



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, na
área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa**

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

DOR TOTAL EM CUIDADOS PALIATIVOS

**Projeto de Desenvolvimento de competências comuns e
especializadas em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área
de Enfermagem à pessoa em situação paliativa**

Sara Cláudia Gomes Rodrigues

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de Enfermagem à
pessoa em situação paliativa**

TOTAL PAIN IN PALLIATIVE CARE

**PROJECT OF COMMON AND SPECIALIZED SKILLS IN MEDICAL-
SURGICAL NURSING, IN THE AREA OF NURSING FOR THE
PERSON IN PALLIATIVE SITUATIONS**

DOR TOTAL EM CUIDADOS PALIATIVOS

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

Relatório orientado pela Professora Doutora Olga Fernandes

Autora: Sara Cláudia Gomes Rodrigues

Porto, 2024

**“CUIDAR É ESCUTAR A DEMANDA DA VIDA, É NÃO TRATAR COMO MORTE O QUE É VIDA E
COMO COISA O QUE É GENTE.”**

ELIANE BRUM (2008)

DEDICATÓRIA

À minha avó Helena, por me permitir o maior privilégio como enfermeira, cuidar com amor e dignidade, até ao seu último momento de vida.

Aos clientes e cuidadores/familiares que me permitiram trilhar o caminho do seu sofrimento.

AGRADECIMENTOS

A realização deste relatório representa a culminação de um percurso que não teria sido possível sem o apoio e a colaboração de várias pessoas. Gostaria de expressar a minha profunda gratidão a todos que, de alguma forma, contribuíram para que este percurso se tornasse mais fácil.

À Professora Doutora Olga Fernandes, orientadora científica deste relatório, pela orientação, disponibilidade e apoio que sempre demonstrou. A sua dedicação e sabedoria foram fundamentais para o desenvolvimento deste relatório.

Aos professores e colegas de turma deste Mestrado pelas críticas construtivas e pelo apoio durante os anos de estudo. Também às minhas colegas de grupo de trabalho, Ângela, Elisete, Liliana e também à Fátima pelo companheirismo e compreensão, tornaram este caminho mais leve e agradável.

Aos meus tutores do Estágio de Natureza Profissional, Enfermeira Cláudia e Enfermeiro Francisco, pela contribuição para o meu desenvolvimento e crescimento profissional.

Às equipas onde realizei o Estágio de Natureza Profissional, pelo acolhimento e solidariedade.

À Enfermeira Liliana, pelo impacto que o seu profissionalismo humanista teve no meu percurso.

À minha família, mãe, pai e irmã pela educação, valores e apoio incondicional ao longo de toda a minha vida.

Aos meus amigos, pelo companheirismo, pelas palavras de incentivo e pela empatia.

A todos vós, MUITO OBRIGADA.

ABREVIATURAS E SIGLAS

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CNCP – Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP – Cuidados Paliativos

DGS – Direção-Geral da Saúde

DT – Dor Total

EAPC – European Association for Palliative Care

ECOG – Eastern Cooperative Oncology Group

EFIC – European Pain Federation

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ENP – Estágio de Natureza Profissional

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESMO – European Society for Medical Oncology

IASP – International Association for the Study of Pain

JBI – Joanna Briggs Institute

NCCN – National Comprehensive Cancer Network

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

UC – Unidade de Competência

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

RESUMO

Introdução: a enfermagem especializada desempenha um papel fundamental nas equipas de saúde paliativas, atendendo à crescente procura de cuidados paliativos, impulsionada não apenas pelo envelhecimento da população, mas também pela crescente prevalência de doenças graves, progressivas e limitantes de vida, que incorrem num intenso sofrimento para clientes e familiares nos aspetos físico, emocional, espiritual e social. Este documento aborda cuidados paliativos e introduz um relatório de Estágio de Natureza Profissional relativo ao 2º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa da Escola Superior de Enfermagem do Porto. O seu objetivo primordial é descrever de forma refletida as atividades de estágio desenvolvidas, com forte impacto no processo de desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, em dois de três contextos clínicos de cuidados paliativos especializados, conforme plano de estudos do curso e Regulamentação da Ordem dos Enfermeiros para atribuição do título de especialista.

Metodologia: descritiva e reflexiva recorre à melhor evidência científica disponível para justificar processos, percursos e intervenções. Apresentam-se dois estudos de caso com base no modelo E4Nursing trabalhado na Escola Superior de Enfermagem do Porto, no sentido de expor a capacidade reflexiva e raciocínio para a tomada de decisão de enfermagem especializada.

Resultados: o presente relatório descreve as características dos contextos clínicos onde foram realizados os estágios, apresenta uma revisão de literatura com objetivo de caracterizar o conceito de dor total e intervenção na dor para alívio do sofrimento, privilegiando uma visão holística do cliente. Apresenta uma narrativa reflexiva sobre o desenvolvimento das competências comuns e específicas de acordo com os Regulamentos nº 429 de 2018 de 16 de julho e o nº 140 de 2019 de 6 de fevereiro, publicados em Diário da República. Em síntese, o relatório de estágio promoveu uma reflexão sobre o desenvolvimento de um perfil de competências clínicas que caracterizam a área profissional especializada, assegurando a prestação de cuidados adequados às necessidades multidimensionais dos clientes em situação paliativa e cuidadores/familiares.

Palavras-chave: competências; enfermeiro especialista; cuidados paliativos; dor total

ABSTRACT

Introduction: specialized Nursing plays a fundamental role in palliative health care teams, meeting the growing demand for palliative care driven not only by the aging of the population, but also by the growing prevalence of serious, progressive and life-limiting illnesses, which incur in an intense suffering for clients and families in physical, emotional, spiritual and social aspects. This document addresses palliative care and introduces a Professional Internship report relating to the 2nd Master's course in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for people in palliative situations at the Nursing School of Porto. Its primary objective is to describe in a reflective way the internship activities developed, with a strong impact on the process of developing the common and specific skills of specialist nurses, in two of three clinical contexts of specialized palliative care, according to the course study plan and to the Regulation of the Order of Nurses to award the title of Specialist. **Methodology:** descriptive and reflective, using the best available scientific evidence to justify processes, pathways and interventions. Two case studies are presented based on the E4Nursing model worked at the Nursing School of Porto in order to expose the reflective capacity and decision-making reasoning of specialized nursing. **Results:** this report describes the characteristics of the clinical contexts where the internships were carried out, presents a literature review with the aim of characterizing the concept of total pain and pain intervention to alleviate suffering, privileging a holistic view of the client. It presents a reflective narrative on the development of common and specific skills in accordance with Regulations no. 429 of July 16th, 2018 and no. 140 of February 6th, 2019 published in Portugal's Diário da República. In summary, the internship report promoted reflection on the development of a clinical skills profile that characterizes a specialized professional area, ensuring the provision of care appropriate to the multidimensional needs of clients in palliative situations and caregivers/family members.

Keywords: competencies; specialist nurse; palliative care; total pain

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DOS CUIDADOS PALIATIVOS	21
2. PROBLEMÁTICA SOBRE A DOR EM CUIDADOS PALIATIVOS	27
2.1 Conceito de dor total em cuidados paliativos e em fim de vida – <i>scoping review</i>	32
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA.....	43
3.1 Descrição dos contextos da prática clínica.....	43
3.1.1 Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	44
3.1.1 Unidade de Cuidados Paliativos (Internamento)	48
3.1 Da integração, desenvolvimento e perícia para a aquisição das competências	51
CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
APÊNDICE A. PLANO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO	79
APÊNDICE B. CASO 1 – EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS .	83
APÊNDICE C. CASO 2 – UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS (INTERNAMENTO).....	107

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Dor Total na Perspetiva da Teoria de Cicely Saunders.....	34
Figura 2 Fluxograma PRISMA do Processo de Seleção dos Estudos na Revisão.....	37
Figura 3 Caraterização Demográfica Quanto ao Género dos Clientes Acompanhados Durante o ENP na EIHS CP.	46
Figura 4 Caraterização Demográfica Quanto às Faixas Etárias dos Clientes Acompanhados Durante o ENP na EIHS CP.	46
Figura 5 Distribuição dos Diagnósticos dos Clientes Acompanhados Durante o ENP na EIHS CP	47
Figura 6 Caraterização Demográfica Quanto ao Género dos Clientes Acompanhados Durante o ENP na UCP.....	50
Figura 7 Caraterização Demográfica Quanto às Faixas Etárias dos Clientes Acompanhados Durante o ENP na UCP.	50
Figura 8 Distribuição dos Diagnósticos dos Clientes Acompanhados Durante o ENP na UCP.	50
Figura 9 Pirâmide da Hierarquia de Necessidades de Maslow.	57
Figura 10 Distribuição dos Sintomas dos Clientes Acompanhados Durante o ENP.....	59

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 Estratégia PCC.	35
Quadro 2 Quadro de Síntese de Resultados.....	38

INTRODUÇÃO

Este relatório enquadra-se no 2º curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) no ano letivo 2023/2024, e corresponde ao previsto para a finalização do curso de Mestrado. Traduz um resumo de todo o trabalho clínico desenvolvido no âmbito do Estágio de Natureza Profissional (ENP).

O Estágio de Natureza Profissional com relatório – módulo II, tem uma carga letiva de 340h de componente de estágio que decorrem em dois de três contextos clínicos preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (OE): internamento em Cuidados Paliativos (CP), Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e equipas comunitárias de suporte em CP, 50 horas de orientação tutorial com os orientadores científicos para orientação do relatório de estágio e cerca de 200 horas para a elaboração do mesmo. Durante o ENP de módulo I foi elaborado o projeto para o desenvolvimento de competências clínicas especializadas.

A profissão de enfermagem desempenha um papel fundamental no atendimento à crescente procura de CP, impulsionada não apenas pelo envelhecimento da população, mas também pela crescente prevalência de múltiplas doenças que acabem por ter um desfecho de progressividade da doença e incurabilidade determinando a crescente necessidade de CP (Phillips et al., 2019). Na procura da excelência, os enfermeiros que trabalham ou desejam trabalhar em CP devem procurar desenvolver competências especializadas e certificar esse perfil. Essas competências são essenciais para garantir que possam oferecer os melhores CP, fundamentados em evidência científica, e desenvolver as capacidades e habilidades de liderança necessárias para influenciar eficazmente a prática de enfermagem fundamentada (Egea et al., 2022; Phillips et al., 2020).

Ao longo da nossa trajetória na enfermagem, lidamos diariamente com indivíduos que enfrentam doenças graves, progressivas e em fase avançada, experimentando um intenso sofrimento nos aspetos físico, emocional, espiritual e social. Consequentemente podemos notar a falta de uma abordagem holística e humanística nos serviços de saúde, onde a atenção integral às necessidades dos clientes é insuficiente, redutora. Em virtude disso, temos como objetivo profissional trabalhar numa equipa de CP especializada e a ambição pelo aumento de

conhecimento e aquisição de competências que permitam a prestação de CP de qualidade. Foram estes os aspetos que motivaram a frequência neste Mestrado.

As diretrizes para a prática clínica do projeto Consenso Nacional para Cuidados Paliativos de Qualidade (Ferrell, 2019), identificaram oito domínios essenciais para assegurar a qualidade dos CP. Esses domínios abrangem aspetos relacionados com *estrutura e o processo de cuidados*, frisando que a prática de CP pode ser integrada em qualquer ambiente de cuidados de saúde, e prestados por uma equipa multidisciplinar, com as qualificações profissionais específicas e apoios necessários para prestar CP; *o controlo dos sintomas*, compreendendo este os objetivos do cliente no contexto do seu bem-estar físico, funcional, emocional e espiritual, incluindo o uso de tratamentos farmacológicos, não farmacológicos, intervencionistas, comportamentais e complementares; *uma abordagem holística*, destacando-se a importância de uma intervenção multi e interdisciplinar humanizada e compassiva considerando sempre o cliente como um ser humano no seu holismo; *aspetos sociais do cuidado*, reconhecendo que os fatores sociais e ambientais podem ter um impacto significativo na vida do cliente e da família; *as dimensões espirituais, religiosas e existenciais*, sublinhando a importância do aspeto espiritual nos CP, que é dinâmico e intrínseco ao ser humano, através da procura de significado, propósito e transcendência; *os aspetos culturais do cuidado*, enfatizando a avaliação e respeito pelos valores, crenças e tradições pessoais e da família relacionados à doença e tomada de decisões como passo inicial na prestação de CP; *os cuidados em fim de vida e agonia*, destacando-se o cuidado próximo ao fim da vida, com ênfase na qualidade da morte e nos cuidados pós-morte, considerando tanto o cliente quanto a família e por fim *aspetos éticos e legais do cuidado*, realçando que as equipas multidisciplinares de CP devem honrar as preferências do cliente, assim como as decisões tomadas por procuradores legais ou substitutos de tomada decisão (Ferrell, 2019).

O desenvolvimento desde relatório permitiu-nos uma construção de identidade como enfermeira especialista na área dos CP e uma oportunidade para integrar equipas reais e clientes reais, o que nos provocou inúmeras reflexões e mudanças pessoais. O objetivo foi desenvolver o perfil de competências comuns e especializadas de acordo com os Regulamentos nº 429/2018 e nº 140/2019 publicados em Diário da República pela Ordem dos Enfermeiros. O desenvolvimento das competências profissionais comuns e especializadas na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa com propósito de fundamentar os cuidados considerando os domínios fundamentais necessários para prestar CP de qualidade foi essencial

para tomarmos consciência dos limites e foco da especialização. Permitiu-nos uma transição consciente.

O objetivo deste relatório é transpor os factos, narrando-os de uma forma reflexiva sobre a aquisição das competências e atividades desenvolvidas no decorrer do ENP com o possível suporte justificativo da melhor evidência encontrada na literatura. Diretamente relacionado com o desenvolvimento de competências comuns e específicas foi selecionado um tema central que nos preocupa, desafiando-nos a partir das aulas de Mestrado, e que pretendemos aprofundar de acordo com interesses pessoais e profissionais através de uma revisão de literatura. O tema selecionado foi a *Dor Total em cuidados paliativos*. As razões prendem-se com a complexidade de abordagem do conceito na prática. Queríamos aprofundá-lo. Foi nosso objetivo caracterizar o conceito de Dor Total (DT) e identificar elementos do conceito e intervenções na dor para alívio do sofrimento, privilegiando uma visão holística do cliente. Neste sentido realizamos uma revisão da literatura, considerando a evidência científica mais atual, assim como a consulta de legislação, normas, *guidelines* e outro tipo de documentos pertinentes relacionados com o tema. Construímos um caso clínico por cada contexto de estágio.

O relatório está organizado em três capítulos. O primeiro capítulo realiza uma abordagem aos CP. No segundo capítulo, exploramos a problemática da avaliação da dor em CP, no terceiro capítulo descrevemos as características dos contextos clínicos onde desenvolvemos os estágios e apresentamos as atividades realizadas, que desempenham um papel preponderante no desenvolvimento do perfil de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa.

Em apêndice e numa perspetiva compreensiva do nosso percurso académico no curso, segue o plano de formação sobre a Dor Total em CP, desenvolvido em contexto de formação contínua no estágio e os casos clínicos desenvolvidos na plataforma E4Nursing da ESEP.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DOS CUIDADOS PALIATIVOS

A definição de CP segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), incorpora a importância do cuidado a pessoas que enfrentam doenças graves e ameaçadoras da vida, realçando não apenas a prevenção e alívio da dor física, mas também das necessidades psicossociais e espirituais do cliente e seus cuidadores/familiares, através da identificação precoce e tratamento por uma equipa multidisciplinar. No ano de 2020, foi redefinido em consenso o conceito de CP, como:

“um cuidado holístico aos indivíduos de todas as idades com sofrimento grave associado a doença ou lesão de qualquer espécie. O sofrimento é grave quando a doença acarreta um alto risco de mortalidade, afeta negativamente a qualidade de vida e as funções diárias e/ou é onerosa em termos de sintomas, tratamentos ou stress do cuidador e especialmente daqueles que estão perto do fim da vida. Tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos clientes, familiares e cuidadores, incluindo a prevenção, identificação precoce, avaliação abrangente e gestão de problemas físicos, incluindo dor e outros sintomas angustiantes, sofrimento psicológico, sofrimento espiritual e necessidades sociais. Sempre que possível, estas intervenções devem ser baseadas em evidências” (Radbruch et al., 2020, p.761).

A National Comprehensive Cancer Network (NCCN, 2023) define o sofrimento humano como uma vivência desagradável que engloba dimensões mentais, físicas, sociais e espirituais do ser humano. Ele tem o potencial de impactar a forma como uma pessoa pensa, sente e age, tornando mais difícil a gestão da doença, dos sintomas e do tratamento. Neste contexto, os CP conduzem um olhar para o cuidado humanizado de forma a proporcionar o alívio do sofrimento dos clientes e cuidadores/familiares, visando melhorar a qualidade de vida e proporcionar um suporte abrangente para lidar com os desafios enfrentados durante uma doença terminal ou grave (OMS, 2020).

Segundo esta organização (OMS, 2020), todas as pessoas independentemente do rendimento, tipo de doença ou idade, devem ter acesso a um conjunto de serviços de saúde, incluindo CP. Contudo, estima-se que anualmente 56,8 milhões de pessoas necessitam de CP em todo mundo, porém apenas cerca de 14% dessa população os recebem atualmente. A European Association for Palliative Care (EAPC, 2023), sublinha a visão de um mundo em que seja possível prevenir o sofrimento, assegurando que pessoas com doenças graves e os seus cuidadores/familiares tenham acesso atempado aos CP, integrados no sistema de saúde.

Em 2013, especialistas em CP e defensores dos direitos dos clientes de todo o mundo reuniram-se para discutir um tópico de importância crescente e urgente os CP. Desse encontro, surgiu a Carta de Praga, um documento que delinea princípios fundamentais para garantir que pessoas em situação paliativa recebessem o cuidado que mereciam. Esse documento pôs em destaque, que a qualidade de vida de clientes que enfrentam doenças graves não deve ser comprometida pelo sofrimento físico, emocional ou espiritual e enfatizou que os CP não seriam apenas uma opção desejável, mas sim uma necessidade essencial, lembrando a importância da humanização nos cuidados de saúde, especialmente em situações de doenças graves ou ameaçadoras de vida.

A Carta de Praga destaca que todos os clientes que enfrentam doenças ameaçadoras à vida devem ter acesso a CP de qualidade, independentemente da sua localização geográfica, origem étnica, situação financeira ou idade. Defende a promoção de uma comunicação franca e respeitosa entre clientes, cuidadores/familiares e profissionais de saúde para garantir que as decisões acerca dos cuidados sejam informadas e centradas nas necessidades e desejos do cliente. O mesmo documento enfatiza que o alívio do sofrimento, incluindo o controle da dor, é um pilar fundamental dos CP e isso não se aplica apenas à dimensão física, mas também ao sofrimento emocional e espiritual. Saliencia a importância da colaboração entre equipas multidisciplinares, para proporcionar cuidados holísticos e abrangentes e destaca a necessidade de educação contínua e investigação na área de CP, a fim de promover práticas baseadas em evidência científica (EAPC, 2013). A Carta de Praga é um lembrete da importância da vulnerabilidade humana e que o cuidado e a compaixão devem estar no centro das práticas dos cuidados ao cliente em situação paliativa.

Até meados do século XX, o foco predominante da medicina em Portugal era a cura das doenças, e os CP eram muitas vezes negligenciados. No entanto, a partir da década de 1980, assistiu-se a uma mudança progressiva na perceção dos cuidados de saúde, com um reconhecimento crescente da necessidade de abordar não apenas a doença, mas também o sofrimento e a qualidade de vida dos clientes em fim de vida. A primeira estrutura para a prestação de CP em Portugal tem o seu início em 1992, no Hospital do Fundão, na unidade de tratamento da dor deste hospital, com camas de internamento para clientes com doença oncológica avançada e dor de difícil alívio. Em 1994, no Instituto Português de Oncologia do Porto surge a primeira Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) no nosso país com 20 camas. Em 1995, foi fundada a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) é fundada primeiramente com a designação de Associação Nacional de Cuidados Paliativos com publicação em Diário da República, III série, nº 223 de 26 de setembro

de 1995. Em 1996, o centro de saúde de Odivelas, forma a primeira equipa domiciliária de cuidados continuados que incluía a prestação de CP no domicílio (Capelas, 2009). Em 2004 surge o Plano Nacional de Cuidados Paliativos que identifica como área prioritária de intervenção o desenvolvimento dos CP. O Decreto –Lei nº 101/2006 de 6 de junho cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Um marco importante no desenvolvimento dos CP em Portugal foi a aprovação da Lei de Bases dos CP em 2012. Esta lei reconheceu os CP como um direito dos clientes e cuidadores/familiares e estabeleceu diretrizes claras para a sua prestação. Definiu também a necessidade de formação contínua dos profissionais de saúde na área dos CP. A Lei de Bases de CP (Lei nº52/2012), estabeleceu um conjunto de princípios fundamentais que são intrinsecamente ligados à filosofia dos CP e que guiam a prestação de CP em Portugal:

- Afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica;
- Aumento da qualidade de vida do cliente e sua família;
- Prestação individualizada, humanizada, tecnicamente rigorosa, de CP aos clientes que necessitem deste tipo de cuidados;
- Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de CP;
- Conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas;
- Consideração pelas necessidades individuais dos clientes;
- Respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas;
- Continuidade de cuidados ao longo da doença.

A Lei 52/2012 estabelece o enquadramento legal para a criação de contextos especializados em CP, que devem integrar profissionais especializados: os serviços de internamento em Unidades de Cuidados Paliativos, as Equipas Intra Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos e as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos.

No entanto, apesar dos progressos significativos, ainda existem muitos desafios a enfrentar no desenvolvimento dos CP em Portugal. Estes incluem a necessidade de aumentar o acesso aos CP dos cidadãos, em todo o país, garantir equidade e igualdade no acesso, garantir uma formação adequada de profissionais de saúde e promover uma maior sensibilização na sociedade sobre a importância dos CP (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos [CNCP], 2021).

Em Portugal estima-se que, entre 81.553 e 96.918 indivíduos em idade adulta, requerem de CP (CNCP, 2021).

Segundo o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos CP, 2023, em Portugal, a acessibilidade é um dos eixos prioritários a ser desenvolvido, os CP devem estar disponíveis para todos os clientes e cuidadores/familiares a partir do momento do diagnóstico de risco de vida ou fragilidade através do Sistema Nacional de Saúde (CNCP, 2023).

Os CP são mais eficazes quando considerados no início do curso da doença, não só melhoram a qualidade de vida dos clientes, como reduzem hospitalizações desnecessárias e a utilização de serviços de saúde (OMS, 2020).

Posto isto, é importante considerar as trajetórias da doença de forma a identificar padrões prováveis de necessidades. As trajetórias da doença têm uma implicação significativa para os diferentes modelos de cuidado de forma adequarem-se às necessidades reais dos clientes e cuidadores/familiares. Foram identificadas cinco trajetórias comuns de doença: trajetória de morte súbita, caracterizada por eventos súbitos em que não há oportunidade de despedidas, mas por outro lado não existe período de sofrimento; trajetória da doença terminal caracterizada pela progressão contínua, com uma fase final geralmente bem definida, por exemplo as doenças oncológicas, é uma situação que claramente demanda um planeamento antecipado de cuidados, preferencialmente com início no momento do diagnóstico; a trajetória de falência de órgãos importantes, marcada pelo declínio gradual (por exemplo doenças respiratórias, cardíacas ou renais), que intercalam entre episódios de agudizações e melhoria, culminando frequentemente em mortes repentinas e aparentemente imprevistas e como a trajetória da doença terminal, também deve existir um planeamento de cuidados antecipado; trajetória de fragilidade, tem um declínio gradual e prolongado, comum em idosos ou pessoas com demência, as alterações podem ser quase impercetíveis e demorar muitos anos até culminar na morte do cliente, esta é a trajetória que mais impacta os cuidadores/familiares e por último a trajetória de eventos catastróficos, pode combinar elementos da trajetória de morte súbita e fragilidade envolvendo eventos súbitos como acidente vascular cerebral, lesão cerebral resultante de uma queda ou uma fratura que não é imediatamente fatal, seja devido à própria natureza do evento ou devido a alguma intervenção de emergência. A pessoa sobrevive, porém, fica gravemente incapacitada, originando um estado de fragilidade e dependência de duração incerta, mas possivelmente permanente. Perante as trajetórias é possível o planeamento de cuidados direcionados às necessidades dos clientes e cuidadores/familiares, visto que as necessidades físicas, psicológicas, espirituais e sociais tendem a variar de acordo com a fase e a trajetória em que estão inseridos. A chave para um cuidado diferenciado àqueles que enfrentarão a morte num futuro próximo

envolve a compreensão antecipada da forma como podem morrer (Ballentine, 2018; Murray et al., 2005).

Desta forma é necessário conhecimento específico para a adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas na abordagem dos aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, onde todos estes fatores podem contribuir para a exacerbação ou atenuação de sintomas, devendo ser levados em consideração na abordagem aos clientes em situação paliativa (Sousa, 2012).

O controlo de sintomas é um dos quatro pilares estruturantes dos CP a par da comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa (Neto, 2016).

Em CP os sintomas são bastante prevalentes, afetando significativamente a qualidade de vida dos clientes, podem ser variados, evoluem ao longo do tempo e podem ser influenciados por diferentes fatores. A dor, em particular, é reconhecida como um dos principais sintomas em CP, sendo um sintoma complexo, apresentando características multidimensionais e podendo originar-se de diversas causas (Gonçalves, 2023).

2. PROBLEMÁTICA SOBRE A DOR EM CUIDADOS PALIATIVOS

A International Association for the Study of Pain (IASP, 2020), define dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada a um dano tecidual real ou potencial”.

A dor é sempre uma experiência única, influenciada em diferentes graus por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Ao longo da vida, as pessoas desenvolvem a compreensão sobre a sua dor sendo crucial respeitar a descrição que fazem sobre a sua experiência dolorosa (European Pain Federation [EFIC], 2024; IASP, 2020).

Enquanto sintoma pode ser classificada de acordo com o seu tempo de evolução em aguda, crónica e irruptiva, e de acordo com o seu mecanismo fisiopatológico como nociceptiva, neuropática e nociplástica (Gonçalves, 2023; IASP, 2021). Caracterizando a dor relativamente ao desenvolvimento temporal a dor aguda é aquela que se manifesta com duração inferior a 3 meses, geralmente associada a sinais físicos e objetivos, com hiperatividade do sistema nervoso simpático; a dor crónica a que geralmente persiste por mais de 3 meses sendo influenciada por diversos fatores biológicos, psicológicos e sociais (Gonçalves, 2023; Treede et al., 2019; OMS, 2024). A dor irruptiva é definida pela intensificação temporária da dor crónica previamente controlada (European Oncology Nursing Society, 2013; Gonçalves, 2023). Quanto ao mecanismo fisiopatológico, a dor nociceptiva está associada á lesão dos tecidos causada por exemplo por lesões somáticas ou viscerais. Somática quando existe uma lesão por exemplo por compressão ou invasão tumoral, infeção e abscesso, espasmo muscular, ou quando por obstrução intestinal, ureteral ou hepatomegalia por infiltração do órgão, pelo tecido tumoral. A transmissão da dor visceral faz-se via nociceptores da víscera lesionada e é geralmente percebida nos tecidos periféricos do corpo (pele, tecido subcutâneo, músculos), áreas que recebem a mesma enervação sensorial dos órgãos internos que originam os sintomas (IASP, 2021; Treede et al., 2019). Um outro tipo de dor, a dor neuropática é uma dor caracterizada por lesão ou disfunção primária do sistema nervoso somatossensorial (central, periférico, incluindo o sistema nervoso autónomo), e diz respeito às informações relacionadas ao corpo em si, abrangendo órgãos viscerais, em vez de informações sobre o ambiente externo, como visão, audição ou olfato) (IASP, 2021). A dor neuropática pode ser persistente ou intermitente, acompanhada de perceção em queimadura,

picada, ou lancinante podendo acompanhar-se de alodinia (hiperpatia) no local dos nervos afetados (Gonçalves, 2023). A dor nociplástica, dor crónica, não classificada em dor nociceptiva ou em dor neuropática, sem provas da existência de dano tecidual real ou iminente, que cause a ativação de nociceptores periféricos ou evidência de doença ou lesão do sistema somatossensorial (Gonçalves, 2023; Kosek et al., 2021; IASP, 2021).

Na Europa, quase um em cada cinco indivíduos tem dor crónica o que significa que há 150 milhões de pessoas na Europa que sofrem de dor crónica (EFIC, 2024). Em Portugal, a prevalência na população adulta excede os 30% (Azevedo et al., 2012). A dor crónica exerce influência significativa na vida de uma pessoa e também membros da família, cuidadores e amigos, estendendo-se muito além do sofrimento físico que provoca, incluindo a possibilidade de deixar sequelas psicológicas, promover o isolamento, causar incapacidade e resultar na diminuição da qualidade de vida (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017).

Avaliação e tratamento da Dor

Tratar a dor implica uma correta avaliação do fenómeno que leva à dor, o que nem sempre é fácil. Em 2003, a DGS publicou a Circular Normativa nº9 de 14/06, reconhecendo a dor como o quinto sinal vital e ainda na tentativa da melhoria das práticas clínicas associadas à avaliação e tratamento da dor. O objetivo principal dessa medida foi assegurar a avaliação contínua e regular da dor, juntamente com o seu registo sistemático. A abordagem da dor deve ser mantida desde o primeiro contacto com o cliente e sempre que se verificarem mudanças nas características da dor ou quando o tratamento não apresentar eficácia. Ao tornar-se visível, torna-se impossível ignorá-la, sendo crucial estabelecer uma estratégia terapêutica adequada para o seu controle. Isso contribuirá significativamente para gerir a dor, aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos clientes. O controle da dor é um dever ético dos profissionais de saúde, um direito dos clientes e uma condição indispensável para a necessária humanização dos cuidados (DGS, 2003).

Emanando diretrizes para a prática clínica no âmbito da dor oncológica, a European Society for Medical Oncology (ESMO, 2018), recomenda a avaliação adequada do cliente com dor em qualquer fase da doença, descrevendo a importância da avaliação e reavaliação constante da dor, assim como da capacidade de comunicação dos profissionais com o cliente e cuidadores/familiares. Na avaliação e reavaliação da dor é crucial ter em consideração todas as características clínicas associadas. Essas características incluem as causas de dor, início, presença de irradiação da dor, duração, intensidade, alívio, padrões temporais da dor, localização, presença de dor irruptiva, qualidade da dor (dor latejante, dor em choque, dor em cólica, outros.), presença

de fatores desencadeantes, sintomas associados à dor, presença de fatores de alívio e uso de analgésicos e a sua eficácia/tolerância (Dydyk & Grandhe, 2023; Fallon et al., 2018; OE, 2008). No que concerne à avaliação do cliente é enfatizada a relevância da avaliação da interferência da dor nas atividades de vida diárias, trabalho, vida social, padrão de sono, apetite, funcionamento sexual, humor, bem-estar psicológico, grau de consciência da doença, ansiedade, necessidades espirituais e problemas de comunicação. Na capacidade de comunicação com o cliente e cuidadores/familiares destaca a importância de dedicar tempo à comunicação para compreender as necessidades dos cuidadores/familiares (Fallon et al., 2018).

A avaliação da intensidade da dor pode ser realizada através de diversos instrumentos, escalas, as quais podem ser classificadas como unidimensionais, focando uma única variável (a intensidade da dor), ou multidimensionais, abrangendo outros critérios de avaliação, quantitativos e qualitativos. Assim podemos contemplar nas escalas multidimensionais as posições antiálgicas em repouso, a expressão facial, o sono, o movimento, a comunicação e a vida social entre outros, em exemplo na escala Doloplus 2 (Wary, 1999). As escalas multidimensionais oferecem uma avaliação mais abrangente dos comportamentos do cliente associados à dor, considerando diferentes variáveis com impacto na experiência pessoal de dor (Munter et al., 2023; Wideman et al., 2019).

Em 2003, a DGS considerou normativo o registo sistemático da dor pelos profissionais, além de preconizar a utilização de algumas escalas internacionalmente validadas para mensurar a intensidade da dor. Estas escalas incluem a Escala Visual Analógica, a Escala Numérica, a Escala Qualitativa e a Escala de Faces. De realçar que essas escalas são indicadas apenas para clientes conscientes e colaborantes e com idade superior a 3 anos (DGS, 2003). Nos clientes adultos com alterações cognitivas pode ser utilizada a Escala Doloplus 2 e a Escala *Pain Assessment in Advanced Dementia* (esta última validada para clientes com demência) (OE, 2008). Estas escalas multidimensionais proporcionam a possibilidade de avaliar não apenas a intensidade da dor em si, mas também outras dimensões essenciais para além da repercussão somática, a psicomotora e as psicossociais (comunicação, vida social e alteração de comportamento) possibilitando uma compreensão mais completa e holística da experiência da dor, considerando os diversos impactos em diferentes aspetos da vida do cliente. Outras ferramentas comuns para avaliar fatores multidimensionais são o *McGill Pain Questionnaire* e *Brief Pain Inventory* (Munter et al., 2023; OE, 2008).

A avaliação da dor deve ser realizada através do instrumento mais adequado para o cliente, para que a dor seja monitorizada e tratada de maneira eficaz. Preconiza-se que a abordagem

terapêutica deve ser personalizada, tendo em consideração não apenas a intensidade da dor, mas também as características individuais (ESMO, 2018). Para além do mais as manifestações de dor dependem também de fatores pessoais de origem cultural, educativos, de personalidade, entre outros. O tratamento eficaz da dor pode envolver uma combinação de abordagens, como terapias farmacológicas, não farmacológicas e psicossociais (Anekar et al., 2023; Pelosci, 2022; Sinha et al., 2023).

A OMS (1986) num vasto programa de luta contra o cancro, propôs a organização e padronização do tratamento analgésico através de uma escada de quatro níveis, com base na intensidade da dor desde a dor leve, moderada, a severa. Os princípios da prescrição farmacológica pela OMS podem ser resumidos pelo uso sequencial de medicação, seguindo o esquema conhecido como "Escada Analgésica da OMS". Essa abordagem visa proporcionar uma orientação sistemática para o alívio da dor, adaptando a intervenção farmacológica conforme a gravidade da condição dolorosa, com o objetivo de melhorar a eficácia do tratamento e minimizar os efeitos colaterais (Anekar et al., 2023).

A escada de tratamento compreende quatro níveis: no primeiro, dirigida para o tratamento farmacológico da dor leve recomenda o uso de analgésicos não opioides, como anti-inflamatórios não esteroides ou paracetamol, com ou sem adjuvantes; o segundo nível foca-se no tratamento farmacológico da dor moderada utilizando opioides fracos (como hidrocodona, codeína e tramadol), em combinação ou não com analgésicos não opioides e adjuvantes; o terceiro destina-se ao tratamento da dor intensa e persistente, aplicando-se opioides fortes (como morfina, metadona, fentanil, oxicodona, buprenorfina, tapentadol, hidromorfona, ou a oximorfona), associados ou não a analgésicos não opioides e adjuvantes; finalmente, o quarto nível engloba tratamentos minimamente invasivos, como analgesia epidural, administração intratecal de analgésicos e anestésicos locais, procedimentos neurocirúrgicos, estratégias de neuromodulação, bloqueios nervosos, procedimentos e cimentoplastia, além de radioterapia paliativa (Anekar et al., 2023; Ferguson et al., 2021; Sulistio et al., 2020). A terapêutica adjuvante, também conhecida como co-analgésica, abrange diferentes medicamentos de diversas classes. Embora originalmente prescritos para finalidades diferentes, esses medicamentos podem ser especialmente benéficos na gestão da dor. Entre eles, incluem-se antidepressivos, como amitriptilina e nortriptilina, inibidores da recaptção de serotonina-noradrenalina, como duloxetine e venlafaxina, e anticonvulsivantes, como gabapentina e pregabalina (The Royal Australian College of General Practitioners, 2017).

Em 2019, Cuomo e seus colaboradores sugeriram a adoção de um novo modelo denominado "modelo de abordagem multimodal ", no qual são destacados alguns fatores impactantes para a percepção de dor, desde as causas físicas, psicológicas e emocionais da dor e o contexto social do cliente (Cuomo et al., 2019). Este modelo de abordagem orienta para uma avaliação personalizada da dor com ênfase na experiência de dor do cliente, incorporando a sua percepção de dor, a homeostasia e os comportamentos em resposta à dor. Através deste modelo de abordagem, a gestão da dor pode ser dinâmica, integrando diferentes estratégias de alívio da dor, tanto farmacológicas como não farmacológicas. Alguns autores citam uma variedade ampla de abordagens não farmacológicas, como yoga, meditação, imaginação guiada, acupuntura, psicoterapia e terapia ocupacional, que podem ser aplicadas em complementaridade de acordo com as necessidades clínicas e os recursos disponíveis para alívio da dor (Anekar et al., 2023; Corpora et al., 2021; Cuomo et al., 2019; Guan et al., 2021). Os diferentes autores referem que é crucial possuir conhecimento acerca da movimentação na escada analgésica, pois é essencial avaliar o momento apropriado e a abordagem correta ao escolher entre as opções disponíveis para aliviar a dor (Anekar et al., 2023).

Em Portugal, a DGS no ano de 2008 divulgou a circular informativa nº9 de 24/03 sobre a indicação, orientações para a introdução, titulação e monitorização da utilização de opioides potentes na dor crónica não oncológica (DGS, 2008). Segundo as orientações divulgadas na circular informativa os analgésicos opioides potentes são recomendados na gestão de qualquer forma de dor crónica de intensidade moderada a intensa que, comprovadamente, não responde a outras abordagens terapêuticas, sejam elas farmacológicas ou não farmacológicas (DGS, 2008). Os opioides são os únicos analgésicos que agem diretamente nos recetores de agonistas cujo propósito é proteger-nos da dor. Todos os outros medicamentos analgésicos agem sobre os mecanismos recetores da dor de maneira indireta, interferindo nos mecanismos fisiológicos associados à dor, mas sem direcionar aos recetores específicos (Dhaliwal & Gupta, 2023; Pedro & Silva, 2017). Os recetores opioides existem em estado ativo ou inativo ao longo do sistema nervoso, sobretudo no sistema nervoso central, mas também próximos aos nociceptores periféricos e viscerais. Quando esses recetores são ativados, desencadeiam uma série de reações químicas a nível celular resultando no bloqueio da transmissão do estímulo doloroso (Dhaliwal & Gupta, 2023). Quando o uso de opioides se torna inadequado ou gera efeitos adversos incontroláveis, pode-se recorrer à rotação de opioides, uma técnica que envolve a troca de medicamento ou da via de administração com o intuito de aprimorar os resultados de alívio da dor (Fine & Portenoy, 2009; Schuster et al., 2018).

Em CP há várias formas de administrar fármacos, sendo que a situação clínica do cliente desempenha um papel crucial na escolha da via adequada. Quando a administração oral não é possível, a via subcutânea, intravenosa, bucal, retal e transdérmica são frequentemente utilizadas (Kestenbaum et al., 2014; Lam et al., 2020; Leppert et al., 2018).

Ainda no contexto do tratamento/alívio da dor, a sedação paliativa pode ser considerada quando clientes com doença terminal enfrentam um sofrimento que não pode ser aliviado de outras formas. Esta abordagem faz parte dos CP, destinada a oferecer conforto e alívio da dor, diminuir a ansiedade e agitação em clientes cuja expectativa/prognóstico de vida é limitada. A sedação paliativa é igualmente utilizada para aliviar sintomas refratários que não respondem a tratamentos convencionais no fim da vida. O propósito da sedação paliativa é evitar o sofrimento desnecessário e facilitar uma transição tranquila para a morte (Bhyan et al., 2024; Gilbertson et al., 2022; Klein et al., 2023).

A dor é frequentemente observada como um sintoma predominante nas pessoas em situação paliativa, exercendo um impacto negativo na qualidade de vida dos clientes (Hagarty et al., 2020; Mehta & Chan, 2008). No estudo desenvolvido por Gonçalves et al. (2014) em clientes oncológicos em Portugal, a dor esteve presente em cerca de 77% dos clientes.

Posto isto, procedemos a apresentar uma revisão de literatura sobre o conceito de Dor Total em cuidados paliativos e em fim de vida.

2.1 Conceito de dor total em cuidados paliativos e em fim de vida - *scoping review*

Introdução

A dor total é uma experiência pessoal que pode envolver diferentes dimensões como a dimensão psicológica, emocional, social e espiritual (Fajardo-Chico, 2020).

Em situação de fim de vida, a DT pode ter diversas causas, relacionada com a doença, com os tratamentos, com complicações associadas à doença, aos tratamentos e a comorbilidades (ESMO, 2018; Marie Curie, 2022). Além dos danos físicos, e à luz da DT, outras dimensões podem ser afetadas, incluindo o desconforto emocional, os conflitos interpessoais, a não aceitação da própria morte, instabilidade financeira, conflitos familiares e incapacidade de resolver problemas antes da morte (Fajardo-Chica, 2020; Sinha et al., 2023).

O conceito de DT, foi introduzido pela primeira vez por Cicely Saunders, enfermeira, assistente social e médica inglesa, fundadora do movimento hospice moderno. Formou-se em várias áreas aprimorando-se no controle da dor e no cuidado a pessoas em fim de vida. Afirmou na sua teoria que a experiência de dor em situação paliativa ultrapassa a dimensão física, englobando também os aspectos psicológicos, sociais e espirituais do sofrimento humano, aspectos esses, a ter em consideração no contexto de uma situação ameaçadora de vida a qual muda totalmente a perspectiva de vida dos clientes (Clark, 2014; Timm, 2023). Esta afirmação surgiu devido ao fato de Saunders, como enfermeira, desenvolver uma relação de proximidade com um cliente que enfrentava uma doença terminal e que acreditava que a sua vida já não tinha valor. Cicely passou muito tempo com ele, discutindo as suas crenças e ajudando-o a reconectar-se com a sua fé perdida, levando-a a perceber que abordar questões espirituais e familiares além dos sintomas físicos poderia reduzir a intensidade da dor (Cicely Saunders International, 2024). Essa experiência foi o ponto de partida para Saunders reconhecer a relação entre o sofrimento espiritual dos clientes e os problemas físicos. Este reconhecimento esteve vinculado à narrativa biográfica dos clientes, reforçando a importância de escutar e de compreender a experiência de sofrimento verbalizada pelos clientes atingindo a plena expressão do conceito de DT (Cicely Saunders International, 2024; Clark, 2014).

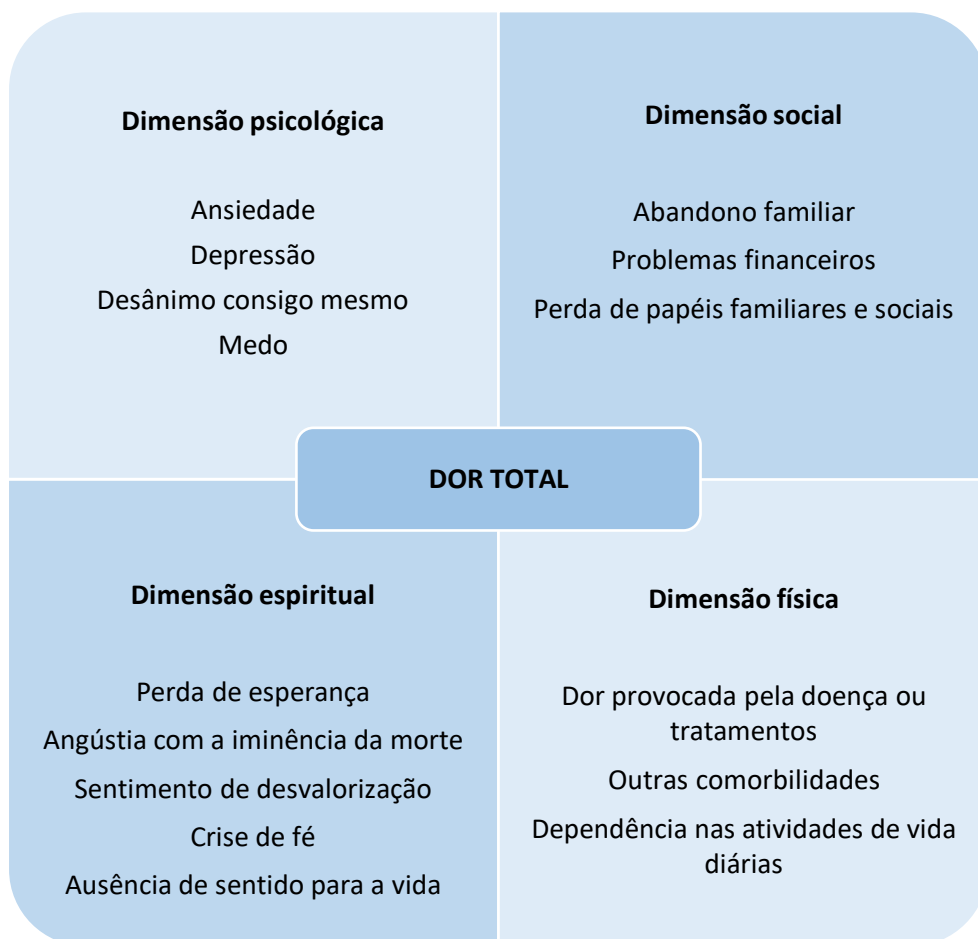
O sofrimento relacionado com a saúde ocorre quando está associado a doenças ou lesões e é considerado grave quando impacta negativamente o funcionamento físico, social, espiritual ou emocional do cliente (Radbruch et al., 2020). Pode abranger uma ampla variedade de emoções negativas, que vão além da dor e da tristeza, podendo incluir ansiedade, medo, raiva, desespero, frustração, culpa e vergonha (Hartogh, 2017).

Os diferentes aspectos que influenciam a experiência de dor não estão relacionados apenas à intensidade com que a dor é vivenciada, mas também à forma como ela é percebida no sentido holístico (Clark, 2014; Marie Curie, 2022; Satija et al., 2014; Timm, 2023).

A DT representada na (figura 1), respeitando a teoria de Saunders, compreende as quatro dimensões física, psicológica, espiritual e a social. É um conceito que emerge em 1950, na área de especialização de CP e no conceito e estudos sobre a dor, descrevendo-a como um conjunto de aspectos que poderiam potenciar o seu aparecimento ou agravamento. Para Saunders o sintoma de dor em pessoas em situação de fim de vida era influenciado pelo percurso biográfico da pessoa e incluía vários elementos potenciadores da sua intensidade e a considerar: físicos, psicológicos, sociais, emocionais e espirituais (Clark, 1999).

Figura 1

Dor Total na Perspetiva da Teoria de Cicely Saunders.



Nota. Figura adaptada de Mehta & Chan (2008). *Understanding of the Concept of "Total Pain": A Prerequisite for Pain Control.*

Dor é sofrimento e lidar com o sofrimento implica abordar preocupações que transcendem os sinais físicos (OMS, 2020). Quando há clientes que não comunicam, reconhecer a opinião dos cuidadores/familiares pode ser essencial. Há sinais que podem ser indicativos de dor, por exemplo franzir a testa, gemer ou chorar, alterações na respiração, alterações de humor, agitação, entre outros (Marie Curie, 2022).

A dor em situação paliativa pode ser diagnosticada em clientes no domicílio ou em internamento hospitalar e infelizmente a sua identificação e gestão ainda é muitas vezes inadequada. É essencial por isso, que os profissionais de saúde que trabalham com clientes com doenças avançadas e

progressivas tenham como requisito fundamental a avaliação da dor, a sua monitorização e compreensão do conceito de DT e as suas diversas dimensões (Brant, 2017; Mehta & Chan, 2008).

A ausência de compreensão e conhecimento dos profissionais de saúde sobre a DT é um fator para o cuidado negligente, sublinhando a necessidade de uma reformulação de competência para a abordagem mais ampla, na formação profissional. Também, na situação paliativa, é necessário considerar uma abordagem multidisciplinar que permita um olhar holístico sobre a pessoa com dor, e que possa considerá-la na sua totalidade no momento da avaliação, diagnóstico e tratamento (Clark, 2014; Gomes & Melo, 2023; Satija et al., 2014; Timm, 2023).

Considerando a inquietação em torno da complexidade da experiência da dor como algo que requer um olhar numa perspetiva global, holístico e humanista, merece-nos uma revisão de literatura que nos permita mapear o conceito de DT e encontrar intervenções.

Nesta lógica de pensamento surgiram-nos dois objetivos desta revisão de literatura, são:

O₁ – Mapear o conceito de DT numa perspetiva paliativa e em clientes em fim de vida;

O₂ – Encontrar intervenções na gestão da DT em CP e em clientes em fim de vida.

Metodologia

Para alcançar os objetivos definidos procedeu-se a uma revisão de literatura, através de uma pesquisa simples, porém com foco no mapeamento de informação de acordo com as orientações da Joanna Briggs Institute (JBI) (Peters et al., 2020, Tricco et al., 2018).

Através da utilização da estratégia (mnemónica) *participants, concept e context* (PCC), estabeleceram-se critérios para a população, conceito e contexto conforme quadro 1.

Quadro 1
Estratégia PCC.

População	Conceito	Contexto
Clientes em idade adulta e em fim de vida	Dor total Intervenções na gestão da dor total	Cuidados paliativos no domicílio ou hospital

Para a seleção dos estudos foram pré-definidos critérios de elegibilidade sendo eles:

- Documentos que façam referência ao conceito de dor total em cuidados paliativos;
- Documentos que façam referência a intervenções na gestão da dor total em cuidados paliativos;

- Documentos que incluam clientes em idade adulta;
- Documentos que simultaneamente incluam pessoas em fim de vida e em situação paliativa;
- Documentos que incluam cuidados paliativos em hospital ou domicílio.

Deste modo pretendemos dar resposta às seguintes perguntas de revisão:

P₁ – Quais os atributos do conceito de dor total em cuidados paliativos?

P₂ – Que intervenções estão sugeridas na gestão da dor total em cuidados paliativos em pessoas em domicílio ou hospital?

A revisão da literatura foi efetuada no dia três de novembro de 2023, pesquisando nas bases de dados MEDLINE *complete*, CINAHL *complete*, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), e no Google *Scholar* utilizando os descritores “*pain*”, “*pain management*” e “*palliative care*” e a palavra-chave “*total pain*”. Durante a pesquisa nas bases de dados nem todos os descritores foram organizados da mesma forma e nem todos constituíram a mesma frase de pesquisa, por exemplo no RCAAP e Google *Scholar* apenas foram utilizados “*total pain*” e “*palliative care*”.

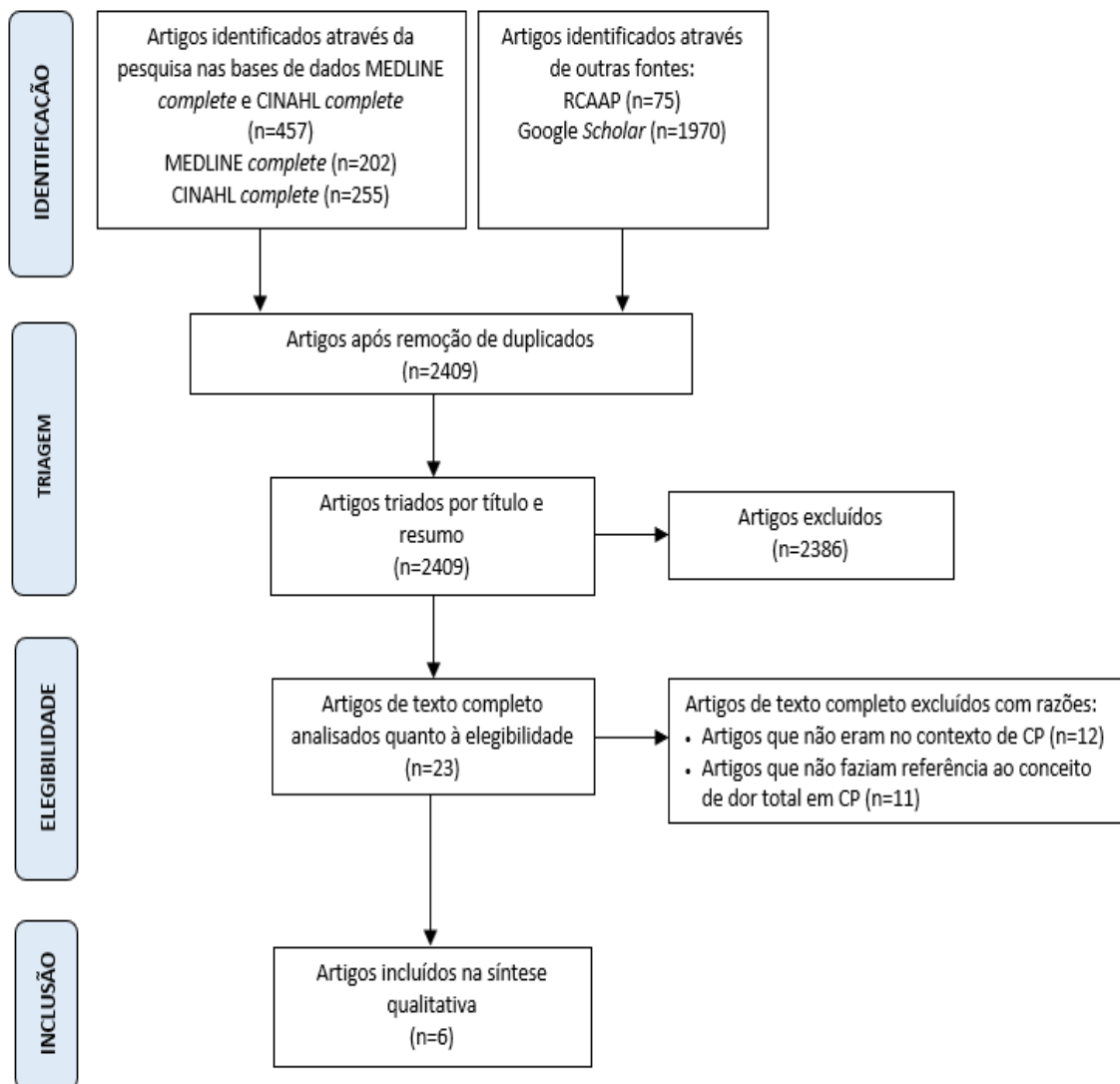
A pesquisa nas bases de dados assim como a triagem dos estudos foi realizada por mim, com a ajuda quando necessário da orientadora deste relatório. Na fase inicial foi realizada uma pesquisa exploratória sem limites, porém pelo grande número de resultados e tempo limitado disponível para a realização deste estudo, decidiu-se estabelecer um limite temporal entre 2017 e 2023. Selecionamos como idioma o português, inglês e espanhol. Na identificação de documentos e recolha para triagem e inclusão, utilizaram-se os critérios de elegibilidade já mencionados.

Apresentação de resultados

A pesquisa realizada identificou 2502 documentos potencialmente relevantes para os objetivos da revisão de literatura, 457 documentos das bases de dados MEDLINE *complete* e CINAHL *complete*, 75 do RCAAP e 1970 do Google *Scholar* (Prisma, figura 2). Após a remoção de documentos duplicados e realizada a triagem pela leitura do título e resumo, restaram apenas 23 documentos que cumpriam os critérios de elegibilidade, os quais foram analisados de forma integral, sendo que apenas seis artigos foram incluídos na revisão de literatura. A figura 2 expõe o processo de seleção dos artigos.

Figura 2

Fluxograma PRISMA do Processo de Seleção dos Estudos na Revisão.



Após selecionados os artigos, procedeu-se à leitura integral e avaliação crítica dos seis estudos e construção da tabela síntese, onde privilegiámos o autor, ano, país, objetivo do estudo, tipo de estudo, população e resultados (quadro 2).

Quadro 2

Quadro de Síntese de Resultados.

Autor, Ano, País	Tipo de estudo	População	Objetivo do estudo	Resultados
Sánchez & Rivera-Largacha 2018 Colômbia	Revisão de literatura	Não avaliável	Proceder a uma revisão de literatura para análise histórica e concetual na perspectiva teórica e prática do conceito de DT.	O conceito de DT permite entender a dor e outro tipo de sofrimento do cliente em fim de vida, não apenas como problemas biológicos, mas como realidades indissociáveis com origem e implicações na esfera psicológica, espiritual e social do cliente.
Fajardo-Chica 2020 México	Ensaio	Não avaliável	Propor uma caracterização do conceito de DT.	O conceito de DT aponta para a avaliação e compreensão dos aspetos psicológicos, emocionais, espirituais e sociais.
Castro et al., 2021 Brasil	Revisão de literatura	Clientes com doença oncológica em situação paliativa	Refletir sobre possíveis conexões entre a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba e o conceito de DT de Cicely Saunders.	Intervenções de conforto baseadas na percepção e valorização das necessidades relatadas pelo cliente podem aliviar o sofrimento em fase de fim de vida.
Prabhakar & Smith 2021 EUA	Revisão de literatura	Clientes com doença limitante de vida.	Perceber o conceito de DT e as dimensões afetas ao cuidado do cliente com doença limitante de vida.	As intervenções incluem a avaliação da: dimensão física: dor nociceptiva, visceral ou neuropática; dimensão psicológica: ansiedade, desesperança, incerteza relativamente a informação médica; dimensão social: medo de dependência de família; perda de papéis; dimensão espiritual: perda de sentido para a vida. Intervenções para avaliar a dor: escutar as narrativas dos clientes; intervenção multidisciplinares e interdisciplinar para a tomada de decisão; facilitar a informação/discussão entre cliente e cuidadores/familiares.
Wood 2022 Escócia	Revisão de literatura	Clientes em fim de vida	Explorar o movimento hospice dos CP na perspectiva de Cicely Saunders. Verificar impacto da dimensão emocional na DT em clientes terminais em hospice.	Emoções como medo, tristeza ou arrependimento têm impacto na forma como a dor é experienciada. Intervenções: propor que cada cliente faça uma narrativa biográfica, identificar culturas e situações de preocupação. Incentivar que o cliente articule o significado da doença para si próprio e registar sintomas.

Machado et al., 2022 Brasil	Revisão de literatura	Clientes com DT	Analisar as intervenções sobre a DT em CP.	Caraterísticas da DT: dimensão física: aspetos sensitivos; dimensão psicológica: raiva, revolta, perda de controle; dimensão social: isolamento e perda de autonomia; dimensão espiritual: perda da esperança, medo do pós-morte, necessidade de perdão perante situações do passado. Intervenções: criação de uma relação terapêutica; comunicação eficaz (diálogo; narrativa da dor); psicoterapia; massagem e técnicas de relaxamento.
--	-----------------------	-----------------	--	--

Discussão dos resultados

Nesta revisão de literatura foram incluídos 6 documentos oriundos da Colômbia (1), Estados Unidos (1), Escócia (1), Brasil (2) e México (1) que integravam os critérios de elegibilidade do nosso estudo. Na revisão de literatura de Sánchez e Rivera-Long (2018), é analisado o desenvolvimento histórico e epistemológico do conceito de DT como ferramenta epistemológica para orientar a abordagem terapêutica da dor, no cliente em fim de vida. O conceito de DT surgiu nas décadas de 1950 e 1960 como forma de abordar a complexa experiência da dor nos clientes com doenças terminais. O autor destaca John J. Bonica (1953), Cicely Saunders (1964) e Elisabeth Kübler Ross (1969) como figuras fundamentais no desenvolvimento e entendimento do conceito de DT. O trabalho de John J. Bonica, médico militar, concentrou-se na compreensão dos atributos do conceito de dor como um fenômeno complexo explicando a experiência de dor como um fenômeno dual composto por aspetos fisiológicos (que considerou a percepção) e subjetivos (emoção). Cicely Saunders fundadora do primeiro hospice moderno para clientes em fase terminal, enfatizou a importância do suporte emocional, da escuta e da atenção às necessidades específicas dos clientes (abordagem holística) do cliente. Kübler Ross destacou a necessidade de um cuidado humanizado que leve em consideração as mudanças mentais e emocionais únicas que as pessoas vivenciam ao enfrentar a morte. Segundo Sánchez & Rivera-Long (2018), a DT não é apenas uma sensação física, mas também inclui dimensões emocionais, espirituais e sociais que afetam o cliente e cuidadores/familiares. É uma experiência sensorial e emocional angustiante que produz sofrimento na pessoa e é um dos primeiros sinais através dos quais a doença se manifesta. Os mesmos autores defendem que este conceito permite aos profissionais de saúde focarem-se na qualidade de vida do cliente e não apenas na sua patologia, justificando com a compreensão dos problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais de um cliente,

proporcionando-lhe alívio e bem-estar. Para estes autores, o alívio do sofrimento é alcançado restaurando a dignidade humana e proporcionando a mais alta qualidade de vida possível (Sánchez & Rivera-Long, 2018).

No estudo realizado por Fajardo-Chica (2020), o autor faz uma análise do ponto de vista filosófico figurando o conceito de DT na dor em situação paliativa onde engloba as quatro dimensões psicológica, emocional, espiritual e social. O autor contrasta o conceito de dor da IASP com o conceito de DT justificando que enquanto a IASP define a dor através de aspetos físicos e biológicos o conceito de DT reconhece que a experiência de dor pode envolver outros componentes, por exemplo emocionais, como o sofrimento mental, mesmo na ausência de dor física perceptível. Isso significa que uma pessoa pode experimentar dor emocional, angústia, ansiedade ou tristeza, mesmo que não haja uma lesão física evidente. Dos resultados dos dois estudos de Fajardo-Chica (2020) e Sánchez & Rivera-Largacha (2018) emerge a ideia de que a DT não se limita apenas a uma sensação física ou biológica, mas a uma experiência complexa da pessoa que envolve vários aspetos multidimensionais. Esta perspetiva, importante para os profissionais de saúde, sublinha a necessidade de uma abordagem holística e humanizada aos clientes com dor, enfatizando o reconhecimento de que a complexidade da experiência dolorosa pode impactar na forma como os profissionais atendem ao alívio da dor e do sofrimento dos clientes.

Nos estudos realizados por Prabhakar & Smith (2021) e Machado et al. (2022) ambos exploram as diversas dimensões da DT, abrangendo as diferentes manifestações e estratégias de intervenção para aliviar o sofrimento. Na dimensão física, são descritas a dor nociceptiva, visceral e neuropática, que podem originar maior grau de dependência física e isolamento social do cliente. Na dimensão psicológica, descrevem sentimentos de ansiedade, a desesperança e a incerteza provocada por indecisões médicas (não comunicar com o cliente as causas), que podem manifestar-se por manifestações de raiva, revolta e perda de controle. Na dimensão social, são descritos os medos da dependência dos familiares e a perda de papéis sociais, que podem resultar na sensação de perda de dignidade e mais uma vez o isolamento social. Quanto à dimensão espiritual, os autores descrevem sentimentos de perda de sentido da vida e desconexão com Deus podendo evidenciar-se através do questionamento “porque me está a acontecer a mim?” e da necessidade de perdão perante situações do passado. Em relação às intervenções, os autores realçam a importância da criação de uma relação terapêutica, suporte espiritual e conhecimento sobre a gestão de sintomas assim como reuniões multidisciplinares, que valorizem a escuta da

narrativa biográfica dos clientes e a consideração prognóstica de doença. As narrativas do cliente passam a ter uma maior expressão na DT, visível pelos significados atribuídos na verbalização de arrependimentos, experiências de vida e crenças sobre a vida e sobre a saúde. No estudo de Machado e colaboradores existem nos resultados uma relação intrínseca entre a verbalização das narrativas do cliente e as lacunas sobre o tratamento farmacológico, com isto queremos dizer que é possível avaliar pela narrativa a eficácia ou não do tratamento farmacológico que está a realizar (Machado et al., 2022). Uma dor que não baixa de intensidade, que mantém sofrimento físico. Os dois estudos reforçam a necessidade da realização de conversações abertas entre o cliente e cuidadores/familiares como forma de lidar com a dor social, permitindo a expressão de emoções e preocupações (Machado et al., 2022; Prabhakar & Smith, 2021). Um dos estudos faz alusão à utilização complementar de terapias complementares não farmacológicas, como a massagem, psicoterapia e técnicas de relaxamento (Machado et al., 2022).

O estudo de Wood (2022) diz respeito a um estudo de investigação da Universidade de Glasgow. Explora o conceito de DT desenvolvido por Cicely Saunders e que gerou o movimento moderno dos CP em Inglaterra. Este movimento também designado por movimento Hospice, encorajou os profissionais a entenderem e a atenderem a importância das narrativas dos clientes em fim de vida reafirmando as ideias de Prabhakar & Smith (2021) e Machado et al. (2022) analisadas anteriormente. As suas narrativas sobre a dor, bem como a emoção com que relatavam a sua dor na situação de fim de vida, geraram dados sobre a afetação da pessoa com dor, as suas fragilidades psicológicas, espirituais e físicas relacionadas com a leitura e interpretação que o cliente faz sobre a situação. Saunders pediu que os profissionais escutem as narrativas do cliente, compreendam a complexidade da informação contida nessas narrativas do ponto de vista emocional e cultural, dado que se trata da narrativa da própria vivência de dor. O estudo indica ainda que as narrativas podem contribuir para o desenvolvimento da empatia ou mesmo da função de advocacia, ótima para as mudanças culturais e institucionais. Wood, descreve ainda que para Cicely Saunders a dor crónica, em contraste com a dor aguda, exerce uma influência mais ampla sobre a vida da pessoa em fim de vida, envolvendo também aqueles ao seu redor, incluindo familiares e amigos. Reconhecer que emoções como medo, tristeza ou arrependimento têm impacto na forma como a dor é experienciada é fundamental (Wood, 2022).

Por fim, de acordo com os resultados anteriores Castro et al. (2021) no seu estudo sobre possíveis conexões entre a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba e o conceito de DT de Cicely Saunders sublinha que na avaliação das necessidades é importante ter em consideração e valorizar a

percepção do cliente em relação às suas necessidades de conforto. A identificação e intervenção dirigida ao conforto e bem-estar do cliente amplia a eficácia das intervenções voltadas para aliviar o sofrimento e conseqüentemente a dor.

Síntese de ideias principais

Em suma, o conhecimento sobre o conceito de DT e as intervenções adequadas, destacam-se como componentes vitais no cuidado humanista e holístico na situação paliativa e em fim de vida. A visão holística da dor considera não apenas a dor física, mas também a dimensão psicológica, emocional, espiritual e social, alinhando-se com o propósito central e os princípios essenciais dos CP.

A literatura revisada revela que a dor, influencia negativamente o dia-a-dia dos clientes e seus cuidadores/familiares exigindo uma atenção holística e individualizada. Os estudos incluídos na revisão, convergem na ideia da necessidade de uma comunicação eficaz, compassiva e empática entre profissionais de saúde, e entre estes e o cliente e seus cuidadores/familiares. Na compreensão e diagnóstico da DT, destaca-se a importância das reuniões multidisciplinares, onde os aspectos particulares das narrativas do caso clínico devem ser analisados para se entender qual o impacto da dor a ser tratada nas diferentes dimensões do cliente enquanto ser humano. As necessidades e preferências do cliente devem ser analisadas e discutidas, sempre no benefício do próprio, orientando a intervenção da equipa para abordar as causas que provocam maior sofrimento ao cliente; o estabelecimento de uma relação interpessoal terapêutica proporciona ao cliente um espaço para expressar os seus medos e preocupações; incentivar diálogos entre o cliente e os cuidadores/familiares é considerado um método eficaz para resolver conflitos familiares e inquietações existentes; o suporte psicológico assim como a colaboração com outros profissionais da equipa, como assistentes sociais e assistentes espirituais, são práticas essenciais na gestão e alívio da DT. O reconhecimento da natureza complexa da dor e a implementação de intervenções individualizadas são fundamentais para melhorar a qualidade de vida.

Após esta síntese, torna-se essencial adotar comportamentos e atitudes que aprimorem as estratégias do controle da dor. No seguimento desta afirmação, propomos, que os serviços de CP intensifiquem os conhecimentos sobre DT e a abordagem holística, humanizada e individual dos clientes em situação paliativa, visando fortalecer a competência dos profissionais em relação à avaliação e às intervenções necessárias na gestão da dor.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

Neste capítulo iniciamos com a caracterização de cada um dos dois contextos da prática clínica nos quais tivemos a oportunidade de desenvolver o ENP no módulo II, assim como a caracterização dos casos referentes a cada contexto clínico (subcapítulo 3.1). Em seguida faremos uma reflexão crítica referente ao desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa (subcapítulo 3.2).

3.1 Descrição dos contextos da prática clínica

A Lei de Bases de Cuidados Paliativos (Lei nº52 de 2012 de 5 de setembro) consagra o direito dos cidadãos aos CP, define a responsabilidade do estado em matéria de CP e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (p .5119) regulando o acesso dos cidadãos aos CP, para que possam “receber cuidados paliativos adequados à complexidade da situação e às necessidades da pessoa, incluindo a prevenção e o alívio da dor e de outros sintomas” (p. 5120).

Conforme plano de estudos do curso e diretrizes da OE para o desenvolvimento do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa, o desenvolvimento de competências realizou-se em dois contextos clínicos distintos, a EIHSCP e uma UCP (internamento).

Neste capítulo, vamos realizar uma caracterização detalhada de cada um dos contextos clínicos, omitindo todas as informações que possam identificar as instituições envolvidas, respeitando os princípios da confidencialidade de dados e realizando uma caracterização dos casos clínicos com os quais tivemos oportunidade de desenvolver atividades aprendendo enfermagem paliativa com eles e simultaneamente desenvolvendo competências clínicas especializadas.

3.1.1 Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

A Lei de Bases de CP (Lei nº52/2012, p. 5122), traça a competência do contexto clínico designado por EIHSCP “presta aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital, assim como aos clientes e suas famílias”, assim como “assistência na execução do plano individual de cuidados aos clientes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação”.

A EIHSCP onde desenvolvi o ENP de módulo II, teve início de atividade no ano de 2013 e está integrada na unidade de medicina paliativa do hospital. As funções da EIHSCP abrange, consultadoria e acompanhamento dos clientes internados nos diversos serviços da instituição hospitalar, com uma lotação de 500 camas, em dias úteis no horário das oito às 14 horas.

Tem como espaço físico uma sala que se situa no segundo andar da unidade hospitalar. Esta sala dispõe de cinco computadores, uma mesa-redonda e cadeiras para reuniões de equipa ou para realização de conferências familiares, quando inexistência de outro local disponível. No que concerne a recursos humanos a EIHSCP é composta por uma enfermeira especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica à pessoa em situação paliativa, uma enfermeira com pós-graduação e especialidade em CP e quatro enfermeiras com pós-graduação em CP. Uma das enfermeiras, que possui apenas pós-graduação, encontra-se atualmente no final de formação para se tornar enfermeira especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica à pessoa em situação paliativa. Fazem parte também da equipa três médicas, uma com Mestrado em CP (a tempo inteiro) e duas com pós-graduação em CP (uma delas a tempo parcial). E ainda como elementos complementares da equipa, uma assistente social e duas psicólogas (uma a tempo parcial), as três com pós-graduação em CP e um assistente espiritual.

Analisando as dotações mínimas de recursos humanos exigidas para a EIHSCP, incluindo a realização de consulta externa de enfermagem, com base no Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2023-2024 e considerando que esta equipa abrange uma lotação de 500 camas, concluímos que, no âmbito da equipa de enfermagem, o hospital está em conformidade com as dotações mínimas. No entanto, é importante anotar que na área médica, psicologia e serviço social, o hospital não atende às dotações mínimas necessárias conforme

estabelecido no plano referido. Isso sugere uma necessidade de revisão e reforço nessas áreas profissionais para garantir uma cobertura adequada e eficaz dos CP oferecidos aos clientes na instituição.

A integração de clientes na equipa que, conforme regulamentação são clientes com necessidades complexas, é a atividade assistencial predominante. O modelo de funcionamento de cuidados da EIHSCP, é um modelo de cuidados especializados desenvolvido por uma equipa multidisciplinar constituída por profissionais diferenciados capazes de avaliar os clientes que lhe são sinalizados e referenciados através de uma abordagem compassiva e honesta para a realização de um plano individual de cuidados, otimização da qualidade de vida avaliando as necessidades físicas, psicológicas, emocionais, sociais e espirituais, tendo em conta os seus valores e as suas preferências. Neste modelo de cuidados é importante, a consultoria aos profissionais dos serviços onde se encontram os clientes, que, com outro nível de diferenciação profissional necessitam eles próprios de discutir as problemáticas para um maior alinhamento do plano individual de cuidados.

As consultorias realizadas aos clientes internados nos diversos serviços, são realizadas sempre por um enfermeiro e médico, diariamente, após uma reunião no início do turno de trabalho de forma a priorizar as consultas/casos e atualizar o plano de cuidados. Os dados relativos ao plano individualizado são documentados no sistema de informação SClínico. Os mesmos elementos da EIHSCP dão resposta a outras valências assistenciais como a consulta externa e acompanhamento dos clientes e cuidadores/familiares via telefone no pós-alta em dias úteis no período das nove às 14 horas, abrangendo o suporte para além do internamento hospitalar e promovendo a continuidade de cuidados.

São realizadas reuniões da equipa multiprofissional semanalmente com a participação de toda a equipa e participação da enfermeira coordenadora. Dado o predomínio de clientes oncológicos na equipa, nesta reunião, participa igualmente um médico especializado em oncologia, com o intuito de o plano de cuidados ser o mais adequado às medidas terapêuticas para o cliente oncológico, fundamentado na perspetiva de tratamento mais atualizado, oncológico. Semanalmente a EIHSCP reúne com o diretor clínico do serviço de cirurgia geral e com um médico oncologista. O serviço de cirurgia geral é um dos serviços que faz maior número de pedidos de colaboração, e o propósito da reunião é desenvolver um plano de cuidados alinhado também com os objetivos do serviço no qual os clientes estão internados. Com este tipo de alinhamento criam-se sinergias muito importantes entre o serviço hospedeiro e o serviço de paliativos. A EIHSCP tem a ambição de estender a realização dessas reuniões a outros serviços do hospital. Este processo visa assegurar

uma abordagem de proximidade, coordenada e eficaz, adaptada às necessidades específicas dos clientes com foco nos CP evitando sofrimento desnecessário nos clientes e cuidadores/familiares.

No contexto da melhoria contínua da qualidade, a equipa realiza atividades formativas significativas tanto para a própria EIHS CP quanto para os serviços de internamento, instituições sociais e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. O objetivo é promover uma continuidade de cuidados de qualidade em colaboração com outras equipas, contribuindo assim para a eficácia da prestação de cuidados.

Atualmente a equipa encontra-se a dar resposta a um projeto da Fundação “la Caixa”. Este projeto surgiu face à constatação do aumento do número de clientes que a EIHS CP acompanha e que estão em domicílio. A área geográfica do hospital não tem Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos integrada no Agrupamento de Centros de Saúde. Por isso os clientes paliativos no domicílio não tinham resposta paliativa. O objetivo deste projeto prendeu-se com o acompanhamento de clientes no domicílio, nas várias fases da doença, incluindo fim de vida, numa perspetiva de CP domiciliários continuados, abrangendo neste momento apenas as áreas geográficas de dois dos concelhos de incidência institucional o correspondente a um total de 181 964 habitantes.

Caracterização dos casos na Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

Ao longo da prática clínica na EIHS CP, tivemos a oportunidade de colaborar e adquirir conhecimentos com um total de 28 clientes, cujas informações demográficas detalhadas estão representadas nas figuras 3 e 4.

Figura 3
Caraterização Demográfica Quanto ao Género dos Clientes Acompanhados Durante o ENP na EIHS CP.

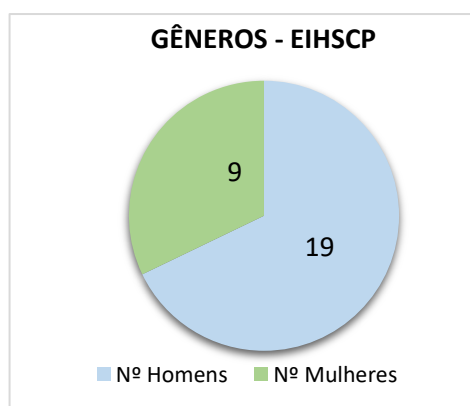
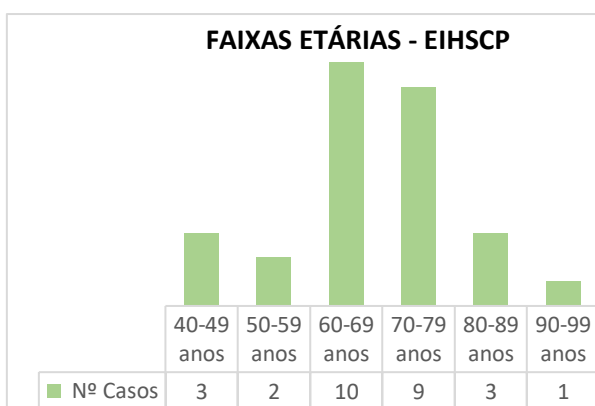


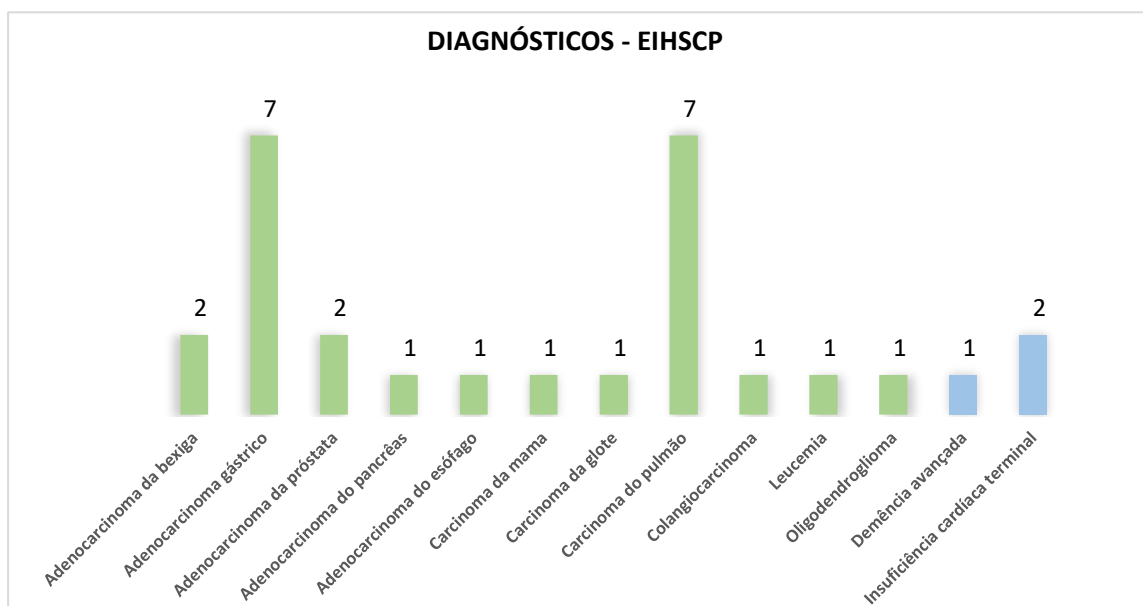
Figura 4
Caraterização Demográfica Quanto às Faixas Etárias dos Clientes Acompanhados Durante o ENP na EIHS CP.



Dos 28 clientes, é possível categorizá-los em dois grupos distintos: clientes com diagnóstico de doença oncológica e clientes com doença não oncológica. É importante realçar que 89% dos casos apresentavam doença oncológica. Nos clientes com diagnóstico de doença não oncológica, destacam-se casos de demência avançada e insuficiência de órgãos importantes, nomeadamente insuficiência cardíaca terminal. Na figura 5 estão retratados os diagnósticos.

Figura 5

Distribuição dos Diagnósticos dos Clientes Acompanhados Durante o ENP na EIHS CP



Em relação à prevalência de sintomas, estes são detalhados no subcapítulo 3.1, contudo, entre os clientes analisados, a dor, dispneia, insónia e fadiga foram os sintomas físicos predominantes, nos quais pudemos adquirir competência relativamente ao seu tratamento e suporte (confronte apêndice B, p.83). A EIHS CP está atenta a outras necessidades que surgem com o sofrimento integral. Em relação a essas necessidades, observou-se predominantemente tristeza, ansiedade, isolamento social e angústia relacionada à perda de autonomia e dependência (confronte apêndice B, p.83). Necessidades essas onde também tivemos oportunidade de desenvolver atividades e conseqüentemente adquirir competências. Não podemos deixar de referir que a contribuição da psicóloga da equipa foi fundamental para lidar com estas questões, sendo frequentemente solicitada e envolvida para colaborar na gestão destas necessidades.

Refletindo sobre a morosidade dos cuidados na EIHS CP, os pedidos de colaboração para consultoria eram categorizados como urgentes ou não urgentes. No caso dos pedidos urgentes, era atribuída pela equipa uma prioridade para a observação do cliente um prazo máximo de 48

horas. Para os restantes pedidos de colaboração, devido ao elevado número, o tempo de espera variava entre 48 e 96 horas em média.

3.1.1 Unidade de Cuidados Paliativos (Internamento)

O segundo ensino clínico, realizou-se numa unidade de internamento de CP, um serviço especializado que oferece cuidados multidisciplinares a pessoas em situação paliativa com necessidades complexas e tem como principal missão garantir a prestação de CP com a máxima qualidade, humanismo e eficiência aos clientes e cuidadores/familiares, especialmente durante a fase avançada de doença.

O serviço de internamento está integrado numa unidade de CP situada em um dos edifícios da instituição hospitalar a qual engloba três pisos. O serviço de internamento ocupa o primeiro e segundo piso com cerca de 20 camas por piso. A unidade de CP tem diversas valências para além das unidades de internamento, incluindo a consulta externa médica e de enfermagem, EIHS CP, uma equipa de assistência domiciliária e consulta telefónica.

Cada um dos pisos de internamento possui um amplo espaço central com cores claras e iluminação adequada, proporcionando uma atmosfera tranquila e serena. Cada quarto é individual, equipado com cama articulada eléctrica, cadeirão, mesa de cabeceira, armário, televisão e uma casa de banho sem chuveiro partilhada por cada dois quartos. Além disso, há seis casas de banho comuns com chuveiro adaptado e uma sala com banheira de hidromassagem. Este serviço inclui ainda uma sala de reuniões, sala de psicologia, o gabinete da EIHS CP e consulta telefónica, gabinete da equipa domiciliária, dois gabinetes médicos, dois vestiários, duas salas de trabalho de enfermagem, duas copas para os profissionais e casa de banho para profissionais.

A equipa do piso onde realizamos o ENP é composta por sete médicos, 25 enfermeiros, 10 assistentes operacionais, uma assistente social, duas psicólogas, uma nutricionista, um assistente espiritual e um assistente técnico administrativo. No que concerne à equipa de enfermagem, apenas dois enfermeiros possuem especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica à pessoa em situação paliativa e a restante equipa tem um curso básico de CP realizado pela instituição hospitalar.

Os critérios para admissão no internamento são: clientes inscritos no hospital, com idade igual ou superior a 18 anos, com presença de doença oncológica incurável, avançada e progressiva sem resposta ou recusa aos tratamentos, manifestação de sintomas ou problemas incapacitantes resultantes da doença oncológica e aceitação do cliente e cuidadores/familiares para admissão ao serviço de CP.

Em todos os turnos é realizada uma reunião pelos enfermeiros onde transmitem a informação necessária para a equipa do turno seguinte. Nos dias úteis, durante a manhã, é realizada uma reunião multidisciplinar com médicos e o enfermeiro responsável do serviço com o objetivo de planear os cuidados de acordo com as alterações ocorridas nas últimas 24 horas. Semanalmente, promove-se uma reunião multidisciplinar que abrange todos os membros da equipa, proporcionando a análise e discussão pormenorizada dos objetivos de cuidados destinados a cada cliente.

Conforme a Portaria n.º 112/2016, este serviço de internamento assegura cuidados médicos e de enfermagem 24 horas, intervenção psicológica para clientes e familiares, intervenção e apoio a nível social, apoio e intervenção no luto, intervenção espiritual, realização de exames complementares de diagnóstico, a prescrição e administração de fármacos, assegura a higiene, conforto e alimentação dos clientes, assim como a alimentação e conforto dos acompanhantes, o convívio e lazer entre clientes e cuidadores/familiares, assegura a formação em CP e a assessoria na área dos CP a profissionais de saúde da mesma instituição (Portaria n.º 112/2016, Artigo 7, pág. 1824).

No que concerne há melhoria contínua da qualidade, a unidade de CP encontra-se a desenvolver um projeto de melhoria contínua dos cuidados no âmbito das feridas malignas assim como um outro projeto de melhoria contínua da qualidade nos cuidados à pessoa em fim de vida. Paralelamente estão também a desenvolver dois projetos de formação em CP, sendo que um curso se destina aos profissionais do hospital e outro aos profissionais da comunidade. Estas iniciativas refletem o compromisso da unidade de CP em aprimorar tanto o conhecimento interno quanto a disseminação de boas práticas na comunidade em geral.

Caracterização dos casos da unidade de cuidados paliativos (internamento)

No que concerne ao número de casos clínicos que tivemos na UCP, foram no total 36. Nas figuras 6 e 7, apresentamos uma análise demográfica deste conjunto de clientes.

Figura 6
Caraterização Demográfica Quanto ao Género dos Clientes Acompanhados Durante o ENP na UCP.

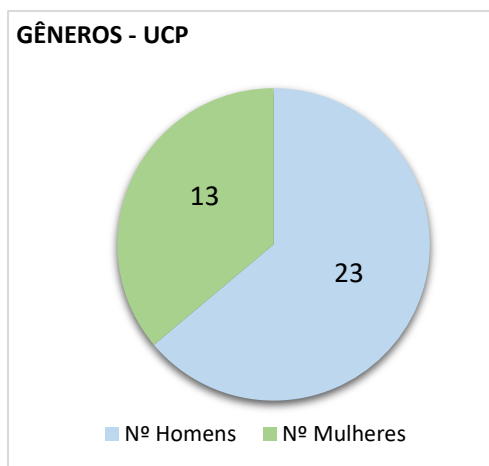
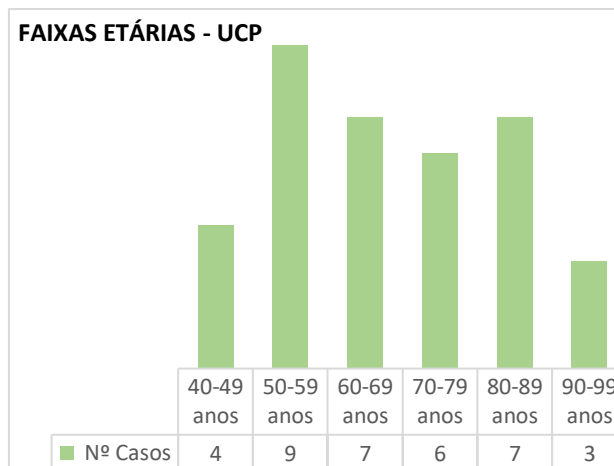
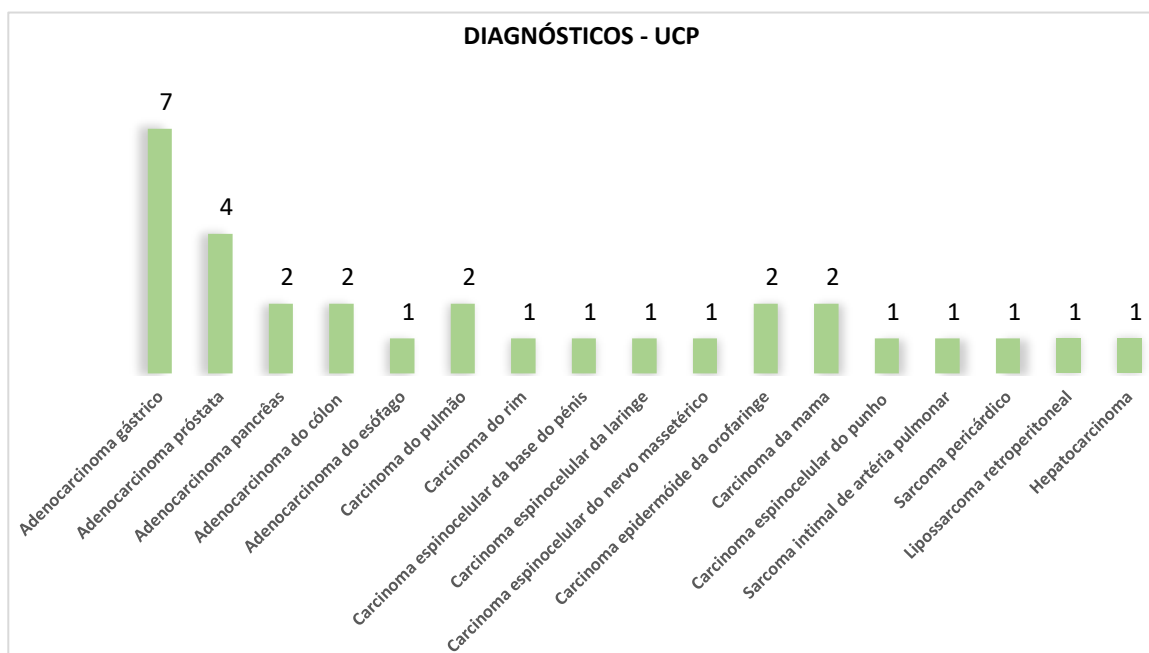


Figura 7
Caraterização Demográfica Quanto às Faixas Etárias dos Clientes Acompanhados Durante o ENP na UCP.



Dos 36 clientes em situação paliativa acompanhados na UCP, 100% tinham diagnóstico de doença oncológica. Esta percentagem é explicada pelo fato de a UCP estar vinculada a uma unidade hospitalar integralmente dedicada ao tratamento e estudo de doenças oncológicas. Na figura 8 estão representados os diferentes diagnósticos.

Figura 8
Distribuição dos Diagnósticos dos Clientes Acompanhados Durante o ENP na UCP.



Em relação à prevalência de sintomas, como já referido anteriormente estes são detalhados no subcapítulo 3.1, porém durante a prática clínica na UCP, a dor, agitação, inquietude e insónia foram os sintomas físicos mais comuns (confronte apêndice C, p.107). A equipa da UCP não demonstrou estar alerta e sensível a outras necessidades associadas ao sofrimento. Essa falta de sensibilidade a outras necessidades pode estar ligada à ausência de formação especializada por parte da equipa, ou a dotações de recursos humanos. No entanto, durante a nossa prática, notamos que a tristeza e a angústia decorrente da perda de autonomia, a dependência e a perda de papéis eram comuns entre os clientes (confronte apêndice C, p.107).

Quanto ao período de espera para admissão no serviço de internamento de CP, em relação aos clientes já internados em outros serviços do hospital, observamos que a avaliação e priorização dos clientes eram realizadas diariamente pela EIHSCP. Conforme a gravidade da situação clínica os clientes eram priorizados numa lista de espera para admissão no serviço. No entanto, o tempo de espera podia variar consideravelmente, por estar sujeito à disponibilidade de vagas no serviço, seja devido à alta clínica de clientes ou óbito.

3.1 Da integração, desenvolvimento e perícia para a aquisição das competências

Em Portugal a OE, regulamenta o exercício profissional dos enfermeiros e titula-os em enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas. Um enfermeiro especialista é aquele que está capacitado e reconhecido pela sua competência científica, técnica e humana, destacando-se na prestação de cuidados de enfermagem especializados nas diversas áreas específicas da prática de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744).

Em 1997, o sociólogo e pedagogo Philippe Perrenoud definiu a competência como uma habilidade para executar ações eficazes em contextos específicos, apoiando-se em conhecimentos, sem, no entanto, limitar-se apenas a eles, possibilitando a avaliação de probabilidades, a formulação de diagnósticos, a assimilação de informação e a tomada de decisões. Na sua teoria sobre a pedagogia da aprendizagem pela competência, Perrenoud defendeu que a aprendizagem deve ser centrada no estudante, isto é, o estudante deve motivar-se para aprender por si. Este pedagogo teorizou que, a conceção do conhecimento é uma construção que resulta da interação e aquisição de competência em que as atividades e as ações são pautadas por uma relação direta com as

práticas. A competência desempenha um papel crucial em todo o processo de apresentação, reflexão, desenvolvimento e resposta aos desafios da aprendizagem (Gozzi et al., 2020).

Um outro autor importante na conceção de competências é Guy le Boterf. Na sua teoria defende que a competência é “um saber agir”, “um saber combinar” em circunstância. Referindo-se à prática profissional dos enfermeiros explica que nas suas atividades os enfermeiros combinam saberes técnicos e saberes científicos quando recorrem aos conhecimentos de anatomia, patologia, psicologia, farmacologia, entre outros para dar resposta à atividade que necessitam de executar. Dentro desta lógica e associado à ideia de que a competência tem uma combinação dupla na ação, Boterf explica que na execução se recorre à análise do problema, mas igualmente ao contexto onde decorre a atividade. Daí a sua expressão “desenvolvimento de competência em contexto de trabalho” (Boterf, 2002). Boterf defende também a ideia de que “competência é um conceito em construção, em evolução, isto é, admite análise e reflexão, tem desenvolvimento no tempo até que o enfermeiro adquira a sua perícia, a sua mestria” (Boterf, 2002).

Nesse sentido a OE definiu o conceito de competência na base das teorias criadas pelos dois autores citados, identificou áreas de especialização em Enfermagem e criou um Modelo de Desenvolvimento Profissional, a certificação de competências em contexto profissional na área específica, isto é, serviços com idoneidade formativa. O perfil de competências para esta área específica é publicado pela OE em Diário da República como anteriormente referido.

Em 2013 a EAPC publica um trabalho em duas partes sobre as competências necessárias para os profissionais na área dos CP, caracterizando o conceito de competência como “conjunto de conhecimentos, capacidades, habilidades e atitudes relacionadas que afetam uma parte importante do trabalho de alguém (uma função ou responsabilidade), que se correlaciona com o desempenho no trabalho, que pode ser medido em relação a padrões de qualidade, e que pode ser melhorado através de educação e treino” (Gamondi et al., 2013, p.89).

Neste subcapítulo pretendemos descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa. Inicialmente, abordaremos as competências comuns e, em seguida, as competências específicas.

Competências comuns do enfermeiro especialista

As competências comuns do enfermeiro especialista são aquelas compartilhadas por todos os enfermeiros especialistas, indiferentemente da área de especialização. Estas competências são evidenciadas pela capacidade em desenvolver, gerir e supervisionar cuidados, além de fornecer um suporte eficaz para o exercício profissional especializado, especialmente no contexto de formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745). As competências comuns aplicáveis a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização são: *“competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; competências do domínio da melhoria contínua da qualidade; competências do domínio da gestão dos cuidados e competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”* (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

No que concerne a competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal o enfermeiro especialista deve demonstrar uma prática profissional que seja segura, ética e profissional, incorporando práticas fundamentadas em critérios éticos e deontológicos. Isso implica uma base sólida de conhecimento ético e deontológico, avaliação criteriosa das melhores práticas disponíveis e consideração das preferências individuais do cliente e cuidadores/familiares.

Em 2018 foi publicado em Diário da República uma lei referente aos direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida. Esta lei estabelece uma série de direitos para indivíduos que enfrentam situações de doença avançada e fase terminal, garantindo o direito de não vivenciarem sofrimento prolongado, disruptivo ou desproporcional. Além disso, a lei contempla um conjunto de direitos específicos para os cuidadores/familiares da pessoa cliente. Esta lei reflete a preocupação em reconhecer e proteger os direitos não apenas dos clientes, mas também daqueles que estão próximos garantindo uma abordagem holística (Lei n.º 31/2018, p. 3238).

A nossa prática durante o ENP baseou-se nos cuidados de acordo com o código deontológico de enfermagem respeitando de forma integral os direitos humanos assim como os direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida cumprindo com as responsabilidades profissionais. Nos dois contextos clínicos, uma das práticas fundamentais que norteou as nossas ações foi o respeito pela autonomia e vontade expressa dos clientes e cuidadores/familiares. Identificamos a importância de abordar, compreender e aceitar cada cliente de forma única, tendo em conta os seus valores, costumes e crenças individuais através da transparência na comunicação

de informação, de uma comunicação verdadeira. Esta prática de comunicação é difícil de concretizar tendo em conta o número cada vez maior de clientes e o rácio de dotações.

Foi prevalente em situações de últimos dias de vida a recusa alimentar dos clientes, neste contexto asseguramos sempre o direito à recusa alimentar respeitando, assim, o processo natural e fisiológico da condição clínica dos clientes, assim como a sua vontade. No contacto com os clientes e cuidadores/familiares, priorizamos a criação de um ambiente calmo, para que se sentissem confortáveis para expressar as suas preocupações, fazer perguntas e participar ativamente nas decisões relacionadas com o plano de cuidados. Valorizamos cada oportunidade de diálogo aberto e honesto, compreendendo que era essencial para promover o empoderamento dos clientes e cuidadores/familiares e garantir que as suas necessidades eram atendidas de acordo com suas preferências individuais. Tornou-se significativo e contributivo reconhecer que respeitar a vontade expressa dos clientes e cuidadores/familiares envolvia mais do que simplesmente escutar as suas narrativas. Foi necessário compreendermos verdadeiramente as necessidades transmitidas nelas, preocupações e expectativas, e integrar essas informações no planeamento de cuidados.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, na EIHS CP estivemos presente em duas atividades de formação realizadas pela equipa, uma direcionada para um serviço de internamento do hospital e outra voltada para uma instituição social. O envolvimento nesta atividade proporcionou-nos uma oportunidade única para aprender e compreender os desafios enfrentados pelos serviços de internamento e especialmente pelas instituições sociais, no que diz respeito ao cuidado paliativo. Os CP vão além de simplesmente tratar a dor física, também consideram aspetos emocionais, sociais e espirituais dos clientes. Quando estes princípios não são compreendidos por instituições sociais, equipas ou profissionais, é comum que sejam negligenciados ou iniciados tardiamente, deixando os clientes e cuidadores/familiares sem suporte em momentos de grande sofrimento. Isso reflete a urgente necessidade de educar e consciencializar sobre CP. Na UCP não houve oportunidade para o nosso envolvimento nos projetos de melhoria contínua desenvolvidos pelo serviço.

No que concerne ao nosso contributo no domínio da melhoria contínua da qualidade, realizamos uma atividade de revisão de literatura e ação formativa programada sobre a DT em CP, com ênfase nas intervenções para a abordagem da dor (plano de formação no apêndice A, p.79). No contexto da atividade formativa, foi também elaborado um cartaz o qual foi distribuído por cada serviço. Nele se destaca a importância da abordagem holística do cliente com dor, incluindo as intervenções associadas. O objetivo desta iniciativa foi contribuir ativamente para o

desenvolvimento de práticas de qualidade para a avaliação da dor em cada contexto clínico, promovendo a informação e a consciencialização sobre a importância da avaliação e gestão da dor em CP, sublinhando que nem sempre a dor é só física, alertando para uma análise holística quando a avaliamos. Ainda no domínio da melhoria contínua participamos diariamente no registo e documentação de dados essenciais para o processo individualizado de cuidados. Pareceu-nos importante participar ativamente na sensibilização das várias equipas dos serviços com que a EIHS CP cooperava de forma a existir uma avaliação e monitorização contínua e sistemática das vigilâncias de sintomas e registo de dados relevantes para um ajuste eficaz da abordagem ao cliente, evidenciando o valor e a importância dessas práticas. Estas atividades fortaleceram a coordenação entre as equipas envolvidas, os clientes e cuidadores/familiares.

No domínio da gestão dos cuidados, participamos regularmente nas reuniões multidisciplinares aprendendo com a troca contínua de perspetivas e conhecimentos, resultando em planos de cuidados individualizados adaptados às necessidades específicas e sobretudo expectativas de cada cliente. Colaboramos ativamente na gestão e planeamento das tarefas da equipa, bem como na gestão e priorização das visitas na EIHS CP. Durante as visitas, adquirimos uma compreensão detalhada das estruturas e funcionamento dos diversos serviços com os quais colaborávamos. Adicionalmente, tivemos a oportunidade de aprofundar o nosso conhecimento sobre as múltiplas funções desempenhadas pelo enfermeiro especialista nos diversos contextos, destacando a sua versatilidade e a contribuição significativa em diferentes cenários. Esta experiência não apenas aprimorou a nossa capacidade de trabalho em equipa, mas também enriqueceu o nosso conhecimento sobre a dinâmica funcional do enfermeiro especialista nos diferentes serviços, na equipa inter e intradisciplinar.

A conceção de cuidados que elaboramos para cada contexto clínico, utilizando a plataforma disponibilizada pela ESEP, E4Nursing, também nos proporcionou uma oportunidade de análise e reflexão. Através dessa plataforma pudemos definir domínios de atenção dos cuidados, estabelecer objetivos claros, planejar intervenções adequadas e avaliar a sua eficácia com base em critérios de resultado (conforme detalhado no apêndice B e C, p.83 e p.107). Esta abordagem permitiu-nos uma reflexão mais rigorosa sobre o processo de cuidados, capacitando-nos a prestar cuidados direcionados mais reflexivos, com suporte de literatura e mais adequados às necessidades reais e individuais de cada cliente e cuidador/familiar.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais foram promovidos momentos de reflexão pessoal e profissional ao longo deste percurso, assim como a prática e partilha de

conhecimentos e experiências com os enfermeiros especializados, com os tutores e com a professora orientadora do ENP. Tivemos oportunidade, na EIHS CP, de adquirir um conjunto de conhecimentos no campo da comunicação e gestão de más notícias, especificamente voltada para o rigor da construção e adaptação das conferências familiares aos casos clínicos, apercebendo-nos da utilidade desta intervenção para o ajuste do plano de cuidados, planeamento da alta. Também durante este percurso, nos dois contextos clínicos, foi possível uma compreensão profunda sobre preparação e administração de medicamentos por via subcutânea e o uso de medicamentos *off-label*. Esta aprendizagem foi fundamentada em práticas baseadas em evidências e capacitou-nos a tomar decisões informadas sobre o tratamento de clientes em situações clínicas complexas, neste domínio. Na UCP, adquirimos conhecimento sobre o manuseio de cateteres venosos totalmente implantados (confronte apêndice C, p.107) e também sobre tratamento de feridas oncológicas. Essa experiência foi essencial para desenvolver competências na manutenção desses dispositivos e tratamento de feridas oncológicas, garantindo uma prestação de cuidados segura. A par da realização dos ensinamentos clínicos, participamos num curso de formação profissional de gestão da dor para enfermeiros, visando aprimorar o conhecimento científico sobre a abordagem deste sintoma.

Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa.

As competências são moldadas no contexto do campo de intervenção de cada especialidade. Refletem uma compreensão dos processos de vida e problemas de saúde, mas também se traduzem no elevado grau de cuidados ajustados e personalizados a cada cliente (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Tendo por base o Regulamento n.º 429/2018, as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa, são:

- Competência um: *“Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida”* (Regulamento 429/2018, p.19360).
- Competência dois: *“Estabelece relação terapêutica com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares,*

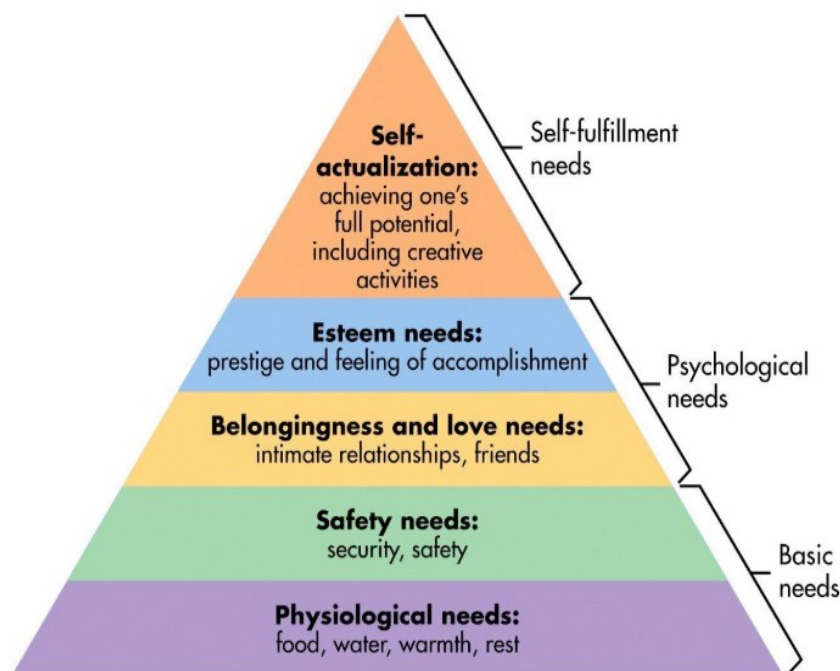
proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto” (Regulamento 429/2018, p.19360).

As duas competências decompõem-se em quatro unidades de competência cada uma, e cada Unidade de Competência (UC) propõem critérios de avaliação (com as atividades que respondam à UC). A unidade de competência 1.1 relaciona-se com a identificação de necessidades dos clientes e cuidadores/familiares. No contexto de CP é fundamental identificar e compreender de forma abrangente as necessidades dos clientes, como um passo crucial para a prestação de cuidados individualizados. Este processo implica não apenas reconhecer a presença de necessidades físicas, mas também igualmente investigar os fatores espirituais, sociais e psicológicos que acompanham essas necessidades, inicialmente avaliadas (Higginson et al., 2007; Goni-Fuste et al., 2021).

Abraham Maslow, psicólogo e filósofo americano, formulou a teoria de que a motivação humana segue uma hierarquia de necessidades. Essas necessidades iniciam-se com as mais fundamentais, como as fisiológicas (dormir, respirar, beber), avançando para as de níveis superiores através das necessidades de segurança, sociais, estima e, por fim, autorrealização. A figura 9 mostra o modelo de cinco necessidades básicas dentro de uma pirâmide correspondente à teoria de Maslow.

Figura 9

Pirâmide da Hierarquia de Necessidades de Maslow.



Fonte. Extraído de McLeod, S. A. (2018, May 21). *Maslow's hierarchy of needs*. SimplyPsychology. <https://www.simplypsychology.org/maslow.html>

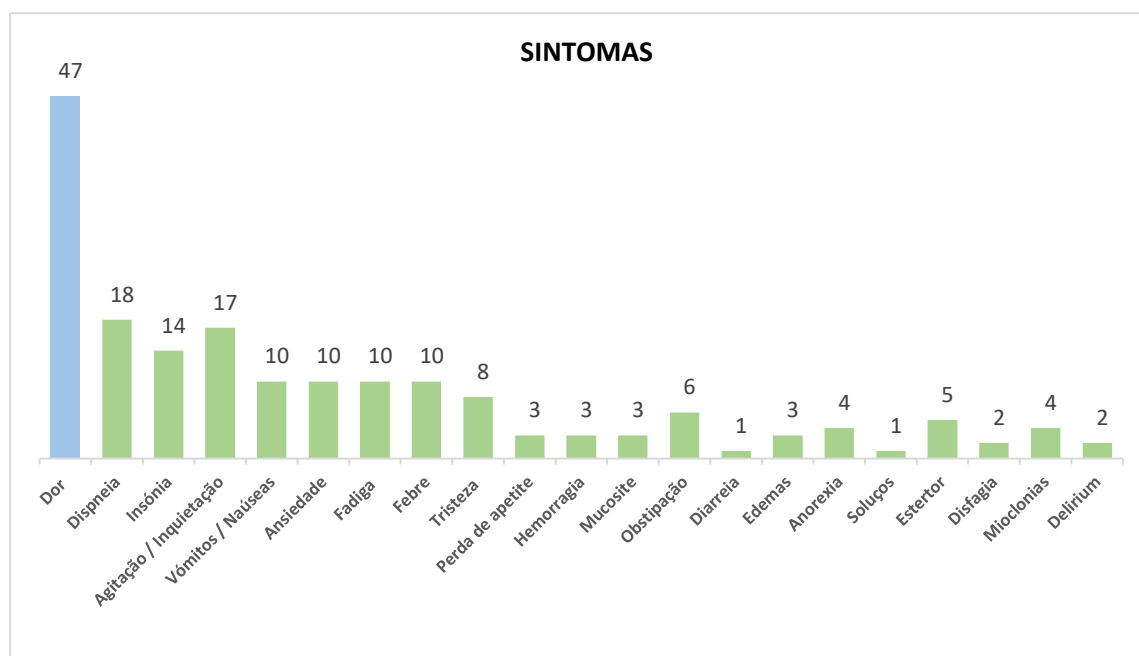
Esta teoria sugere que, à medida que as necessidades de níveis inferiores são satisfeitas, surge a motivação para satisfazer as necessidades de níveis superiores. É crucial lembrar que a mitigação de alguns sintomas pode não ser prioridade enquanto as necessidades básicas, não estiverem devidamente satisfeitas (Almeida & Abreu, 2014; Higginson et al., 2007; McLeod, 2018). Esta perspetiva ressalta a importância de priorizar a abordagem das necessidades básicas para estabelecer um suporte que permita a eficácia das intervenções posteriores, reconhecendo que o bem-estar holístico está intrinsecamente ligado à resolução das necessidades básicas e preferências.

Ao longo do ENP, nos dois contextos clínicos, a avaliação das necessidades permaneceu como uma prioridade constante da nossa prática. Essa avaliação era realizada aquando da admissão de cada cliente através de uma comunicação empática, da escuta ativa, demonstrando disponibilidade e reconhecimento pelas preocupações, crenças e medos dos clientes e cuidadores/familiares, assim como o reconhecimento do valor da autonomia e da autodeterminação pessoal em relação ao processo de fim de vida.

No que concerne às ferramentas padronizadas para registo sistemático dos sintomas e necessidades, na EIHS CP utilizamos a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton, assim como a Escala de Avaliação de Desempenho do Paciente e a Escala de Status de Desempenho do Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG). A ECOG possibilita o acompanhamento da progressão da doença e como ela impacta a funcionalidade do cliente nas atividades de vida diárias (ECOG-ACRIN Cancer Research Group, 2022). Estas três escalas foram preenchidas sempre que houve contacto com o cliente, permitindo a monitorização contínua dos sintomas e necessidades. Na UCP, a ferramenta padronizada era a escala numérica, essencialmente para registar a intensidade da dor. As restantes necessidades e sintomas identificados eram avaliados empiricamente e documentados em notas escritas no sistema de informação Glintt. Esta abordagem também estabelece um método para avaliar e documentar as necessidades, porém a avaliação e registo em notas está totalmente dependente da perceção e compreensão individual de cada enfermeiro e não baseado em evidência. Observamos que em ambos os contextos clínicos a avaliação e documentação das necessidades inerentes ao sofrimento nomeadamente ao sofrimento espiritual e social é realizada de forma empírica, verificando-se a ausência de ferramentas padronizadas para a abordagem integral do cliente. No que concerne à disposição dos profissionais para abordar estas necessidades, foi percebida uma maior sensibilidade na EIHS CP

que no contexto de UCP. A reavaliação permanente das necessidades e sintomas foi realizada em todos os contactos com os clientes e cuidadores/familiares, nos dois contextos clínicos, possibilitando-nos uma atitude proativa na identificação precoce de possíveis mudanças significativas no estado clínico dos clientes, promovendo a eficácia e adaptação dos cuidados e reduzindo possíveis complicações, elementos fundamentais para oferecer um suporte eficaz às necessidades em constante evolução e dinâmica. Esta identificação precoce permitiu-nos a realização de ensinamentos aos clientes e cuidadores/familiares, quando possível, ajudando-os a lidar de forma mais eficaz com situações de agudização. O número de contactos com clientes e cuidadores/familiares variava de acordo com a gravidade das necessidades individuais e da duração do período de internamento. Na figura 10 é apresentada a distribuição dos sintomas dos clientes acompanhados durante o ENP.

Figura 10
Distribuição dos Sintomas dos Clientes Acompanhados Durante o ENP.



Ao realizar uma análise sobre a prevalência de sintomas físicos, torna-se notório que a dor emerge como o sintoma predominante neste conjunto de clientes. Esta conclusão sublinha mais uma vez a elevada prevalência deste sintoma em CP e a importância de uma abordagem mais eficaz por parte das equipas de CP no que concerne à gestão da dor, destacando a importância de estratégias holísticas e individuais de forma a mitigar e aliviar o sofrimento. No que concerne às necessidades emocionais os clientes evidenciavam maioritariamente tristeza, ansiedade e medo de sofrer

(confronte apêndice B e C, p.83 e 107). No âmbito das necessidades espirituais, observou-se que os clientes acompanhados no ENP, expressavam frequentemente sentimentos de desesperança e perda de fé (confronte apêndice B, p.83). Ao proporcionarmos suporte espiritual, através da comunicação empática, práticas religiosas ou recursos específicos, reconhecemos a individualidade de cada cliente e também ajudamos a fortalecer a resiliência diante dos desafios do desconforto associados à doença. Quanto às necessidades sociais deste leque de clientes, evidenciou-se o sofrimento relativamente à perda e alterações de papéis e ao isolamento social (confronte apêndice C, p.107). Estas questões sociais não afetavam apenas o bem-estar social dos clientes, mas também tinham implicações diretas nos cuidadores/familiares. A nossa intervenção concentrou-se em estratégias que visam mitigar essas necessidades sociais, abordando as mudanças de papéis sociais de forma sensível e adaptativa, promovendo a comunicação entre cliente e cuidadores/familiares e fornecendo apoio emocional (confronte apêndice B, p.83). As atividades de promoção da comunicação entre cliente e cuidadores/familiares na EIHS CP eram maioritariamente realizadas através de conferências familiares. Na UCP era no momento de visitas que encontrávamos uma oportunidade de proporcionar esta comunicação.

No que diz respeito às necessidades dos cuidadores/familiares, estiveram maioritariamente relacionadas com os desafios físicos e emocionais inerentes ao papel de cuidador, ao impacto emocional causado pela inevitável vivência das perdas progressivas do seu ente querido e pela incerteza quanto ao futuro. A falta de informações médicas claras sobre prognósticos, observada nos dois contextos clínicos, foi também um dos motivos de sofrimento dos cuidadores/familiares, deixando-os em estado de constante angústia e procura por informações. Os cuidadores/familiares são considerados juntamente com a pessoa cliente, como “unidade de cuidados” (Radbruch et al., 2020). Nem sempre é visível esta consideração na prática.

Reconhecendo a significativa importância dos cuidadores e família no processo de cuidados, pelo conhecimento que integram daquela pessoa, regularmente, nos dois contextos clínicos, encontramos no período de visitas uma oportunidade valiosa para estabelecer uma comunicação com os cuidadores/familiares. Durante esse tempo, conseguimos realizar avaliação de necessidades, escutar ativamente e oferecer suporte emocional, ouvir e aconselhar. As atividades desenvolvidas com maior facilidade no serviço UCP, consistiram no esclarecimento de questões que poderiam surgir, criando um ambiente propício para a troca de informações, incluindo gestão de expectativas dos cuidadores/familiares e fortalecimento do suporte emocional em relação às suas experiências individuais.

A UC 1.2 e 1.3, centradas na promoção de intervenções baseadas em evidências, tendo em consideração as preferências dos clientes e cuidadores/familiares e o envolvimento dos cuidadores/familiares na satisfação das necessidades, demandam a realização de atividades relacionadas com a elaboração de planos individuais de cuidados. O planeamento de cuidados foi uma ação prioritária e constante na admissão do cliente, não nos limitamos apenas à gestão de sintomas, mas buscamos proporcionar um alívio do sofrimento de forma holística, alinhada com os desejos dos clientes e cuidadores/familiares. Destacar o sofrimento como um foco fundamental dos cuidados permite uma abordagem mais centrada na pessoa do que na doença (Radbruch et al., 2020). Os planos individuais de cuidados contemplaram um registo de intervenções de acordo com uma prática em contexto de CP, através de uma comunicação honesta e compassiva, partilha de informações sobre metas terapêuticas, gestão de expectativas realistas e decisões de fim de vida, envolvendo não apenas o cliente, mas também os cuidadores/familiares. Esta abordagem permitiu-nos lidar não apenas com as necessidades imediatas, mas também garantir que o plano de cuidados refletisse os valores e desejos do cliente, proporcionando uma experiência centrada no cliente e na sua rede de apoio. Nesta aprendizagem foi obrigatório em cada dia procurar a melhor evidência para a justificação plausível da melhor prática. Sobretudo nos casos desenvolvidos e em apêndice B e C.

A comunicação com os clientes e cuidadores/familiares representa um pilar fundamental nos CP de excelência (Powazki et al., 2014). No âmbito dessa prática, as conferências familiares emergem como uma intervenção de essencial importância, proporcionando não apenas um ambiente de partilha de informações clínicas fundamentais, mas também abrem um espaço para discussões sobre necessidades, verbalização de medos e receios, resolução de problemas familiares, esclarecimento e criação de planos de cuidados personalizados (Powazki et al., 2014; Rhondali et al., 2014). Durante o nosso percurso tivemos a oportunidade de participar em diversas conferências familiares, na EIHS CP era uma intervenção constante para o desenvolvimento dos planos individuais de cuidados, esclarecimento de dúvidas, em situações problemáticas e também para o planeamento de altas. Procuramos sempre garantir a presença do cliente, quando este estava consciente e orientado, respeitando a sua vontade. A participação dos cuidadores/familiares era habitualmente autorizada pelo próprio cliente. Para a realização das conferências familiares, optamos, sempre que possível, por um ambiente tranquilo, com privacidade, e, preferencialmente, utilizámos a sala de reuniões. Estas ações foram fundamentais para identificar e atender às necessidades emocionais e psicológicas dos cuidadores/familiares, especialmente em situações de perda e fim de vida, permitindo oferecer suporte ao longo de todo

o processo de luto, contribuindo para um acompanhamento mais abrangente e empático. Na UCP, não era prática comum a realização de conferências familiares e desse modo o planejamento de cuidados era realizado de forma informal no momento de admissão e posteriormente aquando da presença dos cuidadores/familiares no momento de visita.

Refletindo sobre a importância do controle de infecção em CP, é fundamental reconhecer o papel essencial que desempenha na promoção da segurança do cliente. Em CP os clientes frequentemente apresentam condições clínicas de imunossupressão e outras vulnerabilidades e o controle de infecção torna-se ainda mais necessário. No que diz respeito à prevenção, intervenção e controlo da infecção seguimos rigorosamente as precauções básicas do controlo de infecção conforme normas da DGS em todas as nossas intervenções nos dois contextos clínicos (cinco momentos da higiene das mãos, uso adequado de luvas e utilização adequada de equipamentos de proteção individual quando clientes em isolamento).

A UC 1.4 demanda o desenvolvimento de atividades focadas na colaboração interdisciplinar e colaboração de serviços de apoio. Nesse sentido tanto na EIHS CP como na UCP era prática habitual a discussão de planos de cuidados e intervenções em reuniões multidisciplinares. Durante as reuniões foi possível agregar diferentes perspetivas, permitindo a identificação de prioridades específicas e planos de ação verdadeiramente centrados no cliente e cuidadores/familiares. Sempre que existiu oportunidade, participamos nas reuniões e adquirimos conhecimento no que concerne à promoção da abordagem holística ao cliente e a impulsionar a colaboração entre membros da equipa e serviços de apoio, garantindo uma abordagem interdisciplinar de forma a promover o alívio do sofrimento em todas as suas dimensões. As reuniões multidisciplinares, pelo potencial de promoverem uma visão abrangente e integrada do cuidado, não apenas se assemelha, mas pode equiparar-se a outras intervenções clínicas, desempenhando um papel essencial na melhoria da comunicação (entre profissionais e clientes), na eficácia dos cuidados e nos resultados obtidos (MacCallam & Higgins, 2014; Pillay et al., 2016).

A UC 2.1 centra-se no respeito pela singularidade e autonomia dos clientes e cuidadores/familiares no acompanhamento de vivências individuais específicas, no processo de morrer e de luto. Através da comunicação compassiva e da escuta ativa, foi comum reconhecermos o contexto e vivências do cliente e cuidadores/familiares e a possível existência de processos de luto complicados anteriores ou perdas recentes na família. Essa informação foi importante para a gestão das perdas no momento presente e para o encaminhamento para serviços de apoio, por exemplo psicologia, sempre que necessário esta atividade foi concretizada

em ambos os contextos clínicos. Geralmente, as psicólogas em ambos os contextos clínicos é que abordavam maioritariamente os processos de luto antecipatório e preparatório, assim como a construção de legados. No entanto, na EIHSCP, pudemos acompanhar um cliente na realização de um desejo de fim de vida muito importante para ele: conhecer o neto de apenas dois meses de idade. Com a colaboração do serviço em que o cliente estava internado e a ajuda dos filhos, conseguimos encaminhar o cliente até ao exterior da instituição hospitalar, devidamente protegido, para que ele pudesse ter esse momento tão desejado de conhecer o seu único neto, antes de morrer. Esta atividade foi especialmente significativa, destacando a importância de investigarmos junto dos clientes e cuidadores/familiares se existem tarefas de resolução do luto e proporcionar a sua realização sempre que possível, com o objetivo de deixar o cliente em paz consigo mesmo.

No que concerne à UC 2.2 e 2.3 estas demandam a promoção de parcerias terapêuticas com os clientes e juntamente com os cuidadores/familiares negociar objetivos de cuidados mútuos. Neste âmbito, foram discutidos junto do cliente, quando se encontrava consciente e orientado, objetivos e metas alcançáveis e realistas, através de uma comunicação honesta e verdadeira e realização de ajuste de expectativas.

Foi observada, nos dois contextos clínicos, a vontade em alguns clientes de regressar ao domicílio e verbalizarem ser o local desejado para morrer. No entanto, muitas vezes os cuidadores/familiares não tinham a capacidade de prestar cuidados no domicílio por diversas razões, ou por a situação clínica ser demasiado complexa, impossibilitando esse objetivo. Nessas circunstâncias, mais uma vez a comunicação clara e honesta desempenhou um papel crucial na gestão das expectativas e na negociação de objetivos, auxiliando na reestruturação de expectativas e apresentando ao cliente todas as limitações inerentes, visando o interesse tanto dele como dos cuidadores/familiares, validando sempre as expressões de sentimentos. Na possibilidade de regressar ao domicílio foram salvaguardadas que as decisões estavam dentro dos limites mútuos, tanto do cliente como dos cuidadores/familiares.

Na EIHSCP foi possível assistirmos ao alcance do objetivo de regresso a casa com alguns clientes. A preparação da alta exigiu sempre uma conferência familiar onde eram capacitados os cuidadores/familiares com informações sobre possíveis complicações e como deveriam agir, disponibilizando sempre a assistência da equipa por telefone num horário estipulado. Durante o nosso percurso foi possível participar em algumas destas conferências de preparação para alta e capacitação dos cuidadores/familiares. Refletimos como seria importante que este suporte por

telefone ou presencial estivesse disponível 24 sobre 24 horas. Afinal as agudizações não escolhem dia da semana ou hora e é por essa razão que muitos destes clientes vão morrer no hospital, na ambulância ou no serviço de urgência.

Por último, no que diz respeito à UC 2.4, demanda a realização de atividades relativas ao reconhecimento dos efeitos da natureza do processo de cuidados a clientes com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal. Como referido anteriormente foi identificada a exaustão física e emocional dos cuidadores/familiares como uma necessidade comum nos dois contextos clínicos. Nessas situações, procuramos reconhecer e valorizar os sentimentos dos cuidadores/familiares, assim como o esforço dedicado aos cuidados, ressaltando a importância do seu papel. Além disso, procuramos encorajar os cuidadores/familiares a cuidarem de si mesmos, incentivando o autocuidado e assegurando que o cliente seria bem tratado na sua ausência, proporcionando-lhes tranquilidade e confiança quanto à qualidade dos cuidados prestados pelas equipas.

Os profissionais de saúde também estão sujeitos a fatores de stress devido ao contacto constante com o processo de morte e o sofrimento associado a ele. Na EIHSCP, observamos e participamos em momentos de partilha de experiências e emoções. Esta equipa tem também por rotina a organização de convívios após o horário de trabalho. Na UCP, o final das passagens de turno era muitas vezes um momento de expressão e partilha de emoções e sentimentos entre os membros da equipa. Estas práticas visam proporcionar apoio mútuo e ajudar os profissionais a lidarem com o desafio emocional do dia-a-dia.

CONCLUSÃO

Como síntese final deste relatório, podemos afirmar que todo este percurso e processo de estágio nos proporcionou uma prática clínica intensa, especializada, a constante procura de informação científica, uma profunda reflexão sobre a prática e o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro especialista. Permitiu-nos usar uma metodologia que estabeleceu uma maior conexão entre a teoria fundamental e a prática especializada de CP. Hoje somos uma enfermeira diferente e concluímos que os princípios aprendidos, as competências desenvolvidas nos tornaram melhor, mais apta.

Durante todo este processo, destacamos a compreensão e integração do conceito de competência, que integramos ao longo do tempo, não sendo fácil a sua integração nos contextos de prática clínica. Os seus sinónimos ainda se mostram diferentes conforme as pessoas, contextos e escolas. Esta dificuldade estendeu-se, aos serviços e tutores, refletindo os desafios de desconstruir processos de aprendizagem mais focados em objetivos de estágio e redirecioná-los para outras direções, mesmo que paralelas. Era necessário focarmo-nos nas competências, unidades de competência e atividades que lhes correspondem. Isso foi um dos desafios que felizmente o tempo ajudou a viabilizar.

A reflexão sobre as atividades desenvolvidas durante o ENP promoveu a integração de conhecimento novo, o desenvolvimento de novas práticas, das razões para a ação e a conscientização dos processos que validaram a aquisição do perfil de competências. A forma de aprender e justificar as nossas práticas exigiu não apenas a compreensão da lógica da intervenção, mas também a procura por todo o suporte de conhecimento subjacente, procurando evidência científica para entender e justificar todas as nossas ações. Exigiu a busca de dados, de intervenções aferidas a objetivos muito concretos em função das necessidades dos clientes, á reflexão sobre indicadores de resultados. Pensar de forma lógica e científica a conceção de cuidados, atividade concreta e objetiva de um enfermeiro especialista. Este percurso evidenciou que o desenvolvimento de competências específicas foi crucial para a melhoria dos cuidados e da prática profissional, pois passamos a compreender o sentido dos CP, a importância das necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais dos clientes e cuidadores/familiares quando

a situação de doença está marcada por sofrimento, num desfecho de incurabilidade, de progressão da doença, de morte iminente.

Destacamos a importância dos diferentes contextos de prática clínica, cada um com as suas particularidades, em termos de “seguimento” do cliente, mas ambos cruciais para o nosso entendimento e desenvolvimento como enfermeira especialista. Foi perceptível o compromisso das equipas na ajuda para as aprendizagens e aumento de conhecimentos. O interesse na integração de elementos que pudessem enriquecer a qualidade da formação.

De acordo com os diversos autores mencionados ao longo deste relatório, a aquisição de competências profissionais está intrinsecamente ligada à idoneidade dos contextos de prática clínica, ao tipo e número de experiências práticas proporcionadas, ao acompanhamento empenhado dos tutores especializados e ainda à reflexão crítica sobre essas mesmas experiências e atividades.

Este relatório enfatiza a relevância da integração de uma abordagem integral ao cliente e do cuidado humanizado, de uma abordagem compassiva, centrada nas reais necessidades dos clientes. O olhar holístico sobre a pessoa com dor emergiu como uma base de conhecimento fundamental nesta jornada. Daí o interesse pela exploração dos atributos do conceito de DT. Perceber este conceito levou-nos a entender que diferentes significados podem ser atribuídos à dor e que impacto pode ter no ser humano. A partir desse momento compreendemos a verdadeira dimensão deste conceito. Implementar um cuidado holístico e humanizado, apesar das dificuldades, foi uma das aprendizagens mais significativas deste percurso. Passamos a valorizar a importância de conhecer profundamente cada cliente como pessoa, respeitando a sua individualidade e experiência de vida, algo que demanda sensibilidade para o outro, tempo e esforço, mas que resulta num cuidado mais efetivo e humanizado. Aliado ao trabalho em equipa e à comunicação eficaz, esses aspetos são a chave em todas as etapas do cuidado paliativo, tornando-nos profissionais mais sensíveis e competentes. Fazendo com que um profissional e uma equipa faça a diferença no cuidado.

Porém, encontramos desafios na prática de um cuidado holístico devido a contingências de tempo necessário para conhecer profundamente cada pessoa, motivo de divergência na conceção e rotinas dos serviços. Também a ausência e aplicação de ferramentas específicas para identificar e monitorizar as necessidades dos clientes como avaliar o seu grau de complexidade, prognóstico

de estimativa de vida, a correta e adequada etiqueta diagnóstica ou mesmo um leque de intervenções ou objetivos reais do cuidado, também isso entre outros pode contribuir para a omissão ou descontinuidade desse cuidado.

Destacamos a importância do suporte do conhecimento científico para conhecer e melhorar a qualidade, a reflexão contínua da experiência prática, fundamentada em evidência científica para argumentar e suportar, e de uma abordagem humanizada e individualizada nos cuidados de saúde paliativos. Essas dimensões são essenciais para a formação de profissionais competentes comprometidos com a melhoria da qualidade de vida dos clientes e cuidadores/familiares.

Todo este percurso formativo do Mestrado, toda esta experiência foi essencial para o nosso crescimento pessoal e profissional e sem dúvida, permitir-nos-á oferecer no futuro, cuidados de enfermagem verdadeiramente sensíveis às necessidades dos clientes e cuidadores/familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, P., & Abreu, S. (2014, Dezembro). *ABRAHAM MASLOW*. Universidade Fernando Pessoa. https://www.academia.edu/10242353/Universidade_Fernando_Pessoa_Faculdade_de_Ci%C3%AAs_Humanas_e_Sociais_Licenciatura_em_Psicologia_Hist%C3%B3ria_e_Epistemologia_da_Psicologia
- Anekar, A. A., Hendrix, J. M., & Cascella, M. (2023). *WHO analgesic ladder*. StatPearls - NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554435/>
- Ataíde, E., D. (2014). *Cuidados Paliativos em Portugal: Perspetiva analítica da evolução da política pública desde a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados à Rede Nacional de Cuidados Paliativos (2006-2012)*. (Dissertação de Mestrado. Instituto Universitário de Lisboa). Repositório do Instituto Universitário de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10071/9189>
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *The journal of pain*, 13(8), 773–783. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.05.012>
- Ballentine, J. M. (2018). *The Five Trajectories: Supporting Patients During Serious Illness*. The California State University. Shiley Institute for Palliative Care. <https://csupalliativecare.org/wp-content/uploads/Five-Trajectories-eBook-02.21.2018.pdf>
- Bhyan, P., Pesce, M. B., Shrestha, U., & Goyal, A. (2024, January 19). *Palliative sedation in patients with terminal illness*. StatPearls - NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470545>
- Brant, J. M. (2017). Holistic total pain management in palliative care: cultural and global considerations. *Palliative Medicine and Hospice Care*, SE(1), S32–S38. <https://doi.org/10.17140/pmhcoj-se-1-108>
- Capelas, M. L. V. (2009). Cuidados paliativos: uma proposta para Portugal. *Cadernos De Saúde*, 2(1), 51-57. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2009.2785>

- Castro, M. C. F. D., Fuly, P. D. S. C., Santos, M. L. S. C. D., & Chagas, M. C. (2021). Total pain and comfort theory: implications in the care to patients in oncology palliative care. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 42. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200311>
- Cicely Saunders International. (2024). *Dame Cicely Saunders: A Brother's Story*. <https://cicelysaundersinternational.org/dame-cicely-saunders-a-brothers-story/>
- Clark, D. (1999). Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958–1967. *Social science & medicine*, 49(6), 727-736. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(99\)00098-2](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00098-2)
- Clark, D. (2014). 'Total pain': the work of Cicely Saunders and the maturing of a concept. *Glasgow End of Life Studies Group School of Interdisciplinary Studies*. http://endoflifestudies.academicblogs.co.uk/total-pain-the-work-of-cicely-saunders-and-the-maturing-of-a-concept/#_edn1
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos 2021-2022*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal Continental Biénio 2023-2024*. https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP-2023_2024_signed.pdf
- Corpora, M., Liggett, E., & Leone, A. F. (2021). The effects of guided imagery and hand massage on wellbeing and pain in palliative care: Evaluation of a pilot study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 42, 101303. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2021.101303>
- Cuomo, A., Bimonte, S., Forte, C. A., Botti, G., & Cascella, M. (2019). Multimodal approaches and tailored therapies for pain management: the trolley analgesic model. *Journal of pain research*, 12, 711–714. <https://doi.org/10.2147/JPR.S178910>
- De Munter, J., Dodlek, N., Khmaladze, A., Parreira, S. T., Ullgren, H., De Man, R., De Jong, F. A., & Oldenmenger, W. H. (2023). The role of cancer nurses in cancer-related pain management in Europe. *Palliative Care and Social Practice*, 17. <https://doi.org/10.1177/26323524231216996>
- Decreto-Lei n.º 101/2006 do Ministério da Saúde. (2006). Diário da República: I-A Série, n.º 109. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>

- Dhaliwal, A., & Gupta, M. (2023). *Physiology, opioid receptor*. StatPearls - NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546642/>
- Direção Geral da Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. DGS N.09/DGCG. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. <https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa Nacional para a Preven%C3%A7%C3%A3o e Controlo da Dor - 2017.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Utilização dos medicamentos opióides fortes na dor crónica não oncológica*. DGS N.09/DSCS/DPCD/DSQC. <https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-CircularInformativa-OpioidesDorNaoOncologica-2008.pdf>
- Dydyk, A. M., & Grandhe, S. (2023). *Pain assessment*. StatPearls - NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556098/>
- Egea, M. Z., Ursúa, M. P., Toro, L. B., & Palmar, A. R. (2022). Dimensions of good palliative nursing care: Expert panel consensus and perceptions of palliative professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 32(13–14), 3746–3756. <https://doi.org/10.1111/jocn.16583>
- European Association for Palliative Care (2013). *Palliative care: a human right. Carta de Praga*. <https://www.ghc.com.br/files/CARTA%20DE%20PRAGA%20SOBRE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>
- European Oncology Nursing Society. (2013). *Dor irruptiva oncológica Guidelines 2013 Guia de bolso*. Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa. <https://www.aeop.pt/ficheiros/cd093db311ac28d7469047363d31b161.pdf>
- European Pain Federation. (2022). *What is the definition of pain?*. <https://europeanpainfederation.eu/what-is-pain/>
- Fajardo-Chica, D. (2020). Sobre el concepto de dolor total. *Revista De Salud Publica*, 22(3), 1–5. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n3.84833>
- Fallon, M., Giusti, R., Aielli, F., Hoskin, P., Rolke, R., Sharma, M., Ripamonti, C. I., & ESMO Guidelines Committee (2018). Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology*, 29(Suppl 4), iv166–iv191. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy152>

- Ferguson, L., Ruheili, J. A., Clark, H., & Barham, D. (2021). Subcutaneous lidocaine infusion for complex cancer pain: A Retrospective review. *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy*, 35(3), 137–142. <https://doi.org/10.1080/15360288.2021.1920544>
- Ferrell, B. (2019). National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care: Implications for Oncology Nursing. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(2), 151–153. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_75_18
- Fine, P. G., & Portenoy, R. K. (2009). Establishing “Best Practices” for opioid rotation: Conclusions of an expert panel. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(3), 418–425. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.06.002>
- Gamondi, C., Larkin, P. & Payne, S. (2013). Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 2. *European Journal of Palliative Care*, 20 (3). https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2018/12/6_EJPC203Gamondi_part2_0.PDF
- Gilbertson, L., Savulescu, J., Oakley, J., & Wilkinson, D. (2022). Expanded terminal sedation in end-of-life care. *Journal of Medical Ethics*, 49(4), 252–260. <https://doi.org/10.1136/jme-2022-108511>
- Gonçalves, F. (2023, Outubro 20). Avaliação da Dor Crónica. *Medicina Paliativa*. <https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/231020125342.pdf>
- Gonçalves, F., Almeida, A., Antunes, C., De Lucena Cardoso, M. D. S., De Carvalho, M. H. C., Claro, M., Coimbra, F., Diniz, I., Fonseca, B., Fradique, E., Gonçalves, E., Gonçalves, F., Gonçalves, M. E., Magalhães, A., Pina, P., Pires, C., Silva, P., Silva, R., Silva, R., . . . Teixeira, L. (2014). Symptoms other than pain in palliative care in Portugal. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 32(3), 335–340. <https://doi.org/10.1177/1049909114520715>
- Goni-Fuste, B., Crespo, I., Monforte-Royo, C., Porta-Sales, J., Balaguer, A., & Pergolizzi, D. (2021). What defines the comprehensive assessment of needs in palliative care? An integrative systematic review. *Palliative Medicine*, 35(4), 651–669. <https://doi.org/10.1177/0269216321996985>
- Gozzi, F., Bordin, R. A., & Urpia, A. G. B. C. (2020). “Philippe perrenoud and the discourse of competence in education”. *International Journal of Development Research*, 10, (12). <https://doi.org/10.37118/ijdr.20565.12.2020>

- Guan, N. C., Beng, T. S., Low, S., & Kanagasundram, S. (2021). The effect of 5-min mindful breathing on pain in palliative care cancer patients: A randomized controlled study. *Indian Journal of Palliative Care*, 27(1), 83. https://doi.org/10.4103/ijpc.ijpc_122_20
- Hagarty, A. M., Bush, S. H., Talarico, R., Lapenskie, J., & Tanuseputro, P. (2020). Severe pain at the end of life: a population-level observational study. *BMC Palliative Care*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00569-2>
- Hartogh, G. D. (2017). Suffering and dying well: on the proper aim of palliative care. *Medicine Health Care and Philosophy*, 20(3), 413–424. <https://doi.org/10.1007/s11019-017-9764-3>
- Higginson, I. J., Hart, S. S., Koffman, J., Selman, L. E., & Harding, R. (2007). Needs Assessments in Palliative Care: An appraisal of Definitions and approaches used. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(5), 500–505. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.02.007>
- International Association for the Study of Pain. (2020, July 16). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/?ItemNumber=10475&navItemNumber=643>
- International Association for the Study of Pain. (2021). *Terminology*. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/?ItemNumber=1698&navItemNumber=576>
- Kestenbaum, M., Vilches, A. O., Messersmith, S., Connor, S. R., Fine, P. G., Murphy, B. S., Davis, M. S., & Muir, J. C. (2014). Alternative Routes to Oral Opioid Administration in Palliative Care: A review and clinical summary. *Pain Medicine*, 15(7), 1129–1153. <https://doi.org/10.1111/pme.12464>
- Klein, C. P. a. T., Voss, R., Ostgathe, C., & Schildmann, J. (2023). Sedation in palliative care—a clinically oriented overview of guidelines and treatment recommendations. *Deutsches Arzteblatt International*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0034>
- Kosek, E., Clauw, D., Nijs, J., Baron, R., Gilron, I., Harris, R. E., Mico, J. A., Rice, A. S. C., & Sterling, M. (2021). Chronic nociplastic pain affecting the musculoskeletal system: clinical criteria and grading system. *Pain*, 162(11), 2629–2634. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002324>
- Lam, J. K., Cheung, C. K. C., Chow, M. Y., Harrop, E., Lapwood, S., Barclay, S., & Wong, I. C. K. (2020). Transmucosal drug administration as an alternative route in palliative and end-of-life care during the COVID-19 pandemic. *Advanced Drug Delivery Reviews*, 160, 234–243. <https://doi.org/10.1016/j.addr.2020.10.018>

- Le Boterf, G. (2002). De quel concept de compétence avons nous besoin?. *Soins Cadres*, 41. <http://www.guyleboterf-conseil.com/images/Soins%20cadres.PDF>
- Lei de Bases de Cuidados Paliativos n.º 52/2012. (2012). Diário da República, I Série n.º 172. <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>
- Lei Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida n.º 31/2018. (2018). Diário da República, I Série n.º 137. <https://files.dre.pt/1s/2018/07/13700/0323803239.pdf>
- Leppert, W., Malec-Milewska, M., Zajączkowska, R., & Wordliczek, J. (2018). Transdermal and topical drug administration in the treatment of pain. *Molecules*, 23(3), 681. <https://doi.org/10.3390/molecules23030681>
- MacCallam, J., & Higgins, L. (2014). Multidisciplinary meetings as an effective clinical intervention. *Nursing children and young people*, 26(5), 16–20. <https://doi.org/10.7748/ncyp.26.5.16.e312>
- Machado, L. C., Monteiro, J. M., De Paula, R. A., & Cintra, W. G. D. S. (2022). Aplicabilidade dos cuidados paliativos no manejo do paciente com dor total / Applicability of palliative care in the management of patients with total pain. *Brazilian Journal of Development*, 8(1), 6343–6352. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n1-428>
- Marie Curie. (2022, July 20). *Pain management in palliative care*. <https://www.mariecurie.org.uk/professionals/palliative-care-knowledge-zone/symptom-control/pain-control>
- McLeod, S. A. (2018, May 21). *Maslow's hierarchy of needs*. SimplyPsychology. <https://www.simplypsychology.org/maslow.html>
- Mehta, A., & Chan, S. L. (2008). Understanding the concept of "total pain:" A prerequisite for pain control. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 10, 26-32
- Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., & Sheikh, A. (2005). Illness trajectories and palliative care. *The BMJ*, 330(7498), 1007–1011. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7498.1007>

- National Comprehensive Cancer Network. (2023, October 27). *NCCN Guidelines Version 1.2024 Distress Management*. https://www.nccn.org/docs/default-source/patient-resources/nccn_distress_thermometer.pdf
- Neto, G. I., (2016). Cuidados Paliativos: Princípios e Conceitos Fundamentais. In A. Barbosa., P. R. Pina., F. Tavares I., & G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3rd ed., pp. 1-23). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Guia Orientador de boas práticas. A DOR - Guia Orientador de Boa Prática*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2020, August 20). *Palliative care*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Pedro, A. M. R., & Silva, M. P. R. (2017, Junho). *Manual de rotação de opióides* (3ª ed.). LABORATÓRIOS VITÓRIA. https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/manual_rotacao_opioides_3_edicao_mai2017.pdf
- Pelosci, A. (2022, October 13). Jun J. Mao, MD, MSCE, on Updated Pain Management Guidelines for Cancer care. *Cancer Network*. <https://www.cancernetwork.com/view/jun-j-mao-md-msce-on-updated-pain-management-guidelines-for-cancer-care>
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI evidence synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Phillips, J., Johnston, B., & McIlfratrick, S. (2020). Valuing palliative care nursing and extending the reach. *Palliative Medicine*, 34(2), 157–159. <https://doi.org/10.1177/0269216319900083>
- Phillips, J., Virdun, C., Bhattarai, P., & Fraser, C. (2019). Nursing and palliative care. In *Springer eBooks* (pp. 541–555). https://doi.org/10.1007/978-3-319-77740-5_43
- Pillay, B., Wootten, A. C., Crowe, H., Corcoran, N., Tran, B., Bowden, P., Crowe, J., & Costello, A. J. (2016). The impact of multidisciplinary team meetings on patient assessment, management and outcomes in oncology settings: A systematic review of the literature. *Cancer treatment reviews*, 42, 56–72. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2015.11.007>

- Pimentel, A., Agrelo, A., Aguiar, Fontanete, D., Cardoso, G. A., & Fragoso, M. (2022). *A dor em oncologia e a dor irruptiva oncológica*. Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor. https://www.apeddor.org/images/diversos/documentos/Dor_Irruptiva_Oncologica.pdf
- Portaria nº 165/2016 do Ministério da Saúde. (2016). Diário da República, I Série n.º 112. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/165-2016-74671910>
- Powazki, R. D., Walsh, D., Hauser, K., & Davis, M. P. (2014). Communication in Palliative Medicine: A Clinical review of family conferences. *Journal of Palliative Medicine*, 17(10), 1167–1177. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0538>
- Prabhakar, A., & Smith, T. J. (2021). Total pain #417. *Journal of Palliative Medicine*, 24(7), 1100–1101. <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0128>
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F. M., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, É., Buitrago, R., Burlá, C., Callaway, M., Munyoro, E., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S. R., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K. M., Goh, C., . . . Pastrana, T. (2020). Redefining Palliative Care—A new Consensus-Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 754–764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II Série, n.º 26. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II Série, n.º 135. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Rhondali, W., Dev, R., Barbaret, C., Chirac, A., Font-Truchet, C., Vallet, F., Bruera, É., & Filbet, M. (2014). Family conferences in palliative care: A survey of health care providers in France. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(6), 1117–1124. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.03.007>
- Rietjens, J. A. C., Sudore, R. L., Connolly, M., van Delden, J. J., Drickamer, M. A., Droger, M., van der Heide, A., Heyland, D. K., Houttekier, D., Janssen, D. J. A., Orsi, L., Payne, S., Seymour, J., Jox, R. J., Korfage, I. J., & European Association for Palliative Care (2017). Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *The Lancet. Oncology*, 18(9), e543–e551. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30582-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30582-X)

- Sánchez, J. L., & Rivera-Largacha, S. (2018). Historia del concepto de dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales. *Revista Ciências De La Salud*, 16(2), 339–354. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6773>
- Satija, A., Singh, S., Kashyap, K., & Bhatnagar, S. (2014). Management of total cancer pain: A case of young adult. *Indian Journal of Palliative Care*, 20(2), 153. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.132651>
- Schuster, M. W., Bayer, O., Heid, F., & Laufenberg-Feldmann, R. (2018). Opioid rotation in cancer pain treatment. *Deutsches Arzteblatt International*, 115(9), 135-42. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0135>
- Sinha, A., Deshwal, H., & Vashisht, R. (2023, February 26). *End-of-Life evaluation and management of pain*. StatPearls - NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568753/>
- Sousa, A., D., A. (2012). *SINTOMAS EM CUIDADOS PALIATIVOS: DA AVALIAÇÃO AO CONTROLO*. (Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/65130/2/30465.pdf>
- Sulistio, M., Wojnar, R., Key, S., Kwok, J. J., Al-Rubaie, Z. T., & Michael, N. (2020). The role of methadone in cancer-induced bone pain: a retrospective cohort study. *Supportive Care in Cancer*, 29(3), 1327–1335. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05606-7>
- The Royal Australian College of General Practitioners. (2017). *Prescribing drugs of dependence in general practice, Part C2: The role of opioids in pain management*. <https://www.racgp.org.au/getattachment/9aba1fe0-1c8b-493f-aab4-c7e734c0f732/Brief-overview-of-adjuvants.aspx>
- Timm, H. U. (2023). Transformation of the concepts and practice of total pain and total care: 30 years of Danish hospices. *Frontiers in Sociology*, 8, <https://doi.org/10.3389/fsoc.2023.1145131>
- Treede, R., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'Homme, P., Nicholas, M. K., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S. A., . . . Wang, S. J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *PAIN*, 160(1), 19–27. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L. A., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., . . . Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-SCR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/m18-0850>

Wary, B. (1999). *Doloplus-2, une échelle pour évaluer la douleur*. *Soins Gériatriques*, 19 : 25-27.

Wideman, T. H., Edwards, R. R., Walton, D. M., Martel, M. O., Hudon, A., & Seminowicz, D. A. (2019). The multimodal assessment model of pain. *The Clinical Journal of Pain*, 35(3), 212–221. <https://doi.org/10.1097/ajp.0000000000000670>

Wood, J. (2022). Cicely Saunders, 'Total Pain' and emotional evidence at the end of life. *Medical Humanities*, 48(4), 411–420. <https://doi.org/10.1136/medhum-2020-012107>

World Health Organization. (2024). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1404135736>

APÊNDICE A. PLANO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à

Pessoa em Situação Paliativa

Plano de Formação em Serviço

(Atividade integrada no objetivo de aprendizagem: desenvolvimento da melhoria contínua)

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

Tema Ação de Formação	Dor Total em cuidados paliativos
Data	24/01/2024
Público-alvo	Profissionais das equipas da EIHSCP
Duração	30 minutos

Objetivos	<ul style="list-style-type: none">• Apresentar a problemática em questão: dor total em cuidados paliativos e em fim de vida;• Sintetizar o “estado da arte” sobre o tema;• Partilhar as dimensões da dor total;• Descrever as intervenções na gestão da dor total.
Conteúdos	<ul style="list-style-type: none">• Conceito de cuidados paliativos;• Conceito de dor;• Conceito de sofrimento;• Conceito de dor total;• Importância da abordagem holística;• Manifestações das diferentes dimensões da dor total;• Intervenções na gestão da dor total.
Preletores	Sara Cláudia Gomes Rodrigues
Metodologia	Método expositivo/participativo
Material De Apoio	Recurso a ficheiro com diapositivos Computador
Avaliação	Discussão de grupo 10min

Referências bibliográficas

- Brant, J. M. (2017). Holistic Total Pain Management in Palliative Care: Cultural and Global Considerations. *Palliative Medicine and Hospice Care - Open Journal*, SE(1), S32–S38. <https://doi.org/10.17140/PMHCOJ-SE-1-108>
- Castro, M. C. F. D., Fuly, P. D. S. C., Santos, M. L. S. C. D., & Chagas, M. C. (2021). Total pain and comfort theory: implications in the care to patients in oncology palliative care. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 42. <https://doi.org/10.1590/19831447.2021.20200311>
- Cicely Saunders International. (2024). *Dame Cicely Saunders: A Brother's Story*. <https://cicelysaundersinternational.org/damecicely-saunders-a-brothers-story/>
- Direção Geral da Saúde. (2003). *A Dor como 5ª sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. DGS N.09/DGCG*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares>
- Fajardo-Chica, D. (2020). Sobre el concepto de dolor total. *Revista De Salud Publica*, 22(3), 1–5. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n3.84833>
- International Association for the Study of Pain. (2020, July 16). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. <https://www.iasppain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-reviseddefinition-of-pain/?ItemNumber=10475&navItemNumber=643>
- Prabhakar, A., & Smith, T. J. (2021). Total Pain #417. *Journal of palliative medicine*, 24(7), 1100–1101. <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0128>
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F. M., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, É., Buitrago, R., Burlá, C., Callaway, M., Munyoro, E., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S. R., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K. M., Goh, C., . . . Pastrana, T. (2020). Redefining Palliative Care—A new Consensus-Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 754–764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Sánchez, J. R. L., & Rivera-Largacha, S. (2018). History of the Concept of Total Pain and Reflections on Humanization of Assistance for Terminal Patients. *Revista Ciencias de La Salud*, 16(2), 340–356. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6773>
- Wood, J. (2022). Cicely Saunders, 'Total Pain' and emotional evidence at the end of life. *Medical Humanities*, 48(4), 411–420. <https://doi.org/10.1136/medhum-2020-012107>

**APÊNDICE B. CASO 1 – EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS
PALIATIVOS**

CASO 1 - EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

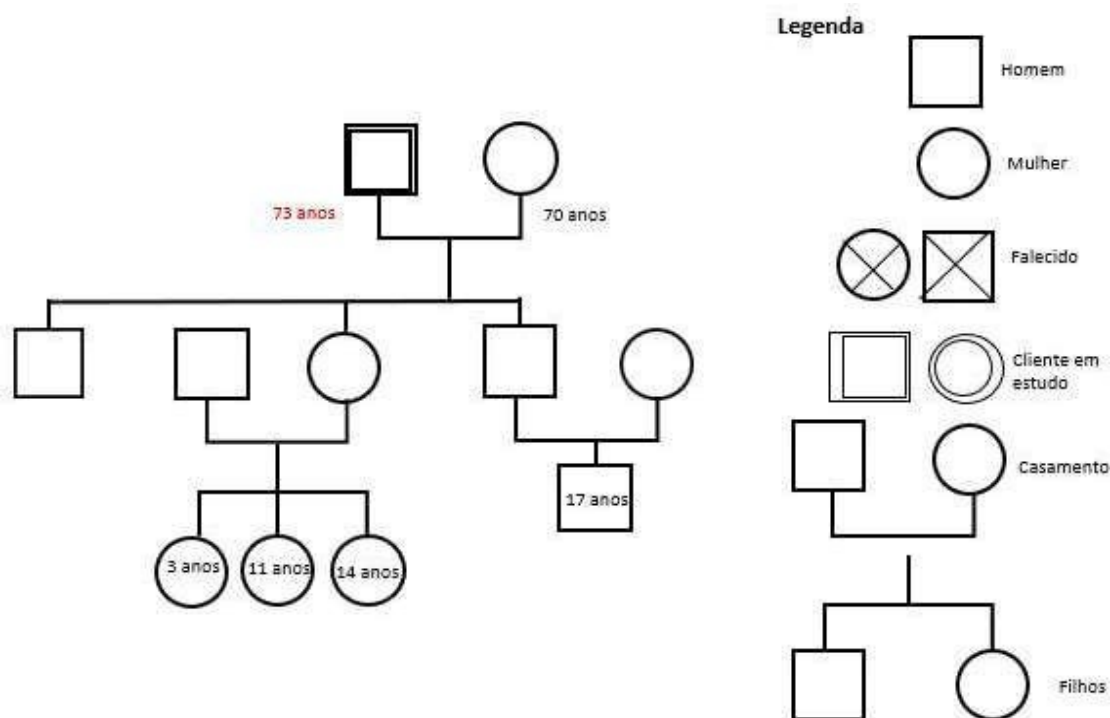
CENÁRIO

Cliente do sexo masculino, com 73 anos de idade, autónomo para as atividades de vida diárias previamente ao internamento. Era reformado, trabalhava na construção civil e era ativo socialmente, frequentava o café e convivia diariamente com amigos. Residia em casa própria com a esposa, que também já estava reformada. O casal tinha três filhos, todos adultos, e quatro netos, que desfrutavam de uma boa relação familiar. Um dos filhos era solteiro, mas vivia em habitação própria. No início de outubro de 2023 o cliente desenvolve um quadro de dor abdominal, sem náuseas, vômitos ou febre. Por agravamento da dor abdominal e início de distensão abdominal recorre ao serviço de urgência. Após realização de vários exames de diagnóstico é internado por um quadro de abdômen agudo, inicialmente com suspeita de perfuração de víscera oca. Nesse contexto, foi submetido a uma laparoscopia exploradora onde se constatou uma neoplasia pancreática com carcinomatose peritoneal extensa. Após realização de laparoscopia exploradora o cliente fica internado no serviço de observações para uma maior vigilância durante três dias e posteriormente foi transferido para o serviço de cirurgia geral. Apresenta como antecedentes pessoais relevantes: doença pulmonar obstrutiva crónica GOLD D. O pedido de colaboração à Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) é realizado pela equipa médica assistente do serviço de observações dois dias após a realização da laparoscopia exploradora por dor não controlada e situação clínica irreversível. O pedido tem como objetivo proporcionar o controle sintomático adequado e apoio multidimensional ao cliente, considerando o impacto significativo que o diagnóstico teve na condição pessoal do cliente e da família. A primeira avaliação realizada pela EIHSCP ocorreu no dia seguinte ao pedido de colaboração. Nessa primeira avaliação, o Srº MS estava consciente e orientado, porém, apresentava uma elevada dependência para realizar o autocuidado devido à dor não controlada. Ele relatou uma dor abdominal com intensidade avaliada como oito pela escala numérica de avaliação de intensidade da dor e demonstrou uma marcada labilidade emocional, expressando tristeza, desesperança e medo pela sua situação atual, revelando ser a primeira vez que estava internado no hospital. Além disso, o Srº MS expressa uma grande preocupação em relação à sua família, revelando um receio aterrorizante de não poder voltar a ver as suas netas. Na primeira entrevista foi apresentada EIHSCP (constituição e funções) que o cliente entende e aceita e foi realizada a conceção de cuidados. Neste contexto desafiador, a presença e o apoio da família torna-se essencial. A família desempenha um papel fundamental contribuindo significativamente para o bem-estar durante o período de doença, oferecendo amor e compaixão. O genograma familiar ajuda a compreender as dinâmicas familiares, relações e necessidades dos clientes em situações delicadas de saúde. Na

figura 1 é descrita a estrutura familiar do Sr^o MS, através do genograma familiar. O Sr^o MS de 73 anos com esposa de 70 anos de idade e os 3 filhos, dois deles com a sua própria família e um solteiro.

Figura 1

Genograma familiar do cliente em estudo



1.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este caso clínico desenvolveu-se em contexto de internamento hospitalar e representa a condição clínica de um cliente com neoplasia no pâncreas em estadio não operável com carcinomatose peritoneal. Este é um quadro clínico em que não existe uma abordagem terapêutica curativa disponível. Inevitavelmente, a progressão da doença resultará na morte, causando uma série de desafios nos aspetos físicos, psicossociais e espirituais, intensificando as dificuldades enfrentadas pela pessoa afetada e o seu círculo de apoio. As doenças oncológicas representam, em Portugal, a segunda causa de morte e a principal causa de anos de vida perdidos, ajustados para a doença (Despacho Normativo n.º 13227/2023).

Os tumores do pâncreas são os 12^o tumores com maior incidência e a sexta causa mais comum de morte com cancro a nível mundial (Global Cancer Observatory [Globocan], 2020). Em Portugal é o nono cancro com maior incidência e o quinto cancro com maior mortalidade (Globocan, 2022). Enquanto patologia oncológica com indicação cirúrgica, pode mostrar-se ressecável, com indicação cirúrgica limítrofe quando a localização do tumor

afeta grandes estruturas vasculares e irresecável quando o seu tamanho e localização apresentam envolvimento arterial e venoso podendo envolver sobretudo a mesentérica (Park et al., 2021). No momento do diagnóstico, cerca de 50% a 60% dos clientes apresentam metastização, enquanto 10% têm a doença localizada e suscetível a cirurgia. Os restantes 30-35% enfrentam uma doença localmente avançada, provavelmente irresecável devido à extensão do envolvimento tumoral (Anderson et al., 2022; Park et al., 2021). Um dos principais fatores potenciadores para a agressividade desta doença está relacionado ao fato de que, o diagnóstico ocorrer em estádios avançados da doença. Quando a cura não é viável, as abordagens terapêuticas concentram-se em melhorar a qualidade de vida do cliente, recorrendo aos Cuidados Paliativos (CP), conforme o caso em estudo (Anderson et al., 2022; Partyka et al., 2023).

Os fatores risco associados ao desenvolvimento de cancro de pâncreas incluem o tabagismo, consumo de álcool, obesidade e antecedentes familiares de cancro pancreático. Sabe-se que fatores hereditários são responsáveis por 10% dos casos de cancro pancreático (Partyka et al., 2023). O cliente em análise possui dois elementos predisponentes ao desenvolvimento de cancro do pâncreas, devido ao hábito de tabagismo e ao consumo de álcool.

Os sintomas iniciais desta patologia geralmente manifestam-se de maneira insidiosa e pouco específica, incluindo sensações de mal-estar, desconforto ou dor abdominal, náuseas e vômitos, perda de peso e alteração da coloração da pele (American Cancer Society, 2019). A dor na parte superior do abdômen é frequentemente o primeiro indício, como também observado no caso em estudo. Pode também ocorrer dorsalgia persistente em clientes com metastização retroperitoneal (American Cancer Society, 2019).

O estadió do cancro pode ser classificado através do sistema de classificação TNM, definido pelo American joint Committee on Cancer, em que o T descreve o tamanho do tumor podendo abranger as camadas de tecido próximo, o N descreve a disseminação do cancro para os gânglios linfáticos e M descreve a existência de metástases (American Cancer Society, 2019). No presente caso, a classificação do estadió do tumor não é possível devido à ausência dessa informação no relatório médico. Podemos apenas inferir que o Sr^o MS está a enfrentar um cancro do pâncreas em estadió avançado com carcinomatose peritoneal extensa, condição que ocorre devido à disseminação das células neoplásicas, tornando não operável (Alves, 2012). A carcinomatose peritoneal representa uma forma devastadora da progressão da doença associada a um prognóstico extremamente desfavorável (Alves, 2012). Se na fase de diagnóstico se verificar metastização para órgãos próximos, como é o caso, a taxa de sobrevivência a cinco anos é de 16%. (American Cancer Society, 2024). Quanto aos tratamentos para a neoplasia pancreática, a escolha ideal está intrinsecamente ligada ao estadió da doença.

As opções terapêuticas incluem cirurgia para ressecção do pâncreas, procedimentos de ablação ou embolização, radioterapia, quimioterapia e imunoterapia e tratamento paliativo (American Cancer Society, 2019; Anderson et

al., 2022; Partyka et al., 2023). Diante desta situação, considerando que o cliente em estudo apresenta uma neoplasia pancreática irresecável com extensa carcinomatose peritoneal, a decisão foi direcionada para o tratamento paliativo. Nesse contexto, a equipa de CP tem como objetivo o alívio do sofrimento em todas as suas dimensões e a promoção do bem-estar, patenteando uma abordagem humanizada, compassiva e científica.

1.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 73 anos | Masculino

Cuidador

17-10-2023 10:00 - Parentesco: cônjuge.

17-10-2023 10:00 - Coabita com a pessoa dependente.

17-10-2023 10:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.

17-10-2023 10:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

17-10-2023 10:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

1.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-10-17 10:00:00	Morfina 3mg EV 1/1h - SOS	
2023-10-17 10:00:00	Brometo de Ipratrópio 20mcg (2puffs) Inal 8/8h - 8H/16H /OOH	
2023-10-17 10:00:00	Piperacilina + tazobactam 4,5G EV - 8H/16H/OOH	2023-10-23 10:00:00
2023-10-17 10:00:00	Fentanilo 12ugTD	2023-10-23 10:00:00
2023-10-17 10:00:00	Polieletrólítico com Glicose 1000ml/24h EV	
2023-10-17 10:00:00	Lorazepam 1mg PO - 22H	
2023-10-23 10:00:00	Fentanilo 25ug TD	

1.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Em CP, é comum observar uma alta incidência de sintomas que impactam negativamente a qualidade de vida dos clientes. Esses sintomas são variados, interligados e podem ter origens complexas e diversas. O tratamento farmacológico deve ser personalizado, levando em consideração as características específicas de cada cliente, e idealmente, deve ser orientado para abordar a fisiopatologia subjacente. A administração oral dos

medicamentos deve ser priorizada sempre que possível, e é recomendável incluir doses de resgate para lidar com episódios mais intensos de sintomas (Pina, 2016; Nunes et al., 2018). Abaixo está descrito o tratamento farmacológico que o cliente realizou e como cada medicamento se relacionam com o caso.

Morfina (via endovenosa)

Este medicamento é prescrito para o tratamento de processos dolorosos de intensidade severa. É importante estar atento a possíveis efeitos secundários comuns, tais como náuseas, vômitos, obstipação, sonolência e confusão mental. O cliente em estudo apresenta dor generalizada de moderada a severa, a qual não está controlada adequadamente na primeira avaliação. Portanto, esta prescrição visa aliviar o desconforto do cliente se dor abdominal generalizada.

Brometo de Ipratrópio (inalador)

Esta medicação é classificada como antagonistas colinérgicos. É prescrita para o tratamento de manutenção do broncospasmo associado a condições como asma, DPOC, bronquite crónica e enfisema. Alguns efeitos secundários comuns podem ocorrer e requerem monitorização, tais como tosse, broncospasmo induzido pela inalação, irritação da garganta, laringospasmo, edema da faringe e xerostomia. O cliente possui história de DPOC e necessita de tratamento de manutenção para controlar os sintomas associados a esta doença respiratória.

Lorazepam (via oral)

Este medicamento é classificado como ansiolítico, sedativo e hipnótico. É indicado para tratar insônia e ansiedade em todas as suas formas, especialmente quando há distúrbios funcionais e manifestações somáticas. Alguns efeitos secundários comuns incluem a fadiga e sonolência, os quais devem ser vigiados. O Srº MS apresenta-se preocupado com a sua doença, com a sensação de degradação física progressiva e com medo de morrer. Este medicamento é destinado a aliviar a ansiedade relacionada com estes aspetos específicos da sua situação.

Fentanilo (selo transdérmico)

Este medicamento é classificado como um analgésico potente opioide. Indicado para o tratamento da dor crónica grave que requer administração contínua de opioides por um período prolongado. Pode ser utilizado de forma contínua por até 72 horas. Os efeitos secundários comuns que requerem vigilância incluem hipoventilação, bradicardia e hipotensão. O cliente em estudo apresenta uma dor crónica grave, com necessidade de contínua de administração de opioides para alívio da dor. O novo sistema transdérmico deve ser aplicado numa zona diferente da pele após remoção do sistema transdérmico anterior. Deve ser aplicado em pele não irritada e que

não tenha sido sujeita a radiações, numa superfície lisa do tronco ou parte superior dos braços. Estes cuidados específicos visam garantir a eficácia e segurança do tratamento.

Piperacilina + tazobactam (via endovenosa)

Medicamento indicado no tratamento de infeções polimicrobianas moderadas a graves, incluindo infeções intra-abdominais, da pele e dos tecidos moles. Alguns efeitos secundários comuns podem ocorrer e requerem monitorização tais como diarreia, vómitos, náuseas e erupção cutânea. O Srº MS encontra-se no pós-operatório de uma laparoscopia exploradora, por quadro de abdômen agudo, analiticamente com parâmetros inflamatórios em ascensão.

Polieletrólítico com Glicose (via endovenosa)

Solução hipertónica, indicado para correção de alterações hidroelectrolíticas e desidratações isotónicas eventualmente associadas a acidose metabólica. Hiperglicemias e irritação do local de inserção do cateter são dos efeitos adversos mais comuns e que merecem a nossa vigilância. Neste caso o cliente apresenta alterações hidroelectrolíticas que precisam de ser corrigidas, além da necessidade de manutenção de acesso venoso e volémia.

1.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

17-10-2023 10:00 - Repouso no leito

- 17-10-2023 10:00 - Assegurar atividades para satisfazer as necessidades humanas fundamentais
- 17-10-2023 10:00 - Assistir no tomar banho
- 17-10-2023 10:00 - Assistir no cuidar da higiene oral
- 17-10-2023 10:00 - Assistir no arranjar-se
- 17-10-2023 10:00 - Assistir no vestir-se ou despir-se

17-10-2023 10:00 - Regime de nada pela boca

- 17-10-2023 10:00 - Promover adesão: regime de nada pela boca
- 17-10-2023 10:00 - Avaliar evolução da adesão ao regime de nada pela boca

17-10-2023 10:00 - Oxigenoterapia

- 17-10-2023 10:00 - FiO2: 28 %.
- 23-10-2023 10:00 - FiO2: 28 %.
- 17-10-2023 10:00 - Débito de oxigénio: 2.00 L/min.

23-10-2023 10:00 - Débito de oxigénio: 2.00 L/min.

17-10-2023 10:00 - Assegurar oxigenoterapia

17-10-2023 10:00 - *Manter Oxigenoterapia*

Sondas, Drenos e Cateteres

17-10-2023 10:00 - Sonda de oxigénio

17-10-2023 10:00 - Características do dispositivo: Cânula nasal.

23-10-2023 10:00 - Características do dispositivo: Cânula nasal.

17-10-2023 10:00 - Assegurar funcionamento da sonda

17-10-2023 10:00 - *Otimizar sonda de oxigénio*

17-10-2023 10:00 - Cateter venoso periférico

17-10-2023 10:00 - Localização do cateter venoso periférico

17-10-2023 10:00 - Antebraço Direita(o)

17-10-2023 10:00 - Características do dispositivo: Nº20.

23-10-2023 10:00 - Localização do cateter venoso periférico

23-10-2023 10:00 - Antebraço Esquerda(o)

23-10-2023 10:00 - Características do dispositivo: Nº22.

17-10-2023 10:00 - Assegurar funcionamento do cateter

17-10-2023 10:00 - *Otimizar cateter venoso periférico (Antebraço Esquerda(o))*

17-10-2023 10:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

17-10-2023 10:00 - *Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico (Antebraço Esquerda(o))*

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

Com o objetivo de melhorar o conforto do cliente, especialmente diante da evolução clínica, foram tomadas decisões em equipa significativas em relação aos dispositivos e intervenções terapêuticas. A equipa de cuidados optou por manter o cliente em repouso no leito, em regime de nada pela boca, administrar oxigénio e medicamentos por via intravenosa.

Repouso no leito e regime de nada pela boca

Devido ao cliente se encontrar nos pós laparoscopia exploradora e risco de hemorragia ou complicações da sutura, foi decidido mantê-lo em repouso no leito, evitando movimentos desnecessários que não contribuíssem para o seu conforto. No que concerne ao regime de nada pela boca foi decidido também pelo facto de o cliente se encontrar nos pós laparoscopia exploradora, no entanto, mesmo com o cliente em regime de nada pela boca,

os cuidados orais foram mantidos, pois a xerostomia é um sintoma comum em clientes com doenças progressivas avançadas (Fleming et al., 2020).

Oxigenoterapia

A oxigenoterapia é uma terapia prescrita para clientes que têm níveis baixos de oxigênio no sangue (hipoxemia) devido a uma condição de saúde (Marie Curie, 2022). O cliente em estudo está ainda em processo pós-operatório e o oxigênio desempenha um papel fundamental no processo de cicatrização. Ele está envolvido em diversos processos biológicos, como a multiplicação celular, formação de novos vasos sanguíneos e produção de proteínas, os quais são essenciais para restaurar a função e integridade dos tecidos danificados. Quando há uma restrição na distribuição de sangue rico em oxigênio para a ferida, isso impede o processo de cicatrização (Castilla et al., 2012). Além da doença oncológica apresenta também doença pulmonar obstrutiva crônica, o que significa que pode apresentar desafios respiratórios adicionais para além dos relacionados com a doença oncológica. A falta de ar pode ser muito limitante em todos os aspetos da vida, especialmente quando agravada por diferentes fatores (Duarte et al., 2021). O oxigênio é um medicamento que traz benefícios, mas também riscos por isso requer uma dosagem precisa e monitorização cuidadosa (Fardy, 2016).

Cateter venoso periférico

Os cateteres venosos periféricos são o tipo mais comum de dispositivo médico invasivo utilizado na área da saúde. A maior parte das complicações associadas não é de natureza infecciosa, embora também seja possível a ocorrência de infeções locais e na corrente sanguínea. Os cuidados de enfermagem devem priorizar a seleção apropriada do local de inserção (preferencialmente na mão ou no punho em vez do antebraço), garantir uma fixação adequada, limitar o tempo de permanência do cateter (menos de 4 dias) e realizar a vigilância do local de inserção diariamente (Zingg et al., 2023). Nos CP, a via habitual para a administração parenteral de medicamentos é a subcutânea. No entanto, a via intravenosa apresenta várias vantagens neste cenário, como um início mais rápido da ação dos medicamentos, maior flexibilidade em termos de volumes de injeção e a possibilidade de utilizar uma variedade mais ampla de medicamentos (Gravdahl et al., 2023).

1.5. Domínios

Início	Domínios
17-10-2023 10:00	Sensações somáticas
17-10-2023 10:00	Sono
17-10-2023 10:00	Conservação de energia
17-10-2023 10:00	Emoção
17-10-2023 10:00	Atitudes terapêuticas Sondas

17-10-2023 10:00 Drenos e Cateteres

17-10-2023 10:00 Espiritualidade

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

A avaliação das necessidades do cliente foi realizada tendo em consideração um olhar holístico sobre o cliente considerando aspetos físicos, psicológicos, espirituais e sociais, respeitando sempre os seu valores e vontades. A seleção dos domínios e priorização dos cuidados teve em consideração elementos teóricos sobre a doença e os objetivos dos CP. Posto isto é essencial analisar e refletir sobre os domínios escolhidos com base em evidências de forma a fundamentar e orientar o processo de tomada de decisão na prática de enfermagem.

Diagnóstico Dor

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), define a dor atualmente como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante àquela associada a dano tecidual real ou potencial” (Raja et al., 2020). A sua perceção é sempre uma experiência pessoal e subjetiva sendo que pode ser influenciada por vários fatores biológicos, psicológicos e sociais (Raja et al., 2020). A prevalência de dor na doença oncológica é de 20% a 50% no decurso da doença, podendo ficar presente até 80% nas pessoas com doença em fase avançada (National Cancer Institute, 2024). A maior parte das dores em indivíduos com doença oncológica pode originar-se principalmente de três fontes: aquelas diretamente relacionadas com o tumor (60 a 90% dos casos), aquelas associadas ao tratamento (5 a 20%), ou aquelas que não estão relacionadas à própria doença (3 a 10%) (Cardoso, 2014). É importante destacar que a dor não está exclusivamente relacionada com aspetos físicos, sendo crucial realizar uma avaliação abrangente que leve em consideração a natureza multidimensional da experiência dolorosa. Cicely Saunders introduziu o conceito de dor total, que engloba as diversas dimensões do ser humano afetadas pela dor, abrangendo aspetos físicos, emocionais, sociais e espirituais, destacando a importância de abordar o reconhecimento de valores que transcendem a mera existência física. A compreensão deste conceito pode ser a solução para promover o alívio do sofrimento da pessoa em situação paliativa (Castro et al., 2021). No caso em estudo o Sr^o MS apresenta uma dor física visceral diretamente relacionada com a doença. A carcinomatose peritoneal envolve a disseminação de células tumorais na cavidade peritoneal, o que pode levar a uma resposta inflamatória crónica dos tecidos afetados. Além disso, à medida que as células tumorais se multiplicam e se disseminam, pode ocorrer a invasão e destruição dos tecidos circundantes, resultando em perda de tecidos. Ambos os processos, inflamação crónica e perda de tecidos, contribuem para a complexidade e a gravidade da condição (Alves, 2012). A escala utilizada para avaliação da dor no caso em estudo foi a escala Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), normalmente utilizada em CP, em que foi solicitado ao cliente para pontuar a dor de 0 a 10, sendo que zero corresponde à ausência de dor e 10 a dor máxima. Na primeira avaliação o cliente foi capaz de pontuar a sua dor em 7. Para além da dor física existe associado um

sofrimento emocional e espiritual relacionado com o diagnóstico e prognóstico da doença assim como a perda de autonomia que pode influenciar diretamente a intensidade da dor percebida pelo cliente. O diálogo com o cliente e a permissão da expressão de sentimentos foi crucial para planejar intervenções farmacológicas e não farmacológicas com o objetivo de diminuir a intensidade de dor. O tratamento farmacológico da dor física do Sr^o MS, concentrou-se na utilização de terapêutica opioides, foi utilizado fentanil por via transdérmica, este fármaco permite uma boa penetração tecidual providenciando uma analgesia eficaz. Como terapêutica de resgate foi instituído morfina por via endovenosa, a morfina é considerada o fármaco padrão no tratamento da dor moderada a insuportável e quando prescrita de modo apropriado cerca de 80% dos clientes sentem um alívio eficaz da dor (Pina, 2016). No que concerne a intervenções não farmacológicas consistiu na intervenção perante o sofrimento emocional e espiritual que será abordado mais à frente, quando analisado o cada domínio correspondente.

Diagnóstico Sono comprometido

O sono é uma necessidade essencial para os seres humanos, caracterizado por uma natureza complexa e dinâmica. Avaliar a sua qualidade não se baseia apenas na quantidade de horas dormidas, mas sim na percepção pessoal e subjetiva de acordar e sentir-se restaurado e tranquilo. A qualidade do sono é afetada por fatores biológicos, psicológicos e ambientais, mostrando uma conexão significativa entre o estado físico e mental tanto durante o sono quanto quando a pessoa está acordada. É crucial dar importância à percepção individual do que o cliente considera como um sono restaurador (Bárrios, 2016). A insônia e hipersonia são das perturbações do sono mais frequentes e relevantes no contexto de CP. A insônia pode ter diversas causas etiológicas, que podem estar associadas à própria doença, ao tratamento, a fatores ambientais, a fatores stressores físicos e psicológicos, entre outros. Para diagnosticar a insônia, é necessário observar mudanças no período diurno, como desconforto ou fadiga, alterações na memória ou concentração, irritabilidade ou variações no humor, dores de cabeça e sintomas gastrointestinais (Bárrios, 2016). Segundo o mesmo autor, existem várias respostas terapêuticas para a melhoria da qualidade do sono, existindo tratamento farmacológico e não farmacológico, no entanto, é essencial ajustar as estratégias terapêuticas de acordo com a causa subjacente, as necessidades individuais e a situação clínica de cada pessoa (Bárrios, 2016). O cliente em estudo, apresenta insônia e caracteriza-se pela dificuldade em iniciar e manter o sono e apresentar um sono de má qualidade. O Sr^o MS, relaciona o sono não reparador a sintomas relacionados com a doença, neste caso com a dor não controlada e também com pensamentos associados à proximidade da morte, expressando que “é no silêncio da noite que vem tudo à cabeça” (sic). Esta expressão demonstra como o sofrimento emocional e espiritual está a influenciar diretamente a qualidade do sono do cliente.

Diagnóstico Fadiga

Fadiga é segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICNP, 2019) “emoção negativa: sentimentos de diminuição da força ou resistência, desgaste, cansaço mental ou físico e lassidão, com capacidade reduzida para o trabalho físico ou mental”. A fadiga é um dos sintomas mais frequentes em clientes paliativos, referida por 80% dos clientes com doença oncológica. A sua origem pode ser complexa, e é geralmente reconhecida como um conceito multidimensional, com uma dimensão física e psicológica. O impacto psicológico da doença, juntamente com a presença de sintomas físicos, pode aumentar significativamente a sensação de cansaço (Radbruch et al., 2008). A fadiga pode ser categorizada como primária ou secundária. A fadiga primária resulta do processo inflamatório gerado pelo cancro e da resposta do corpo a esse cancro. Por outro lado, a fadiga secundária é derivada de perturbações físicas causadas pela dor, distúrbios do sono, infeções, desnutrição, hipotireoidismo, anemia, fatores emocionais, depressão e outros elementos (Mücke & Kravchenko, 2019). Segundo os mesmos autores, nos últimos dias de vida a falta de energia faz parte do processo de morrer e não deve ser avaliada nem tratada, porém em períodos mais precoces da doença é importante determinar se há processos reversíveis (Mücke & Kravchenko, 2019). O cliente em estudo verbalizava cansaço para esforços e dificuldade na recuperação da energia com o repouso. A escala utilizada para avaliação da fadiga no caso em estudo foi a ESAS. O foco do tratamento foi não farmacológico, encorajando o uso de energia em atividades consideradas significativas para a pessoa, em vez de direcioná-la para aquelas consideradas menos importantes, isso teve o potencial de promover o bem-estar (Gonçalves, 2023).

Diagnóstico Humor deprimido

Humor deprimido é segundo o ICNP, definido como uma “emoção negativa: sentimentos que variam de tristeza à melancolia, com diminuição da concentração, perda do apetite e insônia” (ICNP, 2019). A tristeza é uma emoção básica humana em resposta a eventos negativos da vida ou experiências de perda. À medida que uma doença oncológica progride ao longo do tempo e as capacidades são gradualmente comprometidas, pode ocorrer um impacto emocional profundo na vida das pessoas, afetando a maneira como elas se veem em relação ao mundo, a si mesmas e à sua família (Zaid et al., 2021). Segundo Zaid et al. (2021), a tristeza e a melancolia são consideradas respostas normais e evolutivas para que uma pessoa se ajuste diante de uma perda. No entanto, é crucial regularizar ou atenuar eficazmente essas emoções negativas após um ou vários episódios de perda, de forma a evitar a evolução para distúrbios psicológicos. Em CP é fundamental explorar diversos métodos de comunicação com a pessoa, visando superar as barreiras de solidão e isolamento ao seu redor. Independentemente da gravidade da sua condição, o indivíduo expressa constantemente o desejo de comunicar, pois a comunicação está intrinsecamente ligada, de maneira inconsciente, a sentimentos de proteção, confiança e esperança. Uma comunicação eficaz estabelecida com a pessoa em situação paliativa é possivelmente a

maneira mais eficaz de o ajudar a lidar com o medo associado às perdas decorrentes da doença e às reflexões sobre a morte (Nunes et al., 2018). Neste caso em estudo, o Sr° MS, no diálogo com a equipa apresenta um tom de voz baixo e arrastado, um choro constante, verbalizando tristeza devido às limitações nas atividades de vida diárias, sentindo-se dependente de assistência constante.

Diagnóstico Sofrimento espiritual

A espiritualidade aborda a essência e o propósito da vida, conectando elementos psicológicos e espirituais para promover o bem-estar. Este conceito está ligado à ideia de transcendência e expressa-se por atitudes e emoções como amor, compaixão, esperança, liberdade e igualdade, conferindo um significado profundo para a vida (Nascimento et al., 2013). O reconhecimento do diagnóstico de enfermagem, sofrimento espiritual, permite aos enfermeiros planejar e oferecer cuidados holísticos, incluindo intervenções adaptadas às necessidades individuais de cada pessoa promovendo o bem-estar espiritual. Através dos dados colhidos e com base na literatura descrita, foi identificado no Sr° MS, o diagnóstico de sofrimento espiritual, fundamentado pela verbalização de perda de sentido para a sua vida e de desesperança. No âmbito psico-espiritual, a comunicação desempenha um papel crucial, permitindo oferecer suporte espiritual e usando estratégias que fortaleçam as relações sociais. Também no contexto sociocultural as intervenções direcionadas para a relação entre o cliente e a família ou pessoas significativas, tendo implícitas as atividades que promovem a distração e o sorriso, com base na comunicação e com o objetivo de gerar bem-estar, têm um papel fundamental no alívio do sofrimento espiritual (Kolcaba, 2003). As intervenções para ajudar as pessoas em situação paliativa que enfrentam o sofrimento espiritual podem envolver atividades como orações, incentivo à fé, estar presente, aumento da esperança, escuta ativa, diálogo e apoio emocional, respeitar a dignidade e privacidade, facilitar o contacto com familiares, amigos e a natureza, promover o humor ou sorriso também são estratégias valiosas (Martins, 2007). É fundamental que a equipa de CP, composta por profissionais de diversas áreas, identifique e atenda às necessidades espirituais. O foco deve ser aliviar o diagnóstico de sofrimento espiritual e promover o bem-estar, elementos essenciais para garantir um final de vida saudável.

Objetivos no planeamento de cuidados

Diagnóstico Dor

O₁ - Diminuir o nível de dor;

O₂ - Referir mudanças nos sintomas de dor aos profissionais de saúde.

Diagnóstico Sono comprometido

O₁ - Aumentar o número de horas de sono;

O₂ - Melhorar o padrão e qualidade do sono.

Diagnóstico Fadiga

O₁ - Determinar evolução da fadiga;

O₂ - Facilitar execução das atividades de vida diárias.

Diagnóstico Humor deprimido

O₁ - Minimizar sentimentos de melancolia;

Diagnóstico Sofrimento espiritual

O₁ - Interagir com as pessoas significativas para partilhar pensamentos e sentimentos;

O₂ - Restaurar sentimentos de esperança.

1.6.1 Conceção de cuidados

Sensações somáticas

17-10-2023 10:00 - Manifesta dor.

17-10-2023 10:00 - Dor

17-10-2023 10:00 - Localização da dor

17-10-2023 10:00 - Abdómen

17-10-2023 10:00 - Intensidade da dor - 7.

17-10-2023 10:00 - frequência da dor - intermitente.

17-10-2023 10:00 - duração da dor - aguda.

17-10-2023 10:00 - dor de tipo - profunda.

17-10-2023 10:00 - Determinar evolução da dor

17-10-2023 10:00 - Avaliar evolução da dor

23-10-2023 10:00 - Localização da dor

23-10-2023 10:00 - Abdómen

23-10-2023 10:00 - Intensidade da dor - 4.

23-10-2023 10:00 - frequência da dor - intermitente.

23-10-2023 10:00 - duração da dor - aguda.

23-10-2023 10:00 - dor de tipo - profunda.

17-10-2023 10:00 - Diminuir dor

17-10-2023 10:00 - Gerir analgesia

17-10-2023 10:00 - Posicionar para aliviar a dor

17-10-2023 10:00 - *Aplicar restrição física da mobilidade*

17-10-2023 10:00 - *Posicionar para aliviar a dor*

17-10-2023 10:00 - *Aplicar restrição física da mobilidade*

Sono

17-10-2023 10:00 - Dormiu por períodos curtos.

17-10-2023 10:00 - Sono não reparador, com dificuldade em adormecer.

17-10-2023 10:00 - Sono comprometido [RESOLVIDO] 23-10-2023 10:00

17-10-2023 10:00 - Determinar evolução do sono

17-10-2023 10:00 - *Avaliar evolução do sono*

23-10-2023 10:00 - Dormiu por períodos longos.

23-10-2023 10:00 - Sono reparador [MELHOROU].

17-10-2023 10:00 - *Referenciar sono comprometido ao médico [FIM] 23-10-2023 10:00*

17-10-2023 10:00 - Melhorar sono [FIM] 23-10-2023 10:00

17-10-2023 10:00 - *Implementar estratégias de promoção do sono [FIM] 23-10-2023 10:00*

17-10-2023 10:00 - *Gerir medicação [FIM] 23-10-2023 10:00*

Conservação de energia

17-10-2023 10:00 - Comunica cansaço físico e mental permanente e ausência de recuperação da energia com o repouso.

17-10-2023 10:00 - Fadiga

17-10-2023 10:00 - Determinar evolução da fadiga

17-10-2023 10:00 - *Avaliar evolução da fadiga*

17-10-2023 10:00 - Satisfazer as necessidades humanas fundamentais

17-10-2023 10:00 - *Assistir nas atividades diárias de autocuidado*

23-10-2023 10:00 - Comunica cansaço físico e mental permanente e ausência de recuperação da energia com o repouso.

Emoção

17-10-2023 10:00 - Com indícios de humor depressivo.

17-10-2023 10:00 - Especificação da perda

Especificação da perda: Perda da autonomia para as atividades de vida diárias e perdas sociais.

17-10-2023 10:00 - Humor depressivo

17-10-2023 10:00 Desesperança e pessimismo

17-10-2023 10:00 Autodesvalorização

17-10-2023 10:00 Tom de voz baixa

17-10-2023 10:00 Discurso arrastado.

23-10-2023 10:00 - Com indícios de humor depressivo [MANTEVE].

23-10-2023 10:00 - Tristeza persistente (há mais de uma semana) [MANTEVE].

23-10-2023 10:00 - Desesperança e pessimismo [MANTEVE].

17-10-2023 10:00 - Determinar evolução do humor

17-10-2023 10:00 - *Avaliar evolução do humor depressivo*

17-10-2023 10:00 - *Referenciar humor depressivo ao médico*

17-10-2023 10:00 - Minimizar sentimentos de melancolia

17-10-2023 10:00 – *Executar a escuta ativa*

17-10-2023 10:00 – *Fornecer apoio emocional*

Espiritualidade

17-10-2023 10:00 - Questionamento do sentido da vida

17-10-2023 10:00 - Aceitação inadequada

17-10-2023 10:00 - Desesperança

17-10-2023 10:00 - Sofrimento espiritual

17-10-2023 10:00 - Interagir com as pessoas significativas para partilhar pensamentos e sentimentos

17-10-2023 10:00 - *Incentivar a manutenção de processos familiares*

17-10-2023 10:00 - Restaurar sentimentos de esperança

17-10-2023 10:00 – *Gerir expectativas*

17-10-2023 10:00 - *Executar escuta ativa*

17-10-2023 10:00 - *Expressar empatia com os sentimentos individuais*

17-10-2023 10:00 - *Oferecer apoio religioso*

17-10-2023 10:00 - *Promover a esperança*

17-10-2023 10:00 - Determinar evolução do sofrimento espiritual

17-10-2023 10:00 - *Avaliar evolução do sofrimento espiritual*

23-10-2023 10:00 - Aceitação inadequada

23-10-2023 10:00 – Desesperança

1.7. Especificação das intervenções

Implementar estratégias de promoção do sono

- Reduzir a luminosidade do quarto e possíveis ruídos.

Incentivar a manutenção de processos familiares

- Encorajar o cliente a verbalizar sentimentos e emoções com filhos e netos;
- Aconselhar a comunicação franca entre o cliente e a família;
- Facilitar a visita dos netos.

Executar escuta ativa

- Demonstrar interesse pelo cliente;
- Evidenciar percepção e sensibilidade às emoções;
- Usar o silêncio/escuta para estimular a manifestação de sentimentos, pensamentos e preocupações.

Oferecer apoio religioso

- Encorajar e encaminhar para o uso de recursos espirituais, quando desejado;

Promover a esperança

- Facilitar ao cliente a lembrança e a apreciação de conquistas e experiências passadas;
- Auxiliar o cliente a identificar razões de esperança na vida;
- Permitir a expressões individuais de solidão e impotência.

1.8. Síntese relativa ao caso

Conforme indicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), nos CP, a prestação de cuidados visa aprimorar a qualidade de vida dos pacientes. Isso envolve a identificação precoce, avaliação e tratamento de sintomas associados à progressão da doença, considerando aspectos físicos, psicossociais e espirituais. Portanto, ao longo das duas sessões, foram implementadas intervenções que resultaram em resultados. Neste capítulo, o objetivo é destacar os resultados observados durante o desenvolvimento deste estudo de caso, especialmente em relação aos principais focos e diagnósticos identificados em todas as sessões.

Evolução do cliente / Resultados

Dor

Na primeira sessão, quando observado o Srº MS pela primeira vez, apresentava uma dor abdominal de sete valores de intensidade, avaliada através da escala ESAS, necessitando de medicação analgésica várias vezes ao dia, pelo que foi prescrito, tendo por base o número de SOS's para a dor realizados nas últimas vinte e quatro horas, o selo transdérmico de Fentanilo 12ug e prescrito Morfina 3mg SOS 1/1H. A par do ajuste terapêutico foi instruído o cliente a solicitar medicação analgésica à equipa de enfermagem sempre que existisse dor, assim como, foi informado sobre o efeito da medicação e o seu tempo de ação. Embora na avaliação da equipa de CP fosse ponderada a influência na exacerbação da intensidade da dor percecionada por outras dimensões, espiritual e emocional, foi dada primazia na primeira sessão à diminuição da intensidade da dor física, para que posteriormente pudessem ser abordadas e trabalhadas outras dimensões. Na segunda sessão, o cliente referiu uma diminuição da intensidade da dor abdominal relativamente à primeira sessão, apresentando o valor quatro pela escala numérica da dor, porém foi verificada a administração de vários SOS's nas últimas 48 horas e por esse motivo foi aumentada a dose do selo transdérmico de fentanilo. Mediante esta evolução, considera-se que estão presentes os resultados objetivados relativamente à dor física, visto que houve uma diminuição do nível de dor. Contudo, continua a existir sofrimento espiritual o que pode influenciar negativamente na perceção da dor.

Sono comprometido

Na primeira sessão foi avaliado o sono como comprometido, influenciado pelo agravamento da dor e pelo sofrimento multidimensional. Foram reajustadas as estratégias para diminuir a intensidade da dor, através da alteração de terapêutica analgésica e intervenções perante outras dimensões. Conjuntamente foi evidenciado com a equipa de enfermagem do serviço a importância das estratégias não farmacológicas na promoção do sono (reduzir a luminosidade do quarto e possíveis ruídos) durante o período noturno. Na segunda sessão, verificamos uma melhoria da qualidade do sono, relacionada pelo próprio cliente com a diminuição da intensidade da dor. O Srº MS referiu conseguir adormecer mais facilmente e ter um sono mais prolongado, ao contrário do que acontecia anteriormente que acordava várias vezes durante a noite pela presença de dor. Constatamos que a associação das intervenções farmacológicas e não farmacológicas, em colaboração com a equipa do serviço onde estava internado o Srº MS, permitiu a resolução do sono comprometido na segunda sessão, porém é importante manter a vigilância do sono, sendo este imprescindível para um bem-estar físico e mental. Posto isto, foram obtidos os resultados esperados das intervenções definidas perante este diagnóstico.

Fadiga

Na primeira sessão, o Srº MS relatou sentir um cansaço físico e mental e a falta de recuperação de energia mesmo com repouso, indicando um sintoma característico do progresso da sua doença. Nesse contexto, a abordagem de enfermagem concentrou-se na assistência nas atividades de vida diárias. Na segunda sessão, o cliente apresentou um aumento da intensidade do sintoma, refletindo a rápida progressão da doença. No entanto, as intervenções não farmacológicas implementadas ajudaram o cliente a experimentar um maior conforto.

Humor deprimido

Através da prática de escuta ativa, aliada ao apoio emocional, foi possível reduzir sentimentos de melancolia, evidenciando melhorias no equilíbrio emocional. Este processo contribuiu para promover maior conforto e bem-estar do cliente. Embora os objetivos inicialmente delineados não tenham sido alcançados na segunda sessão, observou-se uma evolução positiva após a implementação das estratégias de intervenção.

Sofrimento espiritual

No que diz respeito ao sofrimento espiritual, desde o início do processo foram estabelecidas ações para que o cliente pudesse recuperar sentimentos de esperança e conecta-se com pessoas significativas para partilhar pensamentos e emoções. Através da escuta ativa, demonstração de empatia pelos sentimentos individuais do cliente, promoção da identificação de razões de esperança e com a permissão da visita das netas permitiu ao cliente conectar-se com as pessoas significativas no processo de fim de vida. Deste modo, verificou-se alguns resultados neste domínio com as intervenções implementadas, contudo não foi totalmente resolvido.

O Srº MS morreu no serviço de cirurgia quatro dias após a data da segunda sessão pelo que não foi possível realizar uma terceira sessão. Partiu durante o período da tarde, acompanhado pela filha. Segundo a equipa de enfermagem do serviço de cirurgia, morreu de forma tranquila e com os sintomas controlados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, C., M., F. (2012). *Carcinomatose peritoneal de neoplasias do tubo digestivo*. (Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <https://hdl.handle.net/10216/72423>
- American Cancer Society. (2019). *Pancreatic Cancer Early Detection, Diagnosis, and Staging*. Cancer.org. <https://www.cancer.org/cancer/types/pancreaticcancer/detectiondiagnosisstaging/staging.html>
- American Cancer Society. (2024). *Key Statistics for Cancers in Young Adults*. <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8781.00.pdf>
- Andersson, R., Haglund, C., Seppänen, H., & Ansari, D. (2022). Pancreatic cancer – the past, the present, and the future. *Scandinavian Journal of Gastroenterology (Trykt Utg.)*, 57(10), 1169–1177. <https://doi.org/10.1080/00365521.2022.2067786>
- Bárrios, H. (2016). Perturbações do sono em cuidados paliativos. In A. Barbosa., P. R. Pina., F. Tavares I., & G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3rd ed., pp. 281-296). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Cardoso, A., I., C. (2014). *Controlo da dor em pacientes oncológicos*. (Dissertação de mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/76533/2/32651.pdf>
- Castilla, D. M., Liu, Z. J., & Velazquez, O. C. (2012). Oxygen: Implications for Wound Healing. *Advances in wound care*, 1(6), 225–230. <https://doi.org/10.1089/wound.2011.0319>
- Castro, M. C. F., Fuly, P. D. S. C., Santos, M. L. S. C. D., & Chagas, M. C. (2021). Total pain and comfort theory: implications in the care to patients in oncology palliative care. *Revista Gaúcha De Enfermagem (Impresso)*, 42. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200311>
- Despacho Normativo n.º 13227/2023 do Gabinete da Secretária de Estado da Promoção da Saúde. (2023). Diário da República: 2ª Série, nº 248. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/13227-2023-835712442>
- Duarte, J., Santos, O., Lousada, C. L., & Reis-Pina, P. (2021). High-flow oxygen therapy in palliative care: A reality in a near future? *Pulmonology*, 27(6), 479–480. <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2021.08.003>
- Fardy, H. J. (2016). Oxygen therapy in palliative care. *Npj Primary Care Respiratory Medicine*, 26(1). <https://doi.org/10.1038/npjpcrm.2015.73>

- Fleming, M., Craigs, C., & Bennett, M. (2020). Palliative care assessment of dry mouth: what matters most to patients with advanced disease? *Supportive Care in Cancer*, 28(3), 1121–1129. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04908-9>
- GLOBAL CANCER OBSERVATORY. (2020). *Portugal Source: Globocan 2020*. International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf>
- GLOBAL CANCER OBSERVATORY. (2022). *Statistics at a glance, 2022*. International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/900-world-fact-sheet.pdf>
- Gonçalves, F. (2023, Janeiro 17). Fadiga em Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa*. <https://medicinapaliativa.pt/Blog/Detail/197>
- Gravdahl, E., Steine, S., Augestad, K. M., & Fredheim, O. M. S. (2023). Use and safety of peripherally inserted central catheters and midline catheters in palliative care cancer patients: a retrospective review. *Supportive Care in Cancer*, 31(10). <https://doi.org/10.1007/s00520-023-08045-2>
- INFOMED. Base de dados de medicamentos de uso humano. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company.
- Marie Curie. (2022, November 25). *Oxygen therapy in palliative care | Information for professionals*. <https://www.mariecurie.org.uk/professionals/palliative-care-knowledge-zone/symptom-control/oxygen-therapy>
- Martins, M. C. (2007). O enfermeiro e o alívio do sofrimento: uma revisão de literatura. *Pensar Enfermagem*, 11(1), p. 34-41.
- Mücke, M., Kravchenko, D. (2019). Fatigue. In MacLeod, R., Van den Block, L. (Eds.), *Textbook of Palliative Care* (1nd ed.). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-77740-5_12
- Nascimento, L. C., Santos, T. F. M., Oliveira, F. C. S., Pan, R., Flória-Santos, M., & Rocha, S. M. M. (2013). Spirituality and religiosity in the perspectives of nurses. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22(1), 52–60. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072013000100007>

- National Cancer Institute. (2024, February 12). *Cancer Pain (PDQ®)—Health Professional Version*. <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/pain/pain-hp-pdq>
- Nunes, R., Rego, F., Rego, G. (2018). *Enciclopédia Luso-Brasileira de cuidados paliativos*. Almedina, S.A.
- Organização Mundial de Saúde. (2020, August 20). *Palliative care*. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/palliative-care>
- Park, W., Chawla, A., & O'Reilly, E. M. (2021). Pancreatic cancer. *JAMA*, 326(9), 851. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.13027>
- Partyka, O., Pajewska, M., Kwaśniewska, D., Czerw, A., Budzik, M. P., Cipora, E., Gąska, I., Gazdowicz, L., Mielnik, A., Sygit, K., Sygit, M., Krzych-Fałta, E., Schneider-Matyka, D., Grochans, S., Cybulska, A. M., Drobnik, J., Bandurska, E., Cieccko, W., Ratajczak, P., . . . Kozłowski, R. (2023). Overview of pancreatic cancer epidemiology in Europe and recommendations for screening in High-Risk populations. *Cancers (Basel)*, 15(14), 3634. <https://doi.org/10.3390/cancers15143634>
- Pina, R. P. (2016). Controlo da dor em cuidados paliativos. In A. Barbosa., P. R. Pina., F. Tavares I., & G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3rd ed., pp. 49-100). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Radbruch, L., Strasser, F., Elsner, F., Gonçalves, F., Loge, J. H., Kaasa, S., Nauck, F., & Stone, P. (2008). Fatigue in palliative care patients — an EAPC approach. *Palliative Medicine*, 22(1), 13–32. <https://doi.org/10.1177/0269216307085183>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain (Amsterdam. Print)*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Zaid, S. M., Hutagalung, F., Hamid, H. S. A., & Taresh, S. M. (2021). Sadness regulation strategies and measurement: A scoping review. *PloS One*, 16(8), e0256088. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256088>
- Zingg, W., Barton, A., Bitmead, J., Eggimann, P., Pujol, M., Simon, A., & Tatzel, J. (2023). Best practice in the use of peripheral venous catheters: A scoping review and expert consensus. *Infection Prevention in Practice*, 5(2), 100271. <https://doi.org/10.1016/j.infpip.2023.100271>

APÊNDICE C. CASO 2 – UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS (INTERNAMENTO)

CASO 2 - UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS (INTERNAMENTO)

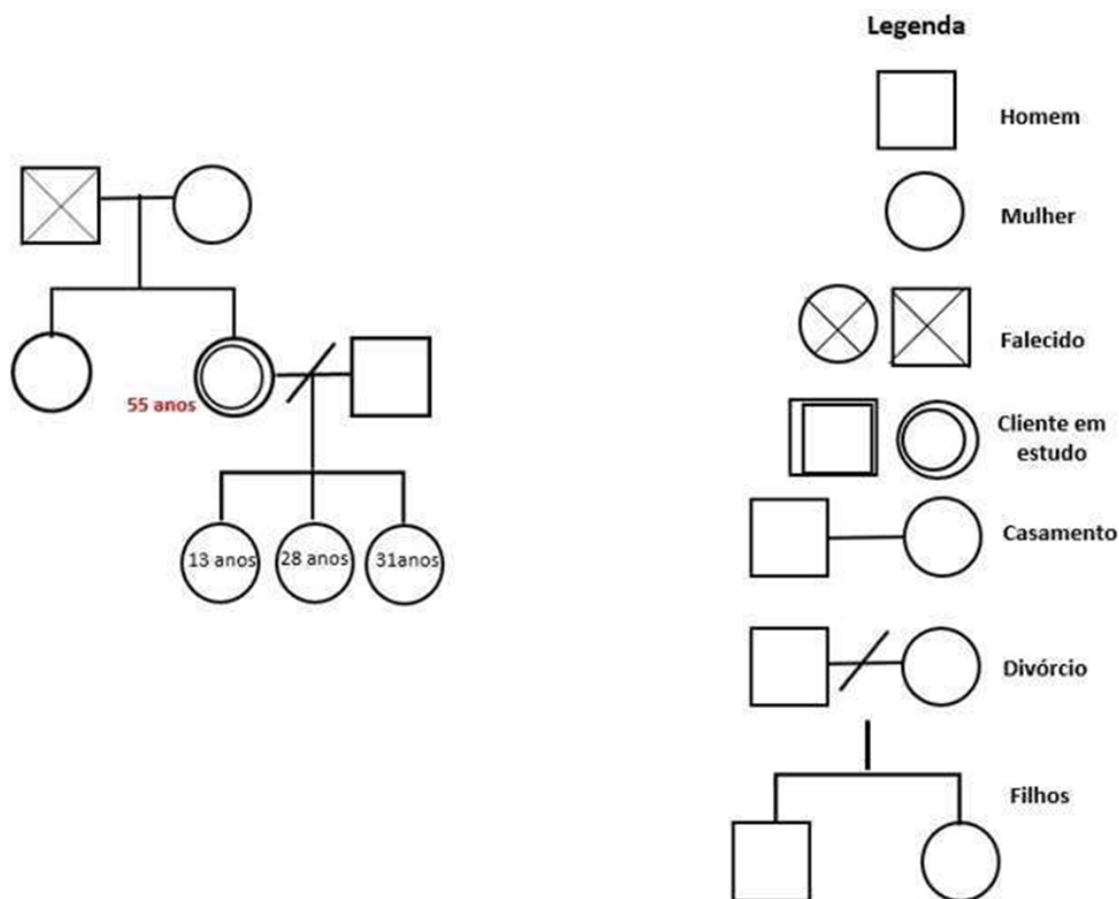
CENÁRIO

Cliente do sexo feminino, com 55 anos de idade, previamente dependente em grau moderado para as atividades de vida diárias, deslocando-se com andarilho por curtas distâncias em casa e restantes distâncias em cadeira de rodas. Era reformada por invalidez. Divorciada, tinha três filhas, com 31, 28 e 13 anos de idade, considerando que apenas a mais nova ainda habita na mesma casa. Por agravamento do grau de dependência e por falta de condições físicas na sua habitação, teve necessidade de mudar para casa da mãe que apresentava 86 anos de idade. Neste momento vivia com a mãe e filha menor, com quem partilhava quarto. Tinha apoio de uma irmã e restantes filhas. Em setembro de 2019 foi diagnosticada com carcinoma gástrico com áreas de células anel sinete e em novembro do mesmo ano a cliente foi submetida a gastrectomia total radical laparoscópica. Realizou quimioterapia entre janeiro e setembro de 2020. Em abril de 2022 foi diagnosticada com recidiva peritoneal e ovárica. A cliente apresentava um difícil controlo da dor, com necessidade de constantes ajustes terapêuticos em ambulatório. Em maio de 2023 foi realizada uma abordagem com tentativa de bloqueio da fásia ilíaca supra inguinal, mas sem sucesso. Em julho de 2023 com necessidade de radioterapia ao flanco, região inguinal e coxa direitos para controlo de dor. Apresentava como antecedentes pessoais relevantes: síndrome depressivo conhecido há mais de 20 anos com seguimento em psiquiatria e síndrome de pernas inquietas. A cliente era previamente seguida na consulta externa de Cuidados Paliativos (CP) da Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) do hospital e foi referenciada para internamento hospitalar em CP pela equipa desse serviço por dor não controlada e por náusea agravada. Na primeira entrevista com a cliente na unidade de internamento de CP, foi promovida a escuta ativa e uma comunicação compassiva. As preocupações da Sr^a SP estavam centradas na dor não controlada, que a restringia nas atividades diárias e a obrigava a depender de outra pessoa para os cuidados pessoais, resultando num considerável sofrimento em diversas dimensões. As mudanças no estado de saúde da Sr^a SP, resultantes do agravamento dos sintomas relacionados à doença provocaram uma alteração drástica não só nas rotinas diárias da cliente, mas também da família. Na figura 1 é descrita a estrutura familiar da Sr^a

SP através do genograma familiar. Desta família faz parte a cliente, três filhas, a mãe de 86 anos e ainda uma irmã.

Figura 1

Genograma familiar da cliente em estudo



1.1. Enquadramento teórico

Este caso clínico desenvolveu-se em contexto de internamento hospitalar de CP e representa a condição clínica de uma cliente com um carcinoma gástrico com células anel sinete, recentemente diagnosticada com recidiva peritoneal e ovárica. A cliente em estudo foi hospitalizada devido a uma dor não controlada no abdómen com irradiação para o membro inferior direito. O cancro gástrico ocupa a décima posição entre as neoplasias malignas com o maior número de novos casos em toda

a Europa e é a sexta causa mais comum de mortalidade (Global Cancer Observatory [Globocan], 2022). Em 2022, em Portugal, foram registados 3 668 novos casos de carcinoma gástrico, dos quais 2 163 ocorreram em homens e 1 505 em mulheres. Essa incidência resultou em 2 578 óbitos, posicionando o carcinoma gástrico como o terceiro cancro com maior índice de mortalidade no país (Globocan, 2022). Este tipo de cancro está correlacionado com diversos fatores de risco, agentes infecciosos e influências genéticas (Marques, 2020) e prevê-se um aumento de novos casos devido ao envelhecimento demográfico e ao crescimento dos segmentos populacionais considerados de alto risco (Lordick et al., 2022).

De acordo com a WHO (2024) os tumores do estômago classificam-se em tumores benignos (neoplasias intraepiteliais glandulares de alto e baixo risco), tumores epiteliais malignos (adenocarcinomas, adenocarcinoma hepatoide, sarcomas, gastroblastomas, tumores neuroendócrinos, neuroendócrinos mistos) (Gonzalez, 2024). No caso dos tumores em células de anel sinete, é um tipo de carcinoma que cria displasia da parede gástrica com ulceração. Pode verificar-se envolvimento da serosa gástrica, invasão do duodeno via submucosa pelos espaços linfáticos, em que as células tumorais se expandem para outros órgãos, como próstata, bexiga, vesícula biliar, mama, colon, estroma ovárico ou testículo (Hu et al., 2012). No caso da cliente em estudo trata-se de um adenocarcinoma de células de anel sinete, uma forma pouco diferenciada do cancro gástrico e, caracteristicamente, os cancros pouco diferenciados tem um prognóstico desfavorável e um comportamento mais agressivo (Kang, 2017).

São fatores de risco associados a um risco aumentado de cancro de estômago, úlceras gástricas benignas, gastropatia hipertrófica e pólipos gástricos. A exposição à radiação e cirurgia gástrica prévia também são implicados como fatores de risco. Também aproximadamente 20% dos casos de cancro gástrico são frequentes no grupo sanguíneo do tipo A comparando com os restantes grupos sanguíneos e estão particularmente associados ao tipo difuso (Mukkamalla, 2023). A cliente em estudo pertence ao grupo sanguíneo A, relacionando-se com o último fator de risco. Outros fatores associados a um risco aumentado de cancro gástrico incluem fatores nutricionais, como o consumo de alto teor de sal, tabagismo, dieta pobre em vitaminas A e C, consumo de grandes quantidades de alimentos defumados ou alimentos curados. A infeção por *Helicobacter pylori* tem um risco atribuível de 46% a 63%, enquanto a infeção pelo vírus Epstein-Barr é estimada em 5% a 10% em todo o mundo (Mukkamalla, 2023).

Segundo National Cancer Institute (NIH, 2023), o tratamento para o cancro gástrico pode passar pela ressecção endoscópica da mucosa, gastrectomia total ou parcial, radioterapia, quimioterapia,

terapia direcionada, imunoterapia e quimioterapia intraperitoneal hipertérmica. O plano de tratamento, pode incluir mais de que um tipo de tratamento. Muitos fatores são considerados, como o estadió da doença, comorbilidades e preferências dos clientes. A cliente em estudo em setembro 2019, quando diagnosticada com neoplasia gástrica, segundo a classificação Classification of Malignant Tumours (TNM), apresentava T3N2M0, o que significa que se encontrava em estadió IIIA, no momento do diagnóstico (NIH, 2023). A classificação TNM é frequentemente utilizada para classificar o estadió do cancro, neste caso em específico T3 representa que o tumor se expandiu para além da parede gástrica; N2 que o tumor ocupa mais de três a seis linfonodos regionais e M0 significa que o tumor ainda não ocupou nenhum outro órgão (NIH, 2023). Os principais locais de metastização do cancro gástrico são o fígado e a superfície peritoneal. No entanto, a metastização para o ovário, sistema nevoso central, osso, pulmão e tecidos moles também podem ocorrer (Mansfield, 2017, como citado em Marques, 2020).

Segundo NIH (2023), a gastrectomia é o principal tratamento para o cancro gástrico em estadió II e III. A quimioterapia e/ou radioterapia antes ou depois da cirurgia, podem também fazer parte do tratamento. Na cliente em estudo o tratamento eleito foi a gastrectomia total por laparoscopia com dissecação ganglionar em novembro de 2019 e posteriormente realizou quimioterapia e radioterapia entre janeiro e setembro de 2020, resultando uma neuropatia residual.

Em abril de 2022 a Sr^a SP é diagnosticada com recidiva a nível peritoneal e dos ovários. Após o diagnóstico de recidiva peritoneal e ovárica, a condição geral da cliente piorou ao longo do tempo. O agravamento dos sintomas relacionados com o avanço da doença, especialmente uma dor de difícil controlo e sofrimento multidimensional associado, resultou na necessidade de hospitalização.

1.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 55 anos | Feminino

Cuidador

04-12-2023 09:00 - Parentesco: mãe / pai.

04-12-2024 09:00 - Coabita com a pessoa dependente

1.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-12-04 09:00:00	Dexametasona 8mg PO - 8h	
2023-12-04 09:00:00	Gabapentina 300mg PO 8/8h - 8h/16h/00h	
2023-12-04 09:00:00	Cloxazolam 1mg PO - 12h/20h	
2023-12-04 09:00:00	Metoclopramida 10mg EV 8/8h - 8h/16h/00h	
2023-12-04 09:00:00	Morfina 6mg EV 4/4h - 8h/12h/16h/20h/00h	
2023-12-04 09:00:00	Morfina 6mg EV 30min/30min SOS	

1.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Neste capítulo descrevemos o tratamento farmacológico instituído neste caso, como cada medicamento se relaciona com a situação clínica da cliente e os efeitos secundários mais frequentes que necessitam de vigilância.

Dexametasona (via oral)

Medicamento com efeito anti-inflamatório e imunossupressor. Indicado em clientes oncológicos em situação paliativa para tratamento de náuseas e vômitos, tendo benefícios também na melhoria do apetite. A administração conjunta de dexametasona e metoclopramida tem uma eficácia na profilaxia antiemética. Os efeitos secundários mais comuns são: urticária e broncoespasmo, alterações metabólicas, insónias e labilidade emocional, entre outros. A utilização deste medicamento na cliente em estudo visa a melhoria das náuseas e melhoria do apetite. Também o efeito anti-inflamatório surge como um adjuvante para aumentar o efeito da analgesia.

Gabapentina (via oral)

A gabapentina é um medicamento indicado para o tratamento de epilepsia. Também é indicada no tratamento da dor neuropática periférica dolorosa, como neuropatia diabética e neuralgia pós-herpética, em adultos. O uso deste medicamento é também utilizado em CP como adjuvante de forma a potencializar o efeito dos analgésicos. Neste caso em estudo, a cliente apresenta uma neuropatia resultante dos tratamentos oncológicos e como antecedente pessoal a síndrome de

pernas inquietas. O uso de gabapentina é recomendado no controlo dos sintomas associados a esta síndrome, inclusive quando existe alterações no sono (Winkelman et al., 2016). Sonolência, tonturas, fadiga e dores de cabeça são os efeitos secundários mais comuns e que exigem vigilância pela equipa de enfermagem.

Cloxazolam (via oral)

Medicamento do grupo das benzodiazepinas, indicado para o tratamento da ansiedade e da insónia. As benzodiazepinas estão indicadas em sintomas incapacitantes ou quando os clientes estão sujeitos a angústia extrema. A cliente em estudo apresenta ansiedade e insónia, sintomas esses que contribuem para o sofrimento da cliente. É importante estar atento a possíveis efeitos secundários comuns tais como: sonolência, embotamento, capacidade de reação diminuída, confusão, fadiga, cefaleias, tonturas, fraqueza muscular, ataxia ou diplopia. Estes efeitos secundários são frequentemente observados durante o início do tratamento e geralmente diminui à medida que o tratamento é mantido.

Metoclopramida (via endovenosa)

Classificado como um antiemético, modificador da motilidade gástrica ou procinéticos, indicado no tratamento e prevenção de náuseas e vômitos. Alguns possíveis efeitos secundários devem ser vigiados tais como: sonolência, agitação, movimentos de torção ou contraturas musculares, hipotensão, diarreia e sensação de fraqueza. A cliente em estudo foi submetida gastrostomia total e tem história estase gástrica, o que resulta no surgimento de náuseas.

Morfina (via endovenosa)

Classificado como analgésico opioide, indicado para o tratamento da dor de intensidade severa. É importante estar atento a possíveis efeitos secundários comuns, tais como náuseas, vômitos, obstipação, sonolência e confusão mental. A cliente em estudo apresenta dor severa na região abdominal e membro inferior direito, a qual não está controlada adequadamente na primeira sessão. Portanto, a administração em horário programado visa aliviar o desconforto da cliente. Se mantiver episódios de dor foi prescrita morfina de 30 em 30 minutos até alívio.

1.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica sondas, drenos e cateteres

04-12-2023 09:00 - Cateter central

04-12-2023 09:00 - Localização do cateter central

04-12-2023 09:00 - Veia subclávia Direita(o)

04-12-2023 09:00 - Características do dispositivo: Cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo.

04-12-2023 09:00 - Ausência de dor.

04-12-2023 09:00 - Ausência de calor.

04-12-2023 09:00 - Ausência de rubor.

04-12-2023 09:00 - Ausência de tumefação.

04-12-2023 09:00 - Ausência de exsudado.

04-12-2023 09:00 - Assegurar funcionamento do cateter

04-12-2023 09:00 - Otimizar cateter central

04-12-2023 09:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter central

04-12-2023 09:00 - *Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter central*

12-12-2023 09:00 - Localização do cateter central

12-12-2023 09:00 - Veia subclávia Direita(o)

12-12-2023 09:00 - Ausência de dor.

12-12-2023 09:00 - Ausência de calor.

12-12-2023 09:00 - Ausência de rubor.

12-12-2023 09:00 - Ausência de tumefação.

12-12-2023 09:00 - Ausência de exsudado.

04-12-2023 09:00 - *Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico*

04-12-2023 09:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter central

04-12-2023 09:00 - *Executar tratamento ao local de inserção do cateter central*

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

Foram tomadas decisões em relação a dispositivos e tratamentos terapêuticos visando aprimorar o conforto da cliente. A equipa de cuidados optou por manter a maioria da medicação por administração via endovenosa visto que a cliente tinha um cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo, já colocado previamente.

O cateter venoso central totalmente implantável é um dispositivo médico intravascular, colocado cirurgicamente que contém um reservatório subcutâneo que se acede punccionando o reservatório com uma agulha não cortante especialmente desenvolvida para punção de cateteres venosos centrais totalmente implantados (Alves, 2020). Este tipo de dispositivo é determinante na qualidade de vida dos clientes com doença oncológica (Alves, 2020; Blanco-Guzman, 2018). A sua utilização está indicada em todos os clientes oncológicos com necessidade de tratamentos prolongados ou perfusões longas que não tenham acessos venosos periféricos. Este dispositivo tem a duração de cinco anos após o término de quimioterapia, muitos clientes mantêm-no devido à possibilidade de recidiva da doença oncológica (Alves, 2020). Num cliente em fim de vida, a colocação de um novo cateter venoso, seja central ou periférico, não se justifica, no entanto, se o cliente já possuir um cateter venoso central totalmente implantado, pode ser extremamente útil para a administração de medicamentos, considerando as suas diversas vantagens (Alves, 2020). As vantagens destes cateteres incluem apresentar uma baixa taxa de infeções e obstruções, maior facilidade de manutenção e uma melhoria da autoimagem, assim como a diminuição de ansiedade associada à necessidade de várias punções (Alves, 2020; Santos, 2015). No que respeita aos cuidados de manutenção do cateter é essencial garantir uma limpeza adequada e estar atento a qualquer dor referida pela cliente, com o objetivo de manter a permeabilidade do acesso e reduzir complicações. Após cada utilização do cateter, é importante realizar uma lavagem com soro fisiológico 0,9%. Sempre que não houver retorno de sangue após punção do reservatório subcutâneo, mesmo depois de reposicionar a cliente, o acesso não deve ser utilizado (Santos, 2015; Tabatabaie et al., 2017).

1.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
04-12-2023 09:00	Sensações somáticas	
04-12-2023 09:00	Sono	
04-12-2023 09:00	Emoção	
04-12-2023 09:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
04-12-2023 09:00	Digestão	
04-12-2023 09:00	Sufrimento	

1.5.1 Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Assim como no cenário anterior a avaliação das necessidades da cliente foi conduzida através de uma abordagem holística. Ao selecionar os domínios de cuidado e determinar as prioridades do plano de cuidados, foram considerados princípios teóricos relacionados à doença e aos objetivos dos CP. Neste capítulo, abordamos os diferentes domínios escolhidos para este caso clínico, juntamente com a descrição dos objetivos associados a cada um deles.

Diagnóstico Dor

O aumento da expectativa de vida em clientes com doença oncológica tem sido acompanhado por um aumento na prevalência de sintomas relacionados à doença, especialmente a dor (Fragoso & Fontanete, 2022). A dor pode ser classificada quanto aos mecanismos de ação como dor nociceptiva, dor neuropática ou nociceptiva e quanto ao tempo como aguda, crónica ou irruptiva (Gonçalves, 2023; IASP, 2020). Em oncologia a dor é uma condição complexa que vai além de uma simples sensação física, envolvendo aspetos biológicos, psicológicos e sociais. Além das componentes fisiológicas da dor, a dor oncológica também abrange aspetos emocionais, cognitivos, comportamentais e relacionais (Fragoso & Fontanete, 2022; Sinha et al., 2023). A cliente em estudo apresenta uma dor crónica mista, nociceptiva e neuropática, de difícil controlo, com necessidade de constantes ajustes terapêuticos em ambulatório, inclusive realização de tratamentos minimamente

invasivos através de tentativa de bloqueio da fáscia ilíaca supra inguinal, mas sem sucesso e da realização de radioterapia ao flanco, região inguinal e coxa direitos para controlo de dor (Anekar et al., 2023; Ferguson et al., 2021; Sulistio et al., 2020). Neste caso foi necessário o internamento hospitalar para uma gestão eficaz da dor. No caso em estudo, foi dado ênfase ao alívio da dor física, inicialmente de intensidade oito, como uma prioridade fundamental, reconhecendo que este passo inicial é essencial para abrir espaço e oportunidades para intervir em outras dimensões da dor. O tratamento farmacológico envolveu a administração de morfina por via endovenosa em horários predeterminados, visando um controle eficaz da dor contínua e também a administração em SOS sempre que necessário.

Diagnóstico Sono comprometido

O sono desempenha um papel crucial no nosso bem-estar, é parte integrante do nosso ritmo circadiano, que regula funções vitais como a temperatura e os níveis hormonais (Marie Curie, 2022). Os distúrbios do sono são comuns na fase de fim de vida, podendo afetar mais de 60% dos clientes (Burke & Yennurajalingam, 2018; Davies, 2019; Marie Curie, 2022). Os distúrbios do sono podem ser classificados: insônia, distúrbios respiratórios, hipersonolência, distúrbios relacionados com ritmo circadiano, parassonias e distúrbios do movimento relacionados com o sono (Zucconi & Ferri, 2014). No caso clínico em estudo a cliente apresenta insônia, que pode ser definida como “uma dificuldade persistente no início, duração, consolidação ou qualidade do sono que ocorre apesar das oportunidades e circunstâncias adequadas para dormir, e resulta numa forma de comprometimento diurno” (Zucconi & Ferri, 2014). A insônia pode ser desencadeada pela própria doença oncológica, pelos tratamentos oncológicos e/ou por sintomas físicos e problemas psicológicos associados (Davies, 2019). A qualidade e a quantidade do sono têm um impacto significativo na qualidade de vida, podendo a falta de sono tornar-se uma forma de sofrimento e agravar os sintomas físicos e emocionais, pode ter efeitos consequentes na perceção da dor, fadiga e humor (Burke & Yennurajalingam, 2018). Múltiplos fatores podem contribuir para problemas de sono, como dor não controlada, náuseas, síndrome das pernas inquietas (uma condição do sistema nervoso associada a várias doenças), depressão, ansiedade, preocupações espirituais, angústia e redução da atividade durante o dia (Marie Curie, 2022). No caso em estudo a insônia é provocada pela dor não controlada e pelo impacto multidimensional que a dor está a provocar na sua vida. Concomitantemente a síndrome das pernas inquietas pode também influenciar a qualidade do sono, trata-se de um distúrbio neurológico que provoca sensações desagradáveis ou incômodas nas pernas, acompanhadas por um forte impulso de movê-las. Esses sintomas tipicamente surgem no

final do dia ou à noite, sendo mais intensos durante a noite (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2023). Olhar de forma holística para os clientes torna a gestão dos distúrbios do sono particularmente desafiadora e individualizada. Múltiplas intervenções farmacológicas e não farmacológicas podem ser utilizadas para o tratamento dos distúrbios do sono (Hajjar, 2008). Incentivar a pessoa a verbalizar preocupações ou medos que a estejam a manter acordada, conversar com um psicólogo ou assistente espiritual e assegurar um ambiente silencioso, calmo e com uma temperatura confortável, podem ser intervenções promotoras da melhoria da qualidade do sono (Davies, 2019; Marie Curie, 2022).

Diagnóstico Ansiedade

Segundo o International Council of Nurses (ICN, 2019), a ansiedade é definida como uma “emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia”. Esta condição pode manifestar-se de forma abrupta, seja como resposta ao diagnóstico de uma doença grave ou devido à dificuldade em manter a capacidade de controlo da situação. Em clientes com cancro em estadio avançado, a ansiedade tem sido correlacionada a consequências, tais como o aumento de insônia, redução da perceção da qualidade de vida e diminuição da adesão aos tratamentos (Kolva et al., 2011). As principais expressões da ansiedade incluem sentimentos de medo, impaciência e irritabilidade. A intensificação desses sintomas pode ocorrer à medida que o cliente transita de um processo de doença avançada para um processo de doença terminal (Lichtenthal et al., 2008). As causas predisponentes da ansiedade podem classificar-se em situacionais: pelo isolamento, sentimento de inutilidade, perda de papel e medo do desconhecido; orgânicos: por sintomas não controlados; psicológicos: pela irritação, culpa e insónia; antecedentes psicossociais e espirituais: pelo sofrimento global, desespero existencial, medo da perda da independência, medo da dor, pensamentos sobre a morte e pensamentos sobre o passado (Bernardo et al., 2016). No caso em estudo, os sinais de ansiedade manifestam-se através de sentimentos de medo e irritabilidade, sendo que os elementos predisponentes incluem o afastamento social, o sentimento de inutilidade, a perda de identidade como filha e mãe, e a perceção de ser um fardo para a família. Identificar a ansiedade em clientes com cancro apresenta um desafio significativo devido à sua frequentemente associação com outras formas de sofrimento psicológico, como a depressão, preocupação e aversão emocional. Esta ligação complexa entre diferentes estados emocionais pode complicar o diagnóstico diferencial e dificultar a implementação de intervenções terapêuticas específicas para a ansiedade (Buck et al., 2008). Daqui depreende-se a necessidade de os profissionais entenderem a complexidade desse sintoma, de forma a identificarem sinais de alerta e intervirem de maneira

apropriada no seu controle, prevenindo assim a redução da qualidade de vida associada à sua manifestação (Kolva et al., 2011). Em CP, a forma mais eficaz para avaliar a ansiedade, corresponde a uma avaliação clínica detalhada já que é comum uma reação ansiosa neste tipo de clientes, o que dificulta a sua avaliação e tratamento (Bernardo et al., 2016). Os instrumentos utilizados para a avaliação da ansiedade validados para a população portuguesa são a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), o Beck Depression Inventory (BDI) e o State Trait Anxiety Inventory (STAI) (Telles- Correia e Barbosa, 2009). Também a ESAS, instrumento de avaliação de múltiplos sintomas, pode trazer importantes informações quanto à intensidade da ansiedade percebida pelo cliente. Neste caso, na unidade de internamento em CP, não existe instrumentos de avaliação da ansiedade padronizado, por isso a avaliação e documentação era realizada de forma empírica em notas. Além das terapias farmacológicas, o recurso a abordagens não farmacológicas possibilita a avaliação dos sintomas e dos elementos que afetam a ansiedade. É essencial aplicar estratégias visando uma compreensão mais aprofundada e gestão emocional mais eficaz. Para esse efeito, o recurso a métodos psicológicos pode ser facilitador para o tratamento, nomeadamente através de: psicoeducação, respiração passiva (acompanhado por relaxamento muscular), terapias cognitivo-comportamentais, psicoterapia breve, musicoterapia, arteterapia, hipnose, massagens e outras técnicas complementares, podem proporcionar o sentimento de controlo (Bernardo et al., 2016). Fortalecer os recursos internos da pessoa, como o seu suporte social, crenças pessoais e a elaboração de estratégias de *coping* também são intervenções na abordagem da ansiedade (Bernardo et al., 2016). Conversar com a cliente de forma tão honesta quanto sensível, no sentido de lhe transmitir quanto possível a verdade pode ser uma forma de trabalhar a aceitação da pessoa e conseqüentemente a diminuição da ansiedade.

Diagnóstico Náusea

Segundo o ICN (2019), a náusea é definida “como a sensação de enjoo com tendência para vomitar; sensação desagradável vagamente relacionada com o epigástrico e abdômen, agravada pelo sabor ou pelo cheiro”. As náuseas e os vômitos são comuns em clientes em situação paliativa. Podem resultar da própria doença, do tratamento da doença (medicação e tratamentos oncológicos) ou de patologias coexistentes. Uma grande percentagem, 62% dos clientes com cancro em fase avançada apresentam náuseas e vômitos (Stephenson & Davies, 2005). A prevalência de náuseas varia de 6 a 68% e a prevalência de vômitos é de 4% a 8% (Glare et al., 2011; Leach, 2019; Stephenson & Davies, 2005; Solano et al., 2006). Frequentemente as causas são multifatoriais: esvaziamento gástrico alterado, causas químicas, patologia visceral, causas neurológicas e corticais (Leach, 2019;

Stephenson & Davies, 2005). Estes sintomas podem causar sofrimento significativo que aumenta ao longo da duração dos sintomas e pode prejudicar a qualidade de vida dos clientes (Leach, 2019). No que concerne ao tratamento farmacológico, no caso da cliente em estudo, quando a causa é o esvaziamento gástrico alterado, o antiemético de primeira linha recomendado é a metoclopramida e o medicamento de segunda linha a levomepromazina (Harris, 2010), fármacos que foram instituídos. A administração por via endovenosa é recomendada em casos de má absorção gastrointestinal, estase gástrica significativa ou em caso de vômitos (Leach, 2019). Algumas intervenções não farmacológicas podem contribuir para o alívio das náuseas como evitar cheiros fortes no quarto, incentivar a ingestão de pequenas quantidades de alimentos de cada vez, oferecer sumos e água frios ou gelados, evitar fornecer alimentos condimentados e incentivar os clientes a levantarem-se devagar quando estiverem sentados ou quando sair da cama, entre outros (Marie Curie, 2020). A gestão do ambiente de forma a evitar cheiros intensos no quarto e o planeamento da dieta em colaboração com a nutricionista, de forma a adequar a dieta ao gosto e preferências da cliente, foram medidas implementadas neste caso.

Diagnóstico Sofrimento

Segundo Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020), lidar com o sofrimento envolve cuidar de questões que vão além dos sintomas físicos, envolve outros problemas, psicossociais e espirituais. Cassell em 1982, define o sofrimento como “um estado específico de angústia grave relacionado com a ameaça iminente, percebida ou real, à integridade ou continuidade existencial da pessoa” (Cassel, 1982). O termo "angústia" descreve um estado emocional caracterizado por sentimentos negativos face ao confronto com a vulnerabilidade perante a fragilidade face à finalidade da vida. Isto significa que o sofrimento é uma resposta a uma situação específica, que é percebida como ameaçadora para a vida do cliente, para a identidade pessoal ou para o papel social (Hartogh, 2017). A intensidade do sofrimento é medida pelo cliente, conforme os seus valores, crenças e vivências, múltiplos fatores que fazem com que a experiência de sofrimento seja única e individual (Barbosa, 2016). O sofrimento pode envolver dor física, mas não se limita a ela, pode também englobar tristeza, ansiedade, medo, raiva, desespero, frustração, culpa, constrangimento e vergonha (Hartogh, 2017). A literatura recente sobre o sofrimento, especialmente em relação à fase de fim de vida, tem focalizado em fornecer uma lista dos elementos do sofrimento. Geralmente, esses elementos são agrupados em quatro dimensões principais: dimensão física, como dor, fadiga, limitações funcionais; dimensão psicológica, incluindo ansiedade, depressão, medo, confusão e outros distúrbios emocionais; dimensão espiritual que abordam questões de significado, propósito,

dignidade, aceitação e outras preocupações relacionadas à vida e à morte e dimensão interpessoal ou social que envolve as relações familiares, apoio social, comunicação com profissionais de saúde e questões de isolamento ou solidão (Barbosa, 2016; Hartogh, 2017). Os CP têm sido eficazes em aliviar a dor física, mas nem sempre abordam questões mais profundas relacionadas ao sentido do sofrimento e da morte. À medida que a dor física é tratada, outras formas de dor, como a espiritual e a existencial, muitas vezes tornam-se mais evidentes. Estas formas de dor são comuns durante a fase terminal da doença (Balducci, 2010). No caso em estudo, com a progressão da doença e com o consequente aparecimento de novos sintomas físicos, alguns incapacitantes, fez com que a cliente tivesse que regressar a casa da mãe para que fosse cuidada por ela, existindo uma alteração de papéis familiares, originando sentimentos de incapacidade, perda de dignidade, ansiedade, raiva e frustração. A escuta da narrativa dos clientes sobre a suas inquietações e medos, o apoio social, o incentivo ao diálogo entre cliente e cuidadores/familiares e o apoio emocional são algumas das intervenções eficazes no alívio do sofrimento (Bradley et al., 2018; Prabhakar & Smith, 2021; Wood, 2022).

OBJETIVOS NO PLANEAMENTO DE CUIDADOS

Diagnóstico Dor

O₁ - Diminuir o nível de dor;

O₂ - Referir mudanças nos sintomas de dor aos profissionais de saúde.

Diagnóstico Sono comprometido

O₁ - Aumentar o número de horas de sono;

O₂ - Melhorar o padrão e qualidade do sono.

Diagnóstico Ansiedade

O₁ - Determinar a evolução da ansiedade;

O₂ - Diminuir a ansiedade.

Diagnóstico Náusea

O₁ - Determinar evolução da náusea;

O₂ - Aliviar náusea.

Diagnóstico Sofrimento

O₁ - Expressar aceitação do novo papel;

O₂ - Manter relações positivas com a família.

1.6. Conceção de cuidados

Sensações somáticas

04-12-2023 09:00 - Manifesta dor.

04-12-2023 09:00 - Dor

04-12-2023 09:00 - Localização da dor

04-12-2023 09:00 - Abdómen

04-12-2023 09:00 - Intensidade da dor - 8.

04-12-2023 09:00 - frequência da dor - contínua.

04-12-2023 09:00 - duração da dor - crónica.

04-12-2023 09:00 - dor de tipo - profunda.

04-12-2023 09:00 - Perna Direita(o)

04-12-2023 09:00 - Intensidade da dor - 8.

04-12-2023 09:00 - frequência da dor - intermitente.

04-12-2023 09:00 - duração da dor - crónica.

04-12-2023 09:00 - dor de tipo - pontada.

04-12-2023 09:00 - Determinar evolução da dor

04-12-2023 09:00 - Avaliar evolução da dor

12-12-2023 09:00 - Localização da dor

12-12-2023 09:00 - Abdómen

12-12-2023 09:00 - Intensidade da dor - 2.

12-12-2023 09:00 - frequência da dor - contínua.

12-12-2023 09:00 - duração da dor - crónica.

12-12-2023 09:00 - dor de tipo - profunda.

12-12-2023 09:00 - Perna Direita(o)

12-12-2023 09:00 - Intensidade da dor - 4.

12-12-2023 09:00 - frequência da dor - intermitente.

12-12-2023 09:00 - duração da dor - crónica.

12-12-2023 09:00 - dor de tipo - pontada.

04-12-2023 09:00 - Diminuir dor

04-12-2023 09:00 - *Gerir analgesia*

Digestão

04-12-2023 09:00 - Com sensação de enjojo.

04-12-2023 09:00 - Sem refluxo dos alimentos deglutidos.

04-12-2023 09:00 - Sem vômitos.

04-12-2023 09:00 - Náusea

04-12-2023 09:00 - Gravidade da náusea: moderada.

04-12-2023 09:00 - Determinar evolução da náusea

04-12-2023 09:00 - Avaliar evolução da náusea

12-12-2023 09:00 - Com sensação de enjojo [MANTEVE].

12-12-2023 09:00 - Gravidade da náusea: ligeira [MELHOROU].

04-12-2023 09:00 - Referenciar náusea ao médico

04-12-2023 09:00 - Aliviar náusea

04-12-2023 09:00 - Executar cuidados de higiene oral

04-12-2023 09:00 - Gerir o ambiente físico para aliviar a náusea

04-12-2023 09:00 - Planear dieta

Sono

04-12-2023 09:00 - Dormiu por períodos curtos.

04-12-2023 09:00 - Sono não reparador, com dificuldade em adormecer e intermitente.

04-12-2023 09:00 - Sono comprometido

04-12-2023 09:00 - Determinar evolução do sono

04-12-2023 09:00 - Avaliar evolução do sono

12-12-2023 09:00 - Dormiu por períodos longos.

12-12-2023 09:00 - Sono não reparador e intermitente [MANTEVE].

04-12-2023 09:00 - Referenciar sono comprometido ao médico

04-12-2023 09:00 - Melhorar sono

04-12-2023 09:00 - Implementar estratégias de promoção do sono

04-12-2023 09:00 - Gerir medicação

04-12-2023 09:00 - Promover adesão: estratégias promotoras do sono

04-12-2023 09:00 - Conhecimento sobre promoção do sono: facilitador.

04-12-2023 09:00 - Significado atribuído ao compromisso do sono: não dificultador.

04-12-2023 09:00 - Avaliar evolução da adesão a estratégias promotoras do sono

12-12-2023 09:00 - Adota estratégias promotoras do sono de acordo com a recomendação.

Emoção

04-12-2023 09:00 - Verbaliza ansiedade.

04-12-2023 09:00 - Manifestação de irritabilidade.

04-12-2023 09:00 - Especificação da perda

Especificação da perda: Perda progressiva da autonomia para as atividades de vida diárias.

04-12-2023 09:00 - Ansiedade

04-12-2023 09:00 - Determinar evolução da ansiedade

04-12-2023 09:00 - Avaliar evolução da ansiedade

12-12-2023 09:00 - Verbaliza ansiedade [MANTEVE].

12-12-2023 09:00 - Sem manifestação de irritabilidade [MELHOROU].

04-12-2023 09:00 - Referenciar ansiedade ao médico

04-12-2023 09:00 - Diminuir ansiedade

04-12-2023 09:00 - Executar técnica de relaxamento

Sufrimento

04-12-2023 09:00 - Verbaliza perda de dignidade

04-12-2023 09:00 - Verbaliza ansiedade

04-12-2023 09:00 - Verbaliza incapacidade e frustração

04-12-2023 09:00 - Sofrimento

04-12-2023 09:00 - Expressar aceitação do novo papel

04-12-2023 09:00 - Expressar apoio e empatia

04-12-2023 09:00 - Encorajar a aceitação das limitações

04-12-2023 09:00 - Encorajar e escutar manifestações de sentimentos e crenças

04-12-2023 09:00 - Encorajar a cliente a identificar os próprios pontos fortes e capacidades

04-12-2023 09:00 - Manter relações positivas com cuidadores/familiares

04-12-2023 09:00 - *Facilitar o diálogo com cuidadores/familiares*

12-12-2023 09:00 - Verbaliza ansiedade

12-12-2023 09:00 - Verbaliza incapacidade e frustração

1.7. Especificação das intervenções

Planear dieta

- Questionar a cliente quais alimentos e bebidas preferidas;
- Oferecer alimentos e bebidas preferidos da cliente;
- Oferecer alimentos e bebidas à temperatura ideal para a cliente;
- Fornecer gelados de gelo;
- Solicitar colaboração de nutricionista da equipa de CP.

Implementar estratégias de promoção do sono

- Reduzir a luminosidade do quarto e possíveis ruídos;
- Incentivar a verbalização de sentimentos e emoções.

Gerir o ambiente físico para aliviar a náusea

- Diminuir possíveis odores desagradáveis no quarto.

Executar técnica de relaxamento

- Incentivar a verbalização de sentimentos e emoções.

Encorajar e escutar manifestações de sentimentos e crenças

- Praticar escuta ativa.

Encorajar a cliente a identificar os próprios pontos fortes e capacidades

- Motivar a reflexão sobre pontos positivos da vida da cliente.

Facilitar o diálogo com cuidadores/familiares

- Incentivar a expressão de sentimentos;
- Aconselhar a resolver questões pendentes.

1.8. Síntese relativa ao caso

Neste capítulo, são descritos os resultados observados durante o desenvolvimento deste estudo de caso relativamente aos principais domínios identificados em todas as sessões.

Evolução do cliente / Resultados

Dor

Na primeira sessão, quando avaliadas as necessidades da cliente em estudo, apresentava uma dor abdominal e do membro inferior direito classificada em oito valores de intensidade, pela escala numérica, necessitando de administração regular de opioide potente por via endovenosa várias vezes ao dia em horário fixo, e em SOS. Na avaliação da equipa de CP foi ponderada a influência do sofrimento emocional e social na forma como a cliente percebia a intensidade da dor. Por esse motivo foram implementadas intervenções na gestão do sofrimento emocional e social, embora a diminuição da intensidade da dor física fosse priorizada. Na segunda sessão, a cliente referiu uma diminuição da intensidade da dor abdominal e do membro inferior direito, relacionada com o ajuste de medicação na admissão, com necessidade decrescente de administração de medicação em SOS. Mediante esta evolução positiva, considera-se que estão presentes os resultados objetivados relativamente à dor, porém continua a ser um foco de atenção da equipa de CP, visto que ainda existe presença de dor e sofrimento associado.

Sono comprometido

Na avaliação das necessidades da cliente o sono comprometido influenciado pelo agravamento da dor e sofrimento foi um foco de atenção da equipa de CP desde o início do internamento da cliente. Após a implementação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas para promover o sono (reduzir a luminosidade do quarto e possíveis ruídos, incentivo à verbalização de sentimentos e emoções que impedissem a cliente de dormir), foi observada uma melhoria no número de horas de sono da cliente, porém ainda persistem problemas com o padrão e a qualidade do sono, indicando uma possível ligação com o sofrimento emocional e social.

Ansiedade

No que diz respeito à gestão da ansiedade, desde a primeira sessão foram aplicadas medidas não farmacológicas, incluindo técnicas de relaxamento pelo incentivo à verbalização de sentimentos e emoções. Estas intervenções demonstraram ser eficazes na redução da irritabilidade, no entanto, a cliente continuou a expressar ansiedade.

Náusea

Na primeira sessão, a cliente em estudo referia uma sensação de enjoo e náusea moderada associada pelo que nesta sessão as intervenções de enfermagem centraram-se no controlo sintomático priorizando a administração de medicação prescrita para alívio do sintoma, a gestão do ambiente físico (diminuindo possíveis odores desagradáveis no quarto), planeamento da dieta e cuidados de higiene oral. A medicação prescrita para controlo deste sintoma foi a metoclopramida, em horário fixo, por via endovenosa. O planeamento da dieta, inicialmente consistiu em compreender quais os alimentos que a cliente mais gostava e a temperatura ideal de forma a solicitar a alimentação ao gosto da cliente com a colaboração da nutricionista da equipa. O regime alimentar da cliente comportou uma dieta branda, isenta de gorduras e açúcares, porém, dentro do possível, foram priorizados os gostos da cliente. Além disso, foram fornecidos gelados de gelo para ajudar a aliviar o desconforto associado ao enjoo e náusea. Na sessão seguinte, a cliente denotou uma melhoria na intensidade do sintoma, houve ligeiro aumento da quantidade de alimentos ingeridos e foi possível a manutenção da adequação da dieta ao gosto da cliente.

Sufrimento

No contexto do sofrimento, desde o início do internamento, foram implementadas medidas para permitir que a cliente expressasse sentimentos de valorização pessoal e aceitação do seu novo papel. Além disso, facilitar a comunicação com pessoas significativas, nomeadamente as filhas e mãe, para a partilha de inquietações e emoções foi um dos principais objetivos para lidar com o sofrimento emocional e social. A gestão do sofrimento foi também alcançada através da escuta e do apoio emocional, encorajando a aceitação das limitações e dos novos papéis. Estas ações visaram proporcionar à cliente um ambiente de suporte durante o período de internamento. Os objetivos definidos foram parcialmente atingidos, foi possível perceber na segunda sessão que a cliente melhorou a comunicação com as filhas e com a mãe expressando os seus medos e emoções, contudo a cliente mantém verbalização de incapacidade e frustração.

Devido à rápida evolução da doença e à oportunidade limitada de novo contacto com a cliente, não foi possível realizar uma terceira sessão. Esta situação foi especialmente desafiadora, porque o quadro clínico da cliente deteriorou-se rapidamente, deixando pouco tempo para intervenções adicionais. Infelizmente, apenas sete dias após a data da segunda sessão, a cliente em estudo morreu, no internamento hospitalar, durante o período noturno acompanhada pela irmã e com os sintomas controlados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, E., P. (2020). *Otimização da manutenção do cateter venoso central totalmente implantado*. (Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/131989/2/441440.pdf>
- Anekar, A. A., Hendrix, J. M., & Cascella, M. (2023). *WHO analgesic ladder*. StatPearls - NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554435/>
- Anekar, A. A., Hendrix, J. M., & Cascella, M. (2023). *WHO analgesic ladder*. StatPearls - NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554435/>
- Balducci, L. (2010). Beyond quality of life: the meaning of death and suffering in palliative care. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 11 Suppl 1, 41–44.
- Barbosa, A. (2016). Ser pessoa, Vulnerabilidade e Sofrimento. In A. Barbosa., P. R. Pina., F. Tavares I., & G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3rd ed., pp. 665-690). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Bernardo, A., Leal, F., Barbosa, A. (2016). Ansiedade. In A. Barbosa., P. R. Pina., F. Tavares I., & G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3rd ed., pp. 249-256). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Blanco-Guzman, M. (2018). Implanted vascular access device options: a focused review on safety and outcomes. *Transfusion (Arlington, Va.)*, 58(S1), 558–568. <https://doi.org/10.1111/trf.14503>
- Bradley, N., Lloyd-Williams, M., & Dowrick, C. (2018). Effectiveness of palliative care interventions offering social support to people with life-limiting illness-A systematic review. *European Journal of Cancer Care*, 27(3), e12837. <https://doi.org/10.1111/ecc.12837>
- Buck, J. M., Kelly, W. E., & Silver, N. C. (2008). An investigation of the relationship between depression and worry: A research note. *Individual Differences Research*, 6(2), 120–122.

- Burke, R. H., & Yennurajalingam, S. (2018). Sleep disturbance in palliative care. In *Oxford University Press eBooks*. <https://doi.org/10.1093/med/9780190633066.003.0009>
- Cassel, E. J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England Journal of Medicine*, 306(11), 639–645. <https://doi.org/10.1056/nejm198203183061104>
- Davies, A. (2019). Sleep problems in advanced disease. *Clinical Medicine (London)*, 19(4), 302–305. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.19-4-302>
- Ferguson, L., Ruheili, J. A., Clark, H., & Barham, D. (2021). Subcutaneous lidocaine infusion for complex cancer pain: A Retrospective review. *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy*, 35(3), 137–142. <https://doi.org/10.1080/15360288.2021.1920544>
- Fragoso, M., & Fontanete, D. (2022). A dor em oncologia e a dor irruptiva oncológica. *Tópicos Em Destaque Na Dor Iruptiva Oncológica*. https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/Dor_Iruptiva_Oncologica.pdf
- Glare, P., Miller, J., Nikolova, T., & Tickoo, R. (2011). Treating nausea and vomiting in palliative care: a review. *Clinical Interventions in Aging*, 243. <https://doi.org/10.2147/cia.s13109>
- GLOBAL CANCER OBSERVATORY. (2020). *Portugal Source: Globocan 2020*. International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf>
- GLOBAL CANCER OBSERVATORY. (2022). *Europe Statistics at a glance, 2022*. International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/908-europe-fact-sheet.pdf>
- Gonçalves, F. (2023, Janeiro 17). Fadiga em Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa*. <https://medicinapaliativa.pt/Blog/Detail/197>
- Gonzalez, R. S. (2024, April 9). *Stomach General WHO classification*. PathologyOutlines.com. <https://www.pathologyoutlines.com/topic/stomachWHOclassification.html>
- Hajjar, R. R. (2008). Sleep disturbance in palliative care. *Clinics in Geriatric Medicine*, 24(1), 83–91. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2007.08.003>

- Harris, D. (2010). Nausea and vomiting in advanced cancer. *British Medical Bulletin*, 96(1), 175–185. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldq031>
- Hartogh, G. D. (2017). Suffering and dying well: on the proper aim of palliative care. *Medicine Health Care and Philosophy*, 20(3), 413–424. <https://doi.org/10.1007/s11019-017-9764-3>
- Hu, B., Hajj, N. E., Sittler, S. Y., Lammert, N., Barnes, R., & Meloni-Ehrig, A. (2012). Gastric cancer: Classification, histology and application of molecular pathology. *PubMed*. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2078-6891.2012.021>
- INFOMED. Base de dados de medicamentos de uso humano. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>
- International Association for the Study of Pain. (2020, July 16). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/?ItemNumber=10475&navItemNumber=643>
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Jemal, A., Bray, F., Center, M. M., Ferlay, J., Ward, E., & Forman, D. (2011). Global cancer statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61(2), 69–90. <https://doi.org/10.3322/caac.20107>
- Kang, S. H., Kim, J. S., Moon, H. S., Lee, E. S., Kim, S. H., Sung, J. K., Lee, B. S., & Kim, J. I. (2017). Signet ring cell carcinoma of early gastric cancer, is endoscopic treatment really risky? *Medicine (Baltimore, Md.)*, 96(33), e7532. <https://doi.org/10.1097/md.0000000000007532>
- Kolva, E., Rosenfeld, B., Pessin, H., Breitbart, W., & Brescia, R. (2011). Anxiety in terminally ill cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, 42(5), 691–701. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.01.013>
- Leach, C. (2019). Nausea and vomiting in palliative care. *Clinical Medicine (London)*, 19(4), 299–301. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.19-4-299>
- Lichtenthal, W. G., Nilsson, M., Zhang, B., Trice, E. D., Kissane, D. W., Breitbart, W., & Prigerson, H. G. (2008). Do rates of mental disorders and existential distress among advanced stage cancer patients increase as death approaches? *Psycho-Oncology*, 18(1), 50–61. <https://doi.org/10.1002/pon.1371>

- Lordick, F., Carneiro, F., Cascinu, S., Fleitas, T., Haustermans, K., Piessen, G., Vogel, A., & Smyth, E. (2022). Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 33(10), 1005–1020. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2022.07.004>
- Marie Curie (2022, March 1). *Sleep problems in palliative care*. <https://www.mariecurie.org.uk/professionals/palliative-care-knowledge-zone/symptom-control/sleep-issues>
- Marques, R., F. (2020). *Novas perspetivas no carcinoma gástrico metastizado – Imunoterapia*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <https://hdl.handle.net/10316/97823>
- Mukkamalla, S. K. R., Recio-Boiles, A., & Babiker, H. M. (2023, July 4). *Gastric cancer*. StatPearls - NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459142/>
- National Cancer Institute. (2024, May 31). *Stomach Cancer Treatment*. <https://www.cancer.gov/types/stomach/treatment>
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2023, November 28). *Restless Legs Syndrome*. National Institutes of Health. <https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/restless-legs-syndrome>
- Prabhakar, A., & Smith, T. J. (2021). Total pain #417. *Journal of Palliative Medicine*, 24(7), 1100–1101. <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0128>
- Santos, R., F., M. (2015). *Cuidar do doente em cuidados paliativos com cateter venoso central totalmente implantado: importância do manuseamento*. (Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa). Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/23511>
- Sinha, A., Deshwal, H., & Vashisht, R. (2023, February 26). *End-of-Life evaluation and management of pain*. StatPearls - NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568753/>
- Solano, J. P. C., Gomes, B., & Higginson, I. J. (2006). A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(1), 58–69. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.06.007>

- Stephenson, J., & Davies, A. (2005). An assessment of aetiology-based guidelines for the management of nausea and vomiting in patients with advanced cancer. *Supportive Care in Cancer*, 14(4), 348–353. <https://doi.org/10.1007/s00520-005-0897-1>
- Sulistio, M., Wojnar, R., Key, S., Kwok, J. J., Al-Rubaie, Z. T., & Michael, N. (2020). The role of methadone in cancer-induced bone pain: a retrospective cohort study. *Supportive Care in Cancer*, 29(3), 1327–1335. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05606-7>
- Tabatabaie, O., Kasumova, G. G., Eskander, M. F., Critchlow, J. F., Tawa, N. E., & Tseng, J. F. (2017). Totally Implantable Venous Access Devices: A Review of Complications and Management Strategies. *American journal of clinical oncology*, 40(1), 94–105. <https://doi.org/10.1097/COC.0000000000000361>
- Telles-Correia, D., & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressão em medicina Modelos teóricos e avaliação. *Acta Medica Portuguesa*, 22(1), 89–98.
- Winkelman, J. W., Armstrong, M. J., Allen, R. P., Chaudhuri, K. R., Ondo, W. G., Trenkwalder, C., Zee, P. C., Gronseth, G. S., Gloss, D., & Zesiewicz, T. (2016). Practice guideline summary: Treatment of restless legs syndrome in adults. *Neurology*, 87(24), 2585–2593. <https://doi.org/10.1212/wnl.00000000000003388>
- Wood, J. (2021). Cicely Saunders, ‘Total Pain’ and emotional evidence at the end of life. *Medical Humanities*, 48(4), 411–420. <https://doi.org/10.1136/medhum-2020-012107>
- Zucconi, M. & Ferri, R. (2014). *Classification of sleep disorders*. European Sleep Research Society. https://www.esrs.eu/wp-content/uploads/2018/09/ESRS_Sleep_Medicine_Textbook_Chapter_B1.pdf