analisar o desenvolvimento de UP e os níveis de conforto de um colchão de células de ar de ajuste duplo em comparação com um colchão de células de ar de sobreposição de 2 camadas alternado em pacientes com cancro em estágio avançado.</p>	<p>Estudo de intervenção randomizado controlado</p>	<p>- Aplicação tópica de geleia de lidocaina a 2%, morfina tópica misturada com hidrogel (alívio da dor).</p> <p>Físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colocar colchão para prevenção UP's: com ajuste da pressão do colchão uma vez por dia. - Remover colchão 	<p>Físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dor - Dispneia - Mal-estar - Úlcera de Pressão 	<p>- O conforto do colchão foi avaliado subjetivamente após o uso do colchão de ar, em repouso e atividade.</p> <p>- A dor foi avaliada a cada 24 horas.</p> <p>- Questões sobre conforto em repouso, usando perguntas diretas Sim/Não sobre ruído do colchão, cama, afundar escorregar na cama, movimento, sensação pegajosa, temperatura e sensação de pressão de as células de ar.</p> <p>- O conforto relacionado à atividade foi avaliado perguntando aos pacientes perguntas diretas do tipo Sim/Não sobre suas experiências ao sair da cama, sentar-se e caminhar até a cama e se o movimento induzia dor, postura instável ao se mover ou uma sensação de flutuar na cama e náuseas.</p>	<p>- Apesar de colchões de ar destinados a difundir a pressão possuem ser altamente eficazes na prevenção de UPs, eles apresentam avaliações de conforto baixas.</p> <p>- No final da vida, quando as preferências de conforto do paciente são prioritizadas, pode ser difícil continuar a utilizar colchões de ar, mas a interrupção do uso pode levar ao desenvolvimento de UP's, embora nem todos os doentes são acamados.</p> <p>- A dor na fase terminal afeta o nível de atividade do paciente; portanto, o conforto de um colchão de redistribuição de pressão pode afetar as preferências e necessidades do paciente, aumentando o desafio de selecionar um colchão de redistribuição de pressão apropriado.</p> <p>- Os pacientes do grupo de intervenção (colchão célula de ar alternado, do tipo troca, de ajuste duplo) experimentaram menos desconforto na cama do que o grupo de controle (colchão de célula de ar de sobreposição alternada de 2 camadas).</p> <p>- Pacientes com cancro avançado são posicionados individualmente com base em fatores como dor ou dispneia, de forma a manter constante o ajuste da altura do leito e o ângulo de decúbito lateral.</p> <p>- Colchões de célula de ar de ajuste duplo podem ajudar a prevenir UP's e melhorar o conforto em repouso e durante a atividade em pacientes com cancro em estágio terminal recebendo cuidados paliativos.</p>	<p>- Necessidade de educação sobre a utilidade do CMOS como ferramenta para a gestão de sintomas de fim de vida.</p> <p>- Experiência</p>	<p>- Práticas baseadas em evidências para tratamento farmacológico dos sintomas (dor, dispneia, inquietação, secreções das vias aéreas superiores, febre e convulsões);</p> <p>- Avaliações de conforto do paciente a cada 2 horas;</p> <p>- Educação do paciente e da família sobre o processo de morrer.</p> <p>- Envolve uma equipe interdisciplinar, incluindo assistentes sociais e provedores de cuidados espirituais para apoiar as necessidades psicológicas, emocionais e espirituais de pacientes e famílias em luto nos últimos dias de vida.</p> <p>- Solicita aos médicos que também avaliem outras modalidades de atendimento (nutrição, hidratação, eliminação e descontinuação de medicamentos não essenciais).</p> <p>- Encaminhamento automático para a equipe de consulta de cuidados paliativos.</p>
<p>Lau, C., Stilos, K., Nowell, A., Lau, F., Moore, J., Wynnychuk, L. 2018 Canadá</p>	<p>Comparar a gestão dos cuidados fim de vida entre os pacientes que receberam o CMOS (grupo CMOS) e aqueles que não receberam (grupo sem CMOS), 1 ano após a implementação do conjunto de pedidos.</p> <p>- Identificar o papel dos cuidados paliativos em pacientes com morte iminente desde a adoção do CMOS pelas equipes de GIM e oncologia e avaliar se existe uma diferença comparável na gestão e experiência de EOL entre pacientes com morte iminente quando o CMOS é utilizado.</p>	<p>Revisão retrospectiva</p>	<p>Físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prestar cuidados de higiene oral - Encorajar o uso de opioides - Posicionar os pacientes, se possível, para controlar a dispneia e as secreções. - Sedação paliativa e Psicoespiritual e Sociocultural; - Apoiar as necessidades psicológicas, emocionais e espirituais de pacientes e famílias em luto nos últimos dias de vida - Estabelecer comunicação eficaz com pacientes e famílias sobre prognóstico. - Capacitar sobre o que esperar nas últimas horas de vida - Presença compassiva 	<p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dor, - Dispneia - Inquietação - Secreções vias aéreas superiores - Febre - Convulsões - Controle intestinal - Insônia - Vômito - Xerostomia - Prurido - Náuseas <p>Psicoespirituais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedade - Sofrimento 	<p>- Necessidade de educação sobre a utilidade do CMOS como ferramenta para a gestão de sintomas de fim de vida.</p> <p>- Experiência</p>	<p>CMOS (conjunto medidas de conforto):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Práticas baseadas em evidências para tratamento farmacológico dos sintomas (dor, dispneia, inquietação, secreções das vias aéreas superiores, febre e convulsões); - Avaliações de conforto do paciente a cada 2 horas; - Educação do paciente e da família sobre o processo de morrer. - Envolve uma equipe interdisciplinar, incluindo assistentes sociais e provedores de cuidados espirituais para apoiar as necessidades psicológicas, emocionais e espirituais de pacientes e famílias em luto nos últimos dias de vida. - Solicita aos médicos que também avaliem outras modalidades de atendimento (nutrição, hidratação, eliminação e descontinuação de medicamentos não essenciais). - Encaminhamento automático para a equipe de consulta de cuidados paliativos. 	<p>- Protocólos padronizados demonstraram ser úteis em cuidados de fim de vida (EOL) no hospital.</p> <p>- A implementação do CMOS é útil para fornecer uma base para uma abordagem de conforto em pacientes prestes a morrer.</p> <p>- O sintoma mais frequente identificado como contribuindo para o sofrimento do paciente na hora da morte foi a dispneia.</p> <p>- As secreções das vias aéreas superiores também exigiram reavaliação no grupo sem CMOS, mais do que dor e inquietação, para lidar com o desconforto do paciente.</p> <p>- "Cuidados de conforto" é uma filosofia de fornecer gestão abrangente de sintomas físicos angustiados no final da vida, aborda o sofrimento psicossocial e espiritual experimentado por um paciente em estado de morte iminente.</p> <p>- O CMOS é apenas um componente numa estratégia multifacetada para melhorar a qualidade da morte.</p>	<p>- Necessidade de educação sobre a utilidade do CMOS como ferramenta para a gestão de sintomas de fim de vida.</p> <p>- Experiência</p>

<p>Nakajima, N., Takahashi, Y., Ishitani, K. 2014 Japão</p>	<p>Esclarecer os efeitos da redução do volume de hidratação artificial com base na diretriz japonesa em pacientes com cancro terminal e relacionados à hidratação no alívio de vários sintomas e qualidade de vida</p>	<p>Revisão sistemática (scoping review)</p>	<p>Estudo Intervencional</p>	<p>- Apoio emocional aos pacientes e suas famílias (processo de luto) - Encaminhamento para atendimento espiritual para assistência ao sofrimento psicossocial e espiritual.</p>	<p>• <u>Físicos:</u> -náusea -dor - edema periférico - dispneia</p>	<p>Histórico-cultural</p>	<p>- Questionário de Qualidade de Vida da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Cancro-C30 (EORTC Q.L.Q.-C30) - Escala de Satisfação Validada - Escala de Benefícios</p>	<p>- Alguns estudos demonstraram que a hidratação adequada pode contribuir para o conforto do paciente. - Terapia de Hidratação Artificial contribuiu para manter a qualidade de vida global e proporcionou satisfação e um sentimento de benefício sem aumentar o desconforto e piorar os sintomas e sinais de retenção de líquidos em pacientes com cancro avançado. - A re-hidratação para pacientes com cancro terminal geralmente não é recomendada. - Os pacientes que sofrem de sintomas de hiper-hidratação podem obter alguns benefícios com a redução do volume de hidratação.</p>
<p>Coelho, A., Parola, V., Cardoso, D., Bravo, M., E., Apóstolo, J. (2017) Portugal</p>	<p>Examinar e mapear as intervenções não farmacológicas implementadas e avaliadas para proporcionar conforto em cuidados paliativos.</p>	<p>Revisão sistemática (scoping review)</p>	<p>Físico: -Aromoterapia -Reiki -Toque terapêutico -Musicoterapia -Massagem - Reflexologia - Aromoterapia - Arteterapia (pintura) -Relaxamento assistido por biofeedback por eletromiografia Psicoespiritual: -Aromoterapia, - Reiki -Toque terapêutico - Musicoterapia -Massagem -Hipnoterapia -Arteterapia (pintura)</p>	<p>- Apoiar emocionalmente os pacientes e suas famílias (processo de luto) - Encaminhamento para atendimento espiritual para assistência ao sofrimento psicossocial e espiritual.</p>	<p>• <u>Físico:</u> -dor -Fadiga -Ansiiedade - Bem-estar - Stress</p>	<p>Relacionados com o doente: -dor -sofrimento -fadiga -depressão - ansiedade</p> <p>Na aplicação: - falta de evidência científica sobre a eficácia, - necessidade de contratar profissionais especializados - custo financeiro para as instituições</p>	<p>- Escala visual analógica - Escala bem-estar - Escala ESAS - Instrumento avaliação stress - Escala de avaliação de ansiedade e depressão hospitalar - Questionário conforto hospitalar - Escala de fadiga no cancro - Brief Pain Inventory</p>	<p>- Identificadas dez intervenções não farmacológicas, implementadas e avaliadas para proporcionar conforto em CP, sendo as mais comuns a musicoterapia e a massoterapia, nas quais, as características diferiram significativamente entre as intervenções e até mesmo na mesma intervenção. - As intervenções foram implementadas principalmente em unidades de cuidados paliativos e hospitalares e em pacientes com cancro.</p>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Coelho, A., Parola, V., Cardoso, D., Bravo, M. E., Apóstolo, J. (2017). Use of non-pharmacological interventions for comforting patients in palliative care: a scoping review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15 (7): 1867–1904. [https://doi.org/ 10.11124/JBISIR-2016-003204](https://doi.org/10.11124/JBISIR-2016-003204)
- Dutta, S., Ishore, K., Ghoshal, A. (2022). Role of Integrative Oncology and Palliative Care Services in Improving Comfort Level and Compliance among Patients with Advanced Lung Cancer – Experience from a Rural Hospital of North Eastern India during the COVID-19 Pandemic. *Indian Journal of Palliative Care*, 28 (3): 256-261. <https://doi.org/10.25259/IJPC.40.2021>
- Konietzny, C., Anderson, B. (2017). Comfort conversations in complex continuing care: assessing patients' and families' palliative care needs. *Perspectives: The Journal of the Gerontological Nursing Association*, 39 (4), 14-22.
- Lau, C., Stilos, K., Nowell, A., Lau, F., Moore, J., Wynnchuk, L. (2018). The comfort measures order set at a tertiary care academic hospital: is there a comparable difference in end-of-life care between patients dying in acute care when CMOS is utilized?. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 35 (4): 652-663. <https://doi.org/10.1177/1049909117734228>.
- Marutani, A., Okuwa, M., Sugama, J. (2019). Use of 2 types of air-cell mattresses for pressure ulcer prevention and comfort among patients with advanced-stage cancer receiving palliative care: An interventional study. *Ostomy Wound Management*, 65 (5): 24-32. <https://doi.org/10.25270/wmp.2019.5.2432>.
- Nakajima, N., Takahashi, Y., Ishitani, K. (2014). The volume of hydration in terminally ill cancer patients with hydration-related symptoms: a prospective study. *Journal of Palliative Medicine*, 17 (9), 1037-1041. [https://doi.org/ 10.1089/jpm.2013.0557](https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0557).

Anexo IV

Intervenções promotoras do conforto do doente com necessidades paliativas em fim de vida, em contexto hospitalar: *scoping review*.

Teixeira, Liliana⁽¹⁾; Almeida, Eunice⁽²⁾; Ribeiro, André⁽³⁾; Lumini, Maria José⁽⁴⁾; Marques, Paulo⁽⁵⁾
⁽¹⁾ Enfermeira, Internamento ORL/OFT/Uro, Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga (CHEDV); Aluna 1º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Paliativa da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP); ⁽²⁾ ⁽³⁾ Enfermeiro/a Especialista, Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados do CHEDV; ⁽⁴⁾ ⁽⁵⁾ PhD, Professor/a Coordenador/a da ESEP/NursID, CINTESIS&RISE.

INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos são uma abordagem na qual a promoção do conforto dos doentes constitui um dos objetivos. Várias teóricas de enfermagem estudaram o conforto, destacando-se Katharine Kolcaba. O conforto é definido como satisfação das necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência. Desenvolve-se nos domínios físico, sociocultural, psicoespiritual e ambiental. Identificar as intervenções que asseguram a manutenção do conforto em fim de vida ao doente hospitalizado e em situação paliativa é fundamental para promover investigação e intervenção adequadas.

Objetivo: Explorar as intervenções promotoras de conforto em doente com necessidades paliativas, em fim de vida, em contexto hospitalar.

METODOLOGIA

1. *Scoping review*, baseada nos pressupostos do Joanna Briggs Institute (JBI).
2. Estratégia PCC (Tabela 1). Pergunta de partida: “Quais as intervenções promotoras do conforto do doente com necessidades paliativas em fim de vida, em contexto hospitalar?”.
3. Os critérios de inclusão referem-se à PCC.

PCC	DECS	MESH	CINAHL
P -doentes em fim de vida)	Pacientes Doente terminal	Patients Terminally Ill	Patients Terminally Ill Patients
C – conforto – Intervenções promotoras de conforto do doente	Conforto do Paciente	Patient comfort	Comfort
C – cuidados paliativos (contexto hospitalar)	Enfermagem de Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida Cuidados paliativos	Hospice and Palliative Care Nursing Palliative Care	Hospice and Palliative Nursing Palliative Care

Tabela 1: PCC e descritores de pesquisa

RESULTADOS

- Obtidos inicialmente um total de 63 artigos, (*MEDLINE Complete* n=56 e *CINAHL®Complete* n=7), ficando com 6 artigos para análise integral. Na figura 1, apresentamos os resultados da pesquisa, sob a forma de fluxograma PRISMA.

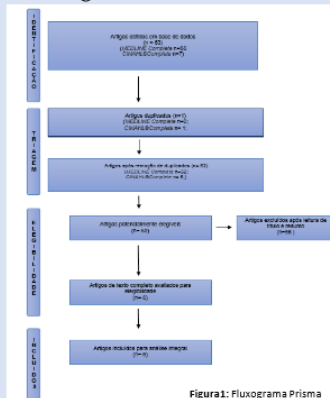


Figura 1: Fluxograma Prisma

AUTOR ANO PAÍS	INTERVENÇÕES PROMOTORAS DO CONFORTO				FORMALIZAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE "CONFORTO"
	DOMÍNIO FÍSICO	DOMÍNIO PSICOESPIRITUAL	DOMÍNIO SOCIOCULTURAL	DOMÍNIO AMBIENTAL	
Carroll, C., Anderson, B. 2017 Canadá	Medidas farmacológicas independentemente de outras intervenções Prescrição de analgésicos Fazir relaxante musculatura	Exposição de emoções/sentimentos com apoio de familiares ou profissionais Fazir sobre a vida e minimizar conflitos e angústias, concentrando-se no presente.	Prescrição de medicamentos analgésicos/antitácticos com apoio de familiares, plantas e aromas favoritas.		"Conforto Conversacional" Os conceitos de Teoria do Conforto de Kolcaba foram os blocos de construção das conversas de conforto, para explorar os domínios físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural do conforto de uma pessoa. As conversas informaram planos de cuidados e intervenções de conforto.
Datta, S., Sharma, K., Shrivastava, A. 2022 Índia	Tratamento da febre maligna salvando dor, mau cheiro, hemorragia e vertigem	Tratamento de febre maligna salvando dor, mau cheiro, hemorragia e vertigem			Escalas subjetivas e objetivas de dor e conforto antes de escala Revised Edmonton Self Assessment Scale (ESAS) Avaliação psicológica, questões sobre a ansiedade, a satisfação/expectação e feedback da família registados numa escala subjetiva.
Martinez, A., Okawa, M., Sugama, J. 2020 Japão	Colocar colchão para prevenção úlceras com acuidade de pressão do colchão uma vez por dia Remover colchão				- A dor foi avaliada a cada 24 horas. - Questões sobre conforto em repouso, usando perguntas diretas Sim/Não, e respostas relacionadas à qualidade de vida foram avaliadas em questão de Sim/Não.
Jain, C. 2008, Lumini, A., Lau, F., Moore, J. 2018 Canadá	Preferir colchões de hipótese anti-escorregar e uso de espumas Posicionar os pacientes, se possível, para controlar a dor e as necessidades de higiene - Sedação paliativa	Apoiar as necessidades dos doentes e famílias em todo nos domínios de vida - Estabelecer comunicação eficaz sobre prognóstico - Capacitar sobre o que esperar nas últimas horas de vida Apoiar aos familiares em pacientes e suas famílias (processo de luto) - Encaminhamento para apoio espiritual para assistência ao sofrimento psicológico e espiritual	Apoiar as necessidades dos doentes e famílias em todo nos domínios de vida		ONCO (Instrumento de conforto): - Tratamento farmacológico: dor, náuseas, injeção, vertigões (de um a cinco pontos); febre e convulsões - Avaliação de conforto do paciente a cada 2 horas. - Monitorização de pacientes e famílias sobre o processo de morrer. - Incluir uma equipe interdisciplinar, para apoiar as necessidades psicológicas, emocionais e espirituais de pacientes e famílias em todo nos domínios de vida. - Suporte aos médicos que também enfrentam desafios de stressores (exatidão, frustração, ansiedade e descontinuação de medicamentos não essenciais). - Encaminhamento automático para a equipe de cuidados paliativos
Nakajima, H., Takahashi, Y., Imai, K. 2024 Japão	Resolução do volume de hidratação				Questionário de Qualidade de Vida do Organismo Europeu para Pesquisa e Tratamento do Cáncer (EORTC QLQ-C30) Escala de Satisfação com a Escala de Benefícios
Cahele, A., Pereira, V., Carvalheiro, B., M. E. Apóstolo, P. 2023 Portugal	Intervenção física - Relaxamento terapêutico - Massagem - Intervenção farmacológica - Anestesia (geral) - Acompanhamento por biofeedback por eletrocardiografia	Intervenção psicoespiritual - Relaxamento terapêutico - Massagem - Intervenção farmacológica - Acompanhamento por biofeedback por eletrocardiografia	Intervenção sociocultural - Relaxamento terapêutico - Massagem - Intervenção farmacológica - Acompanhamento por biofeedback por eletrocardiografia	Intervenção ambiental - Relaxamento terapêutico - Massagem - Intervenção farmacológica - Acompanhamento por biofeedback por eletrocardiografia	Modelo visual analógico Escala bem-estar Escala de dor Instrumento avaliação stress Escala de avaliação de necessidade de depressão hospitalar Questionário conforto hospitalar Escala de ajuda no cancro Brief Pain Inventory

- Todos abordam intervenções promotoras de conforto. As intervenções mais abordadas são relacionadas com o domínio físico e apenas um artigo apresenta intervenção no domínio ambiental.
- A formalização do conhecimento sobre o conforto está presente em todos os artigos.
- Os domínios/ áreas de atenção de enfermagem relacionadas com o domínio físico mais referidas são dor e dispneia; 4 artigos no domínio psicoespiritual fazem referência à ansiedade, sofrimento e desesperança, entre outros.

Tabela 2: Apresentação de resultados

CONCLUSÃO

Os domínios físicos e psicoespirituais parecem ser os principais alvos de intervenção nos estudos identificados. É necessária mais sensibilização/ investigação sobre o tema, assim como divulgação da intervenção das equipas de Cuidados Paliativos, promovendo a referência precoce e intervenções especializadas, com base na evidência. Como limitações do estudo o fato de ser um trabalho académico e com tempo limitado de elaboração.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:



Coleiro, A., Pereira, V., Carvalheiro, B., Bravo, M. E., Apóstolo, J. (2023). Use of non-pharmacological interventions for comforting patients in palliative care: a scoping review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 23 (7), 1867-1904. <https://doi.org/10.1111/jbip.12612>
 Datta, S., Sharma, K., Shrivastava, A. (2022). Role of Integrative Oncology and Palliative Care Services in Improving Comfort Levels and Compliance among Patients with Advanced Lung Cancer – Experience from a Tertiary Hospital of North Eastern India during the COVID-19 Pandemic. *Indian Journal of Palliative Care*, 28 (3), 256-261. <https://doi.org/10.25259/IJPC.2021.2021>
 Kojouharova, C., Lumini, A., Lau, F., Moore, J., Wynnchuk, L. (2018). The comfort measures order set at a tertiary care academic hospital: is there a comparable difference in end-of-life care between patients on long in acute care when ONCO is utilized? *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 33 (4), 82-89. <https://doi.org/10.1177/1049909117734228>
 Martinez, A., Okawa, M., Sugama, J. (2020). Use of types of in-patient preferences for pressure ulcer prevention and comfort among patients with advanced-stage cancer receiving palliative care: An interventional study. *Supportive Care Management*, 28 (3), 246-52. <https://doi.org/10.25259/scm.2018.2.2462>
 Nakajima, H., Takahashi, Y., Imai, K. (2024). The volume of hydration in terminally ill cancer patients with hydration-related symptoms: a prospective study. *Journal of Palliative Medicine*, 47 (9), 1037-1041. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0257>
 Peters, M., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI evidence synthesis*, 18 (10), 2119-2126. <https://doi.org/10.1111/jbip.1200167>

Anexo V

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifica-se que o poster com o tema "Intervenções promotoras do conforto do doente com necessidades paliativas em fim de vida, em contexto hospitalar: scoping review", da autoria de Liliana Teixeira, Eunice Almeida, André Filipe Ribeiro, Paulo Marques, Maria José Lumini; participou no evento "I Jornadas de Enfermagem Médico-Cirúrgica do IPO Porto - Humanização dos Cuidados em Oncologia", realizado no Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E.P.E., entre os dias 2023-04-28 e 2023-04-29.

Pela Comissão Organizadora



Comissão Organizadora
Grupo EFM
IPO-Porto

Enf.ª Paula Fernandes Enf.ª Bárbara Lamas

Escola Portuguesa de Oncologia do Porto



Prof.ª Doutora Maria José Bento
Diretora da EPOP
N.º Mec. 1202

Prof.ª Doutora Maria José Bento

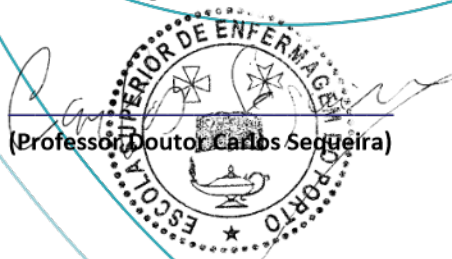
Anexo VI

NURSID SPRING SCHOOL 2023

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Liliana Teixeira** fez parte da **Comissão Organizadora** do **Seminário de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa**, integrado na **NursID Spring School 2023**, realizado no dia 8 de maio de 2023, pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Comissão Organizadora



ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS


Anexo VII

NURSID SPRING SCHOOL 2023

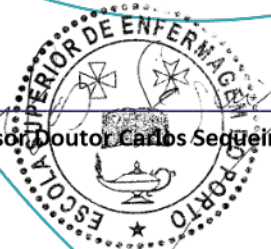
DECLARAÇÃO

Declara-se que **Liliana Teixeira** proferiu o painel com o tema *Intervenções Promotoras do Luto Antecipatório em Cuidados Paliativos* no *Seminário de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa*, integrado na *NursID Spring School 2023*, realizado no dia 8 de maio de 2023, pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Comissão Organizadora



(Professor Doutor Carlos Sequeira)



ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

Anexo VIII

