

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

LUTO PREPARATÓRIO EM CUIDADOS PALIATIVOS-
Projeto de desenvolvimento de competências clínicas
especializadas na área de enfermagem à
pessoa em situação paliativa

PREPARATORY GRIEF IN PALLIATIVE CARE-
Project for the Development of Specialized Clinical Skills in the
Medical-Surgical Nursing Field in Palliative Care.

Autor

Mafalda de Carvalho Salgueiro

Porto, 2023

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

LUTO PREPERATÓRIO EM CUIDADOS PALIATIVOS- Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa

PREPARATORY GRIEF IN PALLIATIVE CARE- roject for the Development of Specialized Clinical Skills in the Medical-Surgical Nursing Field in Palliative Care.

Orientador(es)

Marisa da Conceição Gomes Lourenço
Professor Adjunto, Doutor

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

Autor

Mafalda de Carvalho Salgueiro

Porto, 2023

RESUMO

Enquadramento: De acordo com a Organização Mundial de Saúde [OMS] (2023) a filosofia dos Cuidados Paliativos (CP), afirma a vida e considera a morte como um processo normal, não tem intenção de apressar nem adiar a morte, oferece um sistema de apoio para ajudar a pessoa em situação paliativa a viver o mais ativamente possível até à morte, oferece um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença e no luto, utiliza o trabalho em equipa como estratégia para abordar as necessidades da pessoa em situação paliativa e a sua família, é aplicável desde o início da doença, em conjunto com outras terapias com intuito curativo, providencia alívio sintomático e melhora a qualidade de vida. Segundo a OMS, em 2020, os enfermeiros “representam aproximadamente 59% dos profissionais de saúde em 172 países com dados disponíveis” (OMS, 2020, p. 37), Rosa et al. (2021) referem que “a falha de não promover estrategicamente o desenvolvimento de competências, educação e políticas de apoio em Cuidados Paliativos a todos os enfermeiros, irá certamente aumentar o sofrimento relacionado com a doença e aumentar os encargos económicos dos sistemas de saúde” (p. 6). No Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) a formação é um dos eixos prioritários, evidenciando que “é fundamental para a constituição de novas equipas/ unidades, para o desenvolvimento de competências em CP das equipas multidisciplinares e para garantir os diferentes graus de complexidade das intervenções” (Silva et al., 2022, p. 30).

Objetivo: Apresentar um relatório com uma reflexão crítica, objetiva e contextualizada de todo o trabalho realizado em estágio de natureza profissional. Permitir a prossecução dos objetivos de aprendizagem e aquisição de competências exigidas ao Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

Metodologia: Metodologia de projeto, considerando as aptidões enumeradas na legislação portuguesa para obtenção do grau de mestre, as competências comuns e específicas preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros para Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa e com foco na intervenção especializada de enfermagem no processo de luto da pessoa em situação paliativa.

Resultados: A realização dos estágios, incluindo a realização de dois estudos de caso baseados em casos verídicos e a realização da Revisão Sistemática da literatura do tipo Revisão Rápida, sustentaram a aquisição de competências, nomeadamente, o cuidar e o estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa em situação paliativa e a sua família, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e acompanhamento no luto.

Conclusão: Com o término deste relatório, considero que os objetivos delineados foram atingidos, permanecendo a curiosidade e vontade de aprimoramento de todas as competências ao longo do meu exercício profissional, sendo o processo de aprendizagem um continuum que pretendo manter como pilar da minha prática, contribuindo para o desenvolvimento dos CP, e acima de tudo, para poder prestar os melhores cuidados à pessoa em situação paliativa e aos seus familiares.

Palavras-Chave: Enfermagem; Cuidados Paliativos; Competências;

ABSTRACT

Background: According to the World Health Organization [WHO] (2023) the philosophy of Palliative Care, affirms life and considers death as a normal process, has no intention of hastening or postponing death, offers a support system to help the person in palliative situation to live as actively as possible until death, it offers a support system to help the family cope with the disease and in grief, uses a team approach to address the needs of the palliative person and their family, is applicable from the beginning of the disease, together with other therapies with curative intent, provides symptomatic relief and improves quality of life. According to the WHO, in 2020, nurses "represent approximately 59% of health professionals in 172 countries with available data" (WHO, 2020, p. 37), Rosa et al. (2021) state that "the failure to strategically promote the development of skills, education and support policies in Palliative Care to all nurses, will certainly increase the suffering related to the disease and increase the economic burden of health systems" (p. 6). In the Strategic Plan for the Development of Palliative Care, training is one of the priority axes, evidencing that "it is fundamental for the constitution of new teams/units, for the development of PC skills of multidisciplinary teams and to ensure the different degrees of complexity of interventions" (Silva et al., 2022, p. 30).

Objective: Present a report with a critical, objective and contextualized reflection of all the work carried out in a professional internship. Allow the pursuit of learning objectives and acquisition of skills required of the Specialist Nurse in the area of Nursing to the Person in Palliative Situation.

Methodology: Project methodology, considering the skills listed in the Portuguese legislation to obtain the master's degree, the common and specific competencies recommended by the Order of Nurses for Specialist Nurse in the area of Nursing to the Person in Palliative Situation and focusing on specialized nursing intervention in the grieving process of the person in palliative situation.

Results: The accomplishment of the internships, including the accomplishment of two case studies based on true cases and the accomplishment of the Systematic Review of the literature of the type Quick Review, supported the acquisition of competences, namely, the care and the establishment of a therapeutic relationship with the person in palliative situation and his family, relieving his suffering, maximizing their well-being, comfort and quality of life, providing support in the process of adaptation to successive losses, death and accompaniment in mourning.

Conclusion: With the end of this report, I consider that the outlined objectives were achieved, remaining the curiosity and desire to improve all skills throughout my professional practice, and

the learning process which is a continuum that I intend to maintain as a pillar of my practice, contributing to the development of PC, and above all, to be able to provide the best care to the person in palliative situation and their families.

Key-Words: Nursing; Palliative Care; Skills;

ABREVIATURAS

CP- Cuidados Paliativos

DAV- Diretivas Antecipadas de Vontade

DGS- Direção Geral de Saúde

EAPC- European Association for Palliative Care

ECSCP- Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCP- Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ESAS- Edmonton Symptom Assessment Scale

ICD-Pal- Instrumento Diagnóstico de Complexidade em Cuidados Paliativos

ICN- International Council of Nurses

IPO- Instituto Português de Oncologia

ISBAR- Identify; Situation; Background; Assessment; Recommendation

OMS- Organização Mundial da Saúde

OPCP- Observatório Português dos Cuidados Paliativos

PEDCP- Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

PPS- Palliative Performance Scale

REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SCP- Serviço de Cuidados Paliativos

UC- Unidades Curriculares

UCP- Unidade de Cuidados Paliativos

UCPED- Unidade de Cuidados Paliativos de Elevada Diferenciação

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	15
3. CONCEÇÃO DE CUIDADOS_CONTEXTO- EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS	19
3.1. Enquadramento teórico	19
3.2. Clientes	24
3.3. Medicação	25
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	25
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	28
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	29
3.5. Domínios	30
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	30
3.6. Dados	37
3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	44
3.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	45
3.7. Diagnósticos	49
3.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	54
3.8. Especificação das intervenções	59
4. CONCEÇÃO DE CUIDADOS_CONTEXTO- SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	61
4.1. Enquadramento teórico	61
4.2. Clientes	64
4.3. Medicação	65
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	65
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	67
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	68
4.5. Domínios	69
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	69
4.6. Dados	80
4.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	90
4.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	92
4.7. Diagnósticos	99
4.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	107
4.8. Especificação das intervenções	115

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	117
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	129
7. BIBLIOGRAFIA	131
ANEXOS	135

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

LISTA TABELAS

Tabela 1- Implicações para Enfermagem relativamente à medicação prescrita- Caso Clínico I

Tabela 2- Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa- Caso Clínico I

Tabela 3- Implicações para Enfermagem relativamente à medicação prescrita- Caso Clínico I

Tabela 4- Domínios do Luto Preparatório e Diagnósticos de Enfermagem

Tabela 5- Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa- Caso Clínico II

Tabela 6- Intervenções de Enfermagem ao Cuidador da Pessoa em Situação Paliativa- Caso Clínico II

LISTA IMAGENS

Imagem 1- Genograma, Caso Clínico I

Imagem 2- Genograma, Caso Clínico II

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A elaboração do presente Relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, que teve início no ano letivo 2021/2022 e com término no ano letivo 2022/2023, cujo objetivo é demonstrar o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, descritas no Regulamento n.º 429/2018 (2018).

Os Cuidados Paliativos (CP) em Portugal, segundo alguns autores têm início no ano de 1992, com a inauguração da Unidade de Dor do Hospital do Fundão, “que quase de imediato se transformou no Serviço de Medicina Paliativa do mesmo hospital” (Capelas et al., 2014, p. 11), a primeira Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), com valência de consultoria intra-hospitalar e apoio domiciliário, surge em 1994, no Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto.

Ao longo dos anos os Cuidados Paliativos foram evoluindo, no ano de 2012 são criados dois documentos fundamentais, a Lei do Testamento Vital (Lei n.º 25/2012, 2012) e a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012, 2012), onde os Cuidados Paliativos são definidos como

os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais. (Lei n.º 52/2012, 2012, p. 5119)

No ano de 2018, é lançado o Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (Regulamento n.º 429/2018, 2018), onde são descritas as competências específicas, discriminadas as suas unidades de competência e os seus critérios de avaliação. A competência profissional pode ser definida como “a capacidade de mobilizar, articular, colocar em ação, valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho” (Peres & Ciampone, 2006, p. 493).

Os CP estão assentes em quatro pilares, que norteiam a intervenção dos profissionais de saúde, a comunicação, o trabalho em equipa, o controlo sintomático e o suporte à família, sendo regidos pelos seguintes princípios:

afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica; aumento da qualidade de vida do doente e sua família; prestação individualizada, humanizada, tecnicamente rigorosa, de cuidados paliativos aos doentes que necessitem deste tipo de cuidados; multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados paliativos; conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas; consideração pelas necessidades individuais dos pacientes; respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas; e continuidade de cuidados ao longo da doença. (Lei n.º 52/2012, 2012, p. 5120)

Os objetivos delineados para a construção do presente relatório foram:

- Desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista;
- Desenvolver das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa;

O relatório encontra-se estruturado em três partes: a primeira constituída pela caracterização dos contextos, Serviços de Cuidados de Paliativos em contexto Intra-hospitalar e Internamento, onde decorreram os estágios referente ao Módulo I e Módulo II, 255 horas em cada contexto, perfazendo um total de 510 horas; uma segunda parte referente a duas conceções de cuidados baseadas em casos verídicos e por último uma análise crítico-reflexiva e descrição das atividades realizadas sobre os contributos para o desenvolvimento das competências comuns e específicas, incluindo a realização de uma Revisão da literatura sistemática, do tipo Revisão Rápida.

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

No âmbito do Estágio De Natureza Profissional Com Relatório - Módulo I e II, integrado no Curso De Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa, foi constituído por duas componentes de contacto, perfazendo um total de 510 horas. Este período foi coordenado pela Professora Doutora Olga Fernandes, orientado pelos Enfermeiros Assistentes Convidados Elsa Rodrigues e Jorge Pereira e tutorado por Enfermeiras Especialistas em Médico-Cirúrgica.

Contexto Clínico 1

O estágio decorreu num serviço de internamento de Cuidados Paliativos, no período entre o dia 07 de novembro a 09 de dezembro de 2022 e de 17 de Abril a 16 de Junho de 2023. Este serviço é constituído por dois pisos de estrutura semelhante, sendo que apenas serão discriminadas em específico as características do piso 1, onde decorreu a prática clínica.

No que diz respeito aos recursos físicos existem:

- Vinte quartos individuais, com cama articulada elétrica, mesa de cabeceira, armário, televisão;
- Dez casas de banho, uma para cada dois quartos, com acesso direto através do quarto;
- Duas casas de banho comuns com chuveiro adaptado para cadeira de rodas;
- Uma casa de banho comum para doentes independentes;
- Uma sala com banheira de hidromassagem;
- Sala de Reuniões;
- Sala da Psicóloga;
- Sala da Assistente Social;
- Gabinete da Equipa Intra-Hospitalar;
- Gabinete da Equipa Domiciliária;
- Gabinete Médico;
- Gabinete para os Médicos Internos;
- Sala de Enfermagem;

- Espaço Central;
- Copa para os Profissionais;
- Casas de banho para os Profissionais;

Relativamente aos recursos humanos tal como preconizado no modelo organizativo definido pelo Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP), os Cuidados Paliativos “são prestados por uma equipa interdisciplinar: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, assistentes espirituais/ religiosos e por todos os profissionais de saúde aliados, com formação e experiência adequadas” (Silva et al., 2021, p. 11), a equipa é constituída por sete médicos, uma assistente social, duas psicólogas, uma nutricionista, um assistente espiritual, a Enfermeira Chefe, uma Enfermeira Subchefe, vinte cinco enfermeiros e dezassete assistentes operacionais. Dos vinte cinco enfermeiros que pertencem à equipa, nove deles são especialistas.

A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população. (Regulamento nº 743/2019, 2019, p. 128)

De acordo com o PEDCP, as recomendações das dotações de recursos humanos das equipas das UCP, a nível hospitalar o preconizado, existindo 8 a 20 camas, seriam: dois ou mais médicos; onze ou mais enfermeiros; um ou mais psicólogos; um ou mais assistente social e sete ou mais assistentes operacionais.

No que diz respeito ao método de trabalho utilizado no serviço de internamento de Cuidados Paliativos é o método individual, método direcionado para a centralidade na pessoa, em que os doentes são distribuídos pelos enfermeiros, os rácios neste caso são: no turno da manhã cada enfermeiro tem atribuído quatro doentes; no turno da tarde cinco doentes e no turno da noite os vinte doentes são distribuídos por três enfermeiros. Neste método, durante o turno cada enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados globais aos doentes que lhe foram atribuídos, promovendo um cuidado mais holístico, continuidade de cuidados e aumento da produtividade e qualidade.

A passagem de turno é feita com todos os elementos da equipa, segundo o método ISBAR, tal como preconizado na Norma da DGS nº 001/2017 de 08/02/2017 (Despacho normativo nº 001/2017, 2017), sendo que sigla corresponde a: Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações).

De acordo com o PEDCP, um dos eixos que necessita de ser desenvolvido é a formação,

mencionando que “é importante que cada elemento de cada equipa de cuidados paliativos possa desenhar um programa de formação contínua que integre a especificidade de cada área profissional.” (Silva et al., 2021, p. 33) Podemos verificar que existem diversos grupos de trabalho, em que cada grupo tem como objetivo desenvolver iniciativas e/ou formações no âmbito de cada dos temas atribuído, nomeadamente: Consulta Telefónica; Feridas; Espiritualidade; Atividades artísticas/literárias; Apoio à família pós-alta e luto; cuidar nas últimas horas de vida; Bem-estar na equipa.

Contexto Clínico 2

O estágio decorreu desde o 12 de dezembro de 2022 a 20 de janeiro de 2023 e de dia 6 de fevereiro até 14 de abril de 2023, num Serviço de Cuidados de Paliativos constituído, neste momento, por três valências clínicas: Unidade de Cuidados Paliativos de Elevada Diferenciação (UCPED); Consulta Externa de Cuidados Paliativos e Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos (EIHSCP). A equipa é constituída pela Diretora do Serviço, seis médicos; Enfermeiro Chefe; vinte e quatro enfermeiros, distribuídos pelas três valências; dez assistentes operacionais; dois psicólogos; uma assistente social; um assistente espiritual e uma assistente técnica. Relativamente à EIHSCP, dos elementos previamente mencionados, existem três pares de médico e enfermeiro, que prestam consultadoria ou acompanhamento partilhado de doentes internados com doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva em qualquer serviço do Hospital, funcionando de 2ª a 6ª feira, das 08h00 às 15h00. Considerando as dotações mínimas recomendadas no PEDCP, as EIHSCP, devem ser constituídas por dois a três médicos, dois a três enfermeiros, dois psicólogos e dois assistentes sociais, sendo que em hospitais com mais de 250 camas, "a dotação deveria aumentar em proporção do número camas" (Silva et al., 2021, p. 42).

No que diz respeito aos indicadores de trabalho em Equipa referidos no PEDCP, são cumpridas as reuniões multidisciplinares, a equipa reúne diariamente para discussão dos planos avançados dos doentes, acompanhados nas diferentes valências do Serviço.

Segundo a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos a EIHSCP,

presta assistência na execução do plano individual de cuidados aos doentes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação. (Lei n.º 52/2012, 2012, p. 5122)

A EIHSCP avalia os doentes internados com doenças graves e ameaçadoras da vida, oncológicas e não oncológicas, estejam ou não a fazer tratamento modificador de prognóstico, nos diversos serviços de acordo com os pedidos de colaboração realizados pelas diferentes equipas médicas, podendo alguns destes pedidos serem definidos como urgentes.

Os critérios para o acompanhamento por parte da EIHSCP podem ser: Controlo Sintomático;

Suporte na tomada de decisão; Organização de Cuidados e definição de objetivos.

Os doentes acompanhados pela equipa podem, de acordo com os critérios definidos e avaliação da equipa:

- Serem transferidos para o UCPEd, para continuidade de cuidados;
- Ter alta da EIHS CP, informando as equipas médicas para realização de novo pedido, caso exista algum critério para reavaliação por parte da equipa;
- No caso de terem alta clínica por parte da equipa assistencial, de acordo com a sua condição clínica e plano definido durante o internamento, serem encaminhados para a Consulta Externa/ ECSCP (Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos) e hospitais das respetivas áreas de residência;

Na ausência de um sistema informático adaptado às características das intervenções da EIHS CP, a documentação é realizada através das notas clínicas, sendo descrito a avaliação feita pela equipa, identificadas fontes de sofrimento, e o plano para o doente, assim como através de um processo em suporte de papel que acompanha o doente ao longo das valências do Serviço de Cuidados Paliativos, estando identificado, a data do primeiro pedido e motivo de colaboração, identificação dos elementos da equipa que realizaram a primeira avaliação, diagnóstico principal, antecedentes, avaliação do ESAS; ICD-Pal e PPS, qual o seu centro de saúde, médica de família e enfermeira de família, principal cuidador, genograma, número de avaliações realizado pela equipa e se foi avaliado por outros elementos da equipa multidisciplinar (Assistente Social, Psicóloga ou Consultor Espiritual).

3. CONCEÇÃO DE CUIDADOS CONTEXTO- EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Sr. JMS, 63 anos, Reformado por invalidez aos 59 anos (Trabalhador por conta própria- Fábrica de Sapatos). Vive com a esposa. Tem dois filhos e quatro netos. Diagnóstico médico de Pneumonite de hipersensibilidade fibrótica; Na data de internamento do serviço de Pneumologia, e referência para a EIHSCP, com critérios para permanecer a aguardar transplante pulmonar.

3.1. Enquadramento teórico

Introdução

No âmbito do Estágio De Natureza Profissional Com Relatório - Módulo II, integrado no Curso De Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa, realizado num serviço de Cuidados Paliativos, na valência da Equipa Intra Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos (EIHSCP), foi proposta a realização de um estudo de caso, tendo por base um caso real da prática clínica, evidenciando a implementação de cuidados de enfermagem especializados em Cuidados Paliativos.

O presente documento encontra-se estruturado em três capítulos. No primeiro capítulo será apresentado o caso clínico, no capítulo seguinte será realizado um enquadramento teórico sobre a patologia do estudo de caso. No terceiro capítulo, o plano de conceção de cuidados, capaz de orientar a tomada de decisão do enfermeiro, munindo-o da melhor evidência científica, para dar resposta de forma diferenciada às necessidades da pessoa e família em situação paliativa.

I- Caso Clínico

Antecedentes Pessoais: Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) ligeiro (Pressão positiva automática das vias respiratórias (APAP) noturno- interface nasal); Gripe com Insuficiência Respiratória com necessidade de Oxigenação por membrana extracorporeal (ECMO) em 2016; Tuberculose Infecção Latente (Tratamento com isoniazida até Novembro de 2022); Ex-fumador; Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial; Dislipidemia; Hiperuricemia; No domicílio sob Oxigenoterapia 24 horas por dia, através de Cânula Nasal: 3L/min em repouso e 6L/min em esforço.

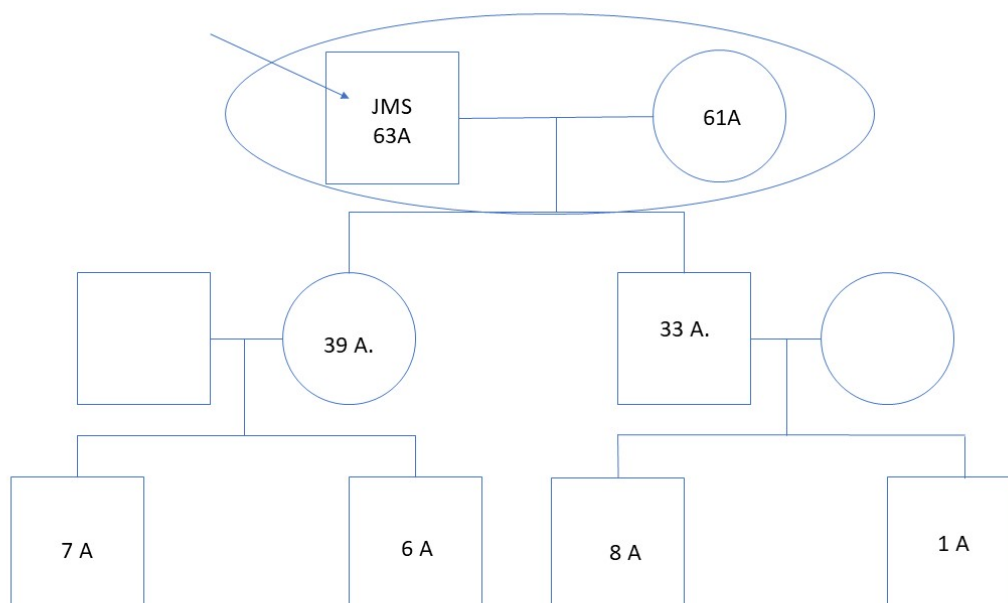
Genograma:

Imagem 1- Genograma, Caso Clínico I

Diagnóstico Médico: Pneumonite de hipersensibilidade fibrótica; A aguardar transplante pulmonar;

Contexto Atual: Internamento a 13/02/2023, numa vinda à sessão de fisioterapia respiratória, a frequentar há dois meses, duas vezes por semana; apresenta cansaço fácil, dispneia para pequenos esforços; Fica internado para controlo sintomático e avaliação do motivo de agravamento sintomático; Referenciado para EIHS CP, para controlo sintomático e apoio no processo da doença. PPS: 60%.

II- Fundamentação Teórica

De acordo com o Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2020), as doenças respiratórias continuam a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível mundial e em Portugal. Neste caso clínico, a pessoa foi referenciada para a EIHS CP, para apoio no controlo sintomático e suporte à pessoa com diagnóstico médico de Pneumonite de hipersensibilidade fibrótica, a aguardar transplante pulmonar.

A Pneumonite de hipersensibilidade fibrótica é definida como "uma inflamação induzida imunologicamente do parênquima pulmonar (especificamente, a doença envolve os alvéolos, bronquíolos terminais e interstício) que ocorre em indivíduos suscetíveis em resposta a uma variedade de antigêneos" (Andrade et al., 2016, p. 2). De acordo com Souza et al. (2016), a Pneumonite de hipersensibilidade fibrótica tem sido classificada como aguda, subaguda ou

crónica, sendo que estas duas últimas se desenvolvem após uma baixa, mas longa exposição aos antigénios, como por exemplo o bolor ou pássaros em casa, referindo que “as manifestações normalmente são subtis, como a dispneia, perda de peso ou tosse, que se desenvolve ao longo de várias semanas, meses ou anos.” (Souza et al., 2016, p. 3).

Segundo Kern et al. (1989), para a realização do diagnóstico a colheita da história ambiental é essencial, sendo que o diagnóstico é feito quando a história, os achados físicos e os testes de função pulmonar indicarem uma doença pulmonar intersticial; a radiografia for consistente; houver exposição a uma causa reconhecida e quando existe anticorpo para aquele antígeno.

O transplante pulmonar é um procedimento cirúrgico estando “estabelecido como tratamento que aumenta a sobrevida e a qualidade de vida de pacientes com doença pulmonar crónica” (Carmargo et al., 2015, p. 547).

De acordo com Orens & Garrity (2009), as doenças pulmonares que podem ser alvo de transplante pulmonar são a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), fibrose cística, hipertensão arterial pulmonar e fibrose pulmonar idiopáticas. Não obstante, a tomada de decisão para a realização do procedimento carece de uma avaliação criteriosa do estado de saúde da pessoa, da gravidade da doença pulmonar e da ponderação dos riscos e benefícios do mesmo. Kreider & Kotloff (2009) afirmam que a seleção criteriosa da pessoa é fundamental para o sucesso do transplante pulmonar. Salientando também que no processo de seleção, é tido em conta a história natural da doença pulmonar, o estado geral da pessoa, a presença de outras comorbilidades e capacidade de lidar com as possíveis complicações pós- transplante e efeitos secundários dos medicamentos imunossupressores.

De acordo com Orens et al. (2006) e Kreider et al. (2011), existem algumas contraindicações absolutas para o transplante pulmonar, como por exemplo doenças oncológicas recentes (com exceção do cancro de pele não melanoma), infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), hepatite B ou C com evidência histológica de dano hepático significativo, tabagismo ativo ou recente, uso de drogas ou abuso de álcool, doença psiquiátrica grave e falta de uma rede de suporte social consistente e confiável. Oliveira (2015), refere que a experiência do transplante pulmonar, para a pessoa, família e equipas, é impactada pelo “rigor no processo de seleção dos candidatos, a incerteza do tempo de espera em lista, a exigência e complexidade da técnica cirúrgica e do pós-operatório, o futuro condicionado pela terapêutica imunossupressora crónica” (p. 47).

Segundo Orens et al. (2006) a intervenção para prevenir e tratar complicações é fundamental para o sucesso a longo prazo do transplante pulmonar, no entanto, esta abordagem “agressiva” não deve excluir que a equipa inicie um diálogo precoce e frequente com as pessoas e familiares para assegurar que a tomada de decisão é informada e baseada nos benefícios e efeitos secundários das opções terapêuticas. Quando esta abordagem não é tida em conta, “o resultado é que a pessoa recebe cuidados de fim de vida aquém do expectável” (Oliveira, 2015,

p. 47). De acordo com um estudo publicado no Journal of Palliative Medicine Garrido et al. (2015), a incorporação de cuidados paliativos em pacientes com doenças pulmonares avançadas melhorou a qualidade de vida e a sobrevivência desses pacientes. O papel dos cuidados paliativos é "promover bem-estar e a qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais" (Lei n.º 52/2012, 2012) e segundo Rosa et al. (2023) a integração dos Cuidados Paliativos no momento do diagnóstico pode "melhorar a relação médico-paciente através de conversas interativas que permitam estabelecer objetivos com base nos valores da pessoa e família, estabelecendo confiança desde o início do processo de doença e posteriormente poder ajudar nos cenários complexos, transição de cuidados e dilemas éticos" (p. 1).

Os autores Garrido et al. (2015) referem que o foco das equipas médicas na identificação precoce e tratamento de possíveis complicações eventualmente, faz com que os cuidados paliativos não sejam reconhecidos como parte integrante do planeamento de cuidados no transplante pulmonar. "A ausência de cuidados paliativos em pessoas com um prognóstico reservado e que não tiveram a oportunidade de estabelecer um plano avançado de cuidados no decurso da sua doença, (...) fez com que em muitos casos as pessoas receberam tratamentos de suporte de vida excessivamente agressivo, com o qual eles e os seus familiares não tinham concordado conscientemente" (Garrido et al., 2015, p. 289).

De acordo com um estudo de Mintz et al. (2021), os candidatos à realização de transplante pulmonar apresentam diversas necessidades de cuidados paliativos, nomeadamente o controlo sintomático, que permitirá que as pessoas mantenham a mobilidade e a força durante este período crítico da doença. Assim como, "a facilitação de discussões sobre o objetivo de salvar a vida da pessoa através do transplante pulmonar, e simultaneamente abordar as preocupações sobre o fim de vida, relacionadas com o sofrimento do término da sua vida e com a necessidade de preparar a sua família para a possibilidade de perdê-los." (Mintz et al., 2021, p. 5). Os cuidados paliativos podem então desempenhar um papel fundamental junto das pessoas e famílias, contribuindo para o controlo sintomático, pré e pós transplante pulmonar, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, promovendo também a elaboração do plano avançado de cuidados.

Referências Bibliográficas:

Andrade, C. R., Mendonça, T., Farhat, C., & Rodrigues, J. C. (2016). O que é a pneumonia intersticial? *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 42(6), 457-460.

<https://doi.org/10.1590/S1806-37562016000000013>

Camargo, P. C. L. B. de, Teixeira, R. H. de O. B., Carraro, R. M., Campos, S. V., Afonso Junior, J. E., Costa, A. N. & Pêgo-Fernandes, P. M. (2015). Transplante pulmonar: abordagem geral sobre seus principais aspectos. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 41(6), 547-553. <https://doi.org/10.1590/S1806-37562015000000100>

Garrido, M. M., Balboni, T. A. & Maciejewski, P. K. (2015). Quality of life and cost of care at the end of life: the role of advance directives. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(5), 828-835. doi:10.1016/j.jpainsymman.2014.10.009

Kern, D. G., Neill, M. A., Wrenn, D. S., & Varone, J. C. (1989). *Hypersensitivity pneumonitis: a complex lung disease*. *Clinical Pulmonary Medicine*, 1(2), 61-68.

Knaul, F. M., Farmer, P. E., Bhadelia, A., Berman, P., Horton, R., Gospodarowicz, M., & Binagwaho, A. (2018). Closing the divide: The Harvard Global Equity Initiative-Lancet Commission on global access to pain control and palliative care. *The Lancet*, 391(10128), 1391-1454. doi:10.1016/s0140-6736(18)30882-5

Kreider, M., & Kotloff, R. M. (2009). *Selection of candidates for lung transplantation*. *Proceedings of the American Thoracic Society*, 6(1), 20-27. <https://doi.org/10.1513/pats.200806-048go>

Lei nº 52/2012 Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. (2012). Diário da República nº 172, Série I de 05-09-2012. <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>.

Mintz, E., Jin, R., & Bhorade, S. (2021). *Palliative care in advanced lung disease and lung transplantation*. *Current Opinion in Organ Transplantation*, 26(3), 308-314. doi:10.1097/MOT.0000000000000865

Oliveira, A. R. (2015). *Experiência do transplante pulmonar: vivências da pessoa transplantada, família e equipa de saúde*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Orens, J. B., & Garrity, E. R. (2009). Lung transplantation: overview, candidates, indications, and imaging evaluation. *Journal of thoracic imaging*, 24(3), 169-179. doi:10.1097/RTI.0b013e3181a1e0f8

Orens, J. B., Estenne, M., Arcasoy, S., Conte, J. V., Corris, P., Egan, J. J., & Kotloff, R. (2006). International guidelines for the selection of lung transplant candidates: 2006 update-a consensus report from the Pulmonary Scientific Council of the International Society for Heart and Lung Transplantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 25(7), 745-755. doi:10.1016/j.healun.2006.03.011

Pawlow, P. C., Blumenthal, N. P., Christie, J. D., Matura, L. A., Courtright, K. R., Aryal, S., & Ersek, M. (2020). *The palliative care needs of lung transplant candidates*. *Clinical Transplantation*, 34(2), e14092. doi:10.1111/ctr.14092.

Portuguese Lung Foundation. (2020). *Observatório Nacional das Doenças Respiratórias: 2020*. Recuperado de <https://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/ficheiros/ondr2020.pdf>

Rosa, W. E.; McDarby, M. & Chochinov, H.; *Palliative care access: a matter of life and death*. (2023) *The Lancet Regional Health - Europe* 2023;26: 100586 Published Online 21 January 2023 <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100586>

Song, M.-K., & De Vito Dabbs, A. J. (2006). *Advance care planning after lung transplantation: A case of missed opportunities*. *Progress in Transplantation*, 16(3), 229-235.

Souza, C. A., de Castro Pereira, C. A., & Kairalla, R. A. (2016). *Pneumonite de hipersensibilidade*. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 42(6), 442-455. <https://doi.org/10.1590/S1806-37562016000000010>

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 63 anos | Masculino

Cuidador

13-02-2023 08:00

Nome do cuidador: D. MA.

Data de nascimento do cuidador: 05-07-1962.

Contacto telefónico principal: 91xxxxxxx.

Parentesco: Cônjuge.

Coabita com a pessoa dependente.

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

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

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

Família

13-02-2023 08:00

Família nuclear.

Presença de animal doméstico (Não).

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

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-02-13 08:00:00	Micofenolato Mofetil 1000 mg Comp. (12/12 h- 7h-19h)	
2023-02-13 08:00:00	Nintedanib 150mg. (OFEV) caps. (12/12 h- 7h-19h)	
2023-02-13 08:00:00	Pantoprazol 40mg comp (9h)	
2023-02-13 08:00:00	Metformina 850mg comp. (12/12 h- 9h-21h)	
2023-02-13 08:00:00	Fenofibrato 145mg comp. (9h)	
2023-02-13 08:00:00	Atorvastatina 10mg comp. (19h)	
2023-02-13 08:00:00	Losartan 50mg comp. (9h)	
2023-02-13 08:00:00	Prednisolona 60mg comp (9h)	
2023-02-13 08:00:00	Prednisolona 40mg comp (15h)	
2023-02-13 08:00:00	Insulina rápida SC (segundo esquema) (9h-12h-19h)	
2023-02-13 08:00:00	Insulina isofanica SC- 14UI (9h)	
2023-02-13 08:00:00	Insulina isofanica SC- 8UI (23h)	
2023-02-13 08:00:00	Enoxaparina 40mg SC (19h)	
2023-02-13 08:00:00	Salbutamol 100 µm/dose Susp pressu inal Recip pressu 2adm. Inalatória (7h-15h-23h)	
2023-02-13 08:00:00	Brometo de ipratrópio 20 µm/dose Susp pressu inal Recip pressu 40MCG Inalatória (7h-15h-23h)	
2023-02-13 08:00:00	Budesonida 200 µm/dose Susp pressu inal Recip pressu 1adm. Inalatória (7h-19h)	
2023-02-13 08:00:00	Morfina 20mg/ml Sol.Oral Fr 20ml (1gt<>1,25mg) (9h-antes dos cuidados de higiene) (SOS até 4id)	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

As intervenções interdependentes de enfermagem são descritas, no Artigo 9º do REPE como “as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 103).

Considerando a medicação prescrita, a intervenção dos enfermeiros é a “administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 103), assim como, “o ensino ao utente sobre a administração e utilização de medicamentos ou tratamentos” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 103).

Neste sentido foi elaborada esta tabela que explana a terapêutica instituída do Sr. JMS, fazendo uma relação com as implicações da para a enfermagem, considerando que enquanto EIHSCP, a intervenção de enfermagem se foca mais no ensino à pessoa e família sobre a gestão do regime terapêutico, do que na administração da terapêutica, sendo esta intervenção da responsabilidade da equipa de enfermagem do serviço de internamento.

Fármaco	Classificação	Indicações terapêuticas	Implicações para Enfermagem
Micofenolato Mofetil 1000 mg Comp. (12/12 h-7h-19h) (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2020, p. 1025-1028)	Imunossuppressores	Prevenção da rejeição nos doentes submetidos a transplante.	<ul style="list-style-type: none"> •Avaliar os sinais de reações adversas (Leucoencefalopatia progressiva multifocal, ansiedade, tonturas, cefaleias, insónias, parestesias, tremor, edema, taquicardia, rash, anorexia, obstipação, diarreia, náuseas, vômitos) •Instruir o doente sobre a correta administração (Deve ser administrado em jejum, 1h antes ou 2h depois das refeições; As cápsulas devem ser deglutidas inteiras, não devendo ser abertas, mastigadas ou trituradas); •Instruir o doente sobre as potenciais reações adversas;
Nintedanib 150mg. (OFEV) caps. (12/12 h-7h-19h) (Boehringer Ingelheim International GmbH, 2021)	Agentes antineoplásicos; Inibidores da proteína cinase	Tratamento da fibrose pulmonar idiopática em adultos; Tratamento de outras doenças pulmonares intersticiais;	<ul style="list-style-type: none"> •Avaliar os sinais de reações adversas (Diminuição do apetite; Hipertensão; dor abdominal; diarreia, náuseas, vômitos) •Instruir o doente sobre a correta administração (As cápsulas devem ser tomadas com alimentos, engolidas inteiras com água. As cápsulas não devem ser abertas, mastigadas ou trituradas); •Instruir o doente sobre as potenciais reações adversas;
Pantoprazol 40mg comp (9h) (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2020, p. 1175-1177)	Antiulcerosos; Inibidores da bomba de prótons;	Esofagite erosiva associada a doença de refluxo gastroesofágico; Condições de hipersensibilidade gástrica patológica	<ul style="list-style-type: none"> •Avaliar a dor abdominal ou epigástrica; •Avaliar e instruir o doente sobre os sinais de reações adversas (Cefaleias; Colite Pseudomembranosa; dor abdominal; diarreia, eructação; flatulência) •Instruir o doente sobre a correta administração (Pode tomar com ou sem alimentos. Os comprimidos não devem ser partidos, mastigados ou triturados); •Instruir o doente sobre as potenciais reações adversas (nomeadamente a importância de notificar um profissional de saúde se iniciar um quadro de rash, diarreia, cólicas abdominais, febre ou fezes sanguinolentas);
Metformina 850mg comp. (12/12 h-9h-21h) (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2020, p. 995-997)	Antidiabéticos	Tratamento da diabetes tipo 2;	<ul style="list-style-type: none"> •Avaliar e instruir o doente sobre os sinais de reações adversas (Náuseas, vômitos, diarreia, enfartamento, sabor metálico desagradável; hipoglicemia; acidose láctica) •Instruir o doente que deve cumprir o regime alimentar indicado, como complemento à terapêutica instituída; •Instruir o doente sobre os sinais de hipoglicemia e hiperglicemia, e como atuar em cada um dos casos; •Instruir o doente sobre a correta administração (Deve tomar com alimentos, para minimizar os efeitos gastrointestinais. Os comprimidos não devem ser partidos, dissolvidos mastigados ou triturados);
Fenofibrato 145mg comp. (9h) (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2020, p. 669-671)	Antidislipidémicos	Diminuição dos triglicéridos com subsequente diminuição do risco de pancreatite.	<ul style="list-style-type: none"> •Avaliar e instruir o doente sobre os sinais de reações adversas (Fadiga, embolia pulmonar; arritmias, trombose venosa profunda, erupções, urticária, rabdomiólise) •Avaliar e instruir o doente sobre hábitos alimentares saudáveis, especialmente advertir sobre a importância de não consumir gorduras; •Instruir o doente sobre a correta administração (Deve ser tomado às refeições)

Losartan 50mg comp. (9h) Infarmed. (s.d.). Pesquisa avançada. Recuperado em 07 de abril de 2023, de https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml	Antagonistas dos receptores de angiotensina II	Tratamento da hipertensão; Retardar o agravamento da função renal em doentes com pressão arterial elevada e diabetes tipo II.	<ul style="list-style-type: none"> Instruir o doente sobre a correta administração(Devem ser engolidos com um copo de água. Deve tentar tomar o seu medicamento sempre à mesma hora, todos os dias) •Avaliar e instruir o doente sobre os sinais de reações adversas (tonturas; hipotensão; fadiga; hipoglicemia; hipercalemia)
Insulina rápida SC (9h-12h-19h) (<140: 0UI; 141-180: 4UI; 181-220: 6UI; 221-260: 8UI; 261-300: 10UI; 301-350:12UI; 351-400:14 UI; >400: 16UI) (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2020, p. 857-860)	Antidiabéticos	Controlo da hiperglicemia em doentes com diabetes mellitus tipo 1 ou 2;	<ul style="list-style-type: none"> •Avaliar e instruir o doente sobre os sinais de reações adversas (hipoglicemia, prurido, reações alérgicas incluindo anafilaxia) •Ensinar sobre o perfil de atuação (Início da ação: 30-60 minutos; Pico da ação: 2-4 horas; Duração da ação: 5-7 horas) •Avaliar e instruir o doente sobre sinais e sintomas de hipoglicemia (ansiedade, inquietação, alterações de humor, formiguelo nas mãos, pés, lábios, língua, arrepios, confusão, pele fria e pálida, dificuldade de concentração, sonolência, fome excessiva, náuseas) e sinais e sintomas de hiperglicemia (confusão, sonolência, pele corada e seca, hálito com odor frutado, perda de apetite, polidipsia); •Ensinar, demonstrar e treinar sobre a técnica de administração correta; •Instruir sobre hábitos alimentares saudáveis;
Insulina isofanica SC- 14UI (9h) Insulina isofanica SC- 8UI (23h) (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2020, p. 861-862)	Antidiabéticos	Controlo da hiperglicemia em doentes com diabetes mellitus tipo 1 ou 2;	<ul style="list-style-type: none"> •Avaliar e instruir o doente sobre os sinais de reações adversas (hipoglicemia, prurido, reações alérgicas incluindo anafilaxia) •Ensinar sobre o perfil de atuação (Início da ação: 30 minutos; Pico da ação: 2- 12 horas; Duração da ação: 24 horas) •Avaliar e instruir o doente sobre sinais e sintomas de hipoglicemia (ansiedade, inquietação, alterações de humor, formiguelo nas mãos, pés, lábios, língua, arrepios, confusão, pele fria e pálida, dificuldade de concentração, sonolência, fome excessiva, náuseas) e sinais e sintomas de hiperglicemia (confusão, sonolência, pele corada e seca, hálito com odor frutado, perda de apetite, polidipsia); •Ensinar, demonstrar e treinar sobre a técnica de administração correta; •Instruir sobre hábitos alimentares saudáveis;
Prednisolona 60mg comp (9h) Prednisolona 40mg comp (15h) (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2020, p. 445-452)	Corticosteróides (Sistemicos)	Uso sistémico e local numa ampla variedade de doenças crónicas, incluindo: inflamatórias, alérgicas, hematológicas, neoplásicas, desordens autoimunes.	<ul style="list-style-type: none"> •Avaliar e instruir o doente sobre sinais e sintomas de hipoglicemia (cefaleia, agitação, psicose, depressão, euforia, alterações da personalidade, cataratas, aumento da pressão intraocular; hipertensão, náuseas; vômitos; anorexias, úlceras pépticas, petéquias, equimoses, tromboembolismo, tromboflebitis, supressão das suprarrenais) • Monitorizar as taxas de eliminação, de ingestão e o peso; Vigiar o aparecimento de edemas periféricos, crepitações ou dispneia; •Instruir o doente sobre a correta administração (Deve tomar as refeições, para minimizar os efeitos gastrointestinais. Os comprimidos podem ser esmagados)

Enoxaparina 40mg SC (19h) (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2020, p. 788-791)	Anticoagulantes (heparina de baixo peso molecular)	Profilaxia e tratamento de várias situações tromboembólicas	<ul style="list-style-type: none"> •Avaliar os efeitos secundários (tonturas, cefaleias, insónias, edema, obstipação, náuseas, retenção urinárias, alopecia, equimoses, prurido, rash, urticária, hemorragias, anemia, dor no local da injeção, hematomas) •Perfil de atuação: duração da ação- 12 horas; •Vigiar sinais de hemorragias; •Observar o local da injeção para a vigilância de hematomas, equimoses ou inflamação; •Alternar o local de administração entre a zona anterolateral ou posterolateral esquerda e direita da parede abdominal; •Na administração, para evitar a perda de fármaco, não expelir a bolha de ar presente na seringa;
Salbutamol 100 µm/dose Susp pressu inal Recip pressu 2adm. Inalatória (7h-15h-23h) (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2020, p. 1334-1337)	Broncodilatadores	Controlo e prevenção da obstrução reversível das vias respiratórias provocada pela asma ou DPOC.	<ul style="list-style-type: none"> •Avaliar e instruir o doente sobre os sinais de reações adversas (nervosismo, inquietação, tremulo, cefaleias, insónia, dor torácica, palpitações, angina, arritmias, hipertensão, náuseas, vômitos, hiperglicemia) •Perfil de atuação: início da ação- 5-14 minutos; Pico de ação- 60-90 minutos; Duração da ação- 3-6 horas); •Instruir o doente sobre a correta administração (antes da primeira utilização premir 4 vezes a unidade; aconselhar o doente para utilizar o salbutamol em primeiro lugar e aguardar 5 minutos antes de administrar a restante terapêutica inalatória; humidificar a boca, com um copo de água antes e após a inalação;)
Brometo de ipratrópio 20 µm/dose Susp pressu inal Recip pressu 40MCG Inalatória (7h-15h-23h) (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2020, p. 881-883)	Broncodilatadores	Controlo e prevenção da obstrução reversível das vias respiratórias provocada por DPOC, incluindo a bronquite crónica e enfisema	<ul style="list-style-type: none"> •Avaliar e instruir o doente sobre os sinais de reações adversas (nervosismo, tonturas,, cefaleias,visão turva, odinofagias, epistaxis, palpitações, hipotensão, náuseas, rash) •Perfil de atuação: início da ação-1-3 minutos; Pico de ação- 60-90 minutos; Duração da ação- 4-6 horas); •Instruir o doente sobre a correta administração (quando em uso concomitante com outros fármacos inalatórios, administrar primeiro o salbutamol, e por último os corticosteróides, esperando 5 minutos entre cada fármaco;)
Budesonida 200 µm/dose Susp pressu inal Recip pressu 1adm. Inalatória (7h-19h) (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2020, p. 438-442)	Corticosteróides (Inalação)	Diminuição da frequência e da severidade das crises de asma.	<ul style="list-style-type: none"> •Avaliar e instruir o doente sobre os sinais de reações adversas (cefaleias, agitação, depressão, tonturas, fadiga, insónia, disfonía, congestão nasal, diarreia, boca seca, candidíase esofágica, alteração do paladar, náuseas) •Monitorizar e instruir sobre os sinais e sintomas de hipersensibilidade (rash, prurido, edema da face e do pescoço, dispneia) •Instruir o doente sobre a correta administração; •Ensinar o doente que deve primeiro utilizar o broncodilatador, aguardar 5 minutos e só depois administrar o corticosteróide; •Ensinar ao doente o uso correto do inalador (humidificar a boca, com um copo de água antes da inalação; quando o inalador é ativado fazer uma inspiração lenta e profunda durante 3-5 segundos, conter a respiração durante 10 segundos e expirar lentamente; Após a utilização, fazer bochechos com água para minimizar os efeitos secundários de boca seca e rouquidão)
Morfina 20mg/ml Sol.Oral Fr 20ml (1gt<>1,25mg) (9h-antes dos cuidados de higiene) (SOS até 4id) (Vallerand, Sanoski & Deglin, 2020, p. 1053-1057)	Analgésicos Opióides	Diminuição da intensidade da dor severa. Neste caso clínico foi prescrita pela médica da EIHSCP, para controlo da dispneia.	<ul style="list-style-type: none"> •Avaliar e instruir o doente sobre os sinais de reações adversas (sedação, confusão, cefaleias, euforia, sensação de flutuação, pesadelos, alucinações, disforia, tonturas, miose, diplopia, visão turva, depressão respiratória, hipotensão, bradicardia, náuseas, vômitos, obstipação, retenção urinária, sudção, prurido) •Perfil de atuação: Pico de ação- 60 minutos; Duração da ação- 4-5 horas); •Avaliar sintomas antes e após a administração; •Explicar a finalidade terapêutica e esclarecimento de mitos •Instruir o doente sobre a correta administração;

Tabela 1- Implicações para Enfermagem relativamente à medicação prescrita- Caso Clínico I

Referencias Bibliográficas

Boehringer Ingelheim International GmbH. (2021). Ofev: European public assessment report - Product information. European Medicines Agency. Recuperado de https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/ofev-epar-product-information_p_t.pdf

Decreto-Lei n.º 161/96 Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. (1998).

Infarmed. (s.d.). Pesquisa avançada. Recuperado em 07 de abril de 2023, de <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

Regulamento nº 429/2018 Regulamento de Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em situação paliativa. (2018). Diário da República, n.º 135, Série II de 2018-07-16.

Vallerand, A. H., Sanoski, C. A., & Deglin, J. H. (2017). *Guia Farmacológico para Enfermeiros*. Lusodidata. ISBN 978-989-8075-68-0.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

13-02-2023 08:00

Oxigenoterapia

FiO₂: 30 %.

Débito de oxigénio: 40.00 L/min.

Conhecimento sobre oxigenoterapia

Dispositivo: Oxigénio líquido portátil - necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

ONAF

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 08:00 - Manter oxigenoterapia [Sem horário]

Potencial para melhorar conhecimento sobre oxigenoterapia

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre oxigenoterapia [Turno da Manhã; SOS]

13-02-2023 08:00 - Ensinar sobre oxigenoterapia [SOS]

22-02-2023 08:00

Débito de oxigénio: 4.00 L/min.

Conhecimento sobre oxigenoterapia

Dispositivo: Oxigénio líquido portátil - necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Cânula Nasal a 4L/min em Repouso; Cânula Nasal a 6L/min em esforço;

Sondas, Drenos e Cateteres

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

Oxigenoterapia

O Sr. JMS no momento da admissão teria o esquema de oxigenoterapia 24 horas por dia, através de Cânula Nasal: 3L/min em repouso e 6L/min em esforço. Pelo agravamento do estado geral, motivo de internamento, foi necessário a equipa médica escalar a oxigenoterapia para ONAF (Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo) 30L/FiO₂ 40%. O recurso a esta técnica, cada vez mais utilizada pelos seus benefícios e pelo conforto associado em comparação com as restantes técnicas de Ventilação Não Invasiva (VNI), “baseia-se em quatro componentes essenciais: uma fonte de oxigénio de alto fluxo com misturador de ar, que permita definir o fluxo e a fracção inspiratória de oxigénio (FiO₂) fornecida, um humidificador, um circuito inspiratório aquecido (a 37°C) e cânulas nasais específicas (com um diâmetro mais largo face às cânulas nasais

“clássicas”) para a técnica que permitem, em conjunto, fornecer oxigénio aquecido e humidificado em fluxos bem superiores aos da oxigenoterapia convencional” (Pires et al., 2018, p. 124).

Referências Bibliográficas:

Pires, P., Marques, C., & Masip, J. (2018). Cânulas Nasais de Alto Fluxo: Uma Alternativa de Oxigenoterapia na Insuficiência Respiratória Aguda. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 25(2), 70-77. doi: 10.24950/rspmi/revisao/240/2/2018

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
13-02-2023 08:00	Sistema respiratório	
13-02-2023 08:00	Eliminação intestinal	
13-02-2023 08:00	Eliminação urinária	
13-02-2023 08:00	Sono	
13-02-2023 08:00	Conservação de energia	
13-02-2023 08:00	Emoção	
13-02-2023 08:00	Cuidar da higiene pessoal	
13-02-2023 08:00	Vestir-se ou despir-se	
13-02-2023 08:00	Alimentar-se	
13-02-2023 08:00	Autogestão do regime medicamentoso	
13-02-2023 08:00	Atitudes terapêuticas	
13-02-2023 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	

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

Domínios

Neste capítulo são descritos os domínios identificados neste caso clínico concreto, relacionando-os com a literatura referente aos cuidados paliativos e o papel do Enfermeiro especialista em enfermagem médico -cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, sendo uma das suas competências específicas a “identificação das necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares” (Regulamento nº 429/2018, 2018, p. 3).

Sistema Respiratório- Dispneia

A dispneia é descrita pelo *International Council of Nurses* (ICN) como

Processo do sistema respiratório comprometido: movimento laborioso da entrada e saída de ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, sensações de desconforto e ansiedade. (ICN, 2019)

A identificação do domínio sistema respiratório prende-se com o facto, do sintoma dispneia de ter sido um dos motivos de internamento do Sr. JMS, neste caso clínico. A dispneia é um sintoma comum e angustiante nas pessoas com doença avançada.

Relacionando este sintoma com o diagnóstico de Pneumonite de hipersensibilidade fibrótica, segundo Krajnik et al. (2022), a dispneia é um sintoma angustiante e altamente prevalente nas doenças respiratórias crónicas e cancro do pulmão, sendo um sintoma muitas vezes associado ao isolamento social, elevados custos associados aos cuidados de saúde e mau prognóstico.

De acordo com Ferraz Gonçalves, citado por Freire (2020), a dispneia é de difícil quantificação, uma vez que não existe uma ferramenta ou escala gold standard para tal. Para a classificação da dispneia, são utilizadas escalas analógicas visuais (semelhantes às da dor), escalas numéricas (0-10) e escalas verbais (ligeira -> insuportável). Sendo que Dorman et al. (2007), também mencionam a utilização da escala de Borg, como instrumento para avaliação da dispneia.

Conforme Yates et al. (2020) refere, em algumas pessoas, as estratégias farmacológicas atuais não conseguem proporcionar o alívio da dispneia devido à sua natureza multidimensional. Sendo assim, a evidência sugere o uso de medidas não farmacológicas adicionais em conjunto com o tratamento médico.

O controlo sintomático farmacológico da dispneia, de acordo com o estudo realizado por Kamal et al. (2011) a evidência refere o uso de opióides via oral e via parenteral como o pilar para o alívio da dispneia, mencionando também a utilização da furosemida via inalatória e os ansiolíticos como fármacos complementares.

Relativamente às medidas não farmacológicas, na literatura são descritas algumas intervenções, como por exemplo: utilização da ventoinha (Kako et al., 2018; Pickstock, 2017); otimização do posicionamento (Pickstock, 2017; Quinn-Lee et al., 2018); a utilização de terapias complementares como a acupuntura tradicional, o yoga, a terapia cognitivo comportamental, o mindfulness, a aromaterapia, a musicoterapia e a massagem terapêutica (Kramer et al., 2017; Pan et al., 2000; Quinn-Lee et al., 2018; Pickstock, 2017; Yodang, 2019).

Eliminação Urinária e Eliminação Intestinal

A eliminação urinária e a eliminação intestinal, são domínios identificados neste caso clínico, como focos de atenção, tal como preconizado pelo Regulamento nº 429/2018 (2018), uma das atividades do Enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa é a antecipação e atuação, em tempo útil, nas situações de agudização.

Considerando que o Sr. JMS é tem instituído um regime polimedicamentoso, a probabilidade de alteração do padrão urinário e padrão intestinal aumenta. A OMS define a polimedição como “administração de vários medicamentos ao mesmo tempo ou a administração excessiva de medicamentos” (Monégat et al., 2014, p. 2).

A eliminação urinária, definida pelo ICN como um “Processo do sistema urinário”, descrito como “Processo corporal: fluxo e excreção da urina por meio da micção, habitualmente quatro a seis vezes durante o período diurno, com uma quantidade média excretada de aproximadamente 1000 a 2000 ml nas 24 horas, em condições dietéticas normais” (ICN, 2019). Enquanto que a obstipação é descrito como o “processo do sistema gastrointestinal comprometido: diminuição na frequência da defecação acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes; passagem de fezes excessivamente duras e secas” (ICN, 2019).

Nas pessoas com doença progressiva, a obstipação é normalmente multifatorial, neste caso, o Sr. JMS, para além de apresentar diversas comorbilidades, e já ser polimedicado, como referido anteriormente, no decorrer do internamento, inicia opióides.

Sono

Este domínio foi identificado por o Sr. JMS referir alteração no seu padrão de sono habitual. Neste caso clínico, o Sr. JMS, apresenta fatores potenciadores da alteração do padrão do sono, como o descontrolo sintomático da dispneia, a ansiedade associada ao seu diagnóstico e o agravamento do estado geral que originou neste internamento. O sono é descrito pelo ICN como,

Processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos. (ICN, 2019)

Segundo Hajjar (2008), o tratamento abrangente dos distúrbios do sono envolve a abordar as causas médicas e psicossociais que contribuem para o problema, assim como tratar do sintoma em si. Há fatores que contribuem para a alteração do padrão do sono, de acordo com o estudo realizado por Hajjar (2008), a dor, fatores psicológicos como a ansiedade e a depressão, delirium, demência, alterações do padrão respiratório, distúrbios gastrointestinais e nutricionais.

Conservação de energia

O ICN, define conservação de energia como “Processo do sistema regulador: gestão ativa da energia no sentido de iniciar e manter a atividade” (ICN, 2019). Segundo os autores Soares et al. (2008), para além dos fatores fisiológicos que comprometem a funcionalidade da pessoa para realizar as suas atividades de vida diárias, os fatores psicológicos como ansiedade e o medo associados à alteração do estado de saúde, potenciando também a diminuição da volição para realização de atividades.

A constante adaptação às sucessivas perdas exige o desenvolvimento de estratégias que permitam à pessoa manter a sua autonomia, ajustando-se às suas limitações. Enquanto enfermeiros o nosso papel passa por colaborar com a pessoa na identificação das tarefas que são mais significativas para si, para dessa forma, podermos intervir e delinear estratégias, como por exemplo, alternar momentos de atividade e momentos de repouso e o recurso a dispositivos técnicos como cadeira-sanita.

Emoção

A emoção é descrita pelo ICN como “Processo psicológico: sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados; podem aumentar com o stresse ou com a doença” (ICN, 2019).

Ansiedade

A Ansiedade é descrita como "Emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia" (ICN, 2019). O diagnóstico de pneumonite de hipersensibilidade fibrótica pode ser uma experiência emocionalmente difícil para a pessoa e sua família, “as pessoas com doença pulmonar terminal tem maior probabilidade de apresentar depressão ou ansiedade, sendo que estes distúrbios tem maior prevalência na população pré-transplante” (Courtwright et al., 2016, p. 238). De acordo com Nolley & Morrell (2021), são múltiplos os fatores de stress que afetam a pessoa a aguardar transplante pulmonar, nomeadamente, a decisão de prosseguir com o transplante, a ansiedade decorrente das avaliações e seleção para o transplante, assim como sobreviver, até ao momento do transplante, sendo que “a ansiedade, a depressão e o sofrimento, aumentam com o tempo na lista de espera” (Nolley & Morrell, 2021, p. 6739).

As pessoas em situação paliativa podem sentir ansiedade, medo e incerteza em relação à sua saúde e futuro, neste caso, “os candidatos ao transplante, enfrentam a incerteza sobre a expectativa de vida, a redução da qualidade de vida devido à rejeição ou outras complicações após o transplante” (Nolley & Morrell, 2021, p. 6737), necessitando de suporte emocional e apoio para o desenvolvimento de estratégias de coping.

Crença

A Crença é definida pelo ICN como “Atitude: opiniões; convicções e fé” (ICN, 2019). As pessoas a aguardar transplante pulmonar, como referido anteriormente estão sujeitas a várias fontes de sofrimento tendo em conta a complexidade da situação clínica e incerteza do futuro, podendo por vezes ser difícil a construção de expectativas realistas. Os benefícios da integração dos Cuidados Paliativos no cuidado incluem “promover melhor capacidade de coping, a capacidade para abordar o sofrimento existencial e controlo sintomático” (Scully et al., 2022, p. 928). Segundo Colman et al. (2015) existem barreiras para a intervenção dos Cuidados Paliativos, como o medo da pessoa de abandono por parte da equipa do transplante, medo associado aos opióides, fazendo com que a intervenção seja tardia e abordagem a estas questões não seja priorizada.

Cuidar da higiene pessoal; Vestir-se ou despir-se; Alimentar-se

De acordo com o Regulamento nº 429/2018 (2018), a avaliação do grau de dependência e as necessidades de cuidados da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, promovendo a sua máxima satisfação, o bem-estar e o conforto é uma das atividades que deve ser desenvolvida pelos Enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa. Neste caso clínico concreto, o Sr. JMS, pelo diagnóstico médico que apresenta, e conseqüentemente, pela sintomatologia que originou o seu internamento, apesar da dificuldade que sentia, pretendia manter-se autónomo em todos os domínios do autocuidado. Nesse sentido, a nossa intervenção, foi a sugestão de estratégias adaptativas, como o recurso a ajudas técnicas, ajuste dos SOS's antes do esforço, de forma a contribuir para a pessoa manter a sua independência.

Autogestão do regime medicamentoso

Huisman et al. (2020) mencionam que a gestão do regime medicamentoso é uma das componentes dos CP, “cujo objetivo é melhorar a qualidade de vida das pessoas que têm uma doença grave e progressiva” (p. 2). Segundo Yardley et al. (2021), as pessoas acompanhadas pelas equipas de cuidados paliativos são vulneráveis a incidentes de segurança, como por exemplo os erros de medicação, tanto a nível hospitalar, como no domicílio, sendo que neste último, são relatados com menor frequência.

Neste estudo de caso, o Sr. JMS apresenta uma condição clínica que exige um regime polimedicamentoso, e é o gestor da sua medicação. A identificação deste domínio prende-se com a necessidade de validação de que o Sr. JMS, mantém a capacidade para gestão da sua medicação, que compreende quais os efeitos secundários a que deve estar atento, que cumpre

os horários definidos e que sabe adequar a toma dos SOS's de acordo com as suas necessidades, para a preparação da alta para domicílio.

No estudo desenvolvido por Huisman et al. (2020), os enfermeiros têm um papel importante para a promoção da continuidade de cuidados, fazendo muitas vezes de intermediários entre os médicos e as pessoas em situação paliativa, contribuindo para uma avaliação e abordagem multidimensional.

Referências Bibliográficas:

Araújo, C., Almeida, F., & Gonçalves, I. (2017). Avaliação e tratamento da obstipação. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33(1), 67-71

Colman, R., Singer, L. G., Barua, R., & Downar, J. (2015). Outcomes of lung transplant candidates referred for co-management by palliative care: A retrospective case series. *Palliative Medicine*, 29(5), 429-435. doi:10.1177/0269216314566839.

Courtwright, A. M., Salomon, S., Lehmann, L. S., Wolfe, D. J., & Goldberg, H. J. (2016). *The Effect of Pretransplant Depression and Anxiety on Survival Following Lung Transplant: A Meta-analysis*. *Psychosomatics*, 57(3), 238-245.

Dorman, S., Byrne, A. & Edwards, A. (2007). Which measurement scales should we use to measure breathlessness in palliative care? A systematic review. *Palliative Medicine*. 21(3),177-191. doi:10.1177/0269216307076398

Freire, A. (2020). Dispneia: da avaliação à terapêutica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 26(2), 79-80.

Hajjar, R. R. (2008). *Sleep disturbance in palliative care*. *Clinics in geriatric medicine*, 24(1), 83-91, vii. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2007.08.003>

Huisman, B. A. A., Geijteman, E. C. T., Dees, M. K., Schonewille, N. N., Wieles, M., van Zuylen, L., Szadek, K. M., & van der Heide, A. (2020). Role of nurses in medication management at the end of life: A qualitative interview study. *BMC Palliative Care*, 19(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00574-5>

ICNP Browser | ICN - International Council of Nurses. (2019). <https://www.icn.ch/what-wedo/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Kako, J., Matsuoka, H., & Miura, M. (2018). The efficacy of fan use for dyspnea relief: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(2), 332-341. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.05.001

Kamal A. H., Maguire J. M., Wheeler J. L., Currow D. C. & Abernethy A. P. Dyspnea review for the

palliative care professional: treatment goals and therapeutic options. *J Palliat Med.* 2012 Apr;15(4):106-14. doi: 10.1089/jpm.2011.0110.

Krajnik, M., Hepgul, N. & Wilcock, A. Do guidelines influence breathlessness management in advanced lung diseases? A multinational survey of respiratory medicine and palliative care physicians. *BMC Pulm Med* 22, 41 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12890-022-01835-0>

Kramer, B. J., Sandstrom, R., Masten, S. V., & Carlson, M. D. (2017). *Palliative care and hospice in advanced dementia*. Oxford University Press.

Kramer, N., Streitwieser, B., & Cao, Y. (2017). Nonpharmacological interventions for the relief of dyspnea in hospice/palliative care: A systematic review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 34(9), 849-858. doi: 10.1177/1049909116688197

Monégat, M., Sermet, C., Perronnin, M., & Rococo, E. (2014). *Polypharmacy: definitions, measurement and stakes involved - review of the literature and measurement tests*. *Quest d'économie la Santé*, 204, 1-8.

Nolley, E., & Morrell, M. (2021). The role of palliative care in lung transplantation. *Journal of Thoracic Disease*, 13(11), 6737-6746. <https://dx.doi.org/10.21037/jtd-2021-27>

Pan, C., Liu, W., & Yeh, C. (2000). Acupoint stimulation intervention for people with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 9(2), 197-208. doi: 10.1046/j.1365-2702.2000.00357.x

Pickstock, A. (2017). *Positioning for breathlessness*. *European Respiratory Review*, 26(146), 170060. doi: 10.1183/16000617.0060-2017

Quinn-Lee, L., McClish, D., Rosenzweig, M., & Tofle, R. (2018). Dyspnea management in palliative care: A review of nonpharmacological strategies. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 20(5), 444-453. doi: 10.1097/NJH.0000000000000456

Regulamento nº 429/2018 Regulamento de Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em situação paliativa. (2018). Diário da República, n.º 135, Série II de 2018-07-16.

Scully, B. B., Nolley, E. P., & Bush, E. L. (2022). *Palliative care in lung transplantation*. *Annals of Palliative Medicine*, 11(2), 927-935. doi: 10.21037/apm-21-170.

Soares, W. M., Menezes, M. S., Silva, A. T., & Bocchi, S. C. (2008). A influência dos fatores psicológicos na realização das atividades de vida diária do idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 11(3), 381-392. doi: 10.1590/S1809-98232008000300012.

Sousa, R. (2019). *Envelhecimento e cuidados paliativos*. In Manual de Cuidados Paliativos ANCP (pp. 107-127). Editora Atheneu.

Twycross, R. (2023). *Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Climepsi Editores. ISBN 972-796-093-6.

Yardley S., Francis S. A. & Chuter A. Mixedmethods study protocol: do national reporting and learning system medication incidents in palliative care reflect patient and carer concerns about medication management and safety? *BMJ Open* 2021;11:e048696. doi:10.1136/bmjopen-2021-048696

Yates, P., Banzett, R., Celermajer, D., Cowie, M., Cox, N., Miles, J. & Johnson, M. (2020). *An Official American Thoracic Society Workshop Report: Assessment and Palliative Management of Dyspnea Crisis*. *Annals of the American Thoracic Society*, 17(3), 301-310.

Yodang, N. (2019). Hypersensitivity pneumonitis: A review. *Journal of Asthma and Allergy*, 12, 183-191. doi: 10.2147/JAA.S181160.

Yodang, S. (2019). Complementary therapies for dyspnea management in cancer patients: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 57(5), 1058-1071. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2019.01.017

3.6. Dados

Sistema respiratório

13-02-2023 08:00

Frequência respiratória: 30 ciclos/min.

Ritmo respiratório irregular.

Movimento respiratório assimétrico.

Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.

Utiliza os músculos acessórios da ventilação.

Saturação do oxigênio no sangue

Periférico(a): 91 %.

Coloração da mucosa: rosada.

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

Reflexo da tosse: presente.

Expele as secreções das vias aéreas.

Sons respiratórios: crepitações.

Secreções em moderada quantidade.

Secreções fluídas.

Secreções esbranquiçadas.

Doente com ONAF.

Dispneia

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

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

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

Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios

respiratórios e a dispneia [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar autoeficácia para executar exercícios respiratórios

[RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a inaloterapia e a limpeza da via aérea [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar autoeficácia para tossir [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar autoeficácia para executar inaloterapia [RESOLVIDO]

22-02-2023 08:00

22-02-2023 08:00

Frequência respiratória: 22 ciclos/min.

Ritmo respiratório regular [MELHOROU].

Movimento respiratório simétrico [MELHOROU].

Profundidade da ventilação: inspirações superficiais [MANTEVE].

Utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

Saturação do oxigénio no sangue

Periférico(a): 94 %.

Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].

Secreções em pequena quantidade.

Secreções fluídas [MANTEVE].

Secreções esbranquiçadas.

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

Consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia: facilitadora.

Capacidade para executar exercícios respiratórios

Dispositivo: Nenhum - Capacidade para executar exercícios respiratórios: facilitadora.

Autoeficácia para executar exercícios respiratórios: facilitadora.

Consciencialização da relação entre a inaloterapia e a limpeza da via aérea: facilitadora.

Autoeficácia para tossir: facilitadora.

Autoeficácia para executar inaloterapia

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Ventilação comprometida

Eliminação intestinal

13-02-2023 08:00

Fezes: em moderada quantidade.

Consistência das fezes: Moldada com superfície lisa.

Coloração das fezes: acastanhada.

Número de defecações por dia: 1.

Número de defecações por semana: 7.

22-02-2023 08:00

Fezes: em moderada quantidade.

Consistência das fezes: Moldada com superfície lisa [MANTEVE].

Coloração das fezes: acastanhada.

Número de defecações por dia: 1.

Número de defecações por semana: 6.

Eliminação urinária

13-02-2023 08:00

Urina em moderada quantidade.

Cor da urina: Amarelo-palha.

Transparência da urina: Límpida.

Frequência da eliminação urinária: Normal .

Reconhece a vontade de urinar.

Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

Sem globo vesical.

Eliminação urinária involuntária ausente.

22-02-2023 08:00

Urina em moderada quantidade.

Cor da urina: Amarelo-palha.
Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].
Frequência da eliminação urinária: Normal [MANTEVE].
Reconhece a vontade de urinar [MANTEVE].
Sensação de esvaziamento completo da bexiga [MANTEVE].
Sem globo vesical [MANTEVE].
Eliminação urinária involuntária ausente [MANTEVE].

Sono

13-02-2023 08:00

Sono reparador.
Número (médio) de horas de sono noturno: 6 Hora.

22-02-2023 08:00

Sono reparador [MANTEVE].
Número (médio) de horas de sono noturno: 7 Hora.

Conservação de energia

13-02-2023 08:00

Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com o repouso.

Intolerância à atividade

Conhecimento sobre conservação da energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

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

Capacidade para executar regime de exercício: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Autoeficácia para executar regime de exercício: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar conhecimento sobre conservação da energia

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia

22-02-2023 08:00

Comunica cansaço para grandes esforços e recuperação da energia com o repouso [MELHOROU].

Conhecimento sobre conservação da energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

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

Emoção

13-02-2023 08:00

Tristeza persistente (há mais de uma semana) (Não).
Desesperança e pessimismo.

Autodesvalorização (Não).

Acentuada diminuição de interesse e prazer nas atividades.

Dificuldade na concentração (Não).

Pensamentos recorrentes de morte (Não).

Tom de voz baixa, discurso arrastado (Não).

Verbalização de ansiedade.

Inquietação (Não).

Irritabilidade (Não).

Pânico (Não).

Especificação da perda: Perda de autonomia..

Negação da perda (Não).

Pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda (Não).

Ansiedade

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

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

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

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

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

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

Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Crença

22-02-2023 08:00

Tristeza persistente (há mais de uma semana) (Não) [MANTEVE].

Desesperança e pessimismo [MANTEVE].

Autodesvalorização (Não) [MANTEVE].

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

Dificuldade na concentração (Não) [MANTEVE].

Pensamentos recorrentes de morte (Não) [MANTEVE].

Tom de voz baixa, discurso arrastado (Não) [MANTEVE].

Verbalização de ansiedade [MANTEVE].

Inquietação (Não) [MANTEVE].

Irritabilidade (Não) [MANTEVE].

Pânico (Não) [MANTEVE].

Especificação da perdaEspecificação da perda: Perda de autonomia..

Negação da perda (Não) [MANTEVE].

Pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda (Não) [MANTEVE].

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

Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitador.

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

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

Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitadora.

Cuidar da higiene pessoal

13-02-2023 08:00

Obtém objetos para o banho.

Abre a torneira.

Lava a cavidade oral.

Aplica produtos de higiene.

Barbeia-se.

Limpa-se após usar o sanitário.

Ajusta a roupa após usar o sanitário.

Cuidar da higiene pessoal comprometido

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar o acesso aos dispositivos aconselhados

22-02-2023 08:00

Obtém objetos para o banho [MANTEVE].

Abre a torneira [MANTEVE].

Lava e seca o corpo

Dispositivo: Assento de banheira - Lava e seca o corpo.

Lava e seca parte do corpo

Dispositivo: Nenhum - Lava e seca parte do corpo.

Lava a cavidade oral [MANTEVE].

Aplica produtos de higiene [MANTEVE].

Penteia-se

Dispositivo: Nenhum - Penteia-se.

Barbeia-se [MANTEVE].

Corta as unhas

Dispositivo: Nenhum - Corta as unhas.

Limpa-se após usar o sanitário [MANTEVE].

Ajusta a roupa após usar o sanitário [MANTEVE].

Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: facilitadora.
Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho
Dispositivo: Assento de banheira - facilitadora.
Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se
Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Vestir-se ou despir-se

13-02-2023 08:00

Escolhe as roupas.
Retira roupa da gaveta ou armário.

Vestir-se ou despir-se comprometido [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

22-02-2023 08:00

Escolhe as roupas [MANTEVE].
Retira roupa da gaveta ou armário [MANTEVE].
Veste-se
Dispositivo: Nenhum - Veste todas as peças de roupa.

Abotoa
Dispositivo: Nenhum - Abotoa.

Ata cordões
Dispositivo: Nenhum - Ata cordões.

Calça meias
Dispositivo: Nenhum - Calça as meias.

Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

Alimentar-se

22-02-2023 08:00

Leva os alimentos à boca/sonda de alimentação
Dispositivo: Nenhum - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

Prepara os alimentos para a refeição
Dispositivo: Nenhum - Prepara os alimentos para a refeição.

Organiza os alimentos para a refeição
Dispositivo: Nenhum - Organiza os alimentos para a refeição.

Autogestão do regime medicamentoso

13-02-2023 08:00

Autogestão do regime medicamentoso comprometida

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

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

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso

Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

Potencial para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso

Potencial para melhorar autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

22-02-2023 08:00

Organiza a medicação conforme horário

Dispositivo: Nenhum - Organiza a medicação conforme horário.

Prepara a medicação conforme a dose

Dispositivo: Nenhum - Prepara a medicação conforme a dose.

Administra a medicação pela via adequada

Dispositivo: Nenhum - Administra a medicação pela via adequada.

Ajusta a medicação de acordo com autovigilância

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

Armazena a medicação de acordo com as recomendações técnicas

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

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

Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da glicemia: facilitadora.

3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Segundo Nolley & Morrell (2021) a identificação dos sintomas e fontes de sofrimento, permite o planeamento de intervenções que mitiguem os sintomas, que permitam o desenvolvimento de melhores estratégias de coping, que aliviem o sofrimento e que assistam no processo de tomada de decisão (p. 6738).

Considerando os dados recolhidos, saliento em seguida os principais objetivos delineados:

1. Melhorar o conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia;
2. Promover a consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia;
3. Melhorar a capacidade para executar os exercícios respiratórios;
4. Promover a consciencialização da relação entre a inaloterapia e a limpeza da via aérea;
5. Melhorar a capacidade para executar a inaloterapia;
6. Melhorar o conhecimento sobre conservação de energia;
7. Promover a consciencialização da relação entre a gestão de atividade/repouso e a conservação de energia;
8. Melhorar o conhecimento sobre os fatores potenciadores de ansiedade;
9. Melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade;
10. Promover a consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade;

11. Promover a consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade;
12. Melhorar a capacidade para tomar banho;
13. Promover a consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho;
14. Melhorar o conhecimento sobre os dispositivos aconselhados;
15. Melhorar o conhecimento para gerir o regime medicamentoso;
16. Melhorar a capacidade para gerir o regime medicamentoso;
17. Promover a autoeficácia para gerir o regime medicamentoso;
18. Promover o desenvolvimento de estratégias adaptativas no domínio físico;
19. Promover o desenvolvimento de estratégias adaptativas no domínio emocional;
20. Promover o desenvolvimento de estratégias adaptativas no domínio social;
21. Promover o desenvolvimento de estratégias adaptativas no domínio espiritual;

3.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

De seguida, apresento os indicadores de resultado que tenciono atingir de acordo com os objetivos anteriormente explanados:

1. Melhorar o conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia;
 - 1.1. Que a pessoa identifique as atividades que despoletam episódios de dispneia;
 - 1.2. Que a pessoa identifique o SOS de Oramorph antes de momentos de atividade como estratégia para prevenção de episódios de dispneia;
2. Promover a consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia;
 - 2.1. Que a pessoa reconheça a importância da realização dos exercícios respiratórios para o controlo da dispneia;
3. Melhorar a capacidade para executar os exercícios respiratórios;
 - 3.1. Que a pessoa demonstre uma correta execução dos exercícios respiratórios;
4. Promover a consciencialização da relação entre a inaloterapia e a limpeza da via aérea;
 - 4.1. Que a pessoa identifique benefício entre a realização da inaloterapia como promotor da

limpeza da via aérea;

5. Melhorar a capacidade para executar a inaloterapia;

5.1. Que a pessoa demonstre uma correta administração da inaloterapia;

5.2. Que a pessoa refira a ordem correta da administração dos fármacos;

5.3. Que a pessoa refira que deve esperar 5 minutos entre cada um dos fármacos;

5.4. Que a pessoa refira a necessidade de ingerir água após a administração da terapêutica inalatória;

6. Melhorar o conhecimento sobre conservação de energia;

6.1. Que a pessoa identifique estratégias para conservação de energia;

7. Promover a consciencialização da relação entre a gestão de atividade/repouso e a conservação de energia;

7.1. Que a pessoa refira a importância do planeamento dos momentos de atividade e repouso, como estratégia para conservação de energia;

8. Melhorar o conhecimento sobre os fatores potenciadores de ansiedade;

8.1. Que a pessoa identifique fatores potenciadores de ansiedade;

9. Melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade;

9.1. Que a pessoa identifique estratégias para o controlo da ansiedade;

10. Promover a consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade;

10.1. Que a pessoa reconheça que o pensamento positivo com base na construção de expectativas realistas e estabelecimento de metas a curto prazo são estratégias para o controlo da ansiedade;

11. Promover a consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade;

11.1. Que a pessoa reconheça que a ansiedade e o sono se influenciam mutuamente;

11.2. Que a pessoa refira estratégias para a promoção de um sono reparador;

12. Melhorar a capacidade para tomar banho;

12.1. Que a pessoa demonstre capacidade na utilização dos dispositivos;

13. Promover a consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho;

- 13.1 Que a pessoa reconheça que a utilização de dispositivos promove a sua autonomia;
- 13.2. Que a pessoa identifique a utilização de dispositivos como estratégia para a prevenção de quedas;
- 14. Melhorar o conhecimento sobre os dispositivos aconselhados;
 - 14.1. Que a pessoa reconheça, identifique e descreva a utilização do poliban, em vez de banheira, como potenciador da sua autonomia;
 - 14.1 Que a pessoa identifique a utilização do banco como potenciador da sua autonomia;
- 15. Melhorar o conhecimento para gerir o regime medicamentoso;
 - 15.1. Que a pessoa identifique qual a terapêutica instituída e sobre os horários estabelecidos;
 - 15.2. Que a pessoa identifique as indicações terapêuticas para a administração do Oramorph.
- 16. Melhorar a capacidade para gerir o regime medicamentoso;
 - 16.1. Que a pessoa demonstre estratégias para a gestão do regime terapêutico;
- 17. Promover a autoeficácia para gerir o regime medicamentoso;
 - 17.1. Que a pessoa se identifique como capaz para a gestão do regime medicamentoso;
- 18. Promover o desenvolvimento de estratégias adaptativas no domínio físico;
 - 18.1. Que a pessoa apresente um melhor controlo sintomático, com redução dos episódios de dispneia;
 - 18.2. Que a pessoa demonstre um maior conhecimento sobre a sintomatologia associada à sua condição clínica;
- 19. Promover o desenvolvimento de estratégias adaptativas no domínio emocional;
 - 19.1. Que a pessoa exprima as suas dúvidas;
 - 19.2. Que a pessoa exprima as suas preocupações;
- 20. Promover o desenvolvimento de estratégias adaptativas no domínio social;
 - 20.1. Que a pessoa partilhe as suas preocupações com a sua família;
 - 20.2. Que a pessoa esteja envolvida no planeamento da vida familiar;
- 21. Promover o desenvolvimento de estratégias adaptativas no domínio espiritual;
 - 21.1. Que a pessoa aborde questões relacionadas com a espiritualidade, religiosa ou não;
 - 21.2. Que a pessoa aborde questões relacionadas com o sentido da vida, o significado do sofrimento e sistemas de valores;

Evolução da Pessoa em Situação Paliativa:

A primeira sessão no dia 13 de fevereiro correspondeu à primeira visita por parte da EIHSCP, onde a equipa se apresentou ao Sr. JMS, identificando-se como equipa dos Cuidados Paliativos, explicados que os objetivos da nossa atuação se prendiam com a identificação de necessidades e suporte no controlo sintomático, sendo que a nossa intervenção iria decorrer em parceria com a equipa de Pneumologia, equipa responsável pelos cuidados do doente. Esclarecidas dúvidas e mitos, informado o doente que a nossa presença e intervenção, não iria pôr em causa a sua oportunidade de realizar o transplante pulmonar. Nesta primeira avaliação foi realizada a colheita de dados através de uma entrevista com o Sr. JMS, que permitiu a identificação de necessidades. Através desta avaliação foi elaborado um plano de cuidados e estabelecidos objetivos. Entre a primeira sessão e a segunda sessão, foram realizadas visitas ao Sr. JMS. Na segunda sessão foram atingidos alguns dos objetivos delineados, apresentados seguidamente:

Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar autoeficácia para executar exercícios respiratórios [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a inaloterapia e a limpeza da via aérea [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar autoeficácia para tossir [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar autoeficácia para executar inaloterapia [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se
[RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Não obstante, alguns dos diagnósticos mantêm-se por nem todos os indicadores de resultado terem sido atingidos:

Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia, o Sr. JMS, não refere a utilização da Oramorph, como estratégia para prevenção de episódios de dispneia;

Potencial para melhorar conhecimento sobre conservação da energia, o Sr. JMS nem sempre reconhece que necessita de descansar entre as atividades, que deve percorrer curtas distâncias de cada vez;

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia, o Sr. JMS nem sempre reconhece que necessita planear as suas atividades, de forma a promover a sua conservação de energia;

Autogestão do regime medicamentoso comprometida; Potencial para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso; Potencial para melhorar autoeficácia para gerir o regime medicamentoso, o Sr. JMS, com a introdução do Oramorph ficou reticente à sua utilização, apesar de reconhecer os seus benefícios no controlo da dispneia; Mantém-se a necessidade de intervir neste sentido.

O plano de cuidados manteve-se em atualização, e mesmo no momento da alta para o domicílio o Sr. JMS continuou a ser acompanhado pelo Serviço de Cuidados Paliativos, através da valência da Consulta Externa.

3.7. Diagnósticos

Sistema respiratório

13-02-2023 08:00

13-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [Sem horário]

Dispneia

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da dispneia [Sem horário]

13-02-2023 08:00 - Executar exercícios de controlo respiratório [Turno da Manhã; SOS]

Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [SOS]

13-02-2023 08:00 - Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia [SOS]

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

13-02-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar autoeficácia para executar exercícios respiratórios [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para executar exercícios respiratórios [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

13-02-2023 08:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

13-02-2023 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a inaloterapia e a limpeza da via aérea [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a inaloterapia e a limpeza da via aérea [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

13-02-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre inaloterapia e a limpeza da via aérea [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar autoeficácia para tossir [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para tossir [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

13-02-2023 08:00 - Treinar técnica da tosse [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

13-02-2023 08:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

13-02-2023 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar autoeficácia para executar inaloterapia [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para executar inaloterapia [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

13-02-2023 08:00 - Treinar a executar inaloterapia [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

13-02-2023 08:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

13-02-2023 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

22-02-2023 08:00

Ventilação comprometida

Eliminação intestinal

13-02-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de obstipação [SOS]

Conservação de energia

13-02-2023 08:00

13-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar regime de exercício [SOS]

13-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para executar regime de exercício [SOS]

Intolerância à atividade

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da tolerância à atividade [Sem horário]

13-02-2023 08:00 - Referenciar intolerância à atividade ao médico [SOS]

Potencial para melhorar conhecimento sobre conservação da energia

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre conservação da energia [SOS]

13-02-2023 08:00 - Ensinar sobre conservação de energia [SOS]

13-02-2023 08:00 - Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade e repouso [SOS]

13-02-2023 08:00 - Ensinar sobre vigilância da resposta física à atividade [SOS]

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia [SOS]

13-02-2023 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [SOS]

13-02-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia [SOS]

13-02-2023 08:00 - Analisar com o cliente a resposta ao regime de exercício [SOS]

Emoção

13-02-2023 08:00

Ansiedade

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 08:00 - Assistir cliente no treino do autocontrolo ansiedade [SOS]

Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [SOS]

13-02-2023 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [SOS]

13-02-2023 08:00 - Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade [SOS]

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrole da ansiedade [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

13-02-2023 08:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrole da ansiedade [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

13-02-2023 08:00 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

13-02-2023 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

13-02-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

13-02-2023 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

13-02-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre padrão do sono e ansiedade [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrole da ansiedade [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrole da ansiedade [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

13-02-2023 08:00 - Instruir estratégias de relaxamento [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

13-02-2023 08:00 - Treinar estratégias de relaxamento [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

Crença

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 08:00 - Avaliar as expectativas;

13-02-2023 08:00 - Promover a esperança;

13-02-2023 08:00 - Promover escuta ativa;

13-02-2023 08:00 - Esclarecer dúvidas;

13-02-2023 08:00 - Promover suporte emocional;

13-02-2023 08:00 - Promover a construção de objetivos alcançáveis;

Cuidar da higiene pessoal

13-02-2023 08:00

Cuidar da higiene pessoal comprometido

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal [SOS]

13-02-2023 08:00 - Assistir no tomar banho [Turno da Manhã]

13-02-2023 08:00 - Assistir no arranjar-se [Turno da Manhã]

13-02-2023 08:00 - Assistir no uso do sanitário [Sem horário]

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre o compromisso no cuidar da higiene pessoal [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

13-02-2023 08:00 - Assistir o cliente na autoavaliação do cuidar da higiene pessoal [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

13-02-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar o acesso aos dispositivos aconselhados

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do acesso a dispositivos aconselhados [SOS]

13-02-2023 08:00 - Ensinar sobre acesso a dispositivos [SOS]

Vestir-se ou despir-se

13-02-2023 08:00

Vestir-se ou despir-se comprometido [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se [Turno da Manhã] [FIM] 22-02-2023 08:00

13-02-2023 08:00 - Assistir no vestir-se ou despir-se [Turno da Manhã] [FIM] 22-02-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se [RESOLVIDO] 22-02-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

13-02-2023 08:00 - Assistir o cliente na autoavaliação do vestir-se ou despir-se [SOS] [FIM] 22-02-2023 08:00

Autogestão do regime medicamentoso

13-02-2023 08:00

Autogestão do regime medicamentoso comprometida

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [Turno da Manhã; SOS]

13-02-2023 08:00 - Assistir a gerir o regime medicamentoso [Turno da Manhã; SOS]

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso na autogestão do

regime medicamentoso

Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

Potencial para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para gerir regime medicamentoso [SOS]

13-02-2023 08:00 - Instruir a administrar medicação [SOS]

13-02-2023 08:00 - Treinar a administrar medicação [SOS]

Potencial para melhorar autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para gerir o regime medicamentoso [SOS]

13-02-2023 08:00 - Treinar a administrar medicação [SOS]

13-02-2023 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente [SOS]

13-02-2023 08:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [SOS]

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

Durante a recolha de evidência científica para o desenvolvimento da fundamentação teórica sobre os domínios identificados, foram analisadas as intervenções que contribuem para atingir os objetivos delineados, de forma a dar resposta às necessidades do Sr. JMS, estando estas descritas na tabela 2, correlacionando-as com os indicadores de resultado.

Domínio: Sistema Respiratório		
Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Resultado
Melhorar o conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia;	Ensinar sobre fatores que podem despoletar episódios de dispneia; Ensinar sobre a utilização do Oramorph antes da realização de esforços;	Que a pessoa identifique as atividades que despoletam episódios de dispneia; Que a pessoa identifique o SOS de Oramorph antes de momentos de atividade como estratégia para prevenção de episódios de dispneia;
Promover a consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia;	Ensinar sobre exercícios respiratórios para o controlo da dispneia;	Que a pessoa reconheça a importância da realização dos exercícios respiratórios para o controlo da dispneia;
Melhorar a capacidade para executar os exercícios respiratórios;	Treinar os exercícios respiratórios;	Que a pessoa demonstre uma correta execução dos exercícios respiratórios;
Promover a consciencialização da relação entre a inaloterapia e a limpeza da via aérea;	Ensinar sobre as indicações terapêuticas da inaloterapia;	Que a pessoa identifique benefício entre a realização da inaloterapia como promotor da limpeza da via aérea;
Melhorar a capacidade para executar a inaloterapia;	Treinar a execução da inaloterapia;	Que a pessoa demonstre uma correta administração da inaloterapia; Que a pessoa refira a ordem correta da administração dos fármacos; Que a pessoa refira que deve esperar 5 minutos entre cada um dos fármacos; Que a pessoa refira a necessidade de ingerir água após a administração da terapêutica inalatória;

Domínio: Conservação de Energia		
Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Resultado
Melhorar o conhecimento sobre conservação de energia;	Ensinar sobre a necessidade de realizar uma tarefa de cada vez, de forma a poder recuperar energia entre elas;	Que a pessoa identifique estratégias para conservação de energia;
Promover a consciencialização da relação entre a gestão de atividade/repouso e a conservação de energia;	Ensinar sobre a importância do planeamento dos momentos de atividade e repouso, como estratégia para conservação de energia;	Que a pessoa refira a importância do planeamento dos momentos de atividade e repouso, como estratégia para conservação de energia;

Domínio: Emoção		
Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Resultado
Melhorar o conhecimento sobre os fatores potenciadores de ansiedade;	Ensinar sobre fatores potenciadores de ansiedade, como procedimentos médicos.	Que a pessoa identifique fatores potenciadores de ansiedade;
Melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade;	Ensinar sobre exercícios respiratórios para o autocontrolo da ansiedade; Identificar as estratégias que a pessoa já recorre perante momentos de ansiedade;	Que a pessoa identifique estratégias para o controlo da ansiedade;
Promover a consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade;	Ensinar sobre a importância de construção de expectativas realistas e estabelecimento de metas a curto prazo;	Que a pessoa reconheça que o pensamento positivo com base na construção de expectativas realistas e estabelecimento de metas a curto prazo são estratégias para o controlo da ansiedade;
Promover a consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade;	Ensinar sobre a importância da rotina do sono;	Que a pessoa reconheça que a ansiedade e o sono se influenciam mutuamente; Que a pessoa refira estratégias para a promoção de um sono reparador;
Melhorar a capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade;	Treinar com a pessoa estratégias de autocontrolo da ansiedade;	Que a pessoa demonstre capacidade para utilizar estratégias de autocontrolo da ansiedade;

Domínio: Cuidar da Higiene Pessoal		
Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Resultado
Melhorar a capacidade para tomar banho;	Treinar a utilização dos dispositivos durante o tomar banho;	Que a pessoa demonstre capacidade na utilização dos dispositivos;
Promover a consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho;	Ensinar sobre os benefícios do recurso a dispositivos para a promoção da autonomia para tomar banho; Ensinar sobre a redução do risco de queda através da utilização de dispositivos;	Que a pessoa reconheça que a utilização de dispositivos promove a sua autonomia; Que a pessoa identifique a utilização de dispositivos como estratégia para a prevenção de quedas;
Melhorar o conhecimento sobre os dispositivos aconselhados;	Ensinar sobre quais os dispositivos adequados; Ensinar sobre possíveis adaptações estruturais no domicílio;	Que a pessoa reconheça, identifique e descreva a utilização do poliban, em vez de banheira, como potenciador da sua autonomia; Que a pessoa identifique a utilização do banco como potenciador da sua autonomia;
Domínio: Autogestão do Regime Medicamentoso		
Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Resultado
Melhorar o conhecimento para gerir o regime medicamentoso;	Ensinar sobre o regime medicamentoso instituído; Ensinar sobre as indicações terapêuticas da terapêutica instituída em SOS;	Que a pessoa identifique qual a terapêutica instituída e sobre os horários estabelecidos; Que a pessoa identifique as indicações terapêuticas para a administração do Oramorph.
Melhorar a capacidade para gerir o regime medicamentoso;	Treinar a gestão do regime medicamentoso;	Que a pessoa demonstre estratégias para a gestão do regime terapêutico;
Promover a autoeficácia para gerir o regime medicamentoso;	Elogiar a gestão do regime medicamentoso;	Que a pessoa se identifique como capaz para a gestão do regime medicamentoso;

Tabela 2- Intervenções de Enfermagem, Caso Clínico I

Conclusão

Durante a elaboração deste plano de cuidados, com base na evidência científica, foi possível a reflexão e o desenvolvimento de competências do enfermeiro generalista, assim como do Enfermeiro especialista em enfermagem médico -cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa. Reconheço que este caso clínico tem o seu foco na pessoa em situação paliativa, não abordando a família. Apesar de ter tido a oportunidade de conhecer um dos elementos da família do Sr. JMS, não foi possível a identificação de necessidades e intervenção junto do mesmo, pela escassez de momentos em que esteve presente, não tendo sido também convocada nenhuma reunião. No entanto, considero que este caso clínico me permitiu evidenciar o papel dos cuidados paliativos junto das pessoas em situação paliativa, a aguardar transplante pulmonar, “há um aumento da evidencia de que os cuidados paliativos melhoram a qualidade de vida, identificando e abordando sintomas e outras fontes de sofrimento, permitindo uma melhor capacidade de coping” (Nolley & Morrell, 2021, p. 6741).

Os Cuidados Paliativos, quando a referenciação é precoce, tem a possibilidade de acompanhar as pessoas que estão a aguardar transplante pulmonar ao longo de todo o processo. A sua intervenção permite um melhor controlo sintomático; promoção da discussão sobre as suas preocupações, prevenindo o isolamento dos doentes; esclarecimento de dúvidas, promovendo o envolvimento da pessoa na tomada de decisão e contribuindo para a construção de expectativas realistas.

Referências Bibliográficas

Nolley, E., & Morrell, M. (2021). The role of palliative care in lung transplantation. *Journal of Thoracic Disease*, 13(11), 6737-6746. <https://dx.doi.org/10.21037/jtd-2021-27>

3.8. Especificação das intervenções

Ensinar sobre conservação de energia

- Ensinar sobre a importância do planeamento das atividades;
- Ensinar sobre a importância do recurso aos SOS's de Oramorph previamente à realização de esforços;

Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia

- Ensinar sobre fatores desencadeadores de episódios de dispneia;
- Ensinar sobre a utilização do SOS de Oramorph antes da realização de esforços para a prevenção de episódios de dispneia;

Assistir a gerir o regime medicamentoso

- Ensinar sobre estratégias adaptativas para a gestão do regime medicamentoso;
- Ensinar sobre os possíveis efeitos secundários a que deve estar atento;
- Validar a correta administração da insulina;
- Validar a correta identificação dos sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia;

Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade e repouso

- Ensinar sobre a necessidade de realizar uma tarefa de cada vez, de forma a poder recuperar energia entre elas;

Treinar a executar inaloterapia

- Treinar com a pessoa que, antes da primeira utilização do salbutamol premir 4 vezes a unidade;
- Treinar para utilizar o salbutamol em primeiro lugar e aguardar 5 minutos antes de administrar a restante terapêutica inalatória;
- Instruir que com uso concomitante com outros fármacos inalatórios, administrar primeiro o salbutamol, e por último os corticosteróides, esperando 5 minutos entre cada fármaco;
- Instruir que deve humidificar a boca, com um copo de água antes da inalação;
- Treinar que quando o inalador é ativado fazer uma inspiração lenta e profunda durante 3-5 segundos, conter a respiração durante 10 segundos e expirar lentamente;
- Instruir que após a utilização, fazer bochechos com água para minimizar os efeitos secundários de boca seca e rouquidão

Ensinar sobre acesso a dispositivos

- Ensinar sobre os benefícios na adaptação organizacional da sua casa, de forma a passar o dia no mesmo piso e diminuir o número de vezes que necessita de subir as escadas;
- Ensinar sobre os benefícios na adaptação organizacional da sua casa, de forma a passar o dia no mesmo piso e diminuir o número de vezes que Ensinar sobre a possibilidade de usar um banco de apoio durante os cuidados de higiene;

Ensinar sobre estratégias de relaxamento

- Ensinar sobre técnicas de distração (como ouvir música da sua preferência);

4. CONCEÇÃO DE CUIDADOS _ CONTEXTO- SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS

D. MODS, 47A. Reside com o marido e o filho. Diagnóstico médico de Carcinoma da Mama com metastização pulmonar, hepática e óssea.

4.1. Enquadramento teórico

Introdução

A construção do presente estudo de caso, foi realizado no âmbito do Estágio De Natureza Profissional Com Relatório - Módulo II, integrado no Curso De Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa, no serviço de Cuidados Paliativos, na valência de internamento.

A estrutura deste estudo de caso, à semelhança do anterior, está organizada da seguinte forma: o primeiro capítulo onde será apresentado o caso clínico, no capítulo seguinte será realizado um enquadramento teórico sobre a patologia do estudo de caso e no terceiro capítulo, o plano de conceção de cuidados, capaz de orientar a tomada de decisão do enfermeiro, munindo-o da melhor evidência científica, para dar resposta de forma diferenciada às necessidades da pessoa e família em situação paliativa.

Na construção deste estudo de caso pretendo desenvolver competências que me permitam identificar as necessidades da pessoa em situação paliativa e dos seus familiares, promovendo intervenções baseadas na evidência científica, assim como desenvolver uma relação terapêutica com a pessoa em situação paliativa e a sua família.

I- Caso Clínico

Contexto Atual: Internamento a 10 de Maio, por dispneia para pequenos esforços, dessaturação, tendo sido diagnosticada uma Pneumonia com Insuficiência Respiratória. Derrame pleural à esquerda, submetida a Toracocentese a 19/05. PPS: 40%.

Antecedentes Pessoais: Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial; Gonartrose Esquerda; Cirurgia Coluna Cervical após acidente de viação em 2012; *intolerância ao Tramadol*;

Genograma:

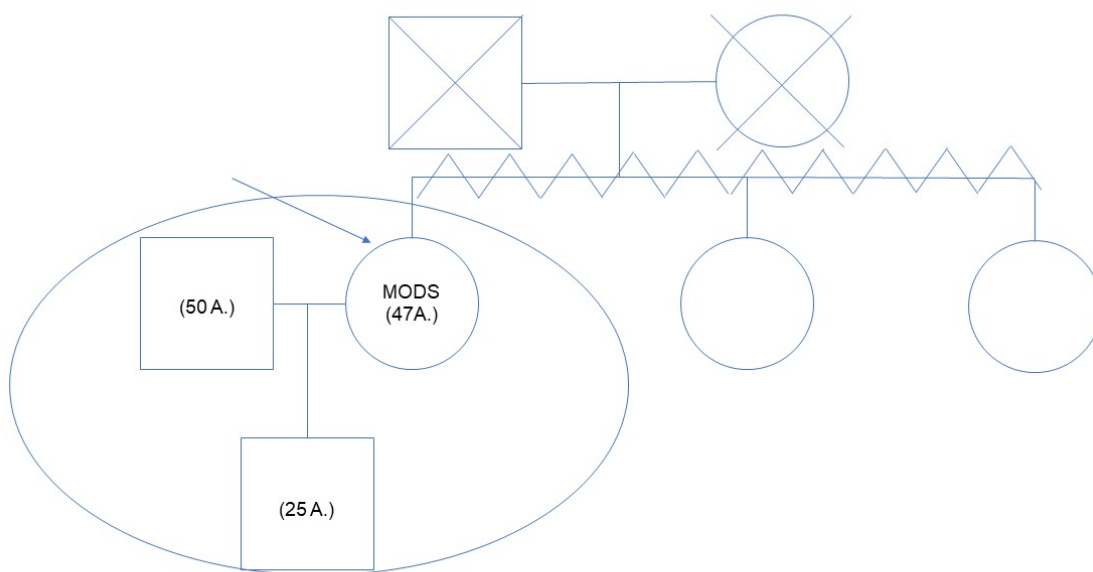


Imagem 2- Genograma, Caso Clínico II

II- Fundamentação Teórica

O cancro da mama é “uma patologia com impacto crescente na população mundial” (Paraíso et. al, 2022, p. 8), sendo o “cancro mais comumente diagnosticado em mulheres e a principal causa de mortes relacionadas com cancro, tanto em países desenvolvidos, como em desenvolvimento, em todo o mundo” (Dutta, Ishore, & Ghoshal, 2022, p. 256).

De acordo com a Liga Portuguesa contra o Cancro, o cancro da mama “é um problema de saúde pública, apesar de não ser dos mais letais, tem uma alta incidência e uma alta mortalidade, sobretudo na mulher (apenas 1 em cada 100 cancros se desenvolvem no homem). Em Portugal, com uma população feminina de 5 milhões, foram diagnosticados, em 2020, cerca de 7.000 novos casos de cancro da mama e 1.800 mulheres morreram com esta doença” (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2023). Segundo o Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2021), uma das prioridades do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas é alargar a cobertura dos programas de rastreio do cancro da mama para alcançar 90% da população (p. 14).

De acordo com Ciobotaru & Grigorescu (2021) os cuidados paliativos, devem começar a sua intervenção quando a pessoa recebe o diagnóstico de uma doença potencialmente ameaçadora da vida e não, só quando os tratamentos curativos já não são uma opção (p.8). Segundo os mesmos autores a principal tarefa dos cuidados paliativos inclui “a identificação das pessoas com necessidades específicas e a inclusão destes cuidados como parte dos tratamentos” (Ciobotaru & Grigorescu, 2021, p. 10).

O cancro da mama é definido como o “cancro que tem início na mama, geralmente, nos ductos ou lóbulos mamários” (European Society for Medical Oncology [ESMO], 2018, p. 7), e, “caracterizado por diversas manifestações físicas e impacto substancial no bem-estar psicológico” (Cherny et al., 2018, p. 231).

De acordo com as guidelines sobre o follow-up e gestão do cancro da mama da American Society of Clinical Oncology, os sintomas comuns de recorrência incluem “novos nódulos mamários, dores ósseas, região torácica ou abdominal, dispneia e cefaleias constantes” (Scully et al., 2012, p. 311), sendo que “na maioria dos casos, a principal causa de dor em mulheres com cancro da mama, são as metástases ósseas” (Cherny et al., 2018, p. 233). O cancro da mama metastizado é definido “como a disseminação tumoral para além da mama, da parede torácica e dos gânglios linfáticos regionais” (Gomes, 2013, p. 1), sendo que a ocorre mais frequentemente a metastização óssea, pulmonar, hepática e cerebral.

Segundo Cherny et al. (2018), as pessoas com cancro da mama avançado e as suas famílias tem necessidades complexas que, quando não são atendidas, podem causar um sofrimento severo e influenciar negativamente a sua qualidade de vida (p. 241).

Referências Bibliográficas

Cherny, N. I., Paluch-Shimon, S., & Berner-Wygoda, Y. (2018). *Palliative care: needs of advanced breast cancer patients*. *Breast Cancer - Targets and Therapy*, 10, 231-243. Cherny, N. I., Paluch-Shimon, S., & Berner-Wygoda, Y. (2018). Palliative care: needs of advanced breast cancer patients. *Breast Cancer - Targets and Therapy*, 10, 231-243.

Ciobotaru, C., & Grigorescu, A. C. (2021). *Importance of palliative care in medical oncology - the use of IPOS scale*. *Oncolog-Hematolog.ro*, 54(1), 8-10.

Dutta, S., Ishore, K., & Ghoshal, A. (2022). Role of Integrative Oncology and Palliative Care Services in Improving Comfort Level and Compliance among Patients with Advanced Fungating Breast Cancer – Experience from a Rural Hospital of North Eastern India during the COVID-19 Pandemic. *Indian Journal of Palliative Care*, 28(3), 256-261. doi:10.25259/IJPC_40_2021

European Society for Medical Oncology (ESMO). (2018). *Breast Cancer Guide for Patients*. <https://www.esmo.org/content/download/6593/114959/file/EN-Breast-Cancer-Guide-for-Patients.pdf>

Gomes, V. A. R. (2013). O cancro da mama metastizado é curável? A propósito de um caso clínico (Dissertação de mestrado integrado em Medicina). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Lei nº 52/2012 Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. (2012). Diário da República nº 172, Série I de 05-09-2012. <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>

Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2023). *Cancro da Mama*. <https://www.ligacontracancro.pt/cancro-da-mama/>

OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. (2021). *Portugal: Perfil de Saúde do País 2021*. Estado da Saúde na UE. Paris: OCDE/Bruxelas: Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde.

Paraíso, R., Oliveira, A. M., Baptista, F., & Figueiredo, T. (2022). Do conhecimento à prevenção - Cancro da Mama. *Jornal de Investigação Médica*, Volume 03, Número 02, 5-13. doi:10.29073/jim.v3i2.688

Scully, O. J., Bay, B. H., Yip, G., & Yu, Y. (2012). *Breast Cancer Metastasis*. *Cancer Genomics & Proteomics*, 9, 311-320.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 46 anos | Feminino

Cuidador

19-05-2023 08:00

Nome do cuidador: Sr. H..

Data de nascimento do cuidador: 20-10-1975.

Contacto telefónico principal: 91xxxxxxx.

Parentesco: Cônjuge.

Coabita com a pessoa dependente.

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

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

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

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

Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para dar banho

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar parcialmente.

Capacidade física do cuidador para posicionar

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar parcialmente.

Capacidade física do cuidador para transferir

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar parcialmente.

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

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-05-19 08:00:00	Paracetamol 1000mg COMP.EFERV Oral SOS 6/6h	
2023-05-19 08:00:00	Enoxaparina Sódica 40mg/0.4ml Sol. Inj. Cartu SC 1 id 19h	
2023-05-19 08:00:00	Hidrocortisona 200mg INJ SC SOS até 3 id (se dispneia agravada com pieira, que não responde ao SOS de Morfina)	
2023-05-19 08:00:00	Carbonato de Cálcio 1500mg Comp. mast Oral 1 id 19h	
2023-05-19 08:00:00	Esomeprazol 40mg Comp GR Oral 1 id 7h	
2023-05-19 08:00:00	Furosemida 20mg/2ml Sol inj INJ 40mg SC 1 id 9h	
2023-05-19 08:00:00	Furosemida 20mg/2ml Sol inj INJ 20mg SC 1 id 17h	
2023-05-19 08:00:00	Amoxicilina 500mg + Ácido Clavulânico 125mg COMP 625mg Oral 8/8h 7h- 15h- 23h (de 18/05 ; término a 25/05)	2023-05-27 08:00:00
2023-05-19 08:00:00	Sertralina 50mg Comp. Oral 1 id 9h	
2023-05-19 08:00:00	Espironolactona 25mg Comp 50mg Oral 8/8h 7h- 15h- 23h	
2023-05-19 08:00:00	Dexametasona 4mg/1ml Sol inj INJ 8mg SC 8/8h 7h- 15h- 23h	
2023-05-19 08:00:00	Diazepam 10mg Comp Oral 1 id 19h	
2023-05-19 08:00:00	Gabapentina 300mg Cáps. Oral 8/8h 7h- 15h- 23h	
2023-05-19 08:00:00	Amitriptilina 25mg Comp Oral 1 id 22h	
2023-05-19 08:00:00	Brometo de ipratrópio 20 µm/dose Susp pressu inal Recip pressu 40MCG Inalatória 8/8h 7h- 15h- 23h	
2023-05-19 08:00:00	Salbutamol 100 µm/dose Susp pressu inal Recip pressu Inalatória 200mcg 12/12h 9h- 21h	
2023-05-19 08:00:00	Budesonida 200 µm/dose Susp pressu inal Recip pressu. Inalatória 200mcg 12/12h 9h- 21h	
2023-05-19 08:00:00	Buprenorfina 70µg/h Sist transd TRANSDERM 140mcg (a cada 2 dias) 10h	
2023-05-19 08:00:00	Morfina 10mg/ml Sol inj INJ 10mg SC SOS 1/1h	
2023-05-19 08:00:00	Picossulfato de sódio 7.5 mg/ml Sol Oral Fr 30ml Oral 10gts 1id 21h	
2023-05-19 08:00:00	Pidolato de magnésio 1500mg/10ml Sol Oral 1id 15h	
2023-05-19 08:00:00	Macrogol 10000 mg Pó sol oral saq Oral 3id 9h- 13h- 17h	
2023-05-19 08:00:00	Cetamina 10mg/ml solução oral (medicamento manipulado) 35mg 8/8h 7h- 15h- 23h	
2023-05-19 08:00:00	Midazolam 15mg/3ml Sol inj Fr 3ml INJ 5mg SC SOS 1/1h	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

De acordo com o Regulamento nº 429/2018 (2018), o Enfermeiro especialista em enfermagem Médico -Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, também deve ter competências para, após a identificação das necessidades da pessoa, adotar medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas.

Neste sentido, seguidamente são abordadas alguma da terapêutica instituída, e quais as implicações para a prática de enfermagem associadas.

Fármaco	Classificação	Indicações terapêuticas	Implicações para Enfermagem
Hidrocortisona 200mg INJ SC SOS até 3id (se dispneia agravada com pieira, que não responde ao SOS de morfina)	Corticosteróides	Insuficiência Adrenocortical;	<ul style="list-style-type: none"> •Avaliar os sinais de reações adversas (Cefaleias; Depressão; Alterações da personalidade; Hipertensão; Náuseas; Vômitos; Anorexia; Petéquias; Equimoses; Aspecto “Cushingóide”) •Avaliar o aparecimento de sinais de insuficiência das suprarenais (hipotensão; perdas de peso, fraqueza, náuseas, vômitos, confusão, agitação); •Monitorizar o aparecimento de edemas periférico; •Avaliar a melhoria dos sintomas;
Gabapentina 300mg Cáps. Oral 8/8h 7h- 15h- 23h	Analgésico Adjuvante; Anticonvulsivante; Estabilizador de Humor	Crises convulsivas parciais; Dor neuropática; Ansiedade;	<ul style="list-style-type: none"> •Perfil de atuação: Pico de ação- 2-4 horas; Duração da ação- 8 horas); •Avaliar os sinais de reações adversas (ideação suicida; confusão, depressão,tonturas, nistagmo, edema facial); •Avaliar a eficácia da terapêutica;
Amitriptilina 25mg Comp Oral 1 id 22h	Antidepressivo Tricíclico	Depressão; Ansiedade; Insónia;	<ul style="list-style-type: none"> •Perfil de atuação: Início ação: 2-3 semanas; Pico de ação- 2-6 semanas; Duração da ação- dias-semanas; •Avaliar os sinais de reações adversas (ideação suicida; sedação; letargia; mucosas secas; obstipação; arritmias; retenção urinária); •Avaliar a eficácia da terapêutica;
Diazepam 10mg Comp Oral 1 id 19h	Benzodiazepina	Ansiedade; Relaxante músculo-esquelético.	<ul style="list-style-type: none"> •Perfil de atuação: Início ação: 30-60 minutos; Pico de ação- 1-2 horas; Duração da ação- até 24 horas; •Avaliar os sinais de reações adversas (tonturas; sonolência; letargia; cefaleias; depressão respiratória; náuseas; vômitos; diarreia; obstipação); •Avaliar a eficácia da terapêutica; •Os comprimidos podem ser triturados, e ingeridos com água ou alimentos;
Buprenorfina 70µg/h Sist transd TRANSDERM 140mcg (a cada 2 dias) 10h	Analgesico Opióide	Tratamento da dor crónica moderada a severa em doentes a necessitar de uso contínuo de analgesicos	<ul style="list-style-type: none"> •Perfil de atuação: Duração da ação-7 dias; •Avaliar os sinais de reações adversas (sedação; confusão; cefaleias; alucinações; náuseas; vômitos; obstipação; retenção urinária); •Aplicação do selo num local plano, não irritado, como por exemplo zona superior e exterior do braço, tórax, parte superior do dorso ou flanco; alternar o local de aplicação a cada troca de penso; •Vigiar episódios de sudorese, por alterar a absorção da terapêutica; •Avaliar eficácia da terapêutica;
Morfina 10mg/ml Sol inj INJ 10mg SC SOS 1/1h	Analgésicos Opióides	Diminuição da intensidade da dor severa.	<ul style="list-style-type: none"> •Avaliar os sinais de reações adversas (sedação, confusão, cefaleias, euforia, sensação de flutuação, pesadelos, alucinações, disforia, tonturas, miose, diplopia, visão turva, depressão respiratória, hipotensão, bradicardia, náuseas, vômitos, obstipação, retenção urinária, sudação, prurido) •Perfil de atuação: Início de ação- 20 minutos; Pico da ação: 50-90 minutos; Duração da ação- 4-5 horas); •Avaliar sintomas antes e após a administração; •Explicar a finalidade terapêutica e esclarecimento de mitos;
Cetamina 10mg/ml solução oral (medicamento manipulado) 35mg 8/8h 7h- 15h- 23h	Anestésico	Sedação; Tratamento da dor oncológica crónica	<ul style="list-style-type: none"> •Avaliar os sinais de reações adversas (delirium, sonolência, tonturas, diplopia, visão turva, nistagmo, alteração da audição, hipertensão, taquicardia, hipersalivação, náuseas e vômitos); •Avaliar a dor;
Midazolam 15mg/3ml Sol inj Fr 3ml INJ 5mg SC SOS 1/1h (Se insónia, inquietação ou dispneia que não responde ao SOS de morfina)	Benzodiazepina	Sedação	<ul style="list-style-type: none"> •Avaliar os sinais de reações adversas (cefaleias, visão turva, laringosspasmos, depressão respiratória, apneia, náuseas, vômitos) •Avaliar sintomas antes e após a administração;

Tabela 3- Implicações para Enfermagem relativamente à medicação prescrita- Caso Clínico II

Referências Bibliográficas

Bell, R. F., Eccleston, C., & Kalso, E. A. (2017). *Ketamine as an adjuvant to opioids for cancer pain*. Cochrane Database of Systematic Reviews, (6), CD003351. DOI: 10.1002/14651858.CD003351.pub3

Vallerand, A. H., Sanoski, C. A., & Deglin, J. H. (2017). *Guia Farmacológico para Enfermeiros*. Lusodidata. ISBN 978-989-8075-68-0.

Infarmed. (s.d.). Pesquisa avançada. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

19-05-2023 08:00

Sonda de oxigénio

Características do dispositivo: Canula Nasal.

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Otimizar sonda de oxigénio [Sem horário]

Cateter venoso periférico [RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Localização do cateter venoso periférico

Antebraço Esquerda(o)

Características do dispositivo: 22G..

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [Sem horário] [FIM] 27-05-2023 08:00

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [Sem horário] [FIM] 27-05-2023 08:00

19-05-2023 08:00 - Otimizar cateter venoso periférico [Turno Manhã; SOS] [FIM] 27-05-2023 08:00

19-05-2023 08:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [Turno Manhã; SOS] [FIM] 27-05-2023 08:00

19-05-2023 08:00 - Trocar cateter venoso periférico [SOS] [FIM] 27-05-2023 08:00

19-05-2023 08:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS] [FIM] 27-05-2023 08:00

Cateter subcutâneo

Localização do cateter subcutâneo

Abdómen

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo [Sem horário]

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter subcutâneo [Sem horário]

19-05-2023 08:00 - Otimizar cateter subcutâneo [Turno Manhã; SOS]

19-05-2023 08:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter subcutâneo [Turno Manhã; SOS]

19-05-2023 08:00 - Trocar cateter subcutâneo [SOS]

19-05-2023 08:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS]

27-05-2023 08:00

Localização do cateter subcutâneo

Braço Esquerda(o)

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

Sonda de oxigénio

A utilização da oxigenoterapia, neste caso, é utilizada como estratégia para o alívio da dispneia. De acordo com a prescrição médica e preferência da D. MODS, a ser administrada por cânula nasal, com indicação de saturação alvo de 88%, pelo risco de hipercapnia. Durante o internamento foram monitorizadas as saturações, mas acima de tudo uma avaliação regular dos sintomas, otimizando as medidas farmacológicas e não farmacológicas de forma a promover o conforto da D. MODS.

Cateter venoso periférico

A utilização do cateter venoso periférico foi mantida pela terapêutica instituída. Foram mantidas as vigilâncias e cuidados associados. Quando foi otimizada a terapêutica, e suspensa a medicação intravenosa, o cateter foi removido.

Cateter subcutâneo

Em Cuidados Paliativos a via subcutânea é a mais utilizada quando a via oral já não se encontra disponível. Neste caso específico, a D.MODS ainda apresentava via oral disponível, no entanto a terapêutica instituída inclui a via intravenosa e subcutânea.

De acordo com o Bartz et al. (2014), os autores no seu estudo concluem que a permanência do cateter subcutâneo durante sete dias é uma prática segura, assim como a administração de diferentes medicamentos, quando compatíveis. Concluem também que esta via de administração é flexível, amplamente viável e segura.

Os possíveis locais de punção são região abdominal, face externa do braço e coxas. Foram mantidas as vigilâncias e cuidados associados.

Referências Bibliográficas

Bartz, L., Klein, C., Seifert, A., Herget, I., Ostgathe, C., & Stiel, S. (2014). Subcutaneous Administration of Drugs in Palliative Care: Results of a Systematic Observational Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(4), 540-547.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.10.018>

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
19-05-2023 08:00	Apetite	
19-05-2023 08:00	Dor	
19-05-2023 08:00	Sistema respiratório	
19-05-2023 08:00	Eliminação intestinal	
19-05-2023 08:00	Eliminação urinária	
19-05-2023 08:00	Mucosas	
19-05-2023 08:00	Volume de líquidos	
19-05-2023 08:00	Sono	
19-05-2023 08:00	Conservação de energia	
19-05-2023 08:00	Emoção	
19-05-2023 08:00	Virar-se	
19-05-2023 08:00	Erguer-se	
19-05-2023 08:00	Transferir-se	
19-05-2023 08:00	Sentar-se	
19-05-2023 08:00	Cuidar da higiene pessoal	
19-05-2023 08:00	Vestir-se ou despir-se	
19-05-2023 08:00	Andar	
19-05-2023 08:00	Alimentar-se	
19-05-2023 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
27-05-2023 08:00	Autoconceito	

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

Domínios

Segundo Henson et al. (2020) a maioria das pessoas com cancro experienciam sintomas cuja “prevalência e severidade variam de acordo com o tipo de cancro, estadio, tratamento e comorbilidades. No cancro avançado, 35% a 96% das pessoas experienciam dor, 32% a 90% experienciam fadiga e 10% a 70% experienciam dispneia” (p. 905).

Segundo a OMS, o controlo de sintomas angustiantes na pessoa em fim de vida é de alta prioridade, sendo que esse objetivo é alcançado através de um plano de cuidados altamente

individualizado, combinando cuidados médicos, sociais e espirituais (citado por Kramer et al., 2017).

De acordo com Henson et al. (2020), a avaliação de sintomas de alta qualidade, assim como a gestão dos sintomas são fundamentais para “providenciar cuidados holísticos, centrados na pessoa, resultando em resultados positivos para a pessoa e família, aumentando a adesão aos cuidados e melhorando a qualidade de vida” (p. 907).

Apetite

O domínio *apetite* é descrito pelo ICN como “sensação de desejo de satisfazer as necessidades orgânicas em nutrientes ou de um tipo particular de alimentos” (ICN, 2019), neste caso clínico identificado por a D. MODS apresentar diminuição do apetite e alteração do paladar. De acordo com Goodrose-Flores et al. (2022) a diminuição do apetite é comum nas pessoas com cancro, e associada com a malnutrição, influenciando a qualidade de vida (p. 671).

A pessoa em situação paliativa, nomeadamente em fim de vida, experiência diversas perdas, incluindo relacionadas com a alimentação. Segundo Gonçalves & Capelas (2016) nas pessoas em situação paliativa “observa-se uma astenia generalizada em que a caquexia se associa a uma progressiva diminuição da eficácia da terapêutica com disfagia, náuseas, vômitos ou diarreia” (p. 14). A abordagem implica uma intervenção multidisciplinar, sendo “importante antecipar os seus efeitos, assegurando-se conforto e qualidade de vida, confiança e tranquilidade à família, por meio de controlo sintomático, farmacológico e não farmacológico” (Gonçalves & Capelas, 2016, p. 22). As refeições são consideradas momentos de convívio familiar, assim como associadas ao cuidar por parte da família, sendo por isso importante contribuir para o controlo sintomático, promover suporte emocional à pessoa e família, e recorrer a estratégias que permitam diminuir o impacto desta alteração.

Neste caso em concreto, a D. MODS apresenta dispneia, dor, alteração da mucosa oral, intolerância à atividade, para além da progressão da sua doença, fazendo com que o seu apetite seja diminuído. Segundo Gonçalves & Capelas (2016), ainda persistem dúvidas sobre a relação entre a alimentação e a qualidade de vida, no entanto considera-se que a “integração de cuidados nutricionais auxiliam no autoconceito influenciando a presença de sintomas, a adesão terapêutica, o conforto, a capacidade funcional e da sobrevivência” (p. 15).

Dor

O domínio *Dor* descrito pelo ICN como

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

Em 2003 a Direcção Geral de Saúde (DGS) publicou uma circular normativa cujo assunto era: “A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor” (DGS, 2003), evidenciando a importância da avaliação da dor. Na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos é referido que um dos princípios é o “conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas” (Lei n.º 52/2012, 2012), este conhecimento pressupõe que haja adequação da metodologia de avaliação para posteriormente optar pela melhor escolha de estratégias farmacológicas e não farmacológicas.

A D. MODS apresentava dor não controlada, um dos motivos de internamento, a “dor é uma experiência única, individual e pode desencadear mudanças da personalidade, tendo implicações sociais, perturbando o sono, o apetite, diminuindo a tolerância ao stress e muitas vezes potenciadora de depressão” (Sholjakova et. al, 2018, p. 740). Apesar de ser um sintoma comum e da disponibilidade de guidelines para o controlo da dor, “mais de 30% das pessoas com cancro recebem analgesia inadequada para a dor” (Henson et al., 2020, p. 907). Segundo o ICN, “a dor oncológica é habitualmente referida como uma sensação de dor imprecisa, ferindo, que faz doer, assustadora ou insuportável, com crises de dor intensa acompanhada de dificuldade no sono, de irritabilidade, depressão, sofrimento, isolamento, desespero e de sensação de desamparo” (ICN, 2019).

De acordo com Sholjakova et. al (2018), o alívio da dor é uma parte importante para a melhoria da qualidade de vida das pessoas em situação paliativa, sendo que o seu tratamento deve ser complexo e multidisciplinar (p. 741). Lopes-Junior et al. (2020) referem que devido à complexidade do sintoma dor, a abordagem ao seu tratamento deve incluir modalidades de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, nomeadamente o recurso a terapias complementares, que “abranjem técnicas que visam à prevenção, promoção, tratamento e recuperação, de modo a integrar as dimensões física, mental e espiritual do ser humano” (p. 2). Os autores Henson et al. (2020) referem que os “tratamentos não farmacológicos na gestão da dor associada ao cancro incluem tratamentos físicos (massagem, aromaterapia, estimulação elétrica transcutânea dos nervos e acupuntura), e tratamentos cognitivos (relaxamento, distração e exercícios de imaginação guiada)” (p. 907).

Considerando os tratamentos farmacológicos “a terapia analgésica com opioides será necessária para a maioria das pessoas com dor intensa, (...) devendo ser titulada para atingir o efeito desejado, com um acompanhamento próximo, de forma a avaliar a sua eficácia, assim como a vigilância de efeitos secundários como a sonolência, confusão, prurido, mioclonias ou obstipação” (Cherny et al., 2018, p. 234). Também Henson et al. (2020), sustentam esta

premissa referindo que, a utilização dos opioides, nomeadamente a morfina, continua a ser o analgésico de primeira escolha para o tratamento da dor moderada a severa relacionada com o cancro (p. 907).

Sistema Respiratório

A dispneia é descrita pelo ICN como “Processo do sistema respiratório comprometido: movimento laborioso da entrada e saída de ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, sensações de desconforto e ansiedade.” (ICN, 2019)

A dispneia foi um dos motivos do internamento da D. MODS. A dispneia é um sintoma comum e angustiante entre as pessoas com doença avançada. De acordo com Philip et al. (2006) a dispneia é um sintoma comum nas pessoas com cancro avançado, afetando 70% das pessoas internadas (p. 541) e “o tratamento sintomático da dispneia deve incluir abordagens farmacológicas e não farmacológicas” (Cherny et al., 2018, p. 235).

A dispneia é um sintoma comum, em que a sua prevalência aumenta de acordo com progressão da doença, “cerca de 60% das pessoas em fim de vida, apresentam falta de ar, principalmente nas últimas seis semanas de vida” (Yodang, 2019), sendo que a “dispneia refratária está associada à diminuição do tempo de vida, podendo ser um fator de receio para as pessoas e familiares” (Henson et al., 2020, p. 908). Também Philip et al. (2006) referem que a dispneia é muitas vezes indicativa de mau prognóstico.

Segundo Philip et al. (2006) e Henson (2020), o controlo da dispneia envolve primeiramente a identificação da etiologia do sintoma e corrigi-lo quando possível. Conforme Yates et al. (2020) refere, em algumas pessoas em situação paliativa, as estratégias farmacológicas atuais não conseguem proporcionar o alívio da dispneia devido à sua natureza multidimensional. Sendo assim, a evidência sugere o uso de medidas não farmacológicas adicionais, como “aumentar o fluxo de ar na face utilizando uma ventoinha ou abrindo a janela, utilizando técnicas de relaxamento e através da otimização da postura da pessoa” (Cherny et al., 2018, p. 235), em conjunto com o tratamento médico.

Eliminação intestinal; Eliminação urinária

A eliminação urinária, definida pelo ICN como um “Processo do sistema urinário”, descrito como “Processo corporal: fluxo e excreção da urina por meio da micção, habitualmente quatro a seis vezes durante o período diurno, com uma quantidade média excretada de aproximadamente 1000 a 2000 ml nas 24 horas, em condições dietéticas normais” (ICN, 2019).

Relativamente à vigilância da eliminação intestinal, a obstipação é um “é um dos problemas mais frequentes em cuidados paliativos, variando a sua prevalência entre 18 e 90%” (Freire, 2020), sendo que a sua etiologia normalmente é multifatorial, neste caso em particular, potenciada pela terapêutica instituída, diminuição da mobilidade e diminuição da quantidade de alimentos e água ingeridos.

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

Mucosas

A xerostomia é um dos sintomas mais comuns nas pessoas em situação paliativa, sendo, por vezes, descurado pelas equipas, trazendo consequências físicas, psicológicas e sociais. Feio & Sapeta (2005) definem a xerostomia como “a sensação subjetiva de boca seca, conseqüente ou não da diminuição/ interrupção da função das glândulas salivares, com alterações quer na quantidade, quer na qualidade da saliva” (p. 460).

A etiologia da xerostomia pode ser “associada à doença de base: diabetes mellitus, desidratação, hipercalcémia, respiração bucal; ou associada a tratamentos: diuréticos, antidepressivos, opioides, antimuscarínicos, anti-histaminicos, antiparkinsonianos, mucosite, radioterapia e oxigenoterapia” (Freire, 2020, p. 144).

O tratamento da xerostomia passa, quando possível, pelo tratamento da causa ou tratamento farmacológico. As intervenções não farmacológicas mencionadas na literatura são: otimização da higiene oral, terapia substitutiva de saliva: uso gelo moído ou água em spray; uso de saliva artificial, creme hidratante para os lábios.

Os substitutos da saliva devem ser usados frequentemente, de hora a hora, “antes e depois das refeições, devendo ser humedecida toda a mucosa e, também, formando-se uma coleção líquida sob a língua” (Feio & Sapeta, 2005, p. 463).

De acordo com os autores Barbosa & Neto (2010) os cuidados gerais de higiene à boca devem ser realizados quatro vezes por dia,

utilizar uma escova de dentes suave, compressas ou esponja, limpeza dos lábios delicadamente e aplicar batom do cheiro ou creme hidratante; remoção de próteses dentárias e escovar com escova dura sob água corrente e produtos adequados; inspeção

regular da boca, pelas pessoas e profissionais de saúde; comunicar qualquer alteração como dor, fissura ou eritema; ingestão de proteínas e vitaminas; evitar bebidas gaseificadas e bebidas com cafeína; evitar estímulos dolorosos, como alimentos quentes ou frios. (Rebelo Gomes, 2017, p. 21)

No estudo realizado sobre o envolvimento dos enfermeiros nos cuidados à boca em fase paliativa foi concluído que, os enfermeiros consideram que deveria existir um protocolo que englobasse o “tempo, a frequência mínima, a gravidade, o grau da lesão e a técnica a utilizar”, de forma a “garantir cuidados mais unificados, num contexto de uma prática profissional mais rigorosa” (Rebelo Gomes, 2017, p. 41).

Volume de líquidos

De acordo com o ICN, Edema é descrito como retenção de líquidos, podendo ser edema linfático ou edema periférico. Neste caso clínico a D. MODS apresentava linfedema no membro superior direito e edemas nos membros inferiores. Segundo Campanholi, Baiocchi, & Mansani (2019) o linfedema é uma doença crónica e progressiva que ocorre frequentemente após o tratamento do cancro da mama, com remoção de nódulos linfáticos, resultando na acumulação de líquido nos tecidos intersticiais (p. 48). O linfedema pode ter implicações “no bem-estar físico e psicológico, causadas tanto pela diminuição da funcionalidade do membro como a estética corporal” (Paiva et al., 2020, p. 2).

O papel do enfermeiro inclui a gestão dos cuidados no edema e avaliar a implicação desta limitação na vida da pessoa, contribuindo com “estratégias que aumentem a autoestima e melhorem a qualidade de vida” (Paiva et al., 2020, p. 6).

Segundo o artigo de Campanholi et al. (2019), o recurso à fisioterapia descongestiva complexa (Complex decongestive physiotherapy) inclui duas fases, “a fase intensiva que deve ocorrer diariamente ou em dias alternados, e a fase de manutenção, quando o volume do membro não apresenta redução, então deve ser utilizada a manga elástica compressiva, mantendo os cuidados à pele e exercícios” (p. 48). Os mesmos autores consideram que a utilização desta manga compressiva, “proporciona o alívio de sensação de “peso”, diminuição da dor do ombro e melhoria da sensação de bem estar” (Campanholi et al., 2019, p. 51).

Conservação de energia

A conservação de energia é descrita como o “Processo do sistema regulador: gestão ativa da energia no sentido de iniciar e manter a atividade” (ICN, 2019).

A dispneia e a fadiga são sintomas comuns nas pessoas em situação paliativa, ficando, muitas vezes impedido ou com receio de realizar algumas tarefas que previamente seriam inatas,

exigindo uma diferente gestão das atividades para que a pessoa consiga, dentro das suas capacidades, manter a sua autonomia. A fadiga é descrita pelos autores Henson et al. (2020) como uma “experiência subjetiva, desagradável, que incluem sensações desde cansaço à exaustão, criando uma condição que interfere com a capacidade da pessoa realizar atividades normalmente” (p. 909). Este sintoma “tem uma alta prevalência, afetando três quartos das pessoas com cancro avançado” (Henson et al., 2020, p. 909), acarretando um grande impacto para a pessoa e família, “afetando a sua capacidade de manter um estilo de vida normal, sendo as pessoas lembradas do risco de morte” (Cherny et al., 2018, p. 235).

Emoção

Ansiedade

Segundo o ICN, emoção é descrito como “Processo psicológico: sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados; podem aumentar com o stresse ou com a doença” (ICN, 2019).

Segundo Silva et al. (2020) a ansiedade e a depressão estão muitas vezes presentes desde o momento do diagnóstico de cancro, mencionando a ansiedade como o “segundo domínio mais afectado na avaliação da qualidade de vida” (p. 6). A ansiedade é descrita como “Emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia.” (ICN, 2019)

A ansiedade “é endémica entre pessoas com cancro da mama avançado” (Cherny et al., 2018, p. 237), apresentando diversas manifestações e temas, relacionados com a experiência do cancro. A ansiedade associada à morte, é “um estado no qual as pessoas experienciam reações emocionais adversas quando percebem que vão falecer” (Shi-Qi et al., 2022) e que contribui para a diminuição da qualidade de vida das pessoas em situação paliativa. De acordo com o estudo realizado sobre a incidência da ansiedade associada à morte, em pessoas em situação paliativa quanto maior for o suporte social, menor é a incidência de ansiedade, simultaneamente os autores referem que a melhoria dos cuidados paliativos, o apoio da família e o envolvimento da pessoa na tomada de decisões são fatores que contribuem para o controlo da ansiedade (Shi-Qi et al., 2022).

Pereira & Mendonça (2023) denotam que a intervenção precoce das equipas de cuidados paliativos tem “tem papel fundamental na qualidade de vida, melhor prognóstico, junto com a diminuição do índices de depressão e ansiedade” (p. 989).

Luto Comprometido

Neste caso clínico, a D.MODS, tem vindo a passar por um processo de múltiplas perdas, desde o momento do seu diagnóstico, “o luto é uma reação normal e esperada à perda” (Shore et al., 2016, p. 15).

O luto é descrito pelo ICN como,

Emoção: sentimentos de pena associados a perda ou morte significativa, antecipatória ou real; choque e descrença (fase de choque); exaustão, cansaço extremo e letargia, angústia mental, reações de perda e pranto, chorar ou soluçar, alarme, descrença, raiva, negação (fase de reação); ajuste, aceitação, reorientação, expressão de sentimentos de perda, aceitação da realidade da perda, ausência de stress somático, expressão de expectativas positivas sobre o futuro (fase de aceitação). (ICN, 2019)

O luto preparatório é descrito como uma resposta normal à perda preliminar, vivida por pessoas que se encontram no processo de fim de vida, sendo um mecanismo interno para alcançar um estado de equilíbrio, enquanto vivencia um caos emocional (Hyung-sook et al., 2006). Sendo também descrito como “uma resposta natural às múltiplas perdas (passadas, presentes e futuras) associadas à terminalidade” (Gabriel et al., 2021, p. 45).

Torna-se pertinente a identificação do luto preparatório, para o planeamento de intervenções que possam facilitar este processo:

- a nível físico, com a diminuição da sua funcionalidade, pelas dores, pela dispneia, pela intolerância à atividade, pela necessidade, progressivamente maior, de apoio para a realização das diversas atividades associadas aos diferentes domínios do autocuidado;
- a nível emocional e existencial, pela confrontação com o seu fim de vida, pelos planos futuros que não se irão concretizar, pela necessidade de ajuste das expectativas, pela necessidade de despedidas do seu marido, filho e entes queridos;
- a nível social e financeira, tendo deixado de trabalhar e fazer a gestão da casa, com a alteração dos papéis, passando de ser a cuidadora da família, para a necessidade de ser cuidada;
- a nível espiritual, recordando a sua história de vida, partilhando os momentos pelos quais se sente mais grata, partilha de conselhos e valores, partilha dos seus arrependimentos;

Papel do Cuidador

Neste caso clínico o familiar cuidador é o marido da D. MODS, tendo assumido esse papel desde o momento do diagnóstico. Durante o internamento fez questão de estar presente em todos os momentos, participando ativamente nos cuidados à sua esposa.

Os cuidadores são descritos no ICN como “indivíduo: aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade; aquele que atende às necessidades de um dependente” (ICN, 2019)

O assumir o papel de cuidador exige uma reestruturação dos papéis, ajuste na comunicação

entres os elementos e, muitas vezes, constitui-se um desafio para as relações afetivas. Durante este processo, a presença das equipas de CP, assumem um papel de extrema importância, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias de coping, promovendo a comunicação entre a pessoa e os elementos da família, dando suporte à rede familiar, instruindo para a prestação de cuidados, esclarecendo dúvidas e prestando apoio emocional.

Silva & Valentim (2022), referem que com o diagnóstico de cancro, tanto a pessoa, como a família experienciam momentos de culpa, sofrimento e situações que influenciam o seu comportamento, como as exigências associadas aos cuidados físicos e emocionais, alterações da rotina diária, alteração de papéis e responsabilidade, o adiar de planos futuros e projetos e preocupações financeiras (p. 200). Os familiares cuidadores, tal como referido anteriormente tem, para além das preocupações associadas ao sofrimento da pessoa em situação paliativa, preocupações relacionadas com “políticas hospitalares, dificuldades económicas e desafios sociais, fazendo com que estes cuidadores apresentem um maior risco de stress, sentimento de impotência, falta de esperança e luto antecipatório” (Ghezeljeh et al., 2023, p. 2)

O luto é descrito pelo ICN como “Emoção: sentimentos de pena associados a perda ou morte significativa, antecipatória ou real; choque e descrença (fase de choque); exaustão, cansaço extremo e letargia, angústia mental, reações de perda e pranto, chorar ou soluçar, alarme, descrença, raiva, negação (fase de reação); ajuste, aceitação, reorientação, expressão de sentimentos de perda, aceitação da realidade da perda, ausência de stress somático, expressão de expectativas positivas sobre o futuro (fase de aceitação)” (ICN, 2019).

O luto antecipatório é descrito como o termo que descreve “o processo de luto que a pessoa experiêcia antes de uma perda efetivamente ocorrer” (Reynolds, 2006, p. 15).

Referências Bibliográficas

Araújo, C., Almeida, F., & Gonçalves, I. (2017). Avaliação e tratamento da obstipação. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33(1), 67-71

Campanholi, L. L., Baiocchi, J. M. T., & Mansani, F. P. (2019). *Use of compression garment in the treatment of malignant lymphedema in a patient with recurrent breast cancer: Case report*. *Mastology*, 29(1), 47-51. doi:10.29289/2594539420190000401

Cherny, N. I., Paluch-Shimon, S., & Berner-Wygoda, Y. (2018). *Palliative care: needs of advanced breast cancer patients*. *Breast Cancer - Targets and Therapy*, 10, 231-243.

Feio, M., & Sapeta, P. (2005). *Xerostomia em Cuidados Paliativos*. *Acta Med Port*, 18, 459-466.

Freire, E. (2020). *GUIA PRÁTICO Controlo Sintomático* (p. 223).

- Gabriel, S., Paulino, M., & Mourinho Baptista, T. (2021). *Luto- Manual de Intervenção Psicológica*.
- Ghezeljeh, T. N., Seyedfatemi, N., Bolhari, J., Kamyari, N., & Rezaei, M. (2023). Effects of family-based dignity intervention and expressive writing on anticipatory grief in family caregivers of patients with cancer: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 23(220). doi:10.1186/s12888-023-04715-x
- Gomes, J. A. R. (2017). Cuidados à boca ao doente em fase paliativa: envolvimento dos enfermeiros (Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa).
- Gonçalves, M., & Capelas, M. L. (2016). *Anorexia-caquexia, nutrição e qualidade de vida no doente com cancro em Cuidados Paliativos*. *Cuidados Paliativos*, 3(2), 12-23.
- Goodrose-Flores, C., Bonn, S., Klasson, C., Helde Frankling, M., Trolle Lagerros, Y. & Björkhem-Bergman, L. (2022). *Appetite in Palliative Cancer Patients and Its Association with Albumin, CRP and Quality of Life in Men and Women—Cross-Sectional Data from the Palliative D-Study*. *Life*, 12, 671. <https://doi.org/10.3390/life12050671>
- Henson, L. A., Maddocks, M., Evans, C., Davidson, M., Hicks, S., & Higginson, I. J. (2020). Palliative care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: Pain, breathlessness, nausea and vomiting, and fatigue. *Journal of Clinical Oncology*, 38(9), 905-914. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00470>
- Hyung-sook, Y., Junhyoung, K., & Mison, C. (2006). Preparatory grief in terminal cancer patients and their spouses. *Journal of clinical oncology*, 24(18_suppl), 9004-9004. doi: 10.1200/jco.2006.24.18_suppl.9004
- ICNP Browser | ICN - International Council of Nurses. (2019). <https://www.icn.ch/what-wedo/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Kako, J., Matsuoka, H., & Miura, M. (2018). The efficacy of fan use for dyspnea relief: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(2), 332-341. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.05.001
- Kamal AH, Maguire JM, Wheeler JL, Currow DC, Abernethy AP. Dyspnea review for the palliative care professional: treatment goals and therapeutic options. *J Palliat Med*. 2012 Apr;15(4):106-14. doi: 10.1089/jpm.2011.0110.
- Kramer, B. J., Sandstrom, R., Masten, S. V., & Carlson, M. D. (2017). *Palliative care and hospice in advanced dementia*. Oxford University Press.
- Lei nº 52/2012 Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. (2012). Diário da República nº 172, Série I de 05-09-2012. <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>
- Lopes-Júnior, L. C., Rosa, G. S., Pessanha, R. M., Schuab, S. I. P. C., Nunes, K. Z., & Amorim, M. H.

- C. (2020). Efficacy of the complementary therapies in the management of cancer pain in palliative care: A systematic review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3377. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4213.3377>
- Paiva, A. C. P. C., Elias, E. A., Souza, Í. E. O., Moreira, M. C., Melo, M. C. S. C. de, & Amorim, T. V. (2020). *Cuidado de enfermagem na perspectiva do mundo da vida da mulher-que-vivencia-linfedema-decorrente-do-tratamento-de-câncer-de-mama*. *Esc Anna Nery*, 24(2), e20190176. doi:10.1590/2177-9465-EAN-2019-0176
- Pereira, M. B. da S. F., & Mendonça, M. A. (2023). A importância da implementação precoce de cuidados paliativos no tratamento oncológico: Uma revisão integrativa. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 9(5), e9663. doi: 10.51891/rease.v9i5.9663.
- Philip, J., Gold, M., Milner, A., Di Iulio, J., Miller, B., & Spruyt, O. (2006). A Randomized, Double-Blind, Crossover Trial of the Effect of Oxygen on Dyspnea in Patients with Advanced Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32(6), 541-550. doi:10.1016/j.jpainsymman.2006.06.009.
- Pickstock, A. (2017). Positioning for breathlessness. *European Respiratory Review*, 26(146), 170060. doi: 10.1183/16000617.0060-2017
- Quinn-Lee, L., McClish, D., Rosenzweig, M., & Tofle, R. (2018). Dyspnea management in palliative care: A review of nonpharmacological strategies. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 20(5), 444-453. doi: 10.1097/NJH.0000000000000456
- Rebello Gomes, J. A. (2017). *Cuidados à boca ao doente em fase paliativa: Envolvimento dos enfermeiros*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/33615/1/11514_Tese.pdf
- Regulamento nº 429/2018 Regulamento de Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em situação paliativa. (2018). Diário da República, n.º 135, Série II de 2018-07-16.
- Reynolds, L., & Botha, D. (2006). Anticipatory grief: Its nature, impact, and reasons for contradictory findings. *Counselling, Psychotherapy, and Health*, 2(2), 15-26.
- Shi-Qi, H., Zhang, W.-Q., Chen, H.-L., & Shen, W.-Q. (2022). Incidence of Death Anxiety in Palliative Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *OMEGA- Journal of Death and Dying*. <https://doi.org/10.1177/00302228221104298>
- Sholjakova, M., Durnev, V., Kartalov, A., & Kuzmanovska, B. (2018). Pain Relief as an Integral Part of the Palliative Care. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 6(4), 739-741. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.163>

Shore, J. C., Gelber, M. W., Koch, L. M., & Sower, E. (2016). Anticipatory grief: An evidence-based approach. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 18(1), 15-19. DOI: 10.1097/NJH.0000000000000208

Silva, I. B. S. da, Lima Júnior, J. de R. M., Almeida, J. dos S., Cutrim, D. S. P., & Sardinha, A. H. de L. (2020). Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 66(3), e-121122. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n3.1122>

Silva, P. B. da, Santos, M. F. dos, & Valentim, N. dos S. (2022). Cuidados paliativos para o paciente oncológico: impacto psicológico no familiar cuidador. *Revista de Atenção à Saúde*, 20(71), 200-211. doi: 10.13037/ras.vol20n71.8311.

Yates, P., Banzett, R., Celermajer, D., Cowie, M., Cox, N., Miles, J., & Johnson, M. (2020). An Official American Thoracic Society Workshop Report: Assessment and Palliative Management of Dyspnea Crisis. *Annals of the American Thoracic Society*, 17(3), 301-310.

Yodang, S. (2019). Complementary therapies for dyspnea management in cancer patients: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 57(5), 1058-1071. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2019.01.017

4.6. Dados

Apetite

19-05-2023 08:00

Apetite diminuído.

Paladar alterado.

Apetite comprometido

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

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

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

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO]

27-05-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético

[RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético

27-05-2023 08:00

Apetite diminuído [MANTEVE].

Paladar alterado [MANTEVE].

Conhecimento sobre regime dietético: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre regime dietético: facilitador.

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

Dor

19-05-2023 08:00

Dor

Localização da dor

Braço Direita(o)

Intensidade da dor - 5.

frequência da dor - contínua.

duração da dor - crónica.

dor de tipo - moedeira.

Perna Esquerda(o)

Intensidade da dor - 3.

frequência da dor - intermitente.

dor de tipo - moedeira.

Perna Direita(o)

Intensidade da dor - 3.

frequência da dor - intermitente.

dor de tipo - moedeira.

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

Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

27-05-2023 08:00

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

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

Sistema respiratório

19-05-2023 08:00

Frequência respiratória: 22 ciclos/min.

Ritmo respiratório irregular.

Movimento respiratório assimétrico.

Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.

Utiliza os músculos acessórios da ventilação.

Saturação do oxigênio no sangue

Periférico(a): 89 %.

Coloração da mucosa: pálida.

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

Dispneia

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

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

Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

27-05-2023 08:00

Frequência respiratória: 23 ciclos/min.

Ritmo respiratório irregular [MANTEVE].

Movimento respiratório assimétrico [MANTEVE].

Profundidade da ventilação: inspirações superficiais [MANTEVE].

Utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

Saturação do oxigênio no sangue

Periférico(a): 88 %.

Coloração da mucosa: pálida.

Comunica falta de ar quando em repouso e em posição confortável [PIOROU].

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

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

Eliminação intestinal

19-05-2023 08:00

Fezes: em moderada quantidade.

Consistência das fezes: Mole.

Coloração das fezes: acastanhada.

27-05-2023 08:00

Fezes: em pequena quantidade.

Consistência das fezes: Mole [MANTEVE].

Coloração das fezes: acastanhada.

Eliminação urinária

19-05-2023 08:00

Urina em moderada quantidade.

Cor da urina: Amarelo-palha.

Reconhece a vontade de urinar.

Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

27-05-2023 08:00

Urina em moderada quantidade.

Cor da urina: Amarelo-palha.

Reconhece a vontade de urinar [MANTEVE].

Sensação de esvaziamento completo da bexiga [MANTEVE].

Mucosas

19-05-2023 08:00

Membrana mucosa comprometida

Localização do compromisso da membrana mucosa

Cavidade oral

Coloração da mucosa: pálida.

Mucosa seca.

Mucosa com fendas tecidulares.

Volume de líquidos

19-05-2023 08:00

Sensação de sede normal.

Sinal de Godet

Membro superior Direita(o): Sinal de Godet elevado (≥ 4 mm).

Perna: Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm).

Peso: 100.00 Kg.

Edema

27-05-2023 08:00

Sensação de sede normal.

Sinal de Godet

Braço Direita(o): Sinal de Godet elevado (≥ 4 mm).

Perna: Sinal de Godet elevado (≥ 4 mm) [PIOROU].

Sono

19-05-2023 08:00

Sono não reparador e intermitente .

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

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

Sono comprometido

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

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

Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção do sono

[RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

27-05-2023 08:00

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

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

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

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

Conhecimento do cuidador sobre promoção do sono: facilitador.

Conservação de energia

19-05-2023 08:00

Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com o repouso.

Intolerância à atividade

Conhecimento sobre conservação da energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

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

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

Potencial para melhorar conhecimento sobre conservação da energia [RESOLVIDO]

27-05-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre conservação de energia

[RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

27-05-2023 08:00

Comunica cansaço permanente e ausência de recuperação da energia com o repouso [PIOROU].

Conhecimento sobre conservação da energia: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre conservação de energia: facilitador.

Autoconceito

27-05-2023 08:00

Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal.

Revela pensamentos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho negativo .

Autoconceito comprometido

Consciencialização sobre compromisso no autoconceito: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no autoconceito

Emoção

19-05-2023 08:00

Verbalização de ansiedade.

Inquietação .

Irritabilidade (Não).

Pânico (Não).

Especificação da perdaEspecificação da perda: Diminuição da sua funcionalidade.

Confrontação com o seu fim de vida. Planos futuros que não se irão concretizar. Alteração do papel familiar..

Pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda.

Ansiedade

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

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

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

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para usar estratégias de controlo da ansiedade

Luto comprometido

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

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

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto [RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Luto Antecipatório

27-05-2023 08:00

Verbalização de ansiedade [MANTEVE].

Inquietação [MANTEVE].

Irritabilidade (Não) [MANTEVE].

Pânico (Não) [MANTEVE].

Pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda [MANTEVE].

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

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

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

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

Virar-se

19-05-2023 08:00

Mudar de posição na cama

Dispositivo: Trapézio - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama, mas não o termina posicionando-se.

Virar-se comprometido

Consciencialização sobre compromisso no virar-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para assistir no virar-se

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

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no virar-se

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no virar-se

[RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

27-05-2023 08:00

Mudar de posição na cama

Dispositivo: Nenhum - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama, mas não o termina posicionando-se.

Capacidade do cuidador para assistir no virar-se

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Erguer-se

19-05-2023 08:00

Mobilizar o corpo para a posição vertical

Dispositivo: Nenhum - Inicia o movimento de levantar o corpo para a posição de pé, mas não o completa com sucesso.

Erguer-se comprometido

Consciencialização sobre compromisso no erguer-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para assistir no erguer-se

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

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no erguer-se

[RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no erguer-se

[RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

27-05-2023 08:00

Mobilizar o corpo para a posição vertical

Dispositivo: Nenhum - Não inicia o movimento de levantar o corpo para a posição de pé.

Consciencialização sobre compromisso no erguer-se: facilitadora.

Capacidade do cuidador para assistir no erguer-se

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

Transferir-se

19-05-2023 08:00

Mobiliza o corpo entre superfícies próximas

Dispositivo: Nenhum - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada.

Transferir-se comprometido

Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

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

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

Capacidade do cuidador para assistir no transferir-se

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

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no transferir-se

[RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO]

27-05-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no transferir-se

27-05-2023 08:00

Mobiliza o corpo entre superfícies próximas

Dispositivo: Nenhum - não se mobiliza entre duas superfícies próximas.

Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: facilitadora.

Capacidade do cuidador para assistir no transferir-se

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

Sentar-se

19-05-2023 08:00

Mobiliza o corpo para a posição de sentado a partir da posição de deitado

Dispositivo: Nenhum - inicia o movimento, mas não o consegue completar.

Mobiliza o corpo para a posição de sentado a partir da posição de pé

Dispositivo: Nenhum - inicia o movimento, mas não o consegue completar).

Sentar-se comprometido

Consciencialização sobre compromisso no sentar-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no sentar-se

[RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

27-05-2023 08:00

Mobiliza o corpo para a posição de sentado a partir da posição de deitado

Dispositivo: Nenhum - não inicia o movimento [PIOROU].

Mobiliza o corpo para a posição de sentado a partir da posição de pé

Dispositivo: Nenhum - não inicia o movimento) [PIOROU].

Consciencialização sobre compromisso no sentar-se: facilitadora.

Cuidar da higiene pessoal

19-05-2023 08:00

Não obtém objetos para o banho.

Não abre a torneira.

Lava e seca o corpo

Dispositivo: Nenhum - Não lava nem seca o corpo.

Lava e seca parte do corpo

Dispositivo: Nenhum - Lava e seca parte do corpo.

Lava a cavidade oral.

Aplica produtos de higiene.

Penteia-se

Dispositivo: Nenhum - Penteia-se.

Corta as unhas

Dispositivo: Nenhum - Não corta as unhas.

Limpa-se após usar o sanitário.

Ajusta a roupa após usar o sanitário.

Cuidar da higiene pessoal comprometido

Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para assistir no tomar banho: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para assistir no uso do sanitário: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no tomar banho

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no uso do sanitário

27-05-2023 08:00

Não obtém objetos para o banho [MANTEVE].

Não abre a torneira [MANTEVE].

Lava e seca o corpo

Dispositivo: Nenhum - Não lava nem seca o corpo [MANTEVE].

Lava e seca parte do corpo

Dispositivo: Nenhum - Não lava nem seca parte do corpo [PIOROU].

Não lava a cavidade oral [PIOROU].

Não aplica produtos de higiene [PIOROU].

Penteia-se

Dispositivo: Nenhum - Não se penteia [PIOROU].

Corta as unhas

Dispositivo: Nenhum - Não corta as unhas [MANTEVE].

Não se limpa após usar o sanitário [PIOROU].

Não ajusta a roupa após usar o sanitário [PIOROU].

Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: necessita ser

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

Capacidade do cuidador para assistir no tomar banho: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Vestir-se ou despir-se

19-05-2023 08:00

Escolhe as roupas.

Não retira roupa da gaveta ou armário.

Veste-se

Dispositivo: Nenhum - Veste a roupa da parte superior e não veste a roupa da parte inferior do corpo.

Abotoa

Dispositivo: Nenhum - Abotoa.

Ata cordões

Dispositivo: Nenhum - Não ata cordões.

Calça meias

Dispositivo: Nenhum - Não calça as meias.

Vestir-se ou despir-se comprometido

Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no vestir-se ou despir-se

27-05-2023 08:00

Escolhe as roupas [MANTEVE].

Não retira roupa da gaveta ou armário [MANTEVE].

Veste-se

Dispositivo: Nenhum - Não veste todas as peças de roupa [PIOROU].

Abotoa

Dispositivo: Nenhum - Não abotoa [PIOROU].

Ata cordões

Dispositivo: Nenhum - Não ata cordões [MANTEVE].

Calça meias

Dispositivo: Nenhum - Não calça as meias [MANTEVE].

Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Andar

19-05-2023 08:00

Mobilidade através da marcha

Dispositivo: Nenhum - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas.

Andar comprometido

Conscionalização sobre compromisso no andar: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

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

Capacidade do cuidador para assistir no andar

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

Potencial para melhorar conscionalização sobre compromisso no andar

[RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no andar

27-05-2023 08:00

Mobilidade através da marcha

Dispositivo: Nenhum - incapaz de realizar a marcha (mover as pernas passo a passo e sustentar o peso do corpo) [PIOROU].

Conscionalização sobre compromisso no andar: facilitadora.

Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador.

Capacidade do cuidador para assistir no andar

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

Alimentar-se

19-05-2023 08:00

Leva os alimentos à boca/sonda de alimentação

Dispositivo: Nenhum - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

Prepara os alimentos para a refeição

Dispositivo: Nenhum - Não prepara os alimentos para a refeição.

Organiza os alimentos para a refeição

Dispositivo: Nenhum - Não organiza os alimentos para a refeição.

Alimentar-se comprometido

Capacidade do cuidador para assistir no alimentar-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no alimentar-se

[RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

27-05-2023 08:00

Leva os alimentos à boca/sonda de alimentação

Dispositivo: Nenhum - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação [MANTEVE].

Prepara os alimentos para a refeição

Dispositivo: Nenhum - Não prepara os alimentos para a refeição [MANTEVE].

Organiza os alimentos para a refeição

Dispositivo: Nenhum - Não organiza os alimentos para a refeição [MANTEVE].

Capacidade do cuidador para assistir no alimentar-se: facilitadora.

4.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

A elaboração de um plano de cuidados individualizado é feita através da identificação das necessidades da pessoa em situação paliativa e sua família através do desenvolvimento de uma relação terapêutica, o planeamento, de acordo com os valores e expectativas e a intervenção, envolvendo a pessoa e a família, antecipando os momentos de agudização e privilegiando o alívio do sofrimento e promoção de conforto.

Considerando os dados recolhidos, saliento em seguida os principais objetivos delineados para a D. MODS:

1. Melhorar o conhecimento sobre o regime dietético;
2. Melhorar o conhecimento sobre estratégias não farmacológicas para o controlo da dor;
3. Melhorar o conhecimento sobre a prevenção de episódios de dispneia;
4. Melhorar o conhecimento sobre promoção do sono;
5. Melhorar conhecimento sobre conservação da energia;
6. Promover a consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia;
7. Melhorar o conhecimento sobre estratégias para o autocontrolo da ansiedade;
8. Promover a consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto;

Considerando o familiar cuidador, os objetivos delineados foram:

1. Melhorar o conhecimento do cuidador sobre o regime dietético;
2. Melhorar o conhecimento do cuidador sobre a gestão do regime dietético;
3. Melhorar conhecimento do cuidador sobre estratégias não farmacológicas para o alívio da dor da pessoa;
4. Melhorar o conhecimento do cuidador sobre prevenção dos episódios de dispneia;
5. Melhorar o conhecimento do cuidador sobre promoção do sono;
6. Melhorar o conhecimento do cuidador sobre conservação de energia;
7. Melhorar o conhecimento do cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade;
8. Melhorar a capacidade do cuidador para assistir a pessoa no virar-se;

9. Melhorar a capacidade do cuidador para assistir a pessoa no erguer-se;
10. Melhorar a capacidade do cuidador para assistir a pessoa no transferir-se;
11. Melhorar a capacidade do cuidador para assistir a pessoa no cuidar da higiene pessoal;
12. Melhorar a capacidade do cuidador para assistir a pessoa no vestir-se ou despir-se;
13. Melhorar a capacidade do cuidador para assistir a pessoa no andar;
14. Melhorar a capacidade do cuidador para assistir a pessoa alimentar-se;
15. Promover suporte no luto antecipatório;

4.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

De seguida são apresentados os indicadores de resultado definidos, de acordo com os objetivos delineados, para a pessoa em situação paliativa:

1. Melhorar o conhecimento sobre o regime dietético;
 - 1.1. Que a pessoa associe a alimentação a momentos de prazer;
 - 1.2. Que a pessoa reconheça que há diversas opções alimentares pelas quais pode optar;
2. Melhorar o conhecimento sobre estratégias não farmacológicas para o controlo da dor;
 - 2.1. Que a pessoa identifique quais fatores potenciadores de dor;
 - 2.2. Que a pessoa reconheça estratégias não farmacológicas para o controlo da dor, como a massagem;
3. Melhorar o conhecimento sobre a prevenção de episódios de dispneia;
 - 3.1. Que a pessoa identifique quais fatores potenciadores de episódios de dispneia;
 - 3.2. Que a pessoa identifique estratégias para o controlo da dispneia;
4. Melhorar o conhecimento sobre promoção do sono;
 - 4.1. Que a pessoa identifique as rotinas do sono como estratégia para a melhoria do mesmo;
5. Melhorar conhecimento sobre conservação da energia;
 - 5.1. Que a pessoa reconheça a importância da conservação de energia;
6. Promover a consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a

conservação de energia;

6.1. Que a pessoa reconheça a importância do planeamento de atividades;

6.2. Que a pessoa identifique a necessidade dos momentos de repouso, entre atividades;

7. Melhorar o conhecimento sobre estratégias para o autocontrolo da ansiedade;

7.1. Que a pessoa exprima as suas dúvidas;

7.2. Que a pessoa partilhe as suas emoções;

7.3. Que a pessoa identifique estratégias para o autocontrolo da ansiedade, como a musicoterapia;

8. Promover a consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto;

8.1. Que a pessoa partilhe as suas preocupações com a sua família;

8.2. Que a pessoa esteja envolvida no planeamento da vida familiar;

Considerando o familiar cuidador, de acordo com os objetivos delineados, são apresentados seguidamente os indicadores de resultado:

1. Melhorar o conhecimento do cuidador sobre o regime dietético;

1.1. Que o cuidador identifique a diminuição do apetite como natural da progressão da doença;

2. Melhorar o conhecimento do cuidador sobre a gestão do regime dietético;

2.1. Que o cuidador reconheça estratégias adaptativas para a gestão da diminuição do apetite, de forma a contribuir para uma boa experiência na alimentação;

3. Melhorar conhecimento do cuidador sobre estratégias não farmacológicas para o alívio da dor da pessoa;

3.1. Que o cuidador identifique fatores potenciadores de dor;

3.2. Que o cuidador reconheça estratégias não farmacológicas para o controlo da dor, como a massagem;

4. Melhorar o conhecimento do cuidador sobre prevenção dos episódios de dispneia;

4.1. Que o cuidador identifique fatores potenciadores de episódios de dispneia;

4.2. Que o cuidador reconheça estratégias para o controlo da dispneia;

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

- 5.1. Que o cuidador reconheça a importância da implementação de rotinas de sono;
- 6. Melhorar o conhecimento do cuidador sobre conservação de energia;
 - 6.1. Que o cuidador reconheça a importância do planeamento das atividades;
 - 6.2. Que o cuidador reconheça a importância de alternar períodos de atividade/reposo;
- 7. Melhorar o conhecimento do cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade;
 - 7.1. Que o cuidador identifique estratégias para o controlo da ansiedade, como a musicoterapia;
- 8. Melhorar a capacidade do cuidador para assistir a pessoa no virar-se;
 - 8.1. Que o cuidador reconheça a crescente necessidade de suporte da pessoa no virar-se;
 - 8.2. Que o cuidador demonstre capacidade para assistir a pessoa no virar-se;
- 9. Melhorar a capacidade do cuidador para assistir a pessoa no erguer-se;
 - 9.1. Que o cuidador reconheça a crescente necessidade de suporte da pessoa no erguer-se;
 - 9.2. Que o cuidador demonstre capacidade para assistir a pessoa no erguer-se;
- 10. Melhorar a capacidade do cuidador para assistir a pessoa no transferir-se;
 - 10.1. Que o cuidador reconheça a crescente necessidade de suporte da pessoa no transferir-se;
 - 10.2. Que o cuidador demonstre capacidade para assistir a pessoa no transferir-se;
- 11. Melhorar a capacidade do cuidador para assistir a pessoa no cuidar da higiene pessoal;
 - 11.1. Que o cuidador reconheça a crescente necessidade de suporte da pessoa no cuidar da higiene pessoal;
 - 11.2. Que o cuidador demonstre capacidade para assistir a pessoa no cuidar da higiene pessoal;
- 12. Melhorar a capacidade do cuidador para assistir a pessoa no vestir-se ou despir-se;
 - 12.1. Que o cuidador reconheça a crescente necessidade de suporte da pessoa no vestir-se ou despir-se;
 - 12.2. Que o cuidador demonstre capacidade para assistir a pessoa no vestir-se ou despir-se;
- 13. Melhorar a capacidade do cuidador para assistir a pessoa no andar;
 - 13.1. Que o cuidador reconheça a crescente necessidade de suporte da pessoa no andar;
 - 13.2. Que o cuidador demonstre capacidade para assistir a pessoa no andar;
- 14. Melhorar a capacidade do cuidador para assistir a pessoa alimentar-se;
 - 14.1. Que o cuidador reconheça a crescente necessidade de suporte da pessoa no alimentar-se;

14.2. Que o cuidador demonstre capacidade para assistir a pessoa no alimentar-se;

15. Promover suporte no luto antecipatório;

15.1. Que o cuidador exprima as suas dúvidas;

15.2. Que o cuidador partilhe as suas emoções;

15.3. Que o cuidador permita o diálogo com a pessoa em situação paliativa sobre partilha de memórias, valores, aprendizagens, arrependimentos e planeamento do futuro após a morte;

A Evolução da Pessoa em Situação Paliativa

A primeira sessão corresponde ao dia 19 de maio, a D. MODS já se encontrava internada no serviço desde o dia 10 de maio, já tendo sido feito o acolhimento ao serviço e esclarecidas dúvidas sobre o mesmo. As necessidades da D.MODS e do seu familiar foram identificadas, tendo sido promovidas intervenções que dessem resposta às mesmas.

Com o objetivo de estabelecer um plano individualizado para a pessoa e o seu familiar, preservando a sua dignidade, diminuindo o seu sofrimento, maximizando a sua autonomia e qualidade de vida e respeitando as perspetivas dos próprios, o familiar, que se encontrava sempre presente no internamento, foi incluído nos cuidados diretos à D.MODS, participando ativamente nos mesmos, de acordo com os ensinamentos, treino e supervisão da equipa de enfermagem.

Na segunda sessão foram atingidos alguns dos objetivos que tinham sido previamente definidos, ficando resolvidos os seguintes diagnósticos:

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre conservação da energia [RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto [RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no erguer-se [RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no transferir-se [RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no sentar-se [RESOLVIDO]
27-05-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no andar [RESOLVIDO]
27-05-2023 08:00

Relativamente ao familiar cuidador, também foram atingidos alguns dos objetivos delineados:

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO]
27-05-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção do sono [RESOLVIDO]
27-05-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre conservação de energia [RESOLVIDO]
27-05-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no virar-se [RESOLVIDO]
27-05-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no erguer-se [RESOLVIDO]
27-05-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no alimentar-se [RESOLVIDO]
27-05-2023 08:00

O diagnóstico de luto comprometido foi identificado por a D.MODS se encontrar a experienciar um conjunto de perdas significativas, descritas pela literatura como o luto preparatório, que podem ocorrer nos domínios físico, emocional, social e espiritual. O conhecimento sobre as perdas experienciadas pela pessoa em situação paliativa, reconhecendo qual o impacto que estas apresentam na sua qualidade de vida, permitem a adequação do plano de cuidados em conformidade. Correlacionando as perdas referidas pela D.MODS ao longo do internamento, com os domínios do luto preparatório com os focos de enfermagem identificados, permite-nos fazer o paralelismo entre a investigação (Revisão Rápida- Anexo 1) e a prática clínica, reconhecendo que na plataforma e4nursing alguns dos focos não foram identificados, sendo então referidos na tabela focos do ICN.

Perdas Experienciadas pela Pessoa em Situação Paliativa	Domínios do Luto Preparatório	Diagnósticos de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da sua funcionalidade; • Sintomatologia não controlada: queixas álgicas; dispneia; intolerância à atividade; 	Físico	<ul style="list-style-type: none"> • Dor • Dispneia; • Virar-se comprometido; • Erguer-se comprometido; • Transferir-se comprometido; • Sentar-se comprometido; • Cuidar da higiene pessoal comprometido; • Vestir-se ou despir-se comprometido; • Andar comprometido; • Alimentar-se comprometido; • Sono comprometido;
<ul style="list-style-type: none"> • Confrontação com o seu fim de vida; • Planos futuros que não se irão concretizar • Necessidade de ajuste das expectativas; • Necessidade de despedidas do seu marido, filho e entes queridos; 	Emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade • Autoconceito comprometido;
<ul style="list-style-type: none"> • Deixou de trabalhar e fazer a gestão da casa; • Alteração dos papéis, passando de ser a cuidadora da família, para a necessidade de ser cuidada; 	Social	<ul style="list-style-type: none"> • Processo Familiar comprometido (ICN)
<ul style="list-style-type: none"> • Recordando a sua história de vida, partilhando os momentos pelos quais se sente mais grata, partilha de conselhos e valores, partilha dos seus arrependimentos; 	Espiritual	<ul style="list-style-type: none"> • Angústia Espiritual (ICN)

Tabela 4- Domínios Luto Preparatório e Diagnósticos de Enfermagem

A D.MODS, durante o internamento apresentou agravamento do seu estado geral, com prevalência de alguma da sintomatologia que motivou o seu internamento.

No decorrer do internamento, foi tomada a decisão de iniciar a Sedação Paliativa, tendo a D.MODS falecido posteriormente, apesar de não me encontrar presente nesses dias, considerei pertinente a fundamentação do tema.

Rijpstra et al. (2023), referem que as pessoas com cancro avançado podem experienciar sintomas relacionados com “a metastização da doença, assim como efeitos secundários dos tratamentos, que afetam de forma significativa a qualidade de vida das pessoas, como a dor, delirium e a dispneia” (p. 2). Para a maioria das pessoas em fim de vida, estes sintomas podem ser controlados com estratégias de tratamento convencionais. No entanto, em algumas pessoas, “o sofrimento persiste” (Rijpstra et al., 2023, p. 2). Quando os sintomas não conseguem ser “adequadamente controlados apesar de esforços no sentido de identificar uma terapêutica tolerável que não comprometa o grau de consciência” (Freire, 2020, p. 153), são considerados sintomas refratários. Menezes & Figueiredo (2019), também descrevem os sintomas refratários como os que “não são possíveis de ser controlados sem o comprometimento da consciência da pessoa; que prejudicam seu bem-estar, pelos grandes efeitos negativos sobre o organismo, e que interferem com o processo sereno de morrer” (p. 73).

Segundo Menezes & Figueiredo (2019), a decisão de instituir a sedação paliativa “depende da refratariedade e intensidade dos sintomas” (p. 76), devendo sempre existir uma discussão entre os elementos da equipa, a pessoa e os familiares, para a aprovação de todos os envolvidos, abordando os efeitos adversos. Surges et al. (2022) denotam que a tomada de decisão sobre a sedação paliativa “é mais que uma decisão médica, envolvendo a dimensão ética e social” (p. 1729). Sá e Lucas et al. (2023) sublinham que o este processo de tomada de decisão deve decorrer do “trabalho de equipa multidisciplinar, a partir da vontade e/ou consentimento da pessoa em fim de vida/familiares, adequadamente informados sobre a possibilidade/finalidade da utilização desse recurso e suas consequências indesejáveis, sobretudo a diminuição progressiva do nível de consciência até sua supressão, decorrente da sedação contínua e profunda - que delimita o fim da vida biográfica” (p. 54).

Surges et al. (2022), descrevem que em 2009, a Associação Europeia de Cuidados Paliativos, reconheceu a sedação paliativa como uma intervenção aceitável para pessoas em fim de vida com sintomas refratários, tendo então desenvolvido um quadro referencial sobre o tema de forma a guiar e facilitar o desenvolvimento de guidelines de alta qualidade (p. 1722).

Sá e Lucas et al. (2023), citam que Broeckert (2002), refere que a sedação paliativa “consiste na administração intencional de medicamentos sedativos, em doses e combinações adequadas para reduzir a consciência da pessoa em fim de vida, com o objetivo de aliviar adequadamente um ou mais sintomas refratários” (p. 52). A realização da SP deve ter em conta a menor dose de fármacos administrados com que seja possível proporcionar o alívio sintomático adequado,

reduzindo ao máximo a depressão do nível de consciência.

A avaliação das pessoas sob sedação paliativa, segundo Menezes & Figueiredo (2019), prende-se com a “monitorização do conforto” (p. 76), sendo que segundo Sá e Lucas et al. (2023) a dosagem determinação da terapêutica a ser administrada é definida pelo “grau do controlo sintomático, e não o nível de diminuição de consciência” (p. 52).

Referências Bibliográficas

Menezes, M. S., & Figueiredo, M. G. M. C. A. (2019). O papel da sedação paliativa no fim da vida: aspectos médicos e éticos - *Revisão. Revista Brasileira de Anestesiologia*, 69(1), 72-77. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.03.002>

Rijpstra, M., Vissers, K., Centeno, C., Menten, J., Radbruch, L., Mercadante, S., Van der Elst, M., Adile, C., Arantzamendi, M., Kuip, E., Payne, S., Preston, N., & Hasselaar, J. (2023). Monitoring the clinical practice of palliative sedation (PALSED) in patients with advanced cancer: an international, multicentre, non-experimental prospective observational study protocol. *BMC Palliative Care*, 22(8). <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01125-w>

Sá e Lucas, M. I. B. C. de, Marques, A. R. S. R., Santos, I. F. de M., Silva, M. I. dos S. C., & Sardinha, P. A. N. de O. (2023). Palliative sedation: bioethical analysis of a real end-of-life case. *Cadernos de Saúde*, 15(1), 51-55. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2023.11722>

Surges, S. M., Garralda, E., Jaspers, B., Brunsch, H., Rijpstra, M., Hasselaar, J., Van der Elst, M., Menten, J., Csikós, A., Mercadante, S., Mosoiu, D., Payne, S., Centeno, C. & Radbruch, L. Review of European Guidelines on Palliative Sedation: A Foundation for the Updating of the European Association for Palliative Care Framework. *Journal of Palliative Medicine*. Nov 2022.1721-1731. <http://doi.org/10.1089/jpm.2021.0646>

4.7. Diagnósticos

Apetite

19-05-2023 08:00

Apetite comprometido

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do apetite [Sem horário]

19-05-2023 08:00 - Planear dieta [Sem horário]

19-05-2023 08:00 - Referenciar compromisso do apetite ao médico [SOS]

19-05-2023 08:00 - Referenciar compromisso do apetite ao serviço de nutrição [SOS]

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO]

27-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [FIM]

27-05-2023 08:00

19-05-2023 08:00 - Ensinar sobre regime dietético [FIM] 27-05-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético

[RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre regime dietético [SOS] [FIM] 27-05-2023 08:00

19-05-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre regime dietético [FIM] 27-05-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético [SOS]

19-05-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre gestão do regime dietético

Dor

19-05-2023 08:00

Dor

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da dor [Sem horário]

19-05-2023 08:00 - Gerir analgesia [Sem horário]

19-05-2023 08:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [Sem horário]

19-05-2023 08:00 - Posicionar para aliviar a dor [Sem horário]

Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [FIM] 27-05-2023 08:00

19-05-2023 08:00 - Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [FIM] 27-05-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [SOS] [FIM] 27-05-2023 08:00

19-05-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor [FIM] 27-05-2023 08:00

Sistema respiratório

19-05-2023 08:00

Dispneia

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da dispneia [Sem horário]

19-05-2023 08:00 - Posicionar para otimizar a ventilação [Sem horário]

Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [Sem horário]

19-05-2023 08:00 - Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia [Sem horário]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de episódios de dispneia [SOS] [FIM] 27-05-2023 08:00

19-05-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção dos episódios de dispneia [FIM]

27-05-2023 08:00

Mucosas

19-05-2023 08:00

Membrana mucosa comprometida

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas [Sem horário]

19-05-2023 08:00 - Tratar membrana mucosa [Sem horário]

19-05-2023 08:00 - Lavar cavidade oral [Sem horário]

Volume de líquidos

19-05-2023 08:00

Edema

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de edema [Sem horário]

19-05-2023 08:00 - Aplicar terapia compressiva [SOS]

Sono

19-05-2023 08:00

Sono comprometido

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do sono [Turno Noite- 7h]

19-05-2023 08:00 - Implementar estratégias de promoção do sono [Turno da Tarde; Turno da Noite;]

19-05-2023 08:00 - Gerir medicação [Sem horário]

19-05-2023 08:00 - Referenciar sono comprometido ao médico [SOS]

Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Ensinar sobre estratégias de promoção do sono [Sem horário]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção do sono

[RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre promoção do sono [SOS] [FIM] 27-05-2023 08:00

19-05-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre padrão de repouso e sono [FIM] 27-05-2023 08:00

19-05-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias de promoção do sono [FIM] 27-05-2023 08:00

Conservação de energia

19-05-2023 08:00

Intolerância à atividade

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da tolerância à atividade [Sem horário]

19-05-2023 08:00 - Referenciar intolerância à atividade ao médico [SOS]

Potencial para melhorar conhecimento sobre conservação da energia [RESOLVIDO]

27-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre conservação da energia [FIM] 27-05-2023 08:00

19-05-2023 08:00 - Ensinar sobre conservação de energia [FIM] 27-05-2023 08:00

19-05-2023 08:00 - Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade e repouso [FIM]

27-05-2023 08:00

19-05-2023 08:00 - Ensinar sobre vigilância da resposta física à atividade [FIM]

27-05-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia [Sem horário]

19-05-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia [Sem horário]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre conservação de energia

[RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre conservação de energia [SOS] [FIM] 27-05-2023 08:00

19-05-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre vigilância da resposta física do cliente à atividade [FIM] 27-05-2023 08:00

19-05-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre gestão do padrão de repouso e de atividade do cliente [FIM] 27-05-2023 08:00

Autoconceito

27-05-2023 08:00

Autoconceito comprometido

Intervenções de Enfermagem

- 27-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do compromisso no autoconceito [Sem horário]
- 27-05-2023 08:00 - Promover o desenvolvimento de estratégias de coping;
- 27-05-2023 08:00 - Promover a comunicação;
- 27-05-2023 08:00 - Providenciar suporte emocional;
- 27-05-2023 08:00 - Reconhecer as emoções da pessoa;
- 27-05-2023 08:00 - Promover momentos de partilha, das suas experiências de vida, conselhos, valores, arrependimentos, e momentos pelos quais se sente mais grata;

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no autoconceito

Emoção

19-05-2023 08:00

Ansiedade

Intervenções de Enfermagem

- 19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da ansiedade [Sem horário]
- 19-05-2023 08:00 - Executar técnica de relaxamento [Sem horário]
- 19-05-2023 08:00 - Assistir cliente no treino do pensamento positivo [SOS]
- 19-05-2023 08:00 - Assistir cliente no treino do autocontrolo ansiedade [SOS]
- 19-05-2023 08:00 - Referenciar ansiedade ao médico [SOS]

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

Intervenções de Enfermagem

- 19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [Sem horário]
- 19-05-2023 08:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [Sem horário]
- 19-05-2023 08:00 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento [Sem horário]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

- 19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade [SOS] [FIM] 27-05-2023 08:00
- 19-05-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade [FIM] 27-05-2023 08:00
- 19-05-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias de relaxamento [FIM] 27-05-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para usar estratégias de controlo da ansiedade

Intervenções de Enfermagem

- 19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para usar estratégias de controlo da ansiedade [SOS]
- 19-05-2023 08:00 - Instruir cuidador para executar estratégias de relaxamento
- 19-05-2023 08:00 - Treinar cuidador para executar estratégias de relaxamento

Luto comprometido

Intervenções de Enfermagem

- 19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do luto [Sem horário]

- 19-05-2023 08:00 - Executar escuta ativa [Sem horário]
- 19-05-2023 08:00 - Desenvolver uma relação empática com a pessoa; [Sem horário]
- 19-05-2023 08:00 - Respeitar a sua individualidade; [Sem horário]
- 19-05-2023 08:00 - Reconhecer as emoções da pessoa; [Sem horário]
- 19-05-2023 08:00 - Promover a construção de objetivos realistas; [Sem horário]
- 19-05-2023 08:00 - Encorajar o seu envolvimento na tomada de decisão; [Sem horário]
- 19-05-2023 08:00 - Encorajar o diálogo com os seus familiares; [Sem horário]
- 19-05-2023 08:00 - Permitir e facilitar a partilha de memórias, conquistas e arrependimentos; [Sem horário]
- 19-05-2023 08:00 - Permitir e encorajar a expressão de sentimentos e emoções; [Sem horário]

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto [RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

- 19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto [FIM] 27-05-2023 08:00
- 19-05-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre o apoio da família e o luto [FIM] 27-05-2023 08:00

Luto Antecipatório

Intervenções de Enfermagem

- 19-05-2023 08:00 - Escuta ativa;
- 19-05-2023 08:00 - Reconhecer as emoções do cuidador;
- 19-05-2023 08:00 - Permitir e facilitar a expressão de emoções;
- 19-05-2023 08:00 - Encorajar o dialogo com a pessoa;
- 19-05-2023 08:00 - Promover a participação do cuidador na tomada de decisão;

Virar-se

19-05-2023 08:00

Virar-se comprometido

Intervenções de Enfermagem

- 19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do virar-se [Sem horário]
- 19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Sem horário]
- 19-05-2023 08:00 - Assistir no virar-se [Sem horário]
- 19-05-2023 08:00 - Aplicar colchão de alívio de pressão [SOS]

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no virar-se

Intervenções de Enfermagem

- 19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no virar-se [Sem horário]

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no virar-se

[RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

- 19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para assistir no virar-se [SOS] [FIM] 27-05-2023 08:00
- 19-05-2023 08:00 - Instruir cuidador para assistir no virar-se [FIM] 27-05-2023 08:00
- 19-05-2023 08:00 - Treinar cuidador para assistir no virar-se [FIM] 27-05-2023 08:00

Erguer-se

19-05-2023 08:00

Erguer-se comprometido

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do erguer-se [Sem horário]

19-05-2023 08:00 - Assistir no erguer-se [Sem horário]

19-05-2023 08:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sem horário]

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no erguer-se

[RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no erguer-se [FIM] 27-05-2023 08:00

19-05-2023 08:00 - Assistir o cliente na autoavaliação do erguer-se [FIM] 27-05-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no erguer-se

[RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para assistir no erguer-se [SOS]

19-05-2023 08:00 - Instruir cuidador para assistir no erguer-se [FIM] 27-05-2023 08:00

19-05-2023 08:00 - Treinar cuidador para assistir no erguer-se [FIM] 27-05-2023 08:00

Transferir-se

19-05-2023 08:00

Transferir-se comprometido

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do transferir-se [Sem horário]

19-05-2023 08:00 - Assistir no transferir-se [Sem horário]

19-05-2023 08:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sem horário]

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no transferir-se

[RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no transferir-se [FIM] 27-05-2023 08:00

19-05-2023 08:00 - Assistir o cliente na autoavaliação do transferir-se [FIM] 27-05-2023 08:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO]

27-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [FIM] 27-05-2023 08:00

19-05-2023 08:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas [FIM] 27-05-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de

queda [SOS]

19-05-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção de queda

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no transferir-se

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para assistir no transferir-se [SOS]

19-05-2023 08:00 - Instruir cuidador para assistir no transferir-se

19-05-2023 08:00 - Treinar cuidador para assistir no transferir-se

Sentar-se

19-05-2023 08:00

Sentar-se comprometido

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução no sentar-se [Sem horário]

19-05-2023 08:00 - Assistir no sentar-se [Sem horário]

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no sentar-se

[RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Cuidar da higiene pessoal

19-05-2023 08:00

Cuidar da higiene pessoal comprometido

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal [Turno Manhã; SOS]

19-05-2023 08:00 - Assistir no tomar banho [Turno Manhã; SOS]

19-05-2023 08:00 - Assistir no arranjar-se [Turno Manhã; SOS]

19-05-2023 08:00 - Assistir no uso do sanitário [Sem horário]

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre o compromisso no cuidar da higiene pessoal [Sem horário]

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no tomar banho

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para assistir no tomar banho [SOS]

19-05-2023 08:00 - Instruir cuidador para assistir no tomar banho

19-05-2023 08:00 - Treinar cuidador para assistir no tomar banho

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no uso do sanitário

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para assistir no uso do sanitário [SOS]

19-05-2023 08:00 - Instruir cuidador para assistir no uso do sanitário

19-05-2023 08:00 - Treinar cuidador para assistir no uso do sanitário

Vestir-se ou despir-se

19-05-2023 08:00

Vestir-se ou despir-se comprometido

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se [Turno Manhã; SOS]

19-05-2023 08:00 - Assistir no vestir-se ou despir-se [Turno Manhã; SOS]

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se [Sem horário]

19-05-2023 08:00 - Assistir o cliente na autoavaliação do vestir-se ou despir-se [Sem horário]

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no vestir-se ou despir-se

Andar

19-05-2023 08:00

Andar comprometido

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do andar [Sem horário]

19-05-2023 08:00 - Assistir no andar [Sem horário]

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no andar

[RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no andar [FIM] 27-05-2023 08:00

19-05-2023 08:00 - Assistir o cliente na autoavaliação do andar [FIM] 27-05-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no andar

Alimentar-se

19-05-2023 08:00

Alimentar-se comprometido

Intervenções de Enfermagem

19-05-2023 08:00 - Avaliar evolução do alimentar-se [Sem horário]

19-05-2023 08:00 - Assistir no alimentar-se [Sem horário]

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no alimentar-se

[RESOLVIDO] 27-05-2023 08:00

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

Durante a recolha de evidência científica para o desenvolvimento da fundamentação teórica sobre os domínios identificados, foram analisadas as intervenções que contribuem para atingir os objetivos delineados, de forma a dar resposta às necessidades da D. MODS, estando estas descritas na tabela 4, correlacionando-as com os indicadores de resultado. Posteriormente são

apresentadas, na tabela 5, as intervenções, associadas a cada domínio, considerando o familiar cuidador.

Domínio: Appetite		
Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Resultado
Melhorar o conhecimento sobre o regime dietético;	Ensinar sobre a diminuição do apetite; Ensinar sobre estratégias adaptativas para a gestão da diminuição do apetite, como ingerir pequenas porções de cada vez, identificar os seus alimentos favoritos;	Que a pessoa identifique a alimentação a momentos de prazer; Que a pessoa reconheça que há diversas opções alimentares pelas quais pode optar;

Domínio: Dor		
Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Resultado
Melhorar o conhecimento sobre estratégias não farmacológicas para o controlo da dor;	Ensinar sobre fatores potenciadores de dor; Ensinar sobre estratégias para o controlo da dor; Ensinar sobre os benefícios <u>do</u> autocuidado cuidar da higiene, na banheira de hidromassagem; Ensinar sobre a massagem como estratégia para o controlo da dor; Ensinar sobre a importância de informar a equipa sobre os episódios de dor;	Que a pessoa identifique quais fatores potenciadores de dor; Que a pessoa reconheça estratégias não farmacológicas para o controlo da dor, como a massagem;

Domínio: Sistema Respiratório		
Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Resultado
Melhorar o conhecimento sobre a prevenção de episódios de dispneia;	<p>Ensinar sobre os fatores potenciadores de episódios de dispneia;</p> <p>Ensinar sobre estratégias para o controlo da dispneia;</p> <p>Ensinar sobre os benefícios da utilização da ventoinha, para o <u>alívio</u> da dispneia;</p> <p>Ensinar sobre a importância de informar a equipa quando sentir dispneia;</p>	<p>Que a pessoa identifique quais fatores potenciadores de episódios de dispneia;</p> <p>Que a pessoa identifique estratégias para o controlo da dispneia;</p>

Domínio: Sono		
Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Resultado
Melhorar o conhecimento sobre promoção do sono;	Ensinar sobre rotinas do sono;	Que a pessoa identifique as rotinas do sono como estratégia para a melhoria do mesmo;

Domínio: Conservação de Energia		
Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Resultado
Melhorar conhecimento sobre conservação da energia;	Ensinar sobre a conservação de energia como estratégia para prevenir episódios de agudização;	Que a pessoa refira a importância da conservação de energia;
Promover a consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia;	<p>Ensinar sobre a importância do planeamento das atividades;</p> <p>Ensinar sobre a importância de momentos de repouso entre cada atividade;</p>	<p>Que a pessoa reconheça a importância do planeamento de atividades;</p> <p>Que a pessoa identifique a necessidade dos momentos de repouso, entre atividades;</p>

Domínio: Emoção		
Diagnóstico: Ansiedade		
Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Resultado
Melhorar o conhecimento sobre estratégias para o autocontrolo da ansiedade;	Ensinar sobre estratégias para o autocontrolo da ansiedade; Promover a expressão de emoções; Promover suporte emocional;	Que a pessoa exprima as suas dúvidas; Que a pessoa partilhe as suas emoções; Que a pessoa identifique estratégias para o autocontrolo da ansiedade, como a musicoterapia;
Diagnóstico: Luto Comprometido		
Promover a consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto;	Promoção da comunicação entre a pessoa e a sua família; Promover a resolução de conflitos; Promover a participação da pessoa em fim de vida no planeamento do futuro da família; Suporte na construção de um legado; Promover despedidas entre a pessoa em fim de vida e os seus familiares;	Que a pessoa partilhe as suas preocupações com a sua família; Que a pessoa esteja envolvida no planeamento da vida familiar;

Tabela 5- Intervenções de Enfermagem, na Pessoa em Situação Paliativa- Caso Clínico II

Domínio: Apetite		
Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Resultado
Melhorar o conhecimento do cuidador sobre o regime dietético;	Ensinar o cuidador sobre a diminuição do apetite;	Que o cuidador identifique a diminuição do apetite como natural da progressão da doença;
Melhorar o conhecimento do cuidador sobre a gestão do regime dietético;	Ensinar o cuidador sobre estratégias adaptativas para a gestão da diminuição do apetite, como ingerir pequenas porções de cada vez, identificar os seus alimentos favoritos;	Que o cuidador reconheça estratégias adaptativas para a gestão da diminuição do apetite, de forma a contribuir para uma boa experiência na alimentação;

Domínio: Dor		
Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Resultado
Melhorar conhecimento do cuidador sobre estratégias não farmacológicas para o alívio da dor da pessoa;	Ensinar o cuidador sobre fatores potenciadores de dor; Ensinar o cuidador sobre estratégias para o controlo da dor, como o banho na banheira de hidromassagem e a massagem; Ensinar sobre a importância de informar a equipa sobre os episódios de dor;	Que o cuidador identifique fatores potenciadores de dor; Que o cuidador reconheça estratégias não farmacológicas para o controlo da dor, como a massagem;

Domínio: Sistema Respiratório		
Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Resultado
Melhorar o conhecimento do cuidador sobre prevenção dos episódios de dispneia;	Ensinar o cuidador sobre os fatores potenciadores de episódios de dispneia; Ensinar o cuidador sobre estratégias para o controlo da dispneia; Ensinar o cuidador sobre os benefícios da utilização da ventoinha, para o alívio da dispneia;	Que o cuidador identifique fatores potenciadores de episódios de dispneia; Que o cuidador reconheça estratégias para o controlo da dispneia;

Domínio: Sono		
Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Resultado
Melhorar o conhecimento do cuidador sobre promoção do sono;	Ensinar sobre a importância das rotinas do sono;	Que o cuidador reconheça a importância da implementação de rotinas de sono;

Domínio: Conservação de Energia		
Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Resultado
Melhorar o conhecimento do cuidador sobre conservação de energia;	Ensinar o cuidador sobre a conservação de energia como estratégia para prevenir episódios de agudização;	Que o cuidador identifique o planeamento de atividades e repouso entre as mesmas, como estratégia para a conservação de energia;

Domínio: Emoção- Diagnóstico: Ansiedade		
Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Resultado
Melhorar o conhecimento do cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade;	Ensinar o cuidador sobre a conservação de energia como estratégia para prevenir episódios de agudização;	Que o cuidador identifique estratégias para o controlo da ansiedade, como a musicoterapia;

Domínio: Diferentes domínios do autocuidado (Virar-se; Erguer-se; Transferir-se; Sentar-se; Cuidar da higiene pessoal; Vestir-se ou despir-se; Andar; Alimentar-se)		
Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Resultado
Melhorar a capacidade do cuidador para assistir a pessoa no Virar-se; Erguer-se; Transferir-se; Sentar-se; Cuidar da higiene pessoal; Vestir-se ou despir-se; Andar; Alimentar-se;	Ensinar sobre a diminuição da capacidade da pessoa no Virar-se; Erguer-se; Transferir-se; Sentar-se; Cuidar da higiene pessoal; Vestir-se ou despir-se; Andar; Alimentar-se; Instruir o cuidador para assistir a pessoa no Virar-se; Erguer-se; Transferir-se; Sentar-se; Cuidar da higiene pessoal; Vestir-se ou despir-se; Andar; Alimentar-se;	Que o cuidador reconheça a crescente necessidade de suporte da pessoa no Virar-se; Erguer-se; Transferir-se; Sentar-se; Cuidar da higiene pessoal; Vestir-se ou despir-se; Andar; Alimentar-se; Que o cuidador demonstre capacidade para assistir a pessoa no Virar-se; Erguer-se; Transferir-se; Sentar-se; Cuidar da higiene pessoal; Vestir-se ou despir-se; Andar; Alimentar-se;

Domínio: Luto Antecipatório		
Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Resultado
Promover suporte no luto antecipatório;	Escuta ativa; Reconhecer as emoções do cuidador; Permitir e facilitar a expressão de emoções; Esclarecimento de dúvidas; Encorajar o diálogo com a pessoa; Promover a participação do cuidador na tomada de decisões;	Que o cuidador exprima as suas dúvidas; Que o cuidador partilhe as suas emoções; Que o cuidador permita o diálogo com a pessoa em situação paliativa sobre partilha de memórias, valores, aprendizagens, arrependimentos e planeamento do futuro após a morte;

Tabela 5- Intervenções de Enfermagem, no Cuidador da Pessoa em Situação Paliativa- Caso Clínico II

Conclusão:

Durante a elaboração deste plano de cuidados, com base na evidência científica, foi possível a reflexão e o desenvolvimento de competências do enfermeiro generalista, assim como do Enfermeiro especialista em enfermagem médico -cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa. Segundo Henson et al. (2020), a maioria das pessoas com cancro avançado experienciam sintomas ao longo da trajetória da sua doença, que normalmente aumentam com o aproximar do fim de vida (p.910). O conhecimento sobre as diferentes trajetórias das doenças, permite uma melhor avaliação dos sintomas, identificação das necessidades, antecipação das agudizações e atualização do plano de cuidados em conformidade com os valores e expectativas da pessoa em situação paliativa e família.

O conhecimento sobre o luto preparatório, permite aos profissionais de saúde estarem mais alertas para as possíveis perdas experienciadas pela pessoa em situação paliativa, e dessa forma intervir, facilitando este processo, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.

Referencias Bibliográficas

Henson, L. A., Maddocks, M., Evans, C., Davidson, M., Hicks, S., & Higginson, I. J. (2020). Palliative care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: Pain, breathlessness, nausea and vomiting, and fatigue. *Journal of Clinical Oncology*, 38(9), 905-914. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00470>

4.8. Especificação das intervenções

Posicionar para otimizar a ventilação

- Sugerir e fornecer ventoinha para alívio da dispneia;
- Gestão do regime terapêutico prescrito;
- Otimização do posicionamento;
- Otimização do meio ambiente;

Planejar dieta

- Questionar a pessoa sobre as suas preferencias alimentares;
- Oferecer alternativas;
- Solicitar a colaboração da Nutrição para ajuste de dieta;
- Sugerir que a família traga alimentos do seu agrado;
- Esclarecer que a diminuição do apetite é uma situação normal da sua condição;
- Prestar apoio emocional;

Implementar estratégias de promoção do sono

- Otimização do ambiente;
- Diminuição da luminosidade;
- Diminuição do ruído;
- Incentivar a trazer objetos do domicilio, como almofada ou manta;
- Musicoterapia;

Ensinar cuidador sobre gestão do regime dietético

- Informar que pode oferecer alimentos da preferencia da pessoa, para além da dieta hospitalar;
- Informar que deve oferecer pequenas quantidades de cada vez;
- Informar que a diminuição do apetite é decorrente do processo de doença;
- Informar que deve evitar oferecer alimentos gordurosos, com odor intenso ou muito condimentados;

Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

- Antecipação dos episódios de agravamento;
- Massagem terapêutica, aromaterapia, musicoterapia;
- Otimização do meio ambiente;
- Banho na banheira de hidromassagem;

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Competências Comuns Enfermeiro Especialista

A definição de enfermeiro especialista é descrita no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019) como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (p. 4744).

Ao Enfermeiro Especialista, também lhe é atribuído o título, numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, segundo os “termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018 (2018), que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional” (Regulamento n.º 140/2019, 2019 , p. 4744).

As competências comuns são descritas como

as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. (Regulamento n.º 140/2019, 2019 , p. 4745)

Na realização do Estágio de Natureza Profissional, um dos objetivos delineados foi o desenvolvimento das competências comuns: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão de cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais, assim como da minha capacidade crítico-reflexiva acerca das funções diferenciadas do Enfermeiro Especialista.

a) Domínio Responsabilidade profissional, ética e legal:

O presente domínio é caracterizado por duas competências, sendo elas: “desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

O exercício da profissão, rege-se por um conjunto de normas legais, princípios éticos e pela deontologia profissional. Como referido no Código Deontológico do Enfermeiro, “o desenvolvimento da profissão em diversas áreas, da formação à investigação, facilita e lança o

desafio e o imperativo da assunção das mais elevadas responsabilidades nas áreas da conceção, organização e prestação dos cuidados de saúde” (p. 19).

Os cuidados de enfermagem, são caracterizados, segundo o Artigo 5º do REPE (Decreto-Lei n.º 161/96, 1998), como cuidados que tem “por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade; estabelecerem uma relação de ajuda com o utente, utilizarem metodologia científica e englobarem diferentes formas de atuação, de acordo com a dependência da pessoa.”

O processo de tomada de decisão é inerente à prática da Enfermagem, durante o seu exercício, os Enfermeiros, atuam perante diversas situações, muitas delas complexas, que carecem de uma análise, reflexão crítica e fundamentada para a construção do melhor plano de cuidados.

Enquanto Enfermeiros Especialistas, a tomada de decisão deve ter por base os princípios bioéticos, mencionados na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, como a dignidade, a autonomia e responsabilidade individual, a justiça, a igualdade e equidade, a vulnerabilidade, integridade pessoal, a tomada de decisões e tratamento (Comissão Nacional da UNESCO, 2006), assim como os valores universais na relação profissional, como a “igualdade, a verdade e a justiça, o altruísmo, a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Segundo a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, cujo objetivo é “contribuir para o respeito pela dignidade humana e proteger os direitos humanos, garantindo o respeito pela vida dos seres humanos e as liberdades fundamentais, de modo compatível com o direito internacional relativo aos direitos humanos” (Comissão Nacional da UNESCO, 2006, p. 6) é referido que “o profissionalismo, a honestidade, a integridade e a transparência na tomada de decisões, em particular a declaração de todo e qualquer conflito de interesses e uma adequada partilha dos conhecimentos, devem ser encorajados” (p. 9).

Durante os estágios, em ambos os contextos, existiram diversas situações de tomada de decisão complexa, nesses casos, a definição do plano de cuidados foi construído, tendo por base o envolvimento da pessoa em situação paliativa e a sua família, o Código Deontológico do Enfermeiro e o REPE, sendo que as competências adquiridas na Unidade Curricular de ética e os momentos de reflexão e discussão no seio da equipa multidisciplinar, foram fatores preponderantes. No contexto realizado junto da EIHSCP, foi assumido muitas vezes o papel de consultor, onde, apesar da pessoa em situação paliativa e a sua família se encontrarem sob os cuidados diretos de outros profissionais, o nosso parecer, enquanto especialistas, envolvendo o parecer das diversas equipas, contribuiu para o ajuste, alteração e melhoria do plano de cuidados estabelecido.

b) Melhoria contínua da qualidade;

Neste domínio as competências que o caracterizam são: “garante um papel dinamizador no

desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento n.º140/2019, 2019, p. 4745).

A melhoria contínua da qualidade é um elemento fundamental da prática da enfermagem, que requer o compromisso individual e da equipa para a pesquisa e implementação de intervenções de excelência, baseadas na evidência.

Durante os estágios, a identificação dos programas de melhoria contínua de qualidade e as aprendizagens com os enfermeiros especialistas, permitiu, simultaneamente, o desenvolvimento de competências, assim como a identificação de oportunidades de melhoria.

A realização de uma pesquisa contínua sobre a evidência científica que cimentasse os conhecimentos e competências que estavam a ser desenvolvidas, para o exercício de uma prática de qualidade, a par da elaboração de dois planos de cuidados, tendo por base dois casos clínicos verídicos, também estes sustentados na evidência científica, permitiu o desenvolvimento de conhecimentos avançados e incorporação dos mesmos nos cuidados.

A realização de uma Revisão Rápida- Intervenções dos Profissionais de Saúde, incluindo Enfermeiros, Facilitadoras do processo de luto preparatório da pessoa em situação paliativa, foi outra das atividades que contribuiu para a análise da evidência científica que sustenta a boa prática na área de estudo. A escolha da metodologia da Revisão Rápida foi motivada pelo tempo e recursos disponíveis, sendo que o objetivo delineado foi identificar quais as intervenções dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, facilitadoras do processo de luto preparatório da pessoa em situação paliativa.

No Regulamento n.º 140/2019 (2019) o descritivo associado à competência “garante um ambiente terapêutico seguro” é que “o Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proativamente promovendo a envolvimento adequada ao bem - estar e gerindo o risco” (p. 4747).

A promoção “da segurança do doente requer um esforço coordenado e persistente de todas as partes interessadas e uma abordagem sistémica, contínua e promotora da segurança e cultura de segurança, assente numa lógica não punitiva e de melhoria contínua” (Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, 2021, p. 96).

A segurança contribui para o desenvolvimento de uma relação terapêutica, promoção de uma comunicação eficaz e prática de cuidados seguros, nomeadamente junto da pessoa em situação paliativa e a sua família que podem estar num momento de grande fragilidade, sendo fundamental a existência da “sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais como parte das perceções de segurança” (Regulamento n.º

140/2019, 2019, p. 4747).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 tem como objetivo

consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde, e, em particular no SNS, incluindo em contextos próprios dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos. (Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, 2021, p. 98)

c) Gestão dos cuidados;

O domínio gestão dos cuidados é composto por duas competências, sendo elas: “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

A principal atividade que contribuiu para o desenvolvimento do domínio da gestão dos cuidados, foi a participação ativa junto das equipas durante a realização dos estágios, em ambos os contextos. Com o objetivo de um maior aproveitamento e desenvolvimento de competências, o agendamento dos turnos foi realizado de forma a ser o mais consecutivo possível, de forma a acompanhar as pessoas em situação paliativa e as suas famílias de forma contínua, permitindo uma melhor avaliação das necessidades, planeamento das intervenções e avaliação dos resultados, de acordo com recursos disponíveis.

A gestão dos recursos disponíveis foi díspar considerando o local de estágio, a metodologia de trabalho e tipo de cuidados prestados. Durante o estágio realizado em contexto de internamento, a gestão foi feita considerando o rácio enfermeiro-doente, de acordo com a complexidade e priorização dos cuidados de forma a atender às necessidades da pessoa em situação paliativa e dos seus familiares.

Relativamente ao contexto EIHS CP, a gestão foi feita a partir de uma análise prévia, através da consulta dos registos de enfermagem, das necessidades emergentes, sendo definido o planeamento das visitas aos doentes de forma autónoma ou em conjunto com a equipa médica, de forma a otimizar e priorizar os cuidados. Durante as visitas, a articulação com as equipas dos diversos serviços exigiu uma constante adaptação da comunicação, promovendo a melhor resposta possível para as equipas e pessoa em situação paliativa e famílias.

Em ambos os contextos, surgiu diversas vezes a necessidade de referenciar para outros elementos da equipa, de forma a promover uma melhor e mais ajustada qualidade de cuidados.

d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais;

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens é composto por duas competências:

“desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e baseia a sua praxis clínica especializada em evidência” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

No exercício da enfermagem, as relações interpessoais são fulcrais, é através delas que é possível interagir com a pessoa em situação paliativa, com os seus familiares, com a comunidade, com os colegas e outros profissionais. A exigência que acarreta o desenvolvimento das relações interpessoais eficazes, implica um trabalho permanente sobre o autoconhecimento e a inteligência emocional.

A inteligência emocional é definida como a “capacidade de reconhecer os nossos sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerirmos bem as emoções em nós e nas nossas relações” (Goleman, 2012, p. 323). Diariamente, em todos os momentos e em todas as interações, necessitamos de recorrer à inteligência emocional para ser feita uma gestão das emoções, gestão do stress, gestão de situações complexas e recorrer a estratégias de coping que permitam as relações terapêuticas e multiprofissionais.

Durante os estágios, fui cimentando competências de autoconhecimento e assertividade, considerando que ao longo do meu percurso pessoal, profissional e académico as tenho vindo a desenvolver, sendo que nestes contextos, foi realizada uma reflexão crítica sobre as mesmas, no âmbito das relações que foram sendo estabelecidas.

Neste percurso, o interesse pela aprendizagem junto dos especialistas, a participação nos momentos de partilha junto das equipas, assim como pela prática clínica baseada na evidência, permitiu o desenvolvimento de competências e consequentemente demonstrar proatividade, capacidade de avaliação e tomada de decisão, tanto junto da pessoa em situação paliativa e família, como com as equipas.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

No âmbito do Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa foram apresentadas duas competências, com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação que, seguidamente irão ser exploradas através de uma reflexão crítica e fundamentada sobre como foram desenvolvidas.

Competência 1: Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.

1.1. Identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares.

A identificação de necessidades e elaboração de diagnóstico a nível físico, psico-emocional,

espiritual e socio-familiar, foi realizada através da colheita de dados com a pessoa em situação paliativa e as suas famílias, assim como através da informação providenciada pelos colegas dos diversos serviços, no contexto de Intra-hospitalar, e pelos colegas de serviço durante as passagens de turno, no contexto de internamento, pela consulta do processo clínico e o recurso a instrumentos validados. Neste percurso, a consulta do Diretório de Escalas Validadas para Portugal do Observatório Português de Cuidados Paliativos, foi frequente, com o objetivo de recorrer a “instrumentos estandardizados e validados para avaliação e registo das necessidades, problemas, complexidade dos doentes e sua família” (Observatório Português dos Cuidados Paliativos [OPCP], 2023), que permitissem uma melhor e mais precisa avaliação das necessidades da pessoa em situação paliativa e da sua família.

Girão (2022) refere que

a utilização de instrumentos validados para identificar os doentes com necessidades paliativas; estabelecer protocolos e instrumentos de registo para avaliar as necessidades dos doentes e responder às mesmas; identificar os cuidadores e prestar-lhe apoio e cuidados, incluindo apoio ao luto são medidas que garantem a boa qualidade de Cuidados Paliativos. (p. 147)

As escalas mais comumente utilizadas foram o Edmonton Symptom Assessment Scale Revised (ESAS); Palliative Performance Scale (PPS) e IDC-Pal: instrumento diagnóstico de complexidade em cuidados paliativos, que permitiram a avaliação de sintomas, funcionalidade e necessidades paliativas respetivamente.

Durante a identificação das necessidades da pessoa em situação paliativa e a sua família, foi considerado que cada um percebe a sua doença e as suas perdas de forma particular, sendo que na elaboração dos planos de cuidados, os seus valores e expectativas foram reconhecidos como fatores preponderantes.

A pessoa em situação paliativa pode apresentar uma variedade de sintomas, sendo que estes podem ser influenciados por diversos fatores como por exemplo, a patologia que apresenta, trajetória da doença e antecedentes, no entanto a avaliação da sintomatologia e planeamento da intervenção, priorizando o que a pessoa refere como mais impactante.

Para além dos fatores que influenciam a sintomatologia da pessoa em situação paliativa mencionados previamente, foram também valorizados o peso de variáveis psico-emocionais, valores e crenças e do sofrimento, considerando o impacto destes nos sintomas físicos e sua intensidade.

Durante os estágios, foi também avaliado o grau dependência, necessidades de cuidados e a sua evolução, adequando o plano de cuidados em conformidade, de forma a promover a sua autonomia, satisfação, bem-estar e conforto, bem como o impacto da sua perda de funcionalidade no sofrimento do doente.

O conhecimento sobre a trajetória das doenças, sobre as necessidades da pessoa em situação paliativa e a sua família, e acompanhamento próximo, permite a antecipação de agudizações. No contexto da equipa intra-hospitalar, muitas vezes através da partilha de conhecimentos com os colegas, ressaltando quais as vigilâncias que são mais pertinentes de acordo com cada situação e pela partilha de estratégias.

1.2.Promove intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, seus cuidadores/familiares respeitando as suas preferências.

A elaboração dos planos de cuidados e estabelecimento de objetivos foram sempre construídos tendo por base a promoção da dignidade, diminuição do sofrimento, maximizando a autonomia e qualidade de vida da pessoa em situação paliativa. No sentido de respeitar as preferências da pessoa e família, a promoção do autoconhecimento e empoderamento dos mesmos foi feita através da promoção de momentos de reflexão, criação de espaço seguro para o esclarecimento de dúvidas, expressão de sentimentos e emoções.

O conhecimento sobre as possíveis situações de urgência em cuidados paliativos, como as hemorragias, a sufocação, a compressão medular, a síndrome da veia cava superior e hipercalcemia (Freire, 2020, p. 183), assim como a identificação das possíveis situações de agudização, promove a sua prevenção e capacitação das equipas para a intervenção. A atuação em tempo útil, recorrendo a intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o alívio sintomático e posterior reformulação do plano de cuidados com base na evidência científica, foi realizada, ao longo dos estágios, de acordo com as necessidades da pessoa em situação paliativa e a sua família, em conjunto com a equipa multidisciplinar.

A participação no Seminário de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (Anexo 2), integrado NursID Spring School 2023, com a apresentação do trabalho "Indicadores de Angústia Espiritual", assim como a participação na organização do evento, foi uma das atividades que contribuiu também para a promoção de intervenções baseadas na evidência.

1.3.Envolve os cuidadores/familiares da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades

Os familiares são parte integrante da intervenção por parte das equipas de cuidados paliativos, família é descrito na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos como

a pessoa ou pessoas designadas pelo doente ou, em caso de menores ou pessoas sem capacidade de decisão, pelo seu representante legal, com quem o doente tem uma relação próxima, podendo ter ou não laços de parentesco com o doente, (Lei n.º 52/2012, 2012)

sendo que o ICN, descreve familiar cuidador como “responsável pela prevenção e tratamento da

doença ou incapacidade de um membro da família” (ICN, 2019), considerando os contextos em questão, e a sobrecarga a que estão sujeitos, a avaliação das suas necessidades foi alvo de atenção.

Ao longo dos estágios existiram diversos momentos em que estas necessidades foram avaliadas, e posteriormente delineada a intervenção por parte da equipa junto dos familiares, como as conferências familiares. As conferências familiares

constituem uma ferramenta terapêutica importante para maximizar a qualidade dos cuidados prestados ao doente e família, sendo mais que uma mera transmissão de informação exigem um planeamento prévio pelos profissionais envolvidos e devem ser implementadas para clarificar objetivos e opções terapêuticas, identificar expectativas e manter a esperança. (Girão, 2022, p. 147)

A opinião dos familiares, a sua perceção sobre a doença e o impacto que esta tem na vida do seu familiar, assim como a sua disponibilidade e capacidade para cuidar da pessoa em situação paliativa são fatores preponderantes na tomada de decisão e definição do plano de cuidados.

1.4. Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interdisciplinar e em articulação com os serviços de apoio.

O desenvolvimento do trabalho em equipa é também cimentada através da comunicação, sendo ambos pilares dos cuidados paliativos, Back (2020) citado por Saretta et al. (2022) refere que a comunicação é um dos principais aspetos no desenvolvimento de cuidados apropriados em Cuidados Paliativos (p. 2671).

Nesse sentido, em cada interação com a pessoa em situação paliativa, familiares, cuidadores e profissionais de saúde as estratégias de comunicação à individualidade de cada um, respeitando as suas crenças, valores, experiências e expectativas.

O trabalho em equipa é um contributo imprescindível para a prática de cuidados paliativos, sendo “um valor fundamental para os cuidados de alta qualidade” (European Association for Palliative care [EAPC] (2020); WHO (2016), citado por Kesonen et al., 2022) contribuindo para uma melhor perspetiva das diversas necessidades dos doentes (Hui et al., 2018 citado por Kesonen et al., 2022).

De acordo com os resultados do estudo elaborado por Kenosen et al. (2022), com o trabalho interprofissional é “possível providenciar cuidado ético, individual e holístico aos pacientes de Cuidados Paliativos com necessidades complexas (...) sendo que cada profissional tem o seu importante papel individual como membro da equipa” (p. 21). Neste sentido, a participação nas passagens de turno, reuniões multidisciplinares e momentos de partilha, foram fatores contribuintes para o desenvolvimento de competências e no processo de tomada de decisão.

Competência 2: Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável

ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto.

2.1. Respeita a singularidade e autonomia da pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares no acompanhamento de vivências individuais específicas, no processo de morrer e de luto.

O diagnóstico de uma doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, precede o início de múltiplas perdas, a nível social, familiar, financeiro, assim como na perda de funcionalidade, alteração da autoimagem, até à perda dos planos de um futuro previamente delineados. No acompanhamento das vivências no processo de morrer e de luto, existe a necessidade de estabelecer um plano assistencial, de acordo com a fase do processo em que a pessoa ou família se encontram, considerando as vertentes sociocultural, espiritual e dos contextos.

Nesta fase da vida, a comunicação pode por vezes ser uma barreira ao processo de luto. A conspiração do silêncio em Cuidados Paliativos é

um fenómeno comum que afeta pacientes, as suas famílias e as equipas, acarretando um impacto negativo, para os pacientes, influenciando a sua autonomia, a sua capacidade para tomada de decisão e qualidade de vida, afetando o funcionamento familiar e impactando a humanização dos cuidados por parte das equipas, sendo por isso importante que os profissionais sejam capazes de o identificar e intervir. (Lemus-Riscanevo et al., 2019, p. 28)

De acordo com Mateo & Agea (2018), a conspiração do silêncio ocorre, implícita ou explicitamente, quando os familiares e profissionais de saúde, alteram ou omitem a informação transmitida à pessoa, de forma total ou parcial, normalmente com o objetivo de o proteger do sofrimento (p.128). Segundo Lemus-Riscanevo et al. (2019) este fenómeno decorre de

falhas comunicacionais causadas pelas contradições entre o que é esperado e o que realmente ocorre, expectativas irrealistas, sistema de crenças sobre a doença e a morte, escassas informações ou ambíguas, medo de perder o seu familiar, más praticas, pouco treino de competências comunicacionais, stress, sobrecarga e incerteza de prognóstico. (p. 28)

O apoio à pessoa em situação paliativa e à sua família, compreendeu intervenções como a escuta ativa, a promoção de expressão de emoções, o suporte emocional, a promoção da comunicação com a pessoa em situação paliativa com os diferentes intervenientes do cuidar e com a sua família, contribuindo para a partilha e salvaguarda das preferências e vontades da pessoa em situação paliativa, assim como o suporte nas tarefas de resolução do luto. Quando considerado necessário, tanto a pessoa em situação paliativa como os seus familiares foram encaminhados para o apoio da psicóloga ou capelão.

2.2 Promove parcerias terapêuticas com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares.

O empoderamento da pessoa em situação paliativa e da sua família, na avaliação, planeamento, execução e avaliação dos cuidados, assim como o estabelecimento de metas, objetivos e expectativas realistas, contribui para a sensação de segurança, diminuição da ansiedade e melhoria da qualidade de vida da pessoa em situação paliativa, contribuindo para a adaptação às suas perdas, providenciando uma sensação de controlo. O conhecimento sobre instrumentos que salvaguardem e potenciem a expressão da vontade da pessoa em situação paliativa foi desenvolvido tanto no âmbito das Unidades Curriculares (UC), como no contexto dos estágios,

nas Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), a decisão é sempre do doente, sem qualquer pressão de familiares ou profissional de saúde (...) manifesta-se na afirmação um profundo respeito pela autonomia do doente, de forma a não lhe ser imposto sofrimento prolongado ou procedimentos invasivos que não deseja. (Barreto & Capelas, 2020, p. 39)

De acordo com Barreto & Capelas (2020) as DAV, sob a forma de testamento vital, “facilita a deliberação e permite exercer o direito à autonomia, liberdade dentro dos limites previstos na lei e o respeito pelos seus valores e preferências” (p. 36). Na Lei n.º25/2012 (2012) as DAV são descritas como

o documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente. (Lei n.º 25/2012, 2012)

2.3. Negoceia objetivos/metapas de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico.

Durante a realização dos estágios, em conjunto com as equipas, a capacitação da pessoa em situação paliativa para ser parte integrante da tomada de decisão foi sempre considerada. O recurso a ferramentas de comunicação adequadas a cada interveniente contribuiu para a transmissão da informação de forma ajustada, comunicação honesta e construção de expectativas realistas.

Considerando o apoio à pessoa em situação paliativa no processo de luto preparatório, durante a realização da Revisão Rápida (Anexo 1), foram identificadas as intervenções de enfermagem, que de acordo com a evidência facilitam este processo.

2.4 Reconhece os efeitos da natureza do cuidar na pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, nos seus cuidadores/familiares, sobre si, outros membros da equipa, respondendo de forma eficaz.

No decorrer dos estágios, a identificação de fatores de risco e situações problemáticas associadas à exaustão física e emocional dos familiares- cuidadores, foi uma das competências desenvolvidas. Ghane et al. (2020), Ullrich et al. (2017) e Alam et al. (2020) citados por Soyaslan & Oksuz (2022) referem que ser familiar cuidador pode causar dificuldades físicas, psicológicas, sociais e económicas, assim como depressão, ansiedade, raiva, desesperança, culpa e vergonha (p. 353).

Em ambos os contextos a exaustão dos cuidadores, foi por vezes o motivo de internamento da pessoa em situação paliativa. A complexidade dos cuidados associados, a dependência crescente e a proximidade da morte, torna-se por vezes uma sobrecarga para os cuidadores. Nestes casos, enquanto equipa, a utilização de estratégias eficazes para a promoção do autocuidado dos familiares cuidadores, como o feedback positivo, a permissão e criação de ambiente seguro para a expressão de emoções, a contribuição para a construção de objetivos realistas e o incentivo à comunicação e suporte entre os elementos da família.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Na realização deste relatório foi pretendido demonstrar o processo de aprendizagem na aquisição e integração de novas competências, assim como a cimentação de outras inerentes ao Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, tendo sido realizado com base na evidência científica e princípios éticos e deontológicos que regem o exercício da profissão.

Para o desenvolvimento das competências, as atividades que foram mais significativas surgiram no âmbito dos estágios, com o contacto com profissionais de excelência, através da partilha do seu conhecimento, discussão e reflexão crítica sobre diversas experiências e pelo incentivo e apoio durante este percurso, mas, principalmente, com as pessoas em situação paliativa e os seus familiares que, contribuíram de forma inequívoca para o desenvolvimento das minhas competências, nos diferentes domínios, nomeadamente através da construção de relações terapêuticas, que facilitaram o desenvolvimento das competências comunicacionais, conseguindo, conseqüentemente identificar melhor as suas necessidades, compreender os seus valores e crenças, tornando-os parte ativa e empoderada na construção do plano de cuidados que permitisse a intervenção de forma a promover o seu bem-estar e qualidade de vida.

Este percurso foi pautado pela pesquisa constante da evidência científica mais atual que permitisse, mais uma vez o desenvolvimento de competências, impactando tanto as equipas como as pessoas em situação paliativa e os seus familiares. Destacando também a realização de duas concepções de cuidados, baseadas em casos verídicos, utilizando a e4Nursing, uma plataforma web-based, bilíngue (Português/Inglês), orientada para o processo de conceção de cuidados de enfermagem, com uma arquitetura assente nas principais etapas do processo de tomada de decisão clínica e com uma estrutura de conteúdos alinhada com a Ontologia de Enfermagem, aprovada pela Ordem dos Enfermeiros, assim como a realização da Rapid Review, cujo objetivo foi a identificação de quais as intervenções dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, no processo de luto preparatório da pessoa em situação paliativa.

Com o término deste relatório, considero que os objetivos delineados foram atingidos, permanecendo a curiosidade e vontade de aprimoramento de todas as competências ao longo do meu exercício profissional, sendo o processo de aprendizagem um continuum que pretendo manter como pilar da minha prática, contribuindo para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, e acima de tudo, para poder prestar os melhores cuidados à pessoa em situação paliativa e aos seus familiares.

7. BIBLIOGRAFIA

Barreto, A. L. F. & Capelas, M. L. V. (2020). Conhecimento dos profissionais de saúde sobre as diretivas antecipadas de vontade. *Cadernos de Saúde*, 12 (1). 36-40. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.5834>

Capelas, M. L., Fonseca Simões da Silva, S. C., Santos Freitas Alvarenga, M. I., & Coelho, S. P. (2014). Desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos: Visão nacional e internacional. *Revista Cuidados Paliativos*, 1(2), 7-13.

Comissão Nacional da UNESCO. (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (SHS/EST/BIO/06/1)*. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por

Decreto-Lei n.º 161/96 Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. (1998).

Despacho n.º 9390/2021 Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. (2021). Diário da República, n.º 187-Série II de 2021-09-24.

Despacho normativo n.º 001/2017 do Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. (2017). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (1998), Carta dos Direitos do Doente Internado.

Freire, E. (2020). GUIA PRÁTICO Controlo Sintomático (p. 223). <https://spmi.pt/wp-content/uploads/2020/03/Guia-Pratico-Controlo-Sintomatico.pdf>

Girão, A. (2022). A importância da implementação da conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos: revisão sistemática. *Egitania Scientia: Congresso Internacional Age.*, 143-164

Goleman, D. (2012). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Círculo de leitores.

Kesonen, P., Salminen, L., Kero, J., Aappola, J., Haavisto, E. (2022). *An Integrative Review of Interprofessional Teamwork and Required Competence in Specialized Palliative Care*. Omega (Westport). 2022 Apr 19. doi: 10.1177/00302228221085468.

Lei n.º 31/2018 Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida. (2018). Diário da República. Série I, n.º 137. 2018-07-18.

Lei n.º 52/2012 Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. (2012). Diário da República n.º 172, Série I

de 05-09-2012. <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>

Lei nº25/2012 Regime das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) - Testamento Vital. (2012). Diário da República n.º 136/2012, Série I de 2012-07-16. <https://files.diariodarepublica.pt/gratuitos/1s/2012/07/13600.pdf>

Lemus-Riscanevo, P., Carreño-Moreno, S., Arias-Rojas, M. (2019) Conspiracy of silence in palliative care: A concept analysis. *Indian J Palliat Care* 2019; 25:24-9. doi: [10.4103/IJPC.IJPC_183_18](https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_183_18)

Mateo, C. L., Agea, J.L.D. (2018) El pacto de silencio en el final de la vida. Un análisis cualitativo sobre la perspectiva de los implicados en el fenómeno. *SECPAL Medicina Paliativa*. 2019;26(2):127-135 doi: [10.20986/medpal.2019.1049/2019](https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1049/2019)

Observatório Português dos Cuidados Paliativos. (2023). Diretório de escalas validadas para Portugal. <https://ics.lisboa.ucp.pt/sobre-overview/observatorio-portugues-dos-cuidados-paliativos/diretorio-de-escalas-validadas-para-portugal>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003), Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2020). *State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership*. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2023). *Palliative Care: key facts*. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>

Peres, A., & Ciampone, M. (2006). Gerência e competências gerais do enfermeiro. *Texto e contexto Enfermagem*, (15)(3), 492-499.

Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República, n.º 26 — 6, Série II de 2019-02-06.

Regulamento n.º 429/2018 Regulamento de Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em situação paliativa. (2018). Diário da República, n.º 135, Série II de 2018-07-16.

Regulamento n.º 743/2019 Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. (2019). Diário da República n.º 184, Série II de 2019-09-25. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Ribeiro, O., Martins, M. M., & Tronchin, D. (2016). Modelos de prática profissional de enfermagem: Revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(10), 125-134. <https://doi.org/10.12707/RIV16008>

Rosa, W. E., Buck, H.G., Squires, A. P., Kozachik, S. L., Huijer, H. A., Bakitas, M. & Ferrell, B. R. (2021). *American Academy of Nursing Expert Panel consensus statement on nursing's roles in ensuring universal palliative care access*. *Nursing Outlook*, 69(6), 961-968.

Saretta, M., Doñate-Martínez, A. & Alhambra-Borrás, T. (2022). *Barriers and facilitators for an effective palliative care communication with older people: A systematic review*. *Patient Education and Counseling*, 105(8), 2671-2682. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.04.003>

Silva, R., Paiva, M., Vital, F., Moura, M. J., & Lourenço, J. (2021). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (p. 60). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>

Soyaslan, B. D. & Oksuz, E. (2022). Investigation of Caregiver Burden, Anxiety, and Depression in Caregivers of the Palliative Patients According to Certain Variables. *International Journal of Caring Sciences*. 15(1), 352-360.

8. ANEXOS

Anexo I

Revisão de Evidência- *Rapid Review*- Intervenções dos Profissionais de Saúde, incluindo Enfermeiros, Facilitadoras do processo de luto preparatório da pessoa em situação paliativa.

RESUMO

O luto preparatório é descrito, segundo *Elisabeth Kübler-Ross* (1997) como uma reação normal da pessoa em fim de vida, perante a percepção das suas perdas (p. 146).

De acordo com o Regulamento nº 429/2018, uma das atividades inerentes às competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em situação paliativa é o apoio à “pessoa a completar, gradualmente, as tarefas de desenvolvimento em fim de vida” (Regulamento nº 429/2018, 2018). Com o objetivo de identificar quais as intervenções dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, facilitadoras do processo de luto preparatório da pessoa em situação paliativa, foi realizada uma *Rapid Review*, “uma metodologia que providencia um método científico transparente, detalhado que deverá ser passível de reprodução por outros” (Tricco et al., 2017, p. 5).

Foram incluídos cinco estudos, que identificam a importância da capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde para a existência de uma prática centrada na pessoa em situação paliativa, intervindo nos domínios físico, emocional, social e espiritual, destacando como intervenções facilitadoras: o controlo sintomático, a promoção do conforto, a promoção da expressão das emoções, o suporte emocional, a promoção de um ambiente seguro e sem julgamentos, a promoção da comunicação entre a pessoa e a sua família e o suporte espiritual.

ABSTRACT

Preparatory grief is described, according to *Elisabeth Kübler-Ross* (1997) as a normal reaction of the person at the end of life, to the perception of their losses.

According to Regulation No. 429/2018, one of the activities inherent to the specific competencies of the nurse specialist in Medical-Surgical Nursing to the Person in palliative situation is the support to the "person to gradually complete the tasks of development at the end of life" (Regulation No. 429/2018, 2018). In order to identify which nursing interventions facilitate the process of preparatory grief of the person in a palliative situation, a *Rapid Review* was conducted, "a methodology that provides a transparent, detailed scientific method that should be reproducible by others" (Tricco et al., 2017, p. 5).

Five studies were included, which identify the importance of training and sensitization of health professionals to the existence of a practice centered on the person in a palliative situation, intervening in the physical, emotional, social and spiritual domains, highlighting as facilitating interventions: symptomatic control, promotion of comfort, promotion of expression of emotions, emotional support, the promotion of a safe and non-judgmental environment, the promotion of communication between the person and his or her family, and spiritual support.

FUNDAMENTAÇÃO

O luto preparatório é descrito, segundo *Elisabeth Kübler-Ross (1997)* como uma reação normal da pessoa em fim de vida, perante a percepção das suas perdas (p. 146).

De acordo com *Pimenta & Capelas (2019)*, a pessoa poderá passar por um “processo de desenvolvimento perante as diversas perdas irreversíveis que ocorreram a curto e a médio prazo” (p. 8). Segundo *Periyakoil & Hallenbeck (2002)* a pessoa em fim de vida prepara-se para a morte experienciando as perdas que estão implícitas, nomeadamente a separação dos seus entes queridos, dos prazeres simples da vida, a sua perda de funcionalidade, as alterações na sua autoimagem, assim como refletir sobre o seu passado, reviver grandes momentos e deceções e lamentar as oportunidades perdidas (p. 884). Perante a pessoa em fim de vida, enquanto enfermeiros especialistas, é fundamental conseguir identificar as manifestações do luto preparatório. A pessoa em fim de vida, apresenta sinais e sintomas em diferentes domínios que podem ser indicadores do processo de luto preparatório.

Segundo *Periyakoil & Hallenbeck (2002, p. 883)*, *Gabriel et al. (2021, p. 45-46)* e *Galriça Neto (2022, p. 176)* o luto preparatório é caracterizado através de diferentes domínios, nomeadamente: Variação temporal, com ondas reativas a perdas específicas; Autoimagem, existindo uma manutenção da autoestima (proporcional ao estado de debilidade); Capacidade de experimentar prazer, a pessoa em situação paliativa consegue experienciar pequenos prazeres e antecipar com satisfação ocasiões especiais; Sentido de esperança, conseguindo manter uma esperança realista, sobre a possibilidade de experienciar e atingir objetivos, assim como a esperança de viver confortavelmente até ao seu fim de vida; Resposta ao Suporte, podendo isolar-se temporariamente, mas mantendo o reconhecimento do valor do apoio social e o Desejo de Morte, podendo, eventualmente, experienciar o desejo de antecipar a sua morte, como forma de evitar o prolongamento do sofrimento, mas não um desejo persistente.

De acordo com o Regulamento nº 429/2018, uma das atividades inerentes às competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em situação paliativa é o apoio à “pessoa a completar, gradualmente, as tarefas de desenvolvimento em fim de vida” (Regulamento nº 429/2018, 2018). Com o objetivo de facilitar e guiar a prática, concretamente no processo de apoio à pessoa em fim de vida, “sem prejuízo da individualidade de cada pessoa” (*Galriça Neto, 2022, p. 176*) *Byock (1996)*, preconizou os marcos de desenvolvimento do fim da vida e as tarefas subjacentes a eles, pretendem representar desafios pessoais previsíveis, bem como oportunidades importantes para as pessoas à medida que morrem. Segundo *Sousa (2019)* as intervenções de apoio ao luto, estão muitas vezes direcionadas para o apoio ao luto dos familiares, como a chamada telefónica, a consulta de follow up, a carta de condolências, a visita ao domicílio e os grupos de apoio, com o intuito da prevenção do luto prolongado e complicado, referindo a importância da intervenção precoce, assim como a necessidade de programas formalmente definidos. Considerando que um dos focos deste projeto é o apoio à pessoa em fim de vida no processo de adaptação às suas consecutivas perdas, e consequentemente no apoio ao processo de luto preparatório, a investigação

foi direcionada nesse sentido. Segundo a Teoria de Adaptação de *Callista Roy*, baseada no processo interativo, onde a pessoa é considerada um ser holístico, a autora, considera que a pessoa se pode adaptar ao processo de morrer, afirmando que compete ao enfermeiro atuar como mediador, de forma a capacitar a pessoa em situação paliativa a desenvolver mecanismos de coping (C. Silva et al., 2020, p. 157). Em semelhança ao apoio ao luto dos familiares, a intervenção precoce dos profissionais de saúde junto da pessoa em fim de vida, cria uma oportunidade para o desenvolvimento de uma relação terapêutica, promovendo em última instância, a autonomia da pessoa, qualidade de vida, diminuição do sofrimento, esperança realista e fim de vida digno. Os autores Periyakoil & Hallenbeck (2002) desenvolveram um acrónimo identificando intervenções que podem facilitar o luto preparatório, RELIEVER: *Reflect*, ou seja, espelhar as emoções da pessoa; *Empathize*, traduzindo-se na utilização da empatia na relação com a pessoa; *Lead*, recorrendo a perguntas guiadas, de forma a facilitar que a pessoa perceçione que estratégias de *coping* já utilizou no passado que eventualmente lhe possam ser úteis no presente momento; *Improvise*, respeitando a individualidade de cada pessoa, adaptando e apropriando as respostas às variáveis psicoemocionais, valores e crenças na intensidade dos sintomas e sofrimento; *Educate*, informando que o luto é um processo individual, que a adaptação às perdas não é linear e todos os sentimentos são válidos, incluindo a raiva; *Validate the Experience*, permitindo a expressão de emoções; *Recall*, permitir e facilitar a partilha de memórias, abordando as suas conquistas, histórias de vida e eventual legado que pretenda deixar para as futuras gerações. Os profissionais de saúde, podem desempenhar um papel decisivo, quando adotam uma prática de cuidados que permita, que a pessoa no final da vida

seja capaz de olhar para trás e encontrar sentido na vida que viveu, sem ressentimento ou culpa, de identificar o que foi a sua marca impressiva nos que com ela conviveram, e compreender que afinal somos todos parte de um todo maior. (Galriça Neto, 2022, p. 177)

Com o objetivo de identificar quais as intervenções dos Profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, facilitadoras do processo de luto preparatório da pessoa em situação paliativa, foi realizada uma *Rapid Review*, definida como “uma metodologia que providencia um método científico transparente, detalhado que deverá ser passível de reprodução por outros” (Tricco et al., 2017, p. 5).

METODOLOGIA

De acordo com o documento “*Rapid Reviews To Strengthen Health Policy And Systems: A Practical Guide*”, as revisões rápidas “sintetizam as descobertas e avaliam a validade da evidência de pesquisa, utilizando métodos da revisão sistemática “abreviados”, de forma a gerar evidência num curto espaço de tempo” (Tricco et al., 2017, p. 6). Considerando as orientações para o desenvolvimento de uma *Rapid Review*, foi inicialmente definida a questão de investigação e critérios de elegibilidade (Tabela 1). Tendo por base o objetivo previamente delineado, foi construída a seguinte questão: Quais as intervenções dos Profissionais de Saúde, incluindo enfermeiros, facilitadoras do processo de luto preparatório da pessoa em situação paliativa?

Critérios de Elegibilidade	
Base de Dados	Medline e Cinahl
Restrições de datas	2003-2023
Idioma	Inglês
População (P)	Profissionais de Saúde incluindo enfermeiros
Intervenção (I)	Intervenções facilitadoras do luto preparatório
Comparação (C)	Não sendo objetivo da revisão comparar intervenções, não foi definido este critério.
Resultados (Outcomes) (O)	Processo de luto preparatório facilitador

Tabela 1- Critérios de Elegibilidade

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A seleção dos estudos, foi realizada através da pesquisa no agregador de conteúdos *EBSCOHost*, via Biblioteca Online da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), nas bases de dados *MEDLINE Complete* e *Cinahl Complete*.

Para a realização da pesquisa nas bases de dados identificadas, foi elaborada a seguinte frase booleana, incluindo os termos apresentados na tabela 2: (“*anticipatory grieving*” OR “*preparatory grieving*”) AND *nurs** AND (“*palliative care*” OR *hospic**). O termo “*anticipatory grieving*” foi selecionado, sendo este um termo *Cinahl heading*, referente ao luto preparatório. De acordo com alguns autores, a distinção entre luto preparatório e luto antecipatório não é feita, sendo que quando mencionam o luto antecipatório, se referem “como a resposta à perda de função, perda de identidade e mudanças de papel, associadas à possibilidade de morte, sendo experienciada tanto pela pessoa em fim de vida como pelos seus familiares e cuidadores” (Shore et al., 2016, p. 16). O termo “*preparatory grieving*”, foi utilizado como termo livre, sendo este o tema principal da pesquisa e

uma vez que não se encontra discriminado, nem como *Meshterm* ou *Cinhal heading*. Foram considerados como critérios de elegibilidade nesta revisão, artigos com espaço temporal entre 2003-2023, que tenham como idioma dominante a língua inglesa e português e que cumpram com os elementos do PIC(o) (População; Intervenção; Comparação e Resultados) previamente definidos.

Inicialmente os artigos foram analisados pelo título, posteriormente através das palavras-chave e resumo e por fim, com recurso à leitura integral dos artigos, tendo sido seleccionados cinco artigos para a realização da *Rapid Review*. A seleção dos artigos foi realizada de forma independente por dois investigadores, recorrendo à plataforma *Rayyan*®.

O esquema de seleção dos artigos é apresentado na imagem 1 através do modelo PRISMA*.

Termos	Mesh terms	Cinahl headings
Profissionais de Saúde	<i>Nurs*</i>	<i>Nurs*</i>
Cuidados Paliativos	<i>palliative care</i>	<i>palliative care; hospic*</i>
Luto Preparatório	<i>preparatory grieving (Termo Livre)</i>	<i>anticipatory grieving</i>

Tabela 2- Termos para construção da frase booleana

PRISMA

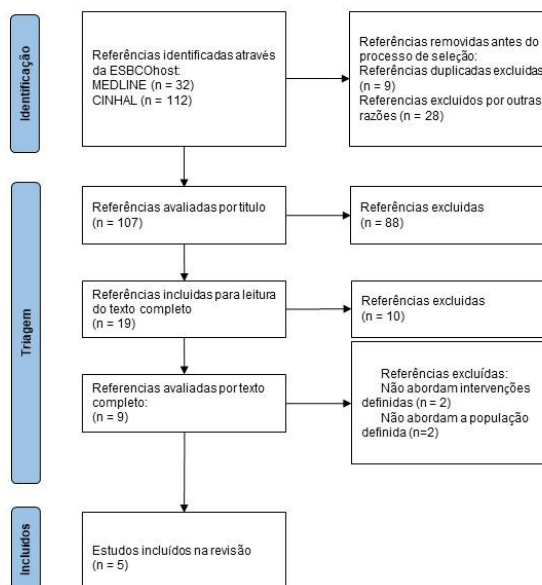


Imagem 1- Adaptado e traduzido de PRISMA 2020*

EXTRAÇÃO RESULTADOS

A 1. Resolving anticipatory grief and enhancing dignity at the end-of life: A systematic review of palliative interventions.		
Patinadan, P. V., Tan-Ho, G., Choo, P. Y., & Ho, A. H. Y. (2022). <i>Resolving anticipatory grief and enhancing dignity at the end-of-life: A systematic review of palliative interventions</i> . <i>Death Studies</i> , 46(2), 337-350. https://doi.org/10.1080/07481187.2020.172842		
Tipo de estudo/População	Objetivo	Resultados
Revisão Sistemática / de estudos randomizados controlados (RCTs). Originais publicados em revistas periódicas. Estudos que abordam o cuidado, tratamento à pessoa em fim de vida e/ou de suas famílias, dirigidas ao controlo das reações emocionais ao luto, estados psicológicos prejudiciais, desconexão psicossocial, ou relacionados com a saúde causados por pré-luto.	Facilitar o futuro desenho e implementação de intervenções apropriadas que efetivamente abordam o luto antecipatório.	<p>Intervenções Psicoterapêuticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia da Dignidade: “Quatro dos artigos selecionados abordam a terapia da dignidade (Chochinov et al., 2011; Juliao et al., 2013, 2014; Vuksanovic et al., 2017), cujo objetivo é a diminuição do sofrimento, aumento da qualidade de vida e reforçar a sensação de significado, propósito e dignidade”. • <i>Short-term life review</i> Ando et al. (2010): “uma intervenção composta por duas sessões, em que na primeira são realizadas questões direcionadas à reminiscência e autobiografia, em que posteriormente o profissional de saúde cria um álbum com os termos e memórias partilhadas; na segunda sessão, o álbum é revisto com a pessoa em situação paliativa, com o objetivo de aumentar a sensação de satisfação com a sua vida. Neste estudo os resultados indicam um aumento da sensação de bem-estar espiritual, esperança e preparação para a morte.” • Psicoterapia Individual Centrada no Significado (IMPC) Breitbart et al. (2012): “Intervenção com uma duração de 7 semanas cujo objetivo é assistir a pessoa em fim de vida a manter ou aumentar a sua sensação de significado, paz e propósito, sendo abordados temas como a identidade, o legado, esperança, doença e a natureza finita da vida.” • <i>Outlook</i> Steinhäuser et al. (2017): “esta intervenção consiste em assistir a pessoa em fim de vida com as suas necessidades emocionais e existenciais, focando-se na preparação e conclusão da vida, sensação de ser um fardo, preocupações sobre a sua família estar preparada, revisão da sua vida, resolução de conflitos, partilha de momentos importantes, prendas, partilha de conselhos com os seus familiares, legado e sentir-se em paz.” <p>Intervenções Educacionais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Projeto <i>ENABLE</i> (Educar, Nutrir, Aconselhar, Antes que a Vida Acabe) Bakitas et al. (2009): “Projeto gerido por enfermeiras de cuidados paliativos utilizando a abordagem de enfermeira gestora de caso, cujo objetivo é encorajar a ativação da pessoa em fim de vida, autogestão e empoderamento. As pessoas em situação paliativa que demonstram sinais de stress relativamente a problemas práticos (trabalho ou escola), problemas familiares, problemas emocionais, preocupações espirituais ou religiosas e problemas fisiológicos, receberam ajuda específica por parte da enfermeira.”

A 2. Outcomes for End-of-Life Patients With Anticipatory Grieving: Insights From Practice With Standardized Nursing Terminologies Within an Interoperable Internet-Based Electronic Health Record.

Johnson, J., Lodhi, M. K., Cheema, U., Stifter, J., Dunn-Lopez, K., Yao, Y., Johnson, A., Keenan, G. M., Ansari, R., Khokhar, A., & Wilkie, D. J. (2017). Outcomes for End-of-Life Patients with Anticipatory Grieving: Insights from Practice with Standardized Nursing Terminologies within an Interoperable Internet-based Electronic Health Record. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 19(3), 223-231. doi:10.1097/NJH.000000000000333.

Tipo de estudo /População	Objetivo	Resultados
<p>Análise descritiva e comparativa de registos existentes obtidos através da prática clínica de enfermagem/ Registos fornecidos por 9 unidades hospitalares; dados referentes a 1453 pessoas em fim de vida;</p>	<p>Examinar os registos de enfermagem referentes às práticas de cuidados destes profissionais dirigidas às pessoas em final de vida hospitalizadas diagnosticadas de luto antecipatório.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “No estudo as intervenções mais frequentemente reportadas nas pessoas em situação paliativa, com luto antecipatório foram escuta ativa, promoção da integridade familiar, suporte emocional, suporte espiritual, apoio ao cuidador e cuidados em fim de vida, sugerindo que uma abordagem holística e multidisciplinar pode ser terapêutica.” <p>Intervenções e enfermagem (NIC) para o Resultado de enfermagem (NOC): Morte confortável da pessoa com o Diagnóstico de Luto Antecipatório:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Domínio Comportamental: Promoção da comunicação; Assistência de Coping; Promoção do conforto fisiológico; • Domínio Sistema de Saúde: Gestão do Sistema de Saúde; Mediação do Sistema de Saúde; Gestão da Informação; • Domínio Físico (Simples): Gestão de atividade e exercício; Gestão da eliminação; Gestão de imobilização; Suporte Nutricional; Promoção do conforto físico; Facilitação do autocuidado; • Domínio Físico (Complexo): Gestão da terapêutica; Gestão da Respiração; Gestão da Pele; • Domínio Segurança: Gestão de Risco;

A 3. Anticipatory Grief- An Evidence-Based Approach.

Shore, J. C., Gelber, M. W., Koch, L. M., & Sower, E. (2016). Anticipatory grief: An evidence-based approach. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 18(1), 15-19. DOI: 10.1097/NJH.0000000000000208

Tipo de estudo /População	Objetivo	Resultados
<p>Caso Clínico / Uma pessoa em situação paliativa com cancro da mama metastizado;</p>	<p>Rever ferramentas e estratégias para melhorar o cuidado às pessoas em situação paliativa e cuidadores com luto antecipatório;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “O luto antecipatório pode manifestar-se através de um vasto conjunto de sinais e sintomas físicos, emocionais, cognitivos e espirituais.” • “O maior apoio é muitas vezes entregue providenciando informação sobre o luto antecipatório, identificando, normalizando a experiência e atendendo às preocupações.” • “A educação sobre as queixas somáticas, nomeadamente sobre higiene do sono, apoio nutricional ou cuidados espirituais.” • “A exploração de mecanismos de coping passados, irá fornecer informação sobre estratégias previamente utilizadas e apoio no desenvolvimento de novas estratégias.” • “Atenção ao controlo sintomático com particular ênfase no controlo da dor, e cuidados focados no conforto, é considerado de extrema importância.” • “A utilização de estratégias específicas de comunicação pode ser uma ferramenta para gerir o luto antecipatório nas pessoas em situação paliativa, familiares e cuidadores.” <p>Quatro estratégias de comunicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “ask-tell-ask”: um convite individual ou a um grupo para falar sobre os seus sentimentos ou situação médica atual; • “NURSE”: Foco no reconhecimento, responder e validar as emoções das pessoas em situação paliativa e familiares. (N) Nomear a emoção; (U) perceber a emoção; (R) respeitar o que a pessoa refere; (S) suportar a pessoa; (E) explorar as preocupações da pessoa; • “i wish” frases: estratégia utilizada que ajuda a reconhecer a realidade difícil do prognóstico, enquanto a pessoa em situação paliativa faz o luto pelas diversas perdas, de saúde, de papéis, de estrutura familiar e independência. • “silence presence”: proporciona suporte e cria espaço para a tomada de decisão.

A 4. Anticipatory Grief during COVID-19: a commentary

Khanipour-Kench, A., Jackson, A. C., & Bahramnezhad, F. (2022). Anticipatory grief during COVID-19: a commentary. *British Journal of Community Nursing*, 27(3), 114-117.

Tipo de estudo/População	Objetivo	Resultados
Comentário/Pessoas em fim de vida; Familiares e Profissionais de saúde	Destacar a importância de abordar o luto antecipatório durante a pandemia Covid-19 e fornecer algumas recomendações para os profissionais de saúde intervirem no luto antecipatório.	<ul style="list-style-type: none"> • “O luto antecipatório pode desencadear reações somáticas, emocionais, cognitivas ou espirituais. (Simon, 2008)” • “Os profissionais de saúde devem ajudar as pessoas em situação paliativa a aceitar que os sintomas de luto antecipatório são normais, tendo em conta as circunstâncias e devem permitir a expressão de sentimentos, o choro e a partilha de experiências com os outros.” • “As pessoas em situação paliativa podem aproveitar a oportunidade para pensar realisticamente sobre objetivos, despedir-se dos seus familiares e expressar os seus desejos de sobre como pretendem gerir o seu período de fim de vida, assim como participar no planeamento do futuro da família.” • “Melhorar a comunicação entre as pessoas em situação paliativa e as suas famílias afeta positivamente a gestão do luto antecipatório. A terapia do luto focada na família (“<i>Family-focused grief therapy</i>”) pode ser um método apropriado para prevenir complicações, através da melhoria do funcionamento familiar, examinando a integração e comunicação e gerindo conflitos.” • “Abordagens psicoterapêuticas, incluindo a terapia cognitivo-comportamental, terapia narrativa e terapia da dignidade.” • “A psicoterapia centrada no significado (“<i>Meaning-centered psychotherapy</i>”), pode facilitar a sensação de conforto, ajudando as pessoas em situação paliativa e familiares a encontrar significado e propósito em situações adversas. A psicoterapia individual centrada no significado (“<i>Individual meaning-centered psychotherapy</i>”), é uma intervenção que ajuda as pessoas que estão em situação de fim de vida a preservar o seu conforto e propósito.” • “O desenvolvimento da espiritualidade pode afetar a solução de problemas e as estratégias de coping. Como forma de suporte social, a espiritualidade cria uma sensação de significado, poder e esperança para gerir as adversidades, diminuindo o isolamento e sensação de solidão.” • “A musicoterapia proporciona oportunidades para a pessoa em situação paliativa se exprimir, facilitando a abordagem de problemas relacionados com a qualidade de vida, condições ou emoções específicas.” • “Terapias alternativas como a massagem, técnicas de relaxamento, meditação guiada e expressão artísticas, podem ser utilizadas para encorajar a pessoa em situação paliativa na reminiscência, pensamentos sobre o “após a morte” e planeamento do futuro.”

A 5. Anticipatory Grief in Patients With Cancer

Hottensen, D. (2010). Anticipatory Grief in Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(1), 106-107.

Tipo de estudo /População	Objetivo	Resultados
<p>Caso Clínico/ Pessoa em situação Paliativa com o diagnóstico de cancro do pulmão de não pequenas células, localmente avançado</p>	<p>Analisar o papel das Enfermeiras de Oncologia no apoio e desenvolvimento de estratégias de coping às pessoas e famílias que receberam o diagnóstico de um cancro avançado ou terminal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Perdas experienciadas por uma pessoa em fim de vida: Funcionais; Independência; Identidade Profissional; Papel dentro da família; Funcionalidade cognitiva e psicológica; Capacidade para completar planos ou projetos; Esperança sobre o futuro.” • “Providenciaram um ambiente de suporte e sem julgamento, que permitiu que a pessoa conseguisse transpor para palavras os seus sentimentos sobre a situação.” • “A escuta ativa e o reconhecimento dos seus sentimentos foi importante.” • “Ajudar a pessoa em situação paliativa a perceber que os seus sentimentos são comuns, fazendo com que, se sentisse menos ansiosa, dando-lhe a oportunidade para expressar a ambivalência de sentimentos entre a esperança de uma cura e o sentimentos sobre a morte.” • “Desenvolvimento de estratégias mais significativas de comunicar com o seu marido e filho, permitindo o reconhecimento da possibilidade de perda permanente.” • “Ao permitir que as pessoas em situação paliativa e familiares expressem os seus sentimentos sobre cada uma das suas perdas, os profissionais podem ajudá-los a aprofundar as suas relações e experienciar crescimento, mesmo em fim de vida.”

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Foram selecionados cinco artigos para dar resposta à questão de investigação. Os artigos situam-se no espaço temporal entre o ano de 2010 e 2022, uma revisão sistemática da literatura, uma análise descritiva e comparativa, um comentário e dois estudos do tipo caso clínico. Relativamente ao país de origem, três dos estudos foram realizados nos Estados Unidos da América, um em Inglaterra e outro em Singapura.

No desenvolvimento do protocolo para a realização da *Rapid Review*, a avaliação do risco de viés, “quando o objetivo da revisão é identificar a literatura disponível, este passo pode não ser necessário” (Tricco et al., 2017, p. 6).

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Segundo Mystakidou et al. (2008), o luto preparatório é uma experiência determinada pela combinação de fatores psicológicos, sociais e fisiológicos, influenciada pela idade da pessoa e a experiência subjetiva da pessoa sobre a morte e o processo de morrer (p. 149).

Ong & Forbes (2005), mencionam que a pessoa, após o diagnóstico de doença incurável, pode sentir-se isolada, correndo o risco de experimentar uma dor total sem suporte, a dor total é definida por Cicely Saunders como o sofrimento que inclui os domínios físico, psicológico, social e espiritual. Considerando a questão de investigação delineada “Quais as intervenções dos profissionais de saúde incluindo enfermeiros facilitadoras do processo de luto preparatório da pessoa em situação paliativa?”, através da análise dos artigos selecionados, reconhecendo as limitações associadas ao tempo e escassez de artigos sobre o tema, foram correlacionados os domínios associados ao luto preparatório, as intervenções facilitadoras do processo de luto preparatório mencionadas nos artigos e os critérios de avaliação das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em situação paliativa (Regulamento nº 429/2018, 2018) (Tabela 3).

No que diz respeito ao domínio físico, os autores Johnson et al. (2017) e Shore et al. (2016) referem a necessidade do controlo sintomático, evidenciando o controlo da dor, da promoção do conforto, assim como importância da educação sobre as queixas somáticas.

Considerando o domínio emocional, todos os artigos referenciaram intervenções facilitadoras do luto preparatório neste domínio. Todos os autores evidenciaram a promoção da comunicação, sendo que cada um deles referiu diferentes estratégias, como por exemplo: Terapia da Dignidade (Patinadan et al.(2022) (Khanipour-Kench et al., 2022); Projeto ENABLE (Patinadan et al., 2022); Escuta ativa (Johnson et al., 2017)(Hottensen, 2010); “ask-tell-ask” (Shore et al., 2016); “NURSE” (Shore et al., 2016); “i wish” frases (Shore et al., 2016); “silence presence” (Shore et al., 2016); intervenções como a promoção do desenvolvimento de estratégias de coping (Johnson et al., 2017)(Shore et al., 2016), promoção da expressão de emoções (Patinadan et al., 2022)(Johnson et al., 2017)(Shore et al., 2016)(Khanipour-Kench et al., 2022)(Hottensen, 2010) e o suporte emocional (Johnson et al., 2017)(Hottensen, 2010), também foram referidas, nomeadamente a promoção de um ambiente seguro e sem julgamentos. Alguns dos artigos mencionam intervenções, como a *Short-term life review* (Patinadan et al., 2022); IMPC (Patinadan et al., 2022) (Khanipour-Kench et al., 2022); Outlook (Patinadan et al., 2022), que são do âmbito da intervenção de outros profissionais de saúde, sendo descritas pelos autores, como facilitadoras do processo de luto preparatório.

Relativamente ao domínio social, os autores mencionam a importância de intervenções que promovam a comunicação entre a pessoa em fim de vida e os seus familiares (Patinadan et al., 2022)(Johnson et al., 2017)(Khanipour-Kench et al., 2022)(Hottensen, 2010), promovendo a resolução de conflitos, a promoção dos desejos da pessoa relacionados com o seu fim de vida, a participação da pessoa em fim de vida nos projetos futuros da família, a promoção de despedidas e o suporte na construção de um legado. Khanipour-Kench et al. (2022) também mencionam que a promoção de partilha de experiências com outros, diminui a sensação de isolamento da pessoa em fim de vida.

No que diz respeito ao domínio espiritual, as intervenções mencionadas são o Suporte Espiritual (Patinadan et al., 2022)(Johnson et al., 2017)(Khanipour-Kench et al., 2022), Educação sobre cuidados espirituais (Shore et al., 2016) e o encorajamento da reminiscência, pensamentos sobre o

“após a morte e o planeamento do futuro, através das terapias alternativas como a massagem, técnicas de relaxamento, meditação guiada e expressão artística” (Khanipour-Kencha et al., 2022). Algumas das intervenções são transversais a todos os domínios, nomeadamente a terapia da dignidade e o projeto ENABLE (Educate, Nurture, Advise, Before Life Ends), este projeto é gerido por enfermeiras de cuidados paliativos, cujo objetivo é “encorajar a ativação da pessoa, autogestão e empoderamento. As pessoas em situação paliativa que demonstram sinais de stress relativamente a problemas práticos (trabalho ou escola), problemas familiares, problemas emocionais, preocupações espirituais ou religiosas e problemas fisiológicos, receberam ajuda específica por parte da enfermeira, através da abordagem enfermeira gestora de caso” (Patinadan et al., 2022, p. 345). Para além destas previamente citadas, os autores também mencionam intervenções que, não se enquadrando em nenhum domínio especificamente, influenciam a diretamente a adaptação ao luto preparatório, como por exemplo a gestão da Informação (Johnson et al., 2017)(Shore et al., 2016)(Khanipour-Kencha et al., 2022), a gestão e mediação do Sistema de Saúde (Johnson et al., 2017), a gestão de risco (Johnson et al., 2017) e como uma “abordagem holística e multidisciplinar pode ser terapêutica” (Johnson et al., 2017, p. 9).

A correlação entre as intervenções mencionadas nos artigos selecionados e os critérios de avaliação referentes às competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em situação paliativa, permite evidenciar e nortear a intervenção dos enfermeiros junto da pessoa em fim de vida, de forma a facilitar o processo de luto preparatório.

Domínios	Intervenções	Crítérios de Avaliação (Regulamento nº 429/2018, 2018)
Físico	<ul style="list-style-type: none"> Promoção do conforto (A2; A3); Controlo sintomático (A2; A3): Controlo da dor (A3); Gestão de atividade e exercício; (A2); Gestão da eliminação; (A2); Gestão de imobilização; (A2); Suporte Nutricional; (A2) Facilitação do autocuidado; (A2) Gestão da terapêutica; (A2) Gestão da Respiração; (A2) Gestão da Pele; (A2); Educação sobre queixas somáticas (A3); Terapia da Dignidade (A1) (A4); Projeto ENABLE (A1); 	<p>1.1.3. Avalia os sintomas no doente, segundo as suas características, priorizando o impacto no próprio, utilizando ferramentas padronizadas;</p> <p>1.1.4 Valoriza o peso de variáveis psicoemocionais, valores e crenças na intensidade dos sintomas e do sofrimento, numa abordagem multimodal e multidimensional;</p> <p>1.1.5 Avalia o grau de dependência e as necessidades de cuidados da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, promovendo a sua máxima satisfação, o bem-estar e o conforto;</p> <p>1.2.5. Adota medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas;</p>
Emocional	<ul style="list-style-type: none"> Promoção da comunicação (A1; A2; A3; A4; A5): Terapia da Dignidade (A1) (A4); Projeto ENABLE (A1); Escuta ativa (A2; A5); “ask-tell-ask” (A3); “NURSE” (A3); “i wish” frases(A3); “silence presence” (A3) Promoção do desenvolvimento de estratégias de coping (A2; A3); 	<p>1.2.2 Utiliza estratégias para o desenvolvimento do autoconhecimento e da capacitação da pessoa e seus cuidadores/familiares;</p> <p>1.4.1 Adequa estratégias de comunicação na relação com todos os intervenientes no processo de cuidar;</p> <p>2.1.3. Demonstra resultados qualificados de comunicação entre os vários intervenientes no</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Promoção da expressão de emoções (A1; A2; A3; A4; A5): Terapia da Dignidade (A1) (A4); Projeto ENABLE (A1); “ask-tell-ask” (A3); “NURSE” (A3); “i wish” frases(A3); “silence presence” (A3); Musicoterapia (A4); Terapia cognitivo-comportamental (A4); Terapia narrativa (A4); Suporte emocional (A2; A5): Promoção de um ambiente de suporte e sem julgamento (A5); Reconhecimento dos sentimentos da pessoa em fim de vida (A5); ajudar a pessoa em fim de vida a compreender que os seus sentimentos são comuns (A5); 	<p>processo de cuidar, salvaguardando preferências e vontades da pessoa;</p> <p>2.3.2. Utiliza ferramentas de comunicação adequadas, com todos os intervenientes, de forma a permitir a comunicação honesta, a esperança realista, assim como o ajuste de expectativas;</p>
Social	<ul style="list-style-type: none"> Promoção da comunicação entre a pessoa em fim de vida e a sua família (A1; A2; A4; A5): Terapia da Dignidade (A1) (A4); Projeto ENABLE (A1); Promoção da resolução de conflitos (A1; A2; A4); Promoção da expressão de desejos da pessoa para o seu fim de vida (A1; A4); Promoção da participação da pessoa em fim de vida no planeamento do futuro da família (A1; A4); Suporte na construção de um legado (A1; A4) Promoção das despedidas entre a pessoa em fim de vida e os seus familiares (A1; A4; A5); Promoção da partilha de experiências com outros (A4); 	<p>1.3.1. Reúne periodicamente com cuidadores/familiares, reavaliando as suas necessidades, utilizando sempre que necessário a conferência familiar;</p> <p>2.1.4. Apoia a pessoa, seus cuidadores/familiares, de modo continuado, nas perdas sucessivas e nas tarefas de resolução do luto (incluindo o antecipatório e complicado);</p> <p>2.3.3. Ajuda a pessoa a completar, gradualmente, as tarefas de desenvolvimento em fim de vida, em parceria com os cuidadores/familiares.</p>
Espiritual	<ul style="list-style-type: none"> Suporte Espiritual (A1; A2; A4): Terapia da Dignidade (A1) (A4); Projeto ENABLE (A1); Educar sobre cuidados espirituais (A3); Encorajar a pessoa em fim de vida na reminiscência, pensamentos sobre o “após a morte” e planeamento do futuro (A4): Terapias alternativas como a massagem, técnicas de relaxamento, meditação guiada e expressão artísticas (A4); Promoção do desenvolvimento da espiritualidade (A4); 	<p>2.1.1. Mobiliza conhecimentos da vertente sociocultural, espiritual e dos contextos e vivências da pessoa, cuidadores/familiares;</p> <p>2.2.1 Incentiva ativamente a pessoa, seus cuidadores/familiares como parceiros na avaliação, planeamento, execução e avaliação de cuidados holísticos, em consonância com os seus desejos e preferências;</p>
Outros	<ul style="list-style-type: none"> Gestão da Informação (A2; A3; A4): Providenciar informação sobre o luto antecipatório (A3); Normalizar a sintomatologia associada ao luto antecipatório (A4); Gestão do Sistema de Saúde; (A2); Mediação do Sistema de Saúde; (A2) Gestão de Risco; (A2) Uma abordagem holística e multidisciplinar pode ser terapêutica (A2); 	<p>1.1.1. Elabora o diagnóstico das necessidades de cuidados paliativos do doente, ao nível físico, psicoemocional, espiritual e sociofamiliar;</p> <p>1.4.2 Dinamiza o trabalho em equipa, fomentando a partilha e potenciando os contributos individuais no processo de tomada de decisão;</p> <p>2.3.1. Capacita a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e seus cuidadores/familiares, mobilizando os seus recursos, de modo a facilitar a tomada de decisão;</p>
<p>(A1) - (Patinadan et al., 2022); (A2) - (Johnson et al., 2017); (A3) -(Shore et al., 2016); (A4) - (Khanipour-Kenchka et al., 2022); (A5) - (Hottensen, 2010); (Regulamento n° 429/2018, 2018)</p>		

Tabela 3- Intervenções de Enfermagem Facilitadoras do Processo de Luto Preparatório

Conclui-se que apesar de os artigos selecionados contribuírem para a compreensão das necessidades das pessoas em fim de vida, identificando a importância da capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde para a existência de uma prática centrada na pessoa, intervindo nos domínios físico, emocional, social e espiritual. Pode-se também concluir que a promoção da comunicação e a gestão de informação são de carácter global, podendo ser consideradas como um recurso facilitador para a implementação das estratégias facilitadoras no processo de luto preparatório.

Permanece a necessidade de mais estudos sobre o luto preparatório, assim como, tal como mencionado por Patinadan et al. (2022), do desenvolvimento de uma intervenção

compreensiva, sensível ao tempo, que inclua tanto a pessoa em fim de vida como os seus familiares e cujo objetivo seja promover uma sensação de dignidade, moldar o ritual do luto para que seja uma plataforma adaptativa que inclua a celebração da vida, preparação para a perda, facilite a comunicação e que promova uma sensação de paz e continuação da relação entre a pessoa e a família, mesmo após a morte. (p.348)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Galriça Neto, I. (2022). *Da Ciência, Do Amor e do Valor da Vida* (1ª ed.). Oficina do Livro.
- Gabriel, S., Paulino, M., & Mourinho Baptista, T. (2021). *Luto- Manual de Intervenção Psicológica* (1ª ed.).
- Hottensen, D. (2010). Anticipatory Grief in Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(1), 106-107.
- Johnson, J., Lodhi, M. K., Cheema, U., Stifter, J., Dunn-Lopez, K., Yao, Y., Johnson, A., Keenan, G. M., Ansari, R., Khokhar, A., & Wilkie, D. J. (2017). Outcomes for End-of-Life Patients with Anticipatory Grieving: Insights from Practice with Standardized Nursing Terminologies within an Interoperable Internet-based Electronic Health Record. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 19(3), 223-231. doi:10.1097/NJH.0000000000000333.
- Khanipour-Kencha, A., Jackson, A. C., & Bahramnezhad, F. (2022). Anticipatory grief during COVID-19: a commentary. *British Journal of Community Nursing*, 27(3), 114-117.
- Kübler-Ross, E. (2019). *On Death & Dying*. Scribner. ISBN 978-1-4767-7554-8.
- Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Athanasouli, P., Pathiaki, M., Galanos, A., Pagoropoulou, A., & Vlahos, L. (2008). *Preparatory grief, psychological distress and hopelessness in advanced cancer patients*. *European Journal of Cancer Care*, 17(2), 145-151. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2007.00825.x>.

- Ong, C. K., & Forbes, D. (2005). Embracing Cicely Saunders's concept of total pain. *BMJ*, 331(7516), 576-577.
- *Page M. J., McKenzie J.E., Bossuyt P. M., Boutron I., Hoffmann T. C. & Mulrow C. D., et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. DOI: 10.1136/bmj.n71
- Patinadan, P. V., Tan-Ho, G., Choo, P. Y., & Ho, A. H. Y. (2022). *Resolving anticipatory grief and enhancing dignity at the end-of-life: A systematic review of palliative interventions*. *Death Studies*, 46(2), 337-350. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.172842>.
- Periyakoil, V. S., & Hallenbeck, J. (2002). *Identifying and managing preparatory grief and depression at the end of life*. *American Family Physician*, 65(5), 883-890. <http://www.aafp.org/afp>.
- Pimenta, S., & Capelas, M. L. (2019). A abordagem do luto em cuidados paliativos. *Cadernos de Saúde*, 11(1), 5-18. DOI: <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.7247>.
- Saretta, M., Doñate-Martínez, A., Alhambra-Borrás, T. (2022). *Barriers and facilitators for an effective palliative care communication with older people: A systematic review*. *Patient Education and Counseling*, 105(8), 2671-2682. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.04.003>.
- Shore, J. C., M.W., Koch, L. M., & Sower, E. (2016). Anticipatory Grief: An Evidence-Based Approach. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 18(1), 15-19. DOI: 10.1097/NJH.000000000000208.
- Sousa, S. (2019). *Intervenção No Processo De Luto Em Portugal Pelas Equipas De Cuidados Paliativos*. Universidade Católica Portuguesa.
- Regulamento nº 429/2018 Regulamento de Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em situação paliativa. (2018). Diário da República, n.º 135, Série II de 2018-07-16.
- Tricco, A. C., Langlois, E. V., & Straus, S. E. (Eds.). (2017). *Rapid reviews to strengthen health policies and systems: a practical guide*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.


Anexo II

NURSID SPRING SCHOOL 2023

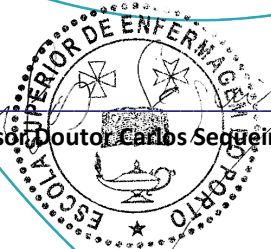
DECLARAÇÃO

Declara-se que **Mafalda Salgueiro** proferiu o painel com o tema ***Indicadores de Angústia Espiritual*** no **Seminário de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa**, integrado na **NursID Spring School 2023**, realizado no dia 8 de maio de 2023, pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Comissão Organizadora



(Professor Doutor Carlos Sequeira)



ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

