

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na
área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa**

**CONFORTO EM SITUAÇÃO DE ÚLTIMOS DIAS/ HORAS DE VIDA
DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS CLÍNICAS NA ÁREA DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Carlos André Torres Faria

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à
Pessoa em Situação Paliativa

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

CONFORTO EM SITUAÇÃO ÚLTIMOS DIAS/ HORAS DE VIDA

DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS CLÍNICAS NA ÁREA DE ENFERMAGEM À
PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

COMFORT IN THE LAST DAYS/ HOURS OF LIFE

DEVELOPMENT OF CLINICAL SKILLS IN THE AREA OF NURSING IN PEOPLE IN PALLIATIVE SITUATION

Orientação da Professora Doutora Olga Fernandes

Coorientação da Professora Doutora Marisa Lourenço

Carlos André Torres Faria

Porto, 2023

AGRADECIMENTO

Após este percurso, onde mais que a meta atingida importa o percurso percorrido, é momento de valorizar e agradecer.

Em primeiro lugar a Deus, por estar comigo em todos os momentos, bons e menos bons. Por me permitir esta oportunidade de concretizar um objetivo.

Aos meus Pais e Irmão pelas vezes que não compreenderam, mas sempre se esforçaram para compreender, as minhas conversas à mesa do jantar sobre cuidados paliativos e o quanto custa cuidar no sofrimento do outro. Acima de tudo, pelo Amor e Confiança que depositam em mim desde sempre. As minhas desculpas pelo tempo de *Chronos* e *Kairós* que lhes roubei para dedicar a este trabalho que sabem ser um objetivo pessoal.

Aos meus amigos e colegas de Serviço de Medicina Interna, ala C, do Hospital de Braga pelas longas conversas e opiniões sobre assuntos tão fundamentais que nos foram surgindo e que me ajudaram a melhorar os meus cuidados de Enfermagem e a crescer profissionalmente, pelas oportunidades em que me permitiram a partilha dos meus conhecimentos. Por me apoiarem e incentivarem nesta caminhada.

Aos meus tutores dos estágios, à Fernanda Senra, Mariana Lopes, Ivo Ribeiro e Catarina Leite, e restantes profissionais das equipas onde desenvolvi o estágio, pela dedicação que demonstraram aos cuidados paliativos e todos os ensinamentos que me transmitiram.

Aos doentes que me permitiram o privilégio de os cuidar nesta fase de vida. A todas as famílias que acompanhei.

Aos meus colegas de turma, pelas vezes que incentivaram e apoiaram o “caçula”.

Por último, mas jamais menos importante, à Professora Doutora Olga Fernandes por compreender as dificuldades de quem dá os primeiros passos no desenvolvimento profissional, por me guiar e nunca desistir de me incentivar neste caminho. De igual modo à Professora Doutora Marisa Lourenço pelo apoio.

A todos, que de alguma forma surgiram no meu caminhar,

O meu enorme Reconhecimento e Obrigado!

Oração da Paz

Senhor, fazei de mim
um instrumento da vossa Paz!

Onde houver ódio, que eu leve o Amor;
Onde houver ofensa, que eu leve o Perdão;
Onde houver discórdia, que eu leve a União;
Onde houver dúvida, que eu leve a Fé.

Onde houver erro, que eu leve a Verdade;
Onde houver desespero, que eu leve a Esperança;
Onde houver tristeza, que eu leve a Alegria;
Onde houver trevas, que eu leve a Luz.

Ó Mestre, fazei que eu procure mais
consolar que ser consolado;
compreender que ser compreendido;
amar que ser amado.

Pois é dando que se recebe;
É perdoando que se é perdoado;
E é morrendo
que se vive para a Vida eterna.

Oração atribuída a São Francisco de Assis

RESUMO

Os cuidados paliativos apresentam-se como uma abordagem sistemática que visa a promoção da qualidade de vida dos clientes que estejam a viver situações de doença avançada, progressiva e limitante de vida, indutora de sofrimento e que acarrete sinais e sintomas que exijam uma abordagem integral e especializada. Em Portugal, estes cuidados encontram-se ainda em desenvolvimento sendo fulcral ser capaz de detetar as necessidades, físicas, sociais, psicoemocionais e espirituais, dos clientes forma precoce permitindo-lhes viverem com a melhor qualidade de vida possível. Neste sentido, surge a possibilidade de realizar o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

Com este relatório de estágio de natureza profissional procurou-se expor aquilo que foi o período de estágio, o desenvolvimento das competências profissionais, assim como perceber, partindo de uma revisão de literatura, em bases de dados, guidelines e autores considerados uma referência em cuidados paliativos, os conceitos de conforto, situação de últimos dias/ horas de vida e as intervenções promotoras de conforto nesta fase da vida para o binómio de cuidados que é o cliente-família.

Procurou-se, ainda, fazer uma reflexão crítica das atividades realizadas em contexto clínico, com vista a desenvolver as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa indicadas pela Ordem dos Enfermeiros.

Os resultados obtidos da revisão de literatura permitem compreender que as intervenções promotoras de conforto, assim como o conceito em si mesmo são complexos e envolvem múltiplas dimensões, para as quais o enfermeiro especialista deve estar preparado a intervir; a situação de últimos dias/ horas de vida é também ela complexa e carece de cuidados especializados.

A reflexão crítica sobre as competências desenvolvidas configurou-se um processo importante para uma melhor compreensão dos cuidados desenvolvidos e uma base sustentada para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Palavras-chave: Conforto; Últimos dias/ horas de vida; Cuidados Paliativos; Competências especializadas

ABSTRACT

Palliative care is presented as a systematic approach aimed at promoting the quality of life of clients and their families who are experiencing advanced, progressive, and life-limiting illness situations that induce suffering and involve signs and symptoms requiring a comprehensive and specialized approach. In Portugal, these care practices are still in development, making it crucial to be able to detect the physical, social, psychosocial, and spiritual needs of clients and their families, allowing them to live with the best possible quality of life. In this context, the specialty of Medical-Surgical Nursing in the field of Nursing for People in Palliative Situation has emerged.

This professional internship report aims to expose what the internship period was like, the development of understanding, starting from a literature review in databases, guidelines, and authors considered as references in palliative care, the concepts of comfort, last days/ hours of life, and comfort-promoting interventions during this phase of life for the client-family dyad.

Furthermore, a critical reflection on the activities carried out in a clinical setting was undertaken to develop the common and specific skills of the nurse specialist in medical-surgical nursing, in the field of nursing for individuals in palliative situations as indicated by the Portuguese Nurses Association.

The results obtained from the literature review show that comfort-promoting interventions, as well as the concept itself, are complex and involve multiple dimensions for which the nurse specialist must be prepared to intervene. The situation of the last days/hours of life is also complex and requires specialized care.

Critical reflection on the developed expertise constituted an important process towards a better understanding of the care provided and a sustainable foundation for continuous improvement in the quality of care.

Keywords: Comfort; Last days/ hours of life; Palliative care; Specialized skills.

ÍNDICE	
INTRODUÇÃO	19
PARTE I. CUIDADOS PALIATIVOS - CONCEITO E FILOSOFIA	23
PARTE II. REVISÃO DE LITERATURA- CONFORTO EM SITUAÇÃO DE ÚLTIMOS DIAS/ HORAS DE VIDA	27
Conforto em Cuidados Paliativos	28
Situação de últimos dias/ horas de vida	333
PARTE III. DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	39
Serviço de Cuidados Paliativos – unidade de internamento	39
Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	44
PARTE IV- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, NA ÁREA DA ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA	49
Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	53
Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.	58
CONCLUSÃO	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXOS	93
ANEXO 1	95
Conceção de cuidados em contexto de unidade de internamento	95
ANEXO 2	129
Conceção de cuidados em contexto de Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	129
ANEXO 3	151
Formação em Serviço	151

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1: Domínios de atuação e intervenções em situação de últimos dias horas de vida.....	35
---	----

LISTA DE SIGLAS

ACeS- Agrupamento de Centros de Saúde

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPDP- *Care Plan for Dying Person*

CPGQPC- *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*

EAPC- *European Association for Palliative Care*

ECOG- *Eastern Cooperative Oncology Group*

ECSCP- Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCP- Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ESAS- *Edmonton Symptom Assessment System*

NIC- *Nursing Interventions Classification*

NICE- *National Institute for Health and Care Excellence*

NOC- *Nursing Outcomes Classification*

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PEDCP- Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

PPS- *Palliative Performance Scale*

RENP- Relatório de Estágio de Natureza Profissional

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SPCG- *Scottish Palliative Care Guidelines*

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio de Natureza Profissional (RENPF) desenvolveu-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com relatório -Módulo II, que integra o plano de estudos do primeiro Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Decorreu entre novembro de 2022 a junho de 2023, num total de 840 horas. Este relatório foi orientado pela Professora Doutora Olga Fernandes e coorientado pela Professora Doutora Marisa Lourenço. Com este relatório e posterior discussão pública objetiva-se a conclusão do mestrado e a atribuição do título de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

Desde 2012 que os cuidados paliativos estão consagrados na lei portuguesa, pela Lei nº 52/ 2012, contudo, apenas 30% da população portuguesa tem acesso a este tipo de cuidados de saúde. Os cuidados paliativos revelam-se fundamentais na sociedade baseando a sua atuação em quatro pilares basilares, a antecipação de alterações e atuação precoce nos sinais e sintomas, físicos e psicológicos, desenvolvendo uma ação transversal, em equipa multiprofissional e interdisciplinar, envolvendo a família/ entes significativos para o cliente recorrendo a uma comunicação eficaz baseada na verdade e honestidade. Em cuidados paliativos a família/ cuidadores/ entes significativos os quais desempenham um papel de extrema importância devendo sempre ser considerados na tomada de decisão, de acordo com as Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care (2018), emanadas pela National Coalition for Hospice and Palliative Care, em que o conceito de família é definido pelo cliente e pode incluir a família de origem (pais, irmãos, filhos), família escolhida (companheiro, amigos, vizinhos) e cuidadores da mesma forma, Radbruch et al. (2020) definem que a unidade de cuidados é constituída pelo doente, familiares e cuidadores.

De acordo com o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022, a formação dos profissionais de saúde é um eixo prioritário para o acesso e equidade dos cuidados paliativos. A crescente complexidade das necessidades dos clientes em cuidados paliativos exige uma maior diferenciação formativa e técnica aos profissionais que trabalham em qualquer contexto de cuidados paliativos pelo que, a frequência de formação pós-graduada, nomeadamente cursos de mestrado e posterior certificação de competências especializadas e a

aquisição e desenvolvimento de conhecimentos científicos facilitarão a competência profissional para o diagnóstico de necessidades e definição de objetivos e, assim, o contributo para uma melhoria dos cuidados desenvolvidos com os clientes em situação paliativa.

O conforto, conceito central da enfermagem, ganha ainda mais relevância quando interligado com a natureza dos cuidados paliativos, pois é um dos objetivos desta filosofia de cuidados o alívio do sofrimento e a melhoria da qualidade de vida (OMS, 2002, 2021). Por assim dizer, é onde se valoriza a pessoa enquanto ser humano imbuído de características próprias que o diferenciam de outros. Os cuidados paliativos enaltecem o domínio do conforto em toda a fase e período de doença, também durante a fase de últimos dias/ horas de vida, buscando a valorização da dignidade humana dos clientes.

Com este relatório procurou-se responder a alguns desafios nomeadamente à questão: “Quais as intervenções promotoras de conforto no cliente em situação de últimos dias/ horas de vida, em contexto de internamento?”. Teve-se como objetivo o mapeamento das intervenções que possam maximizar o conforto do cliente, e que se encontram descritas na literatura. Para isso desenvolveu-se uma revisão de literatura. Analisaram-se livros, sites de Associações Profissionais na área dos cuidados paliativos, *guidelines* internacionais neste domínio assim como literatura desenvolvida por autores de reconhecida relevância para a área dos cuidados paliativos. Simultaneamente, nos dois períodos de estágio desenvolvidos, foi possível mapear as intervenções planeadas e executadas para o conforto destes clientes nesta fase terminal da sua vida. Este relatório serviu igualmente para analisar este período de aprendizagem, refletir, discutir e adquirir competências profissionais, com base na experiência profissional.

O estágio que origina este relatório decorreu em dois de três contextos clínicos especializados, uma unidade de internamento de cuidados paliativos de um hospital oncológico e uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos de um hospital. A Ordem dos Enfermeiros preconiza o estágio de natureza profissional para a atribuição do título de especialista, pelo facto da prática profissional, ser a forma “que melhor permite a prossecução dos objetivos de aprendizagem e aquisição de competências exigidas ao Enfermeiro Especialista” (Ordem dos Enfermeiros, 2021). Já referido, para este estágio procurou-se focar um tema central em cuidados paliativos - o conforto do cliente em situação de últimos dias/ horas de vida, considerando o desenvolvimento profissional quer das competências comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Regulamento nº 140/2019), quer do Especialista

na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa (Regulamento nº 429/2018) publicados pela em Diário da República, competências, unidades de competência, atividades que as concretizam.

A seleção por este conceito, o conforto em situação de últimos dias/ horas de vida, passou, pessoalmente, pela necessidade de compreender melhor o processo de morrer e partindo daqui, permitir profissionalmente prestar cuidados mais adequados aos clientes nesta situação assim como apoiar a equipa onde me insiro na tomada de decisão no que aos cuidados diz respeito.

O relatório organiza-se em quatro partes e anexos. Na PARTE I, procurou-se fazer uma pequena abordagem ao conceito e filosofia dos cuidados paliativos, tema central deste curso de mestrado; na PARTE II, subdividida em 3 partes, procedeu-se à apresentação dos resultados da revisão de literatura, definição de alguns conceitos intimamente relacionados com o tema abordado, o conforto e a situação de últimos dias/ horas de vida assim como o mapeamento das intervenções promotoras de conforto do cliente em situação de últimos dias/ horas de vida descritas na literatura; na PARTE III procurou-se caraterizar os contextos onde se desenvolveu o estágio de natureza profissional; na PARTE IV procedeu-se a uma reflexão crítica das atividades desenvolvidas em ambos os contextos clínicos tendo por base o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área da enfermagem da pessoa em situação paliativa. Na conclusão, sintetizaram-se as ideias principais, dificuldades e contributos pessoais e profissionais. Em anexo encontram-se duas das conceções de cuidados desenvolvidas no decorrer de cada um dos contextos de estágio com recurso a uma ferramenta disponibilizada para o efeito pela Escola Superior de Enfermagem do Porto aos seus estudantes, a plataforma *e4nursing* e a plataforma Nursing Ontos (Ontologia em Enfermagem).

PARTE I. CUIDADOS PALIATIVOS - CONCEITO E FILOSOFIA

No século IV a.C. tratar um doente em processo de morte não era ético (Capelas et al., 2014). Havia receio dos castigos divinos por tratar-se de uma intervenção humana do decorrer dos efeitos da natureza nas pessoas de forma a contrariá-los. Com o cristianismo, e a sua influência nas sociedades, esta visão sofreu alterações, tendo sido várias as instituições que se encarregaram de assistir os pobres, marginalizados, desprotegidos e moribundos de acordo com as normas religiosas vigentes. Estes cuidados eram sobretudo de índole caritativa. A estas instituições deu-se o nome de *hospices*. Durante o século XIX as ordens religiosas foram desenvolvendo ainda mais esta filosofia de cuidados aos moribundos e àqueles que enfrentavam o fim de vida tendo sempre por objetivo o controlo sintomático e assistência espiritual.

Mais recentemente, no século XX, da sua prática clínica, Cicely Saunders constata que se encontram a decorrer modificações sociais em relação ao processo de morrer e à morte. Estas alterações decorrem em parte pela descoberta das causas das patologias e o seu tratamento pelo que o controlo sintomático foi relegado para segundo plano. Cicely Saunders é considerada a fundadora do movimento moderno dos *hospice* tendo como imperativo, “a conjugação das novas competências em controlo da dor e outros sintomas, compreensão dos diversos problemas do cliente, assim como da formação e investigação” (Capelas et al., 2014). O conceito de *hospice*, não existente na realidade atual dos cuidados de saúde em Portugal. A Saunders deve-se o conceito e teoria de “dor total”, conceito fundamental em cuidados paliativos e que direciona para uma avaliação integral dos fatores que interferem e potencializam a dor. Esta teoria considera que a avaliação e ação sobre os quatro fatores: a dor psicológica, a dor física, a dor espiritual e a dor social podem aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos clientes. A noção de “Dor Total” inicia uma compreensão da pessoa enquanto ser total e espiritual, orientado para a necessidade de um cuidado compreensivo para os clientes em processo de morrer, conectando a este cuidado a preocupação por todos os aspetos somáticos, psicológicos e socioculturais do ser humano (Miccinesi et al., 2020).

Em 1970 surge no Canadá o primeiro conceito de cuidados paliativos por Balfour Mount (médico), conceito que iria ser adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2002, sendo sugerido devido à conotação negativa que o termo *hospice* tinha entre os francófonos. O termo paliativo deriva do étimo latino *pallium*, que significa manto ou proteção. Em cuidados

paliativos, ao controlar sintomas valida-se a finalidade máxima destes cuidados, promover conforto e bem-estar dos clientes, mas isso apenas corresponde a parte do conforto, como se verá mais tarde. Até este momento, do ponto de vista histórico e conceitual, os cuidados paliativos focavam-se no alívio do sofrimento em fase de fim de vida (Radbruch et al., 2020).

Em 2020, a OMS apresentou à comunidade internacional uma nova definição destes cuidados como sendo “uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos clientes e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças com risco de vida. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais”.

Twycross (2003) refere tratarem-se de cuidados ativos e totais a clientes e família com doenças que constituam risco de vida sendo prestados por uma equipa multidisciplinar. A *European Association for Palliative Care* (EAPC), acrescenta que são cuidados que devem ser prestados onde o cliente deseje ser cuidado, em casa, no hospital, ou em outra qualquer instituição (Radbruch, 2009). Tratam-se de cuidados integrados, prestados por equipas multidisciplinares e especializadas e baseiam-se em princípios éticos e de planeamento antecipado de cuidados, não antecipando nem prolongando o processo de morte, envolvendo de forma ativa membros da família/cuidadores na prevenção de crises, capacitando-os e apoiando-os nas várias perdas sucessivas e processos de luto. Contemplam o binómio cliente-família como eixo dos cuidados, com participação ativa nos processos de comunicação e tomada de decisão, assegurando o respeito pelos direitos humanos, autonomia, opiniões, valores e crenças.

Os cuidados paliativos, baseiam a sua ação em quatro pilares fundamentais: o controlo sintomático, a comunicação eficaz, o suporte à família e o trabalho em equipa. Procuram, segundo Capelas e colaboradores (2017):

- Afirmar a vida e encarar a morte como parte integrante do ciclo vital;
- Permitir que o momento da morte ocorra de forma natural, não o antecipando nem protelando;
- Implementar estes cuidados de forma precoce no decorrer da doença em conjugação com outras terapêuticas direcionadas à modificação do curso da doença;
- Avaliar holística e sistematicamente as necessidades do cliente não esquecendo o processo de luto;
- Integrar as variáveis psicoespirituais nos cuidados;

- Permitir uma vida tão ativa quanto possível até que a morte ocorra;
- Controlar os sintomas e as suas manifestações diminuindo o sofrimento;
- Melhorar a qualidade de vida introduzindo variáveis positivas na trajetória de doença;
- Ser sistema de suporte da família/ cuidadores no sentido de apoiar no processo de morte do cliente assim como no seu processo de luto.

No que ao controlo sintomático diz respeito, entenda-se a utilização de abordagens farmacológicas ou não farmacológicas e outras terapias, de modo a reduzir os impactos que as doenças podem apresentar na vida do cliente, quer estes sintomas sejam físicos, psicoemocionais, sociais ou espirituais. A comunicação, talvez como o pilar que melhor interliga os restantes e seja responsável pela redução da incerteza no âmbito dos cuidados e uma ferramenta fundamental em qualquer contexto. O suporte social e familiar, partindo do pressuposto que uma família satisfeita potencia a satisfação do cliente, é crucial pelo que estes devem estar incluídos nos planos de cuidados ao cliente e ser-lhe permitido participar na prestação de cuidados, se assim desejarem, atribuindo-lhes tarefas que podem ser consideradas simples, mas que farão diferença nos cuidados, principalmente em situações de últimos dias/ horas de vida. O trabalho em equipa, assente num objetivo comum e definido previamente, para o qual cada profissional deve desenvolver o seu papel e dar o seu contributo, mas em consonância com os da restante equipa.

Os cuidados paliativos desenvolvem-se respeitando os princípios da bioética: o direito à autonomia, ou seja, só são prestados quando o cliente está consciente e informado acerca dos objetivos e filosofia de cuidados; beneficência e não maleficência, procurando primeiramente fazer o bem não causando dano; justiça, articulando e prestando cuidados de forma justa e adequada, de acordo com as necessidades implícitas e explícitas dos clientes; além deste acrescenta-se o princípio da dignidade: os cuidados paliativos são cuidados que atentam de forma respeitosa e sensível às crenças, valores e cultura de cada cliente.

Ainda que persistindo na sociedade, quer entre profissionais de saúde, quer na sociedade em geral, a conceção de que os cuidados paliativos se reservam exclusivamente às últimas semanas, dias ou horas de vida, é importante ressaltar três períodos: o primeiro, o cliente em fim de vida, e que tem uma esperança de vida de cerca de 12 meses; o cliente terminal, cuja esperança de vida se situa entre os três e os seis meses; o cliente em situação de últimos dias/ horas de vida ou em estado agónico, onde a esperança de vida varia entre dias a horas de vida (Abejas &

Duarte, 2021). No entanto, é possível que um cliente, possa ter uma esperança de vida superior a um ano e continuar a ser assistido em cuidados paliativos.

Em Portugal, os cuidados paliativos têm uma história mais recente. Os registos sobre as primeiras camas para clientes paliativos remontam a 1992 com a Unidade da Dor no Hospital do Fundão e, em 1994, com a primeira Unidade de Cuidados Paliativos no Instituto Português de Oncologia do Porto. Em 2012, por decreto da Assembleia da República, é criada a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos que “consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, define a responsabilidade do estado em matéria de cuidados paliativos e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos, a funcionar sob tutela do Ministério da Saúde” (Lei nº52 /2012 de 5 de setembro). Nesta mesma lei define-se um modelo de organização de serviços, isto é, uma organização assistencial em unidades de cuidados paliativos, equipas comunitárias de suporte de cuidados paliativos e as equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos. Em 2018, pela Lei nº 31/2018, de 18 de julho, são consagrados os direitos das pessoas em contexto de doença avançada ou em fim de vida, em que o estado português reconhece o direito de acesso a cuidados paliativos especializados, nos contextos hospitalares, domiciliários ou estruturas residenciais, no âmbito da Lei. Este direito inclui ainda o apoio espiritual ao cliente mesmo durante o processo de luto.

No nível profissional, em 2018, ao Ordem do Enfermeiros tendo em consideração as necessidades de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes, relativamente às quais se reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção, regulamenta a competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (Regulamento nº 429/ 2018).

PARTE II. REVISÃO DE LITERATURA - CONFORTO EM SITUAÇÃO DE ÚLTIMOS DIAS/ HORAS DE VIDA

Os cuidados a clientes em fim de vida e em situação de últimos dias/ horas de vida exigem dos profissionais conhecimentos específicos acerca das intervenções que devem desenvolver em resposta às necessidades dos seus clientes para o conforto e bem estar.

No desenvolvimento das competências específicas foi apanágio aprofundar os cuidados de conforto em situação de últimos dias/ horas de vida. Infelizmente, muitos dos clientes que chegam aos cuidados paliativos encontram-se em “situação de últimos dias/ horas de vida” pelo que se considerou importante perceber este conceito, os critérios de identificação da fase em que o cliente se encontra, bem como o que refere a evidência científica sobre os conceitos de conforto e cuidados de conforto. Para o efeito, procedeu-se a uma revisão de literatura no sentido de mapear o significado dos conceitos associados e as intervenções indicadas na bibliografia; qual o “estado da arte” no referido domínio “cuidados de conforto em situação de último dias/ horas de vida”. Neste sentido a revisão de literatura considerou algumas perguntas de revisão: “Quais as características do conceito de situação de últimos dias/ horas de vida?” e “Quais as intervenções promotoras do conforto dos clientes em situação de últimos dias/ horas de vida?”.

Para dar resposta a esta revisão de literatura procurou-se perceber, dos Descritores de Ciências da Saúde e *Medical Search Headings*, quais os descritores e palavras-chave que dariam resposta a esta procura. Selecionaram-se os termos “patient comfort” e “dying care”, “end of life” e “terminally ill patient”, “hospice care”, “palliative care” e “last days hours of life”. Partindo do agregador de conteúdos EBSCOhost disponibilizado pela ESEP procedeu-se a uma pesquisa em três bases de dados, *MedLine Complete*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection* e *CINAHL Complete*, de artigos revistos por pares e em revistas ou jornais académicos, em língua portuguesa ou inglesa, disponibilizados em texto completo, não se procedendo à especificação do método de pesquisa. Relativamente aos critérios de inclusão, incluíram-se estudos desenvolvidos em contextos de cuidados paliativos. Procurou-se também edições de livros em suporte de papel ou versões digitais sobre cada um dos temas “cuidados de conforto” e “situação de últimos dias/ horas de vida” e ainda guidelines internacionais, associações nacionais e internacionais de cuidados paliativos.

Conforto em Cuidados Paliativos

Katharine Kolcaba (1991) refere que, diariamente cada pessoa procura o seu bem-estar e comodidade em todas as atividades que desenvolve no ambiente em que se encontra. Para esta teórica de enfermagem, a teoria de médio alcance que construiu, o conceito de conforto corresponde à satisfação das necessidades da pessoa com o objetivo final de atingir o seu bem-estar, o alívio e a tranquilidade. Pode dizer-se que o conforto é, também, a ausência de desconforto, caracterizando-se este último conceito pelo défice de satisfação das necessidades da pessoa (Kolcaba, 1991).

O termo “conforto” deriva do latim *confortare* e significa “restituir as forças físicas, o vigor e a energia; tornar forte, fortalecer, revigorar” (Luís & Apóstolo, 2009). De acordo com o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, “conforto”: trata-se de um “consolo recebido ou prestado m momento de preocupação, de aflição (...) sensação de prazer, de plenitude, de bem-estar espiritual (...) bem-estar material, comodidade física satisfeita.”

Se conforto é o estágio ou condição em que as necessidades do cliente foram satisfeitas revela-se premente definir e compreender o que se entende por necessidade e, para isso, a teoria desenvolvida por Abraham Maslow (1970) torna-se uma referência nos Cuidados Paliativos. Maslow, em *Motivação e Personalidade* apresenta a Hierarquia das Necessidades e Desenvolvimento Humano. Este autor considera, da base para o topo, respetivamente, as necessidades humanas em 5 categorias: as necessidades fisiológicas (ou necessidades básicas como alimentação, abrigo e sono), necessidades de segurança (estabilidade, proteção), necessidades de afeto (família, relações pessoais, trabalho), necessidades de estima (estatuto, responsabilidade, reputação) e necessidades de realização pessoal (transcendência, aceitação). Maslow refere que, se as necessidades de um nível inferior não estiverem devidamente respondidas persistirão na mente do indivíduo e este trabalhará e desenvolverá esforços até que estas sejam satisfeitas e assim, passar para um nível superior de necessidades (Zalenski & Raspa, 2006).

Tendo em conta a essência da teoria desenvolvida, Zalenski & Raspa (2006) procuraram adaptar esta teoria aos cuidados paliativos a partir da premissa que a “adaptação” permite cuidar de forma mais integral do cliente em situação paliativa, ajuda no controlo de sintomas e também responder às necessidades psicológicas, sociais e espirituais do cliente em fim de vida.

Estes autores consideram o controlo sintomático, dando como exemplo a dor, como uma “necessidade de primeira ordem”. Se a dor não for controlada coloca em risco a satisfação das necessidades de segurança do cliente. Necessidades essas que se consideram como de segunda ordem. O terceiro nível é relativo às necessidades de pertença, as alterações corporais derivadas da doença avançada como feridas ou amputações colocam em risco a satisfação de necessidades de afeto e relações interpessoais. Particularmente no fim de vida, o processo de morrer corresponde ao momento de maior intimidade, mas também pode ser de grande solidão e isso pode ser indutor de grande risco de abandono e isolamento. As necessidades de estima e autoestima encontram-se no quarto nível da pirâmide; no final de vida é importante considerar o papel do cliente no seio da família e o seu contributo na sociedade onde está inserido valorizando-o como pessoa, com uma individualidade e portadora de dignidade em si própria. Com o atingimento deste quarto nível de satisfação de necessidades o cliente poderá aceder a um nível de transcendência, autorrealização, contacto com o espiritual e divino, isto é, as necessidades consideradas básicas como a alimentação deixam de ser consideradas necessárias, e podem até ser sublimadas, transcendidas.

Ora, com vista à clarificação do conceito de conforto na prática de enfermagem, e na investigação, Katherine Kolcaba desenvolveu uma teoria de enfermagem direcionada para este domínio a que denominou de “Teoria do Conforto”, teorizando que o conforto é um resultado holístico das intervenções de enfermagem e que designa um estado dinâmico e multifacetado das pessoas. Os estudos de Peplau corroboram que o conforto se trata de uma necessidade humana básica (Pinto et al., 2016). Kolcaba propõe, na sua teoria que os profissionais de saúde identifiquem as necessidades dos clientes que não se encontram satisfeitas por não terem sido identificadas tendo em conta os sistemas disponíveis, desenvolvam intervenções direcionadas a essas necessidades, avaliem o nível de conforto antes e após a aplicação das intervenções. O conforto, quando atingido, demonstra clientes fortalecidos e que tendem a envolver-se mais em comportamentos de procura de saúde, ou de bem-estar. Quanto maior o grau de conforto dos clientes maior a satisfação destes com os cuidados de saúde.

Na concetualização da sua teoria, esta autora, organizou os aspetos que contribuem para o conforto numa matriz bidimensional, a primeira corresponde a três estados de conforto designados por alívio, tranquilidade e transcendência. Quanto ao primeiro nível, o alívio relaciona-se com a satisfação imediata de uma necessidade, controlo da dor, por exemplo. A tranquilidade corresponde a um nível de bem-estar e calma. A transcendência corresponde a

um estado na qual o cliente se sente capaz e demonstra superar um desconforto ainda que a sua eliminação não seja possível. Na outra dimensão da matriz enunciam-se dimensões passíveis de desconforto, a dimensão física associada às sensações corporais, como, por exemplo, o controlo de sintomas; a dimensão psicoespiritual, direcionada para a autoperceção, a autoestima, sentido da vida e espiritualidade; a dimensão social, associado às relações interpessoais, família e relações culturais, incluído também aspetos económicos; a dimensão ambiental como a luminosidade, barulho, cores, temperatura do ambiente. Kolcaba caracteriza o conceito de uma boa morte como a que ocorre com bem-estar, quando os conflitos existenciais são sanados, os sintomas estão controlados, a dignidade é preservada e a família encontra-se ajustada e em aceitação perante a morte do familiar.

O conforto é uma intervenção complexa pela dificuldade em mensurá-la e a consequente dificuldade de definir intervenções efetivas (Lin et al., 2023). Ao procurar intervir para que os clientes possam ter conforto, as equipas necessitam que os clientes se envolvam nos cuidados de forma consciente participando nas atividades de autocuidado para as quais ainda mantêm capacidade, valorizem as relações interpessoais procurando reforçá-las, expressem desejos e vontades e encontram um significado e um sentido para a situação de doença que experienciam.

Kolcaba propõe três categorias de intervenções promotoras de conforto (Lin et al., 2023): medidas técnicas de conforto com o objetivo do controlo e manutenção da homeostasia, como o controlo de dor; intervenções de *coaching* com recurso à comunicação e partilha de informação com vista a reduzir a ansiedade perante a incerteza e a esperança realista tendo em conta a situação de saúde-doença. Intervenções como “alimentação para a alma” com o objetivo de atingir a transcendência, e o fortalecimento de uma forma intangível e personalizada.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2, define conforto categorizando-o como um foco de enfermagem que representa um status de “sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal” (CIPE, 2011, p.45). De acordo com esta mesma linguagem classificada, o termo confortável trata-se de um foco e também de um diagnóstico de enfermagem. Na *Nursing Interventions Classification* (NIC) o termo conforto está associado a várias intervenções direcionadas para vários domínios como a dor, o ambiente, a espiritualidade, o processo de morrer e o toque (Bulechek et al., 2008). Já na *Nursing Outcomes Classification* (NOC), o “estado de conforto” surge descrito como um resultado das intervenções de enfermagem e apresenta indicadores de resultado do âmbito físico, como o controlo de

sintomas, do âmbito psicológico, ambiental, social e espiritual (Moorhead et al., 2008). De acordo com a *NANDA International (2021)*, o conforto é um foco das intervenções de enfermagem e pode ser definido pelo diagnóstico “Conforto prejudicado” e que se corresponde à percepção de falta de conforto, de alívio e de transcendência nas dimensões físicas, psicoespirituais, ambientais, culturais e/ou sociais (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Ainda que o conforto seja um conceito amplo e de difícil definição, a sua avaliação deve ser realizada recorrendo-se a instrumentos que permitam aos profissionais compreender o problema e atuar mais eficazmente nas reais e potenciais necessidades dos clientes. Assim, o conforto físico pode ser avaliado recorrendo-se a escalas de avaliação de sintomas como a escala numérica da dor, a escala de Borg para a avaliação da dispneia, ou a *Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)* que permite uma avaliação de um amplo leque de sintomas do cliente onde se inclui o bem-estar. Ainda assim, o conforto espiritual mantém-se como uma dimensão de difícil abordagem (Pinto et al., 2016). Kolcaba desenvolveu um questionário com vista a sistematizar a avaliação deste domínio que denominou de *Hospice Comfort Questionnaire-Patient* que posteriormente foi readaptado e reduzido e, em 2016, validado para a população portuguesa por Pinto e colaboradores. Trata-se de um instrumento denominado de Questionário do Conforto Espiritual em Fim de Vida, composto por 28 itens que podem ser avaliados entre 1 e 6 numa escala tipo *Likert*, é um instrumento útil na investigação pois facilita a clarificação do conceito de conforto e que pode contribuir a clarificação e ajuda no conforto espiritual. Na prática clínica este instrumento pode revelar-se útil, por permitir ao profissional compreender o grau de conforto do cliente. Quanto maior o *score* atingido maior o nível de conforto, como também, de forma mais parcelar, entender-se que critérios/ dimensões podem contribuir de forma mais negativa ou positiva para o conforto do cliente. Parece também útil como ferramenta de comunicação e estabelecimento de uma relação terapêutica servindo como um conjunto de questões/ assuntos a abordar na entrevista com o cliente.

O conforto é o objetivo final dos cuidados de enfermagem (Martins et al., 2022). Diariamente confrontamo-nos com clientes cujo motivo do episódio de internamento é “cuidados de conforto” e o objetivo dos cuidados passa exclusivamente por “promover o conforto” tornando-se como que sinónimos de fim de vida. Alguns autores definem cuidados de conforto como “um plano de intervenção que inclui medidas terapêuticas com vista a controlar sintomas físicos indutores de desconforto e que deve ser implementado quando se cessam os tratamentos curativos e a morte é expectável” (Dickerson et al., 2022). Lau e colaboradores (2017) afirmam

que se trata de uma filosofia de cuidados com vista a uma gestão compreensiva dos sintomas físicos causadores de *distress*, ao atendimento do sofrimento psicossocial e espiritual experienciado pelo cliente em risco de morte iminente. Outra designação para as intervenções de conforto são as situações denominadas como “transição para cuidados de conforto”, significando que, o objetivo dos cuidados serão os cuidados de conforto, isto é, a suspensão de medidas terapêuticas sem claro valor terapêutico para o cliente e poderão implicar para ele sofrimento. Esta ideia de transição para cuidados de conforto, constitui uma mudança de paradigma de intervenção complexa, para todos os envolvidos nos cuidados: cliente, família e profissionais (Meeker et al., 2019).

Assim, a expressão 'medidas de conforto' é frequentemente usada para significar um contributo ou causa suficiente para um estado de conforto, de alívio do sofrimento em todas dimensões. Os autores referem que medidas de conforto não devem ser confundidas de modo algum como sinónimos de suspensão de tratamento médico (Lau et al., 2017). Medidas de conforto podem causar conforto (conforto físico) e simultaneamente “consolar”, “encorajar” (conforto psicológico/ espiritual). Em muitos contextos clínicos, a expressão “medidas de conforto” designa intervenções de enfermagem, que devem ser desenvolvidas em equipa. Se o objetivo é promover um estado de bem-estar físico ou mental, de tranquilidade, pelo alívio do sofrimento, pode-se relacionar 'medidas de conforto' a um dos primeiros significados do vocabulário de enfermagem, cuidar.

Pedidos de antecipação da morte, que geraram a discussão sobre a eutanásia, podem resultar em grande medida do sofrimento ou desconforto que os clientes passam numa fase avançada da doença, seja pelo descontrolo sintomático seja pela incapacidade de os profissionais darem resposta às necessidades psicoespirituais dos clientes. Neste sentido, é fundamental, numa prestação de cuidados paliativos especializada, promover o conforto do cliente, para que a fase de fim de vida, de últimos dias/ horas de vida, resulte numa reconciliação e aprendizagem, também dos profissionais, visto que cuidados a clientes em situação paliativa acarretam a probabilidade do confronto com a própria mortalidade e sofrimento.

Situação de últimos dias/ horas de vida

O processo de morrer assim como o momento da morte na sociedade atual, principalmente nos países desenvolvidos, alterou-se com a evolução da sociedade e desenvolvimento do conhecimento e ciência. O lugar de morrer e de morte, ocorre mais frequentemente em meio hospitalar do que no domicílio ainda que os clientes considerem que o seu domicílio é o lugar onde gostariam de morrer (Driessen et al., 2021; Gomes et al., 2013). Nas sociedades ocidentais a morte é ainda encarada como uma falha da medicina perante uma doença.

A existência de doença crônica para qual o tratamento não foi eficaz ou a sua progressão é irreversível, culminará inevitavelmente na morte do cliente, passando antes por um período mais ou menos variável de deterioração do estado geral, envolvendo alteração das funções corporais assim como perdas sucessivas de autonomia e dependência máxima. Ainda que se trate de uma realidade da prática diária, persistem dificuldades por parte dos profissionais em diagnosticar esta fase do ciclo de vida dos clientes. Sendo que é importante referir que o cliente pode estar em fase de fim de vida e não estar em agonia ou estar em situação de últimos dias/ horas de vida (agonia). Esta fase da vida é de máxima importância para o cliente (Hui et al., 2014), pois é um período de expressão de muitos sentimentos, período de despedidas, de conclusões sobre a vida (Neto, 2016a), ao contrário do que muitos profissionais erradamente expressam, muitas vezes perante as famílias, que já nada há a fazer. Nesta fase existem muitos cuidados que podem e devem ser desenvolvidos com os clientes. A afirmação de que já nada há a fazer surge muitas vezes pela incapacidade de aceitar a morte de um forma natural e da dificuldade em elucidar os familiares de que a morte é um processo natural e que o cliente se encontra numa fase irreversível e que, desde o momento em que as funções corporais se alteram há uma necessidade efetiva de redirecionar os objetivos dos cuidados.

A situação de últimos dias/ horas de vida é caracterizada pelo declínio funcional dos sistemas orgânicos. Os clientes passam para um maior confinamento ao leito, reduzem a sua mobilidade, aumentam a anorexia, apresentam sinais de disfagia, sonolência, consciência comprometida, entrando em coma. A avaliação do declínio funcional de acordo com o envelhecimento, insuficiência de órgão, progressão de doença oncológica, pode permitir realizar o prognóstico e antever, a maior ou menor proximidade desta fase. A deterioração do estado clínico da pessoa pode ser rápida e repentina, acarretando grande sofrimento (Watson et al., 2019). Byock,

citando Kübler-Ross (1969/2014), refere-se a esta fase da vida como uma redução do nível de alerta e em que as necessidades de nutrição e hidratação são mínimas. Sinais e sintomas como pulso arterial filiforme ou ausente, respiração com movimentos mandibulares e padrão respiratório de Cheyne-Stokes, pupilas pouco reativas à luz, sulcos nasolabiais pendentes, oligoanúria, estertor e acrocianose estão associados à morte iminente (Hui et al., 2014), Ferraz Gonçalves (2018) e o National Cancer Institute, (2023) referem que estes sinais são muito específicos mas pouco sensíveis, ou seja, a sua presença indica a possibilidade de morte em 3 dias mas a sua ausência não a exclui no mesmo espaço de tempo. A instalação destes sinais e sintomas pode ser mais ou menos insidiosa e o cliente pode encontrar-se em fase de últimos dias/ horas de vida por um período de até cerca de 14 dias, variando em alguns casos dependendo de fatores pessoais como a idade, perfil psicológico e “assuntos inacabados ou por resolver” (Neto, 2016a, p. 317) que permanecem no seu pensamento. Não será raro o cliente que permanece à espera da presença de um filho ou de um ente familiar para morrer ou encontrar-se sozinho para vir a morrer.

Não é incomum, na prática clínica, ouvir-se a expressão de que o cliente está em “estado agónico”, que o cliente entrou na fase da agonia. Na aceção anglo-saxónica, *agony*, remete para um cliente que se encontra em situação de intenso sofrimento (Neto, 2016a). No sentido latino e que nesta revisão se pretende abordar, um cliente em estado agónico encontra-se em fase de últimos dias/ horas de vida em que não está necessariamente sofrimento (Neto, 2016a). A fase da agonia inicia um processo irreversível de desativação das funções do corpo, muitas vezes em paz (Ferraz Gonçalves, 2018). Quando as equipas de profissionais se deparam com esta situação, importa clarificar junto dos familiares alguns conceitos e objetivos de cuidados a serem prestados. A desmobilização dos cuidados pode significar para a família o desinteresse pelo cliente por parte dos profissionais. Nesta fase paliativa são muitas vezes a família e entes significativos quem mais sofre. A promoção do conforto aos familiares é um objetivo dos cuidados das equipas de cuidados paliativos.

Se o controlo das manifestações físicas e psicológicas é importante, a agitação terminal e o *delirium*, a gestão da ansiedade e do medo do cliente são determinantes (Adams, 1997). Ellershaw & Ward (2003) refere que o descontrolo sintomático é contributivo para o *distress*, para uma morte indigna, com elevados níveis de sofrimento. De acordo com a literatura, o mau controlo dos sintomas é o fator de maior *distress* dos clientes (Baillie et al., 2018). Os familiares podem sentir-se impotentes quando não conseguem providenciar alívio do sofrimento do seu

familiar doente (Sopcheck, 2019). Kasar et al. (2021) perceberam fatores como a idade, a condição social, o tempo dedicado a cuidar de outros familiares, o suporte social e estado clínico do cliente podem influenciar um maior ou menor conforto do familiar. Os resultados reportam que cuidadores mais velhos podem sentir-se mais confortáveis em função de experiências anteriores de cuidar, ao passo que cuidadores mais novos sentem menor capacidade em enfrentar as dificuldades pela falta de experiência. Com vista a reduzir este impacto negativo no cliente é fundamental uma deteção e diagnóstico precoce desta fase da vida, Campos-Calderón (2016) refere que o diagnóstico da fase de últimos dias/ horas de vida contribui para uma melhoria na qualidade de vida quer nos clientes, pois acarreta mudanças na abordagem clínica do cliente e consequente intervenção paliativa. Todavia, nem sempre acontece o diagnóstico da fase agónica devido ao receio dos profissionais em diagnosticar de forma errada, pela carga emocional do diagnóstico terminal ou pela atitude otimista que os profissionais assumem perante o prognóstico (Campos-Calderón et al., 2016).

A gestão de sintomas em últimos dias/ horas de vida é uma realidade recorrente exigindo aos profissionais de cuidados paliativos conhecimentos especializados com o objetivo último do conforto máximo do cliente nesta fase da vida. É importante a avaliação de necessidades e desejos de cuidados que “devem ser direcionados para promover a autonomia, dignidade e bem-estar baseados na autenticidade da comunicação entre profissionais e clientes, honestidade e sinceridade com o intuito do [cliente] ser um participante ativo no seu processo de viver e no seu processo de morrer” (Capelas et al, 2017, p.63), do mesmo modo, “os principais pilares da intervenção em últimos dias/ horas de vida passam pela garantia do bom controlo sintomático, pela revisão e adequação do regime terapêutico e pelo reforço do suporte à família” (Braga et al., 2017). Os cuidados em últimos dias/ horas de vida têm como objetivo central o melhor conforto ao cliente, promovendo dignidade e qualidade de vida, até ao momento da morte (Neto, 2016a). Ferraz Gonçalves (2018), aprofunda ainda mais o objetivo destes cuidados e refere que nesta fase já não faz sentido falar em qualidade de vida, mas em conforto. Assegurar o conforto físico, emocional e espiritual dos clientes, garantir um fim de vida pacífico e digno e tornar o processo de morrer e o momento da morte tão positivo quanto possível para a família. Os profissionais das equipas de cuidados paliativos devem estar capacitados para diagnosticar a fase deste processo realizando uma avaliação sistemática e holística, desenvolvendo e mantendo uma relação empática baseada na comunicação honesta e realista com o cliente, tendo em conta que a comunicação pode veicular-se como um fator de

tranquilidade, mas também de sofrimento ainda que os profissionais não tenham noção disso porque o fazem inadvertidamente (Carqueja, 2018).

Assim, com vista a promover o conforto em situação de últimos dias/ horas de vida as equipas de cuidados paliativos, nos seus vários contextos clínicos, devem procurar atuar nos seguintes domínios: diagnóstico da fase de últimos dias/ horas de vida (Campos-Calderón et al., 2016; *Care Plan for Dying Person* [CPDP], 2019); diagnóstico controlo de sinais e sintomas (CPGQPC, 2018; *National Institute for Health and Care Excellence* [NICE], 2015; *Scottish Palliative Care Guidelines* [SPCG], 2019); critérios para a comunicação (NICE, 2015); suporte à família (Cheng & Chen, 2021); avaliação das necessidades espirituais e incremento dos cuidados espirituais (CPGQPC, 2018); reforço dos cuidados orais (SPCG, 2019); nutrição (SPCG, 2019); avaliação sistemática e regular da situação clínica (SPCG, 2019) e atenta a detalhes. Algumas guidelines indicam que nesta fase da vida a preparação do momento imediatamente após a morte deve ser também um domínio a considerar. A comunicação com o cliente é um tema para a interação entre profissionais e entre equipa de profissionais e clientes. Sendo a nutrição um assunto que suscita bastantes e legítimos debates no seio das equipas e com os familiares, a Lei nº 31/ 2018, acerca das pessoas com prognóstico vital breve, refere que “é assegurado o direito à recusa alimentar” respeitando o decorrer do processo fisiológico da sua condição.

Na literatura são referidos vários protocolos de atuação em situação de últimos dias/ horas de vida, como o *Liverpool Care Pathway for the Dying Patient*, com o intuito de aplicar o modelo de atuação dos *hospices* e uniformizar a prestação de cuidados a clientes nesta fase da vida. Todavia, a sua utilização não se isentou de críticas nomeadamente quando aplicado por profissionais pouco experientes nesta área, o recurso excessivo a analgésicos ou a suspensão de medidas de nutrição (Baroness & Neuberger, 2016). Estes mesmos autores defendem que planos individualizados de cuidados devem ser preferidos em detrimento de protocolos, do mesmo modo, Lau e colaboradores (2017) referem que este protocolo era aplicado genericamente não se adequando a casos particulares, não obstante, referem que recorrer a protocolos pode permitir perceber falhas e oportunidades de melhoria.

O quadro seguinte organiza algumas ideias para os cuidados em situação de últimos dias/ horas de vida. Apresenta-se os domínios a trabalhar com o cliente, bem como a síntese das intervenções emergentes na literatura.

Quadro 1. Domínios de atuação e intervenções em situação de últimos dias horas de vida.

Domínios	Intervenções
Deteção e diagnóstico da fase de últimos dias/ horas de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar a Palliative Performance Scale como ferramenta de prognóstico; • Excluir e tratar possíveis quadros patológicos reversíveis; • Averiguar sinais e sintomas de situação de últimos dias/ horas de vida; • Estabelecer objetivos de cuidados realistas;
Controlo de sinais e sintomas	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar sinais e sintomas recorrendo a instrumentos validados e parametrizados, ESAS, Escala da Dor, Escala de Borg, entre outros; • Ter prescrita terapêutica que apresente apenas claro benefício para a situação clínica; • Adequar as vias de administração dos fármacos; • Associar fármacos em SOS para controlo de sintomas irruptivos; • Ponderar sedação paliativa em sintomas de muito difícil controlo/ refratários; • Utilizar intervenções não farmacológicas; • Proceder a avaliações regulares.
Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar técnicas de comunicação empática e disponível; • Abordar com o cliente as mudanças que podem ocorrer; • Assegurar resposta e disponibilidade em caso de necessidade; • Ajustar expectativas do cliente; • Abordar vontades e desejos do cliente; • Reforçar o trabalho em equipa.
Suporte à família	<ul style="list-style-type: none"> • Responder às necessidades expressas pelos familiares; • Avaliar risco de luto patológico; • Ajustar expectativas dos familiares; • Ajustar visitas e a sua duração/ permanência 24h; • Promover sentimento de esperança; • Validar as suas tomadas de decisão.
Cuidados Espirituais	<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar os cuidados espirituais; • Recorrer à Terapia da Dignidade, e revisão de vida conforme a situação clínica do cliente assim o permitir; • Referenciar para assistente espiritual se o cliente-família assim o desejar; • Aplicar Questionário do Conforto Espiritual em Fim de Vida se adequado à situação clínica;
Nutrição	<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar os cuidados orais; • Incluir os familiares nos cuidados orais;

	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar as necessidades de ingesta do cliente;• Adequar dieta às preferências do cliente;• Incluir os familiares na decisão, devidamente informados;• Suspende a alimentação/ hidratação se não existir claro benefício para o conforto do cliente;
--	--

Adaptado de acordo com a literatura e as guidelines consultadas.

PARTE III. DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O Estágio de Natureza Profissional desenvolvido no âmbito deste curso de mestrado foi dividido em dois módulos, I e II, em que no primeiro módulo, num total de 170h em contexto clínico, se procurou desenvolver um projeto de desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa. Já o módulo II, com um total de 340h, decorreu nas mesmas unidades do módulo I, contudo o objetivo neste módulo foi executar o projeto de desenvolvimento de competências concebido anteriormente e que se reflete neste relatório.

De seguida, procede-se à caracterização de cada um destes locais de estágio: uma unidade de internamento de cuidados paliativos e uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos que permitiram o desenvolvimento do perfil de competências previsto.

Serviço de Cuidados Paliativos – unidade de internamento

Este estágio decorreu no período entre o dia 06 de fevereiro e o dia 14 de abril, num total de 170h de contacto, tendo sido orientado por enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica. A seleção desta unidade como local para o desenvolvimento das competências profissionais comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa prende-se com o facto de se tratar de um contexto com idoneidade formativa onde os profissionais estão habilitados para a facilitação do desenvolvimento das competências profissionais comuns e específicas.

O Serviço de Cuidados Paliativos, integra o departamento de medicina oncológica desta unidade hospitalar desde 1994. Relativamente às respostas de saúde, o serviço tem uma unidade de internamento com 40 camas distribuídas por dois pisos; uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP); uma equipa domiciliária de suporte de cuidados paliativos, uma consulta externa e a possibilidade de consulta telefónica. O contrato programa (2017-2019), assinado entre a instituição e a Administração Regional de Saúde do Norte, define que esta instituição hospitalar se obriga a manter em atividade uma EIHSCP, uma unidade de

internamento específica (dedicada a clientes do foro oncológico), assim como assegurar consultoria de cuidados paliativos aos profissionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) até que os ACeS estejam dotados de equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos pelo que a equipa domiciliária de suporte ainda se mantém em funcionamento.

Relativamente à equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos, esta presta apoio diferenciado e consultivo a toda a instituição, nomeadamente serviços de internamento via pedido de colaboração por parte da equipa médica assistente nos diferentes serviços de internamento, via sistema de informação institucional. Em termos de formação profissional desta equipa, apenas a médica alocada tem competência em medicina paliativa reconhecida. Já a enfermeira não apresenta qualquer diferenciação profissional. A equipa domiciliária de suporte de cuidados paliativos cuida de clientes que se encontram no domicílio a serem acompanhados por esta instituição. Funciona de segunda a sexta-feira das 8h às 15h. A consulta externa tem como objetivo acompanhar os clientes em regime de ambulatório desenvolvendo-se no terceiro piso do edifício onde se localiza o serviço de cuidados paliativos e o seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira. A referenciação para esta valência é feita pela equipa médica assistente da cada cliente que se encontre em tratamentos nesta unidade hospitalar. A consulta telefónica está disponível 24h por dia tendo um número específico para cada piso, e permite aos clientes ou familiares entrarem em contacto direto com o serviço de internamento. Este serviço também está disponível para clientes que nunca estiveram internados na instituição, mas que são seguidos em regime de ambulatório. A assistência religiosa e espiritual é também um serviço disponibilizado aos clientes. A articulação com este serviço é feita por via telefónica por parte do enfermeiro sempre que os clientes assim o entenderem.

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

A sua estrutura arquitetónica: a unidade encontra-se estruturalmente dividida por dois pisos (pisos 1 e 2). Tem capacidade para 20 quartos por piso, total de 40 clientes, internados em quartos individuais todos com janela e luz natural com WC partilhado com o quarto contíguo. Os quartos estão dispostos em redor de um balcão central.

Em termos de outras estruturas arquitetónicas de apoio o serviço apresenta duas salas com banheira de hidromassagem, uma em cada piso; chuveiros, de utilização pelos vários clientes, visto que não estão disponíveis em cada quarto; salas de trabalho, onde se procede à preparação de fármacos; salas de reuniões onde habitualmente decorre a passagem de turno e as reuniões semanais da equipa multidisciplinar e uma outra mais pequena utilizada para comunicar informação aos clientes e família (conferências familiares e comunicação de más notícias).

O funcionamento da unidade é de 24h por dia durante todo o ano. Relativamente à metodologia de trabalho, a equipa desenvolve os seus cuidados de acordo com o método individual, isto é, diariamente o enfermeiro responsável elabora a distribuição de clientes de acordo com os rácios definidos e as necessidades dos clientes. Em cada turno, cada enfermeiro é responsável por prestar todos os cuidados aos clientes que lhe foram atribuídos. Cada enfermeiro põe em prática o processo de enfermagem. Trata-se de um método de trabalho onde não há divisão de tarefas pelo que se torna uma metodologia que facilita um cuidado mais holístico, levando a uma maior satisfação por parte do cliente dos cuidados que recebe, exigindo, contudo, um maior número de recursos humanos.

Como já referido anteriormente, devido à elevada complexidade de cuidados demandada pelos clientes, é exigida aos profissionais que apresentem uma grande diferenciação formativa, isto é, formação de nível C, “doutoramento/mestrado/pós-graduação com mais de 280 horas, associado a estágios em unidades de reconhecida credibilidade e lecionados como pós-graduação e reforçados por meio de desenvolvimento profissional” (Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2017-2018 [PEDCP], 2017, p. 11). Esta é uma unidade onde se desenvolvem programas estruturados e regulares de formação e investigação em cuidados paliativos e dispõe de uma equipa com capacidade para responder a situações de elevada exigência e complexidade. Ainda que assim esteja definido nas indicações nacionais, como o plano estratégico, não se verifica na realidade, isto é, a equipa de enfermagem do piso onde decorreu o estágio é composta por 25 enfermeiros, dos quais dois são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, dois em processo de certificação de competências (competência

em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa), sendo que os restantes não apresentam especialidade ou competência em cuidados paliativos. Relativamente à equipa de assistentes operacionais nenhum dos 14 que compõe a equipa tem formação em cuidados paliativos; ainda assim, esta unidade hospitalar, por via do seu departamento de formação, desenvolve um curso básico de cuidados paliativos, no qual a participação é facultativa, que apresenta várias especificações dependendo dos profissionais que o irão frequentar, isto é, adequado às necessidades de cada grupo profissional.

O modelo de trabalho, realiza-se por turnos compostos por, no caso do turno da manhã, 5 enfermeiros; turno da tarde composto por 4 enfermeiros e turno da noite 3 enfermeiros. De segunda a sexta-feira o enfermeiro responsável do serviço reúne com as equipas médicas para os informar de possíveis ocorrências, durante a tarde do dia anterior e o turno da noite. Todas as sextas-feiras realiza-se uma reunião da equipa multidisciplinar onde são discutidos os casos clínicos assim como os delineados os objetivos para os cuidados para cada um dos clientes, estando reunidos médicos, enfermeiro responsável da equipa, psicóloga, assistente social e nutricionista. Dispõe de apoio de psicologia, duas profissionais, afeto apenas a este serviço de segunda a sexta-feira que dá resposta às necessidades dos clientes e família se assim for necessário. Dispõe de assistente espiritual que articula com responsáveis de outras religiões; duas assistentes sociais, e uma nutricionista.

A avaliação dos clientes assim como o plano de cuidados de enfermagem é em suporte informático no sistema de informação disponibilizado que tem como linguagem classificada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão Beta 2. Aquando da admissão do cliente na unidade, é realizada a avaliação inicial e explicada a política de valores ao cliente ou ao contacto de referência caso o cliente não se encontre capaz. Os focos mais comuns que se encontram nos planos de cuidados são relativos ao autocuidado (higiene pessoal, posicionar-se, transferir-se), integridade cutânea (risco e monitorização de úlceras por pressão e feridas oncológicas), queda (avaliação do risco de queda). O domínio do conforto é registado em plano de cuidados sob a forma de uma intervenção “Promover: o conforto”.

Tratando-se de uma unidade de cuidados paliativos especializada em clientes portadores de doenças oncológicas, os clientes são todos portadores de doença oncológica avançada, progressiva e incurável a serem, obrigatoriamente, acompanhados na instituição, podendo ser encaminhados de outros serviços de internamento, nomeadamente o Serviço de Oncologia

Médica, Serviço de Atendimento Não Programado ou Consulta Externa, assim como da Equipa Domiciliária de Suporte em Cuidados Paliativos. Na maioria das situações, os motivos de internamento dos clientes, é o descontrolo sintomático, nomeadamente a dor como principal sintoma descontrolado e dispneia resultantes da doença oncológica de base, exaustão do cuidador ou cuidados em fim de vida. Em termos de patologias mais comuns que exigem cuidados nesta unidade a sua prevalência é semelhante à nacional, surgindo em primeiro lugar, os tumores dos órgãos do sistema digestivo (estômago, cólon, pâncreas e fígado), de seguida, tumores dos órgãos geniturinários (bexiga, rim, próstata, útero). Houve a possibilidade de contactar com um caso de uma cliente com glioblastoma, um caso portador de linfoma tipo B, e ainda um caso em que o tumor primário estava oculto apresentando o cliente metastização ganglionar e cervical e ferida oncológica cervical.

Durante o período de estágio desenvolvido neste contexto cuidou-se de 41 clientes portadores de patologia oncológica com necessidades complexas ou altamente complexas, dos quais 1 em situação de últimos dias/ horas de vida.

Sendo um serviço de cuidados paliativos onde trabalham enfermeiros especialistas, e de acordo com o Regulamento nº 140/2019, “o enfermeiro especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional”. Existem alguns projetos de melhoria da qualidade dos cuidados, o STOP! Infeção Hospitalar, vocacionado para a implementação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos; Tratamento de feridas para melhorar a prática no que concerne ao tratamento de feridas; Cuidar em últimas horas de vida, que visa a melhoria dos cuidados aos clientes em fase agónica; Bem-estar da equipa reduzindo o impacto psicológico e emocional provocado pelo contacto com o sofrimento e a morte; Apoio à família após a alta realizando sessões de ensino aos cuidadores aquando a alta otimizando os cuidados aos clientes; Apoio espiritual; Atividades artísticas/ literárias com vista a melhorar a qualidade de vida dos clientes internados.

Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

O Centro Hospitalar onde se desenvolveu o segundo período de estágio é constituído por duas unidades funcionais, tendo como área de influência três concelhos da região norte de Portugal, prestando cuidados a uma população de cerca de 250 mil pessoas.

O contexto onde decorreu este estágio de natureza profissional foi a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos deste centro hospitalar. A decisão por este contexto vem no seguimento da indicação da Ordem dos Enfermeiros acerca da execução do estágio em dois contextos diferentes e com idoneidade formativa e assim por se tratar do contexto em que mais se tem contacto com a realidade diária pessoal dos cuidados de enfermagem. Decorreu no espaço temporal compreendido entre o dia 17 de abril e 16 de junho de 2023 num total de 170h de contacto tendo sido orientado por enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa.

Tratando-se de um centro hospitalar e de acordo com o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2017-2018, houve a necessidade de proceder à criação desta mesma equipa desde 2017, e criado o normativo que regula o funcionamento desta mesma equipa, atribuindo-lhe competências no âmbito da prestação de cuidados paliativos: “aconselhamento e apoio diferenciado em Cuidados Paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital, assim como aos clientes; assistência na execução do plano individual de Cuidados Paliativos aos clientes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação.”

Esta EIHSCP tem o seu gabinete no piso 3 de uma das unidades hospitalares e é constituída por 2 Enfermeiros, 3 médicos, 1 assistente social e 1 psicóloga. Ambos os enfermeiros são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, sendo que um deles, o coordenador da equipa, pela sua experiência em cuidados paliativos e pós-graduação em cuidados paliativos, é especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa. Relativamente aos médicos da equipa, duas são especialistas em medicina interna e outro especialista em oncologia todos com formação pós-graduada, nível de mestrado, em cuidados paliativos.

O horário de funcionamento é de segunda-feira, das 08h00 às 18h00, e de terça-feira a sexta-feira das 08h00 às 15h00, sendo que durante este horário de funcionamento a equipa dispõe de um número de telefone que se encontra disponível durante o período diário de funcionamento da equipa que permite que os clientes e ou seus familiares entrem em contacto com a equipa de forma a esclarecerem dúvidas, antecipação de consultas agendadas por agravamento dos sinais e sintomas e pedido de receituário terapêutico.

À terça-feira, a equipa desloca-se à outra unidade deste centro hospitalar, para proceder à avaliação dos clientes com pedido de colaboração. Neste dia também desenvolve consulta externa a utentes da área geográfica abrangida por esta unidade. Semanalmente, à quarta-feira, procede-se à reunião de equipa onde estão presentes todos os elementos da equipa e se discute e analisa as situações em gestão pela equipa como também os novos pedidos de avaliação.

Relativamente à referenciação dos clientes para a avaliação por parte desta equipa, é feita a partir do sistema de informação instituído, e o responsável por essa mesma referenciação é o médico assistente do cliente aquando do internamento e pode ser feita por qualquer especialidade existente no centro hospitalar exceto pela pediatria/ neonatologia, pois para estas especialidades define-se a criação de um núcleo de cuidados paliativos pediátricos, para consultoria, em que os seus elementos devem ter formação de nível intermédio em cuidados paliativos (PEDCP, 2021). Os critérios para referenciação dos clientes são prognóstico de vida limitado, sofrimento intenso (físico, psíquico e/ou espiritual), agravamento/ deterioração do quadro clínico da doença; necessidades específicas de difícil resolução que requeiram suporte específico, organizado e interdisciplinar; Índice de *Karnofsky* igual ou inferior a 50. Após a referenciação a equipa consegue, em média, proceder à primeira avaliação dos clientes em internamento nas primeiras 24 horas. Ainda que não estando contemplado no seu regimento de funcionamento, esta equipa recebe pedidos de avaliação por parte de outras instituições hospitalares, por proximidade geográfica e área de residência; recebem também pedidos via correio eletrónico pedidos de consulta externa por parte dos médicos de medicina geral e familiar quando estes detetam necessidades mais complexas em cuidados paliativos. É uma equipa de índole consultiva, atuando sempre em articulação com as equipas médicas responsáveis pelos clientes assim como com as equipas de enfermagem. Em casos que exijam continuidade de cuidados em Unidade de Cuidados Paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (UCP- RNCCI) procedem à avaliação do cliente e à sua referenciação em sistema informático.

Esta equipa procede à avaliação dos clientes referenciados em regime de internamento, em consulta externa e pontualmente no serviço de urgência. É o único recurso de cuidados paliativos especializados na zona de abrangência deste centro hospitalar visto não existirem equipas comunitárias de suporte de cuidados paliativos nos ACeS desta zona. Assim, se após contacto dos familiares a referir uma situação de agravamento da condição clínica do cliente a equipa encaminha diretamente para o serviço de urgência do centro hospitalar e aí presta os cuidados necessários, pondera e propõe internamento ao cuidado da medicina interna ou cirurgia geral.

As patologias mais comuns que justificam a avaliação e atuação da equipa são do foro oncológico nomeadamente patologias do sistema respiratório, principalmente pulmão, e sistema gastrointestinal, estômago e cólon. Das patologias não oncológicas destacam-se as insuficiências de órgão, a saber, insuficiência cardíaca, insuficiência respiratória (doença pulmonar obstrutiva crónica) e doença hepática crónica. Os motivos principais de solicitação e referenciação são desde o controlo de sintomas, a organização de cuidados, tomada de decisões, clientes em situação de últimos dias/ horas de vida e planeamento de alta. Para avaliação de sintomas recorre-se à Escala Numérica quando se pretende avaliar especificamente a intensidade da dor e a *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)* quando se pretende uma avaliação global dos sintomas explícitos ou implícitos dos clientes. Outros instrumentos também utilizados pela equipa são a *Palliative Performance Scale (PPS)* e a *Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)*, sendo mais utilizados aquando da referenciação para a UCP-RNCCI; nenhum destes instrumentos se encontra parametrizado no sistema de documentação.

No decorrer do estágio nesta equipa intra hospitalar cuidou-se de 35 clientes, dos quais 4 me situação de últimos dias/ horas de vida.

Aquando da primeira consulta os profissionais procedem à apresentação dos elementos que fazem parte da equipa, fornecem um panfleto onde constam informações importantes relativas à essência e objetivos dos cuidados paliativos, horário de funcionamento da equipa e formas de contacto, telefone e correio eletrónico.

Nas consultas subsequentes estas podem decorrer por via telefónica após autorização expressa do cliente ou do seu representante, evitando, deste modo, deslocações dos clientes às unidades hospitalares. Havendo necessidade de efetuar algum procedimento invasivo como paracenteses, toracocenteses, administração de hemoderivados e outros fármacos por via endovenosa estes são efetuados em regime de hospital de dia em gabinete próprio.

Relativamente à conceção de cuidados desenvolvida pela equipa esta decorre de uma avaliação diária dos clientes, contacto com as equipas assistentes dos clientes (equipas de médicos e enfermeiros dos serviços), contacto com a família, organizando conferências familiares sempre que se revelar pertinente para comunicar a situação clínica, organizar os cuidados após a alta. Como em grande parte das instituições de saúde em Portugal, a linguagem classificada é definida pela CIPE versão beta 2, contudo os registos dos cuidados de enfermagem prestados pela equipa são efetuados em notas gerais, pois não estão disponíveis no padrão de documentação existente, focos, diagnósticos e intervenções especificamente designadas para os registos por parte dos enfermeiros especialistas na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa.

Em termos de método de trabalho, trata-se de uma equipa que tem bem interiorizado o trabalho em equipa, onde os vários profissionais partilham opiniões, sugerem cuidados e tomam-se decisões em conjunto. Os cuidados de enfermagem não se baseiam numa metodologia específica como o trabalho por gestor de caso ou metodologia à tarefa.

A equipa conta ainda com dois projetos de melhoria da qualidade dos cuidados que se encontram ainda em desenvolvimento e em processo de aprovação e articulação. Um deles denominado “Banco de Ajudas Técnicas” com vista a apoiar os cliente e cuidadores na aquisição, por via do empréstimo, de material de apoio como camas articuladas e cadeirões no caso da sua situação económica não permitir a sua compra a título pessoal. Outro projeto está vocacionado para a consulta nos processos de perda e luto dos familiares/ cuidadores após a morte do cliente. Os cuidadores são avaliados pelos elementos da equipa enquanto o cliente se encontra aos cuidados da equipa de forma a perceber se poderá existir comprometimento do processo de luto.

PARTE IV- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, NA ÁREA DA ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

O desenvolvimento da ciência, especificamente na área da saúde, exige a quem desempenha papéis de profissionais da saúde uma aprendizagem ao longo da vida e com esta fundamentar os cuidados que desenvolve, tendo em conta a evidência científica existente e, as necessidades reais de cuidados. Em simultâneo deve contribuir para o desenvolvimento da ciência. Aos profissionais da saúde, como os enfermeiros, pela complexidade e responsabilidade dos seus cuidados é-lhes solicitada uma aquisição de conhecimentos e competências cada vez maior pois os clientes que cuidam procuram cuidados de qualidade, que respondam às suas expectativas e atinjam os objetivos de cuidados propostos.

O conhecimento na enfermagem foi definido por Carper estrutura-se em, conhecimento empírico, ético, pessoal e estético (Robinson et al., 2017). Relativamente ao conhecimento empírico este está relacionado com a ciência de enfermagem, ligado à necessidade de sistematizar o conhecimento de enfermagem de forma a descrever, explicar e prever fenómenos específicos da enfermagem. O conhecimento ético remete para a resolução de dilemas éticos e morais da prática clínica que envolvem muito mais que o conhecimento dos códigos da moral e ética da disciplina assim como para o respeito pelos princípios da bioética, beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. O conhecimento pessoal relaciona-se com a forma como o profissional vê a pessoa que cuida, a aceitação dos indivíduos em liberdade e no entendimento de que estes são seres em constante mudança e interação com o meio que os rodeia; ser enfermeiro implica a necessidade do estabelecimento de relações interpessoais entre profissionais e clientes e com isto o desenvolvimento de relações terapêuticas com impacto direto nos cuidados assim como na forma como o cliente vê a sua situação clínica e lida com os seus efeitos. Carper considera ainda o conhecimento estético, a enfermagem como arte. A capacidade do enfermeiro agir tendo em conta os seus conhecimentos adquiridos com a experiência profissional, a *praxis*, tratando-se esta da “antítese do conhecimento empírico”, “o conhecimento estético não é objetivo, generalizável ou factual” (Cloutier et al., 2007) envolvendo as capacidades técnicas do profissional assim como as suas capacidades de mobilizar os conhecimentos adquiridos e aplicá-los nas situações com que se depara.

Tratando-se de um relatório de estágio de natureza profissional com base no desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa, revela-se fundamental compreender o que se entende e como se define a competência.

A literatura disponível, define-se competência como “uma habilidade adquirida pela aprendizagem e experiência” (Fukada, 2018) é uma característica comportamental que tem por base os interesses e experiências que são previamente influenciados pela motivação e atitudes. Hökkä et al. (2020) definem a competência como o resultado da relação holística que se desenvolve entre conhecimento, capacidades, valores e atitudes necessárias para desempenhar cuidados de saúde efetivos, Suikkala et al. (2021) corroboram que o atingimento da competência promove maior satisfação laboral. Zarifian (2003) define competência como a tomada de iniciativa e a assunção de responsabilidades do indivíduo, sobre problemas e eventos que ele enfrenta na sua prática profissional, aplicando conhecimentos que adquiriu previamente e que os transforma tendo em conta as experiências que lhe vão surgindo (Lima et al., 2015). Os profissionais podem aumentar e melhorar as suas competências através da formação académica e do desenvolvimento profissional formal e informal ao longo da sua carreira.

Com a definição do perfil de competências e o desenvolvimento dessas competências na prática clínica procura-se atingir um nível cada vez maior de perícia nos cuidados tornando-os mais efetivos, eficientes e personalizados. A perícia nos cuidados de enfermagem tem sido abordada na literatura principalmente desde os trabalhos de Patricia Benner (1982), com base no Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências ao desenvolvimento de competências em enfermagem. Caracterizou e agrupou a perícia dos enfermeiros em cinco patamares: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

De acordo com esta investigadora, um enfermeiro iniciado caracteriza-se pela escassa experiência em situações onde se espera que desenvolva a sua atividade; depende das regras, regulamentações e guias para o seu desempenho profissional pelo que é-lhe difícil priorizar as tarefas que tem de desenvolver nas várias situações. De um iniciado avançado, tendo em conta que já terá alguma experiência, espera-se que este profissional já consiga atribuir algum significado aos acontecimentos em algumas situações, isto é, o seu desempenho depende de experiências anteriores. De um modo muito semelhante ao iniciado, um profissional neste nível necessita de apoio na tomada de decisão e priorização de tarefas.

De um enfermeiro competente espera-se que estabeleça uma planificação de cuidados com uma visão de longo prazo, ou seja, o enfermeiro consegue avaliar de forma consciente as situações e com isso definir objetivos e planos planeando as atividades de acordo com a sua importância para a resolução dos problemas e prestação de cuidados. Este nível é caracterizado por “um senso de mestria e habilidade para lidar com e gerir contingências da prática da enfermagem” (Benner, 1982). Relativamente ao nível proficiente o enfermeiro é capaz de perceber as situações como um todo. Estes profissionais conseguem perceber o que esperar em cada caso e antecipar e adaptar a sua atuação; existe uma abordagem mais holística na tomada de decisão fazendo com que “um enfermeiro proficiente tenha maior confiança nas suas decisões pois definiram prioridades de acordo com a importância atribuída a cada alteração” (Benner et al., 1992). O último nível, denominado de perito, o enfermeiro baseia a sua tomada de decisão nas suas experiências que lhe permitem focar a sua atenção no problema real não considerando estratégias que não facilitarão a resolução de problemas. Estes profissionais recorrem a ferramentas analíticas de resolução de problemas, isto é, regras, guidelines e outras ferramentas quando em determinada situação, o resultado das suas intervenções não corresponde às suas expectativas.

No que à aquisição de competências diz respeito a Ordem dos Enfermeiros definiu o Modelo de Desenvolvimento Profissional. Assim, o percurso de especialização em enfermagem e a aquisição de competências especializadas inicia-se com um período de Desenvolvimento Profissional Tutelado onde o enfermeiro vive um “período de socialização a um novo perfil de competências (especialista), suportando a gradual assunção da responsabilidade e intervenção autónoma, de forma segura para o profissional e para os clientes” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.11). Durante este período, o enfermeiro deve analisar as suas aprendizagens e vivências. Trata-se de um trabalho pessoal crítico-reflexivo. Após isto submeterá as suas aprendizagens de forma que estas sejam reconhecidas tendo por base um quadro de referência face aos quais é feita uma comparação. Posteriormente, após a validação por uma instituição educativa ocorre o processo de certificação dessas mesmas competências da responsabilidade da Ordem dos Enfermeiros e que habilita o profissional a desenvolver a sua prática clínica em contexto especializado.

Tomando, então, os estudos de Carper e Benner para o desenvolvimento da ciência da enfermagem e para o desenvolvimento de competências, importa refletir acerca das competências adquiridas neste estágio de natureza profissional e nos vários contextos de prática clínica.

O desenvolvimento de competências deriva da formação centrada no aluno, em que se espera que este deve adquirir conhecimentos teóricos, mas também deve ser capaz de demonstrar como se deve atuar.

No âmbito das ciências da saúde também George Miller desenvolveu uma forma de categorizar a aquisição de conhecimento e hierarquizar a aquisição de competências. Desenvolveu uma esquematização onde evidencia quatro níveis de aquisição de competências (Cruess et al., 2016), o correspondente à base da pirâmide denomina-se de “Saber” (conhecimento), adquirido pelo estudo e formação teórica. O nível seguinte diz respeito ao “Saber Como” (competência), o estudante deve ser capaz de relacionar os conhecimentos adquiridos das mais diversas fontes, analisar e interpretar esses dados permitindo-lhe formular diagnósticos e daí desenvolver uma conceção de cuidados que responda às reais necessidades dos clientes. O terceiro nível, o “Mostra como” (performance), o estudante é capaz de, perante uma situação real, atuar consoante os seus conhecimentos e capacidades. A inexistência de situações que permitam ao estudante demonstrar as suas capacidades poderá dificultar a sua avaliação pelo que se revela fundamental que o estudante procure experiências que lhe permitam demonstrar o que é capaz de executar. Por fim no topo da pirâmide encontra-se o “Fazer” (ação), o estudante é autónomo na sua prática profissional respondendo de forma incisiva aos problemas e necessidades dos clientes.

Com o relatório que se apresenta visa-se refletir acerca dos conhecimentos adquiridos em momentos anteriores, nomeadamente aulas teóricas e de autoaprendizagem, competências desenvolvidas definidas e descritas nos Regulamentos nº 429/ 2018 e 140/ 2019 da Ordem dos Enfermeiros.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

No Regulamento nº 140/ 2019 da Ordem dos Enfermeiros encontram-se descritas as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista caracterizando este profissional como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do nº 3 do artigo 3º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento nº 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros”. Também o *International Council of Nurses (ICN)* definiu que um enfermeiro especialista é aquele que presta cuidados numa área específica da enfermagem e influencia os resultados das intervenções de enfermagem pela liderança e suporte alicerçados na prática baseada na evidência (ICN, 2020); o enfermeiro especialista desempenha uma função de consultoria a outros enfermeiros, nomeadamente de cuidados gerais, e também a outros profissionais quando a gestão das necessidades dos clientes é complexa. Assim define-se por Competências Comuns “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 nº 140/2019). De acordo com este regulamento são quatro as competências comuns do enfermeiro especialista, Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Relativamente à primeira competência esta relaciona-se com a prática dos cuidados tendo em conta a observância do Código Deontológico da profissão e promoção de cuidados de enfermagem respeitadores dos direitos humanos. Durante este estágio, em ambos os módulos, procurou-se pautar os cuidados de enfermagem de acordo com o código deontológico, respeitando os direitos humanos e pelos quatro princípios da bioética, beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. Foram múltiplas as vezes em que foi possível ir ao encontro desta competência. Quando solicitado pelos clientes, ou familiares, na impossibilidade de o cliente não ter autonomia, a informação acerca da evolução do estado clínico e prognóstico,

respeitando sempre a vontade do cliente acerca da informação que desejasse saber, respeitando o direito à autodeterminação, valores, costumes e crenças.

A prestação de cuidados paliativos implica que os clientes conheçam os objetivos de atuação das equipas pelo que, no caso da unidade de internamento apenas casos pontuais, e na EIHSCP apenas um caso, recusaram a prestação de cuidados por estas equipas especializadas. Nestes casos, explicou-se o âmbito de atuação dos cuidados paliativos e a sua finalidade, contudo os clientes mantiveram a sua decisão permanecendo aos cuidados das equipas assistentes de outras especialidades, nomeadamente medicina interna ou cirurgia geral. Ainda assim, as equipas mantiveram-se disponíveis para possíveis avaliações posteriores se assim fosse da vontade dos clientes.

Relativamente ao domínio da melhoria contínua da qualidade, durante este estágio, procurou-se mobilizar os conhecimentos adquiridos e procurar novos tendo em conta as situações vivenciadas nos contextos e as respostas exigidas. Remetendo para o projeto de desenvolvimento de competências desenvolvido no Módulo I desta unidade curricular, onde um dos objetivos era facilitar a aprendizagem, em contexto de trabalho, das equipas onde decorreria o estágio foi possível debruçar sobre a melhoria contínua na área do conforto psicoespiritual a ponto de integrar e desenvolver uma sessão de formação na EIHSCP, onde se procedeu à apresentação de um instrumento já traduzido e validado para a população portuguesa, útil na avaliação do conforto psicoespiritual dos clientes em fim de vida, o “Questionário do Conforto Espiritual em Fim de Vida” (anexo 3). Esta apresentação veio reforçar, na equipa, a necessidade promover uma abordagem holística das necessidades dos clientes e onde se incluem as necessidades espirituais. Após a sessão a equipa valorizou e considerou fundamental para uma melhor prestação de cuidados a integração de um novo instrumento nos sistemas de informação para uma melhor caracterização da necessidade de cuidados espirituais. Desenvolver esta sessão de formação permitiu a mobilização de conhecimentos e a partilha dos mesmos com outros profissionais. Do mesmo modo estava previsto desenvolver uma sessão semelhante em contexto de internamento, porém, por múltiplas razões não foi possível proceder à realização da mesma.

Ainda neste âmbito, estava previsto a elaboração de um guia orientador de boas práticas com foco nos cuidados dirigidos ao conforto do cliente em situação de últimos dias/ horas de vida que exige uma revisão das intervenções descritas na literatura e que, por constrangimentos

personais, esse guia não foi possível ser elaborado e constar neste trabalho, ainda assim, a revisão desenvolvida permitiu a identificação e aquisição de novos conhecimentos que foram partilhados e discutidos em equipa, para futuramente ser passível de aplicação em contexto clínico podendo configurar-se num projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, tal como enunciado no Regulamento nº 140/2019, pág. 4747, “o enfermeiro especialista deve planejar programas de melhoria contínua” e, para isso, “agilizar a construção e desenvolvimento de guias orientadores de boa prática”. Aquando em contexto de estágio surgiu a possibilidade de contribuir com algum conhecimento adquirido num seminário para alunos do curso de licenciatura em enfermagem acerca da terapêutica subcutânea, nomeadamente, alguns conceitos associados, cuidados a ter, indicações para a sua utilização e partilha de experiências. Considera-se ter sido uma atividade relevante para o desenvolvimento pessoal e de competências no sentido que exigiu preparação e a apresentação oral aos participantes, ajudou no desenvolvimento de competências comunicacionais que devem fazer parte integrante de um enfermeiro, nomeadamente especialista. Numa busca contínua pela aquisição de novos conhecimentos surgiu também a oportunidade de estar presente numa sessão de formação denominada de *Journal Club*, promovida no serviço de internamento pelo internato médico a realizar o seu estágio nessa mesma unidade, com foco na referenciação de clientes do foro hemato-oncológico para cuidados paliativos e constrangimentos associados à referenciação. Ainda que se tratasse de uma atividade organizada por médicos era aberta a toda a equipa. A discussão desta problemática teve uma elevada relevância pois nos vários serviços de internamento existem clientes paliativos complexos e muitos constrangimentos na referenciação para o serviço de cuidados paliativos.

Como referido na descrição dos contextos de estágio ambos possuíam projetos de melhoria contínua da qualidade. Todavia, no contexto da unidade de internamento, apenas o projeto relativo ao controlo de infeção se encontrava plenamente em funcionamento, os restantes encontravam-se suspensos e pouco divulgados, alguns elementos da equipa não sabiam da sua existência ou se se encontravam ativos ou não. Considerou-se que um projeto que deveria ser mais desenvolvido objetiva a prevenção do burnout dos profissionais visto que, ainda que as taxas de burnout em cuidados paliativos sejam mais baixas que em outros contextos de cuidados, é necessária uma atenção ao bem-estar dos profissionais para que estes estejam aptos a uma prestação de cuidados adequada.

No contexto de EIHS CP o projeto de banco de ajudas técnicas encontrava-se em aplicação, tendo sido, durante o estágio, necessário articular com a assistente social da equipa o empréstimo de uma cama articulada para uma cliente dependente. O projeto de consulta de apoio ao cuidador no luto ainda se encontra em desenvolvimento pois é necessário a sua parametrização em sistema informático, SClínico, e uma melhoria da definição de objetivos. Deste modo, pode afirmar-se que em ambos os contextos existem oportunidades de melhoria que devem ser aproveitadas para uma prestação de cuidados e satisfação dos clientes.

Em contexto de EIHS CP, a consulta externa também se desenvolvia por via telefónica, normalmente consultas subsequentes com vista a reduzir as necessidades de deslocação dos clientes, muitas vezes mais fragilizados, ao hospital. Deste modo, procedia-se ao contacto definido como contacto de referência, que podia ser o próprio cliente ou familiar por ele indicado. Para que este procedimento ocorresse era necessário que, na primeira consulta, o cliente, se capaz, assinasse o consentimento informado que é exigido no contexto da proteção de dados, nomeadamente do processo clínico, e assim promover uma parte da segurança dos cuidados e a privacidade dos clientes.

Relativamente à competência gestão dos cuidados foi possível otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. Ora, atualmente ainda se verifica um referenciação de clientes em fases muito avançadas das doenças, muitas vezes em situação de últimos dias/ horas de vida, o que dificulta um abordagem ótima em alguns casos pois os clientes frequentemente morrem pouco tempo após a avaliação pela equipa o que limita a abordagem dos cuidados paliativos apenas às últimas semanas ou dias de vida impossibilitando que o cliente possa verdadeiramente usufruir de cuidados paliativos para melhorar a sua qualidade de vida (Capelas, Coelho, Silva, & Ferreira, 2017), ainda que se consiga aliviar o sofrimento na fase terminal.

A formação ao longo do exercício profissional é extremamente importante e em contexto de trabalho é fundamental quer para a instituição quer para os profissionais. Serve a instituição melhorando a produção, efetividade e inovação, entenda-se aqui, produção como os cuidados de saúde, e serve os profissionais pessoalmente pois acrescenta-lhes conhecimento, habilidades e capacidades, melhorando os seus próprios cuidados. Na formação em contexto de trabalho, seja formal ou informal, desenvolve-se uma interseção de interesses, e discussão de ideias que se espera evoluírem rapidamente para a prática (Manuti et al., 2015).

A formação formal entende-se como a formação ministrada por profissionais habilitados partindo de um conjunto de necessidades formativas de um determinado serviço e envolve preparação e um programa onde, habitualmente, após a conclusão da formação certifica-se a pessoa que a frequentou. Decorre, por norma, num ambiente como salas de aula ou reunião. Quanto à formação informal define-se como aquela que emerge das rotinas diárias após uma situação à qual não se conseguiu dar resposta adequada, ocorrendo por norma nos serviços e entre profissionais.

No que concerne ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, estas são o suporte da prática clínica em evidência científica. Em contexto de estágio foram vários os momentos que permitiram atuar como formador de forma informal nomeadamente na utilização e gestão da via subcutânea, controlo de sinais e sintomas e atuação em situação de últimos dias/ horas de vida. Com estas demonstrações em situações específicas, procurou-se manter o nível e qualidade de cuidados, de forma segura, ainda que a equipa especializada não esteja disponível.

Considerando o contexto de internamento o papel de assessoria do enfermeiro especialista era, porventura, o principal recurso desta equipa. Os enfermeiros especialistas desta equipa eram recorrentemente consultados por parte de outros profissionais de saúde para colaborar na tomada de decisões das equipas de saúde.

Ainda que, não tendo desenvolvido atividades relacionadas com a gestão de recursos humanos nas equipas, importa ressaltar o papel de coordenador da EIHSCP, ao contrário dos existentes em outros contextos, ser desempenhado por um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa e com formação pós-graduada em gestão.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

Em 2013, a EAPC, definiu o termo competência como “um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que afetam o desempenho profissional de alguém e que se relacionam com o seu desempenho profissional; podem ser mensuradas partindo de padrões e melhoradas e desenvolvidas através do treino” (Gamondi et al., 2013). Definiu ainda um conjunto de dez competências centrais para a prática em cuidados paliativos com vista a uniformizar as práticas e os currículos escolares na Europa, assim:

- Aplicar os constituintes centrais dos cuidados paliativos, no ambiente próprio e mais seguro para os clientes;
- Aumentar o conforto físico durante as trajetórias de doença dos clientes;
- Atender às necessidades psicológicas dos clientes;
- Atender às necessidades sociais dos clientes;
- Atender às necessidades espirituais dos clientes;
- Responder às necessidades dos cuidadores familiares em relação aos objetivos do cuidar a curto, médio e longo prazo;
- Responder aos desafios da tomada de decisão clínica e ética em cuidados paliativos;
- Implementar uma coordenação integral do cuidar e um trabalho de equipa interdisciplinar em todos os contextos onde os cuidados paliativos são oferecidos;
- Desenvolver competências interpessoais e comunicacionais adequadas aos cuidados paliativos;
- Promover o autoconhecimento e o contínuo desenvolvimento profissional.

Tomando por base estas indicações da associação europeia de cuidados paliativos, para todos os profissionais que prestem cuidados paliativos, houve a necessidade de criar programas formativos em Portugal que dessem resposta às necessidades da associação nomeadamente definir o perfil de competências para o exercício profissional dos enfermeiros nesta área e definir o conceito de competência.

Em 2018 foi publicado em Diário da República o Regulamento nº 429/ 2018, em que a mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo em conta as “necessidades de

cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes, relativamente às quais se reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção”, sobressai e destaca-se a área da pessoa em situação paliativa. Neste documento foram definidas duas competências específicas:

- a) 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.
- b) Estabelece relação terapêutica com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/ familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto.

Definem-se também, neste documento, as unidades de competência e os respetivos critérios de avaliação.

Com base no regulamento acima referido, reflete-se de seguida sobre as atividades e intervenções promotoras do desenvolvimento de competências descritas.

Sendo os cuidados paliativos um tipo de cuidados assentes numa avaliação global, interdisciplinar e humanista é facilmente compreensível que, para uma prestação efetiva de cuidados, há que iniciar a intervenção por uma correta avaliação de necessidades dos clientes aos níveis físico, psicoemocional, espiritual e social, sendo as necessidades definidas por “estímulos induzidos por dificuldades e que promovem atividades com vista a responder a esses estímulos” (Kolcaba, 1994) e deve ter em conta, de acordo com Capelas e colaboradores (2018, p. 19), o “prognóstico, estado funcional, sintomas físicos, psicossociais e outros sintomas geradores de sofrimento, qualidade de vida, sobrecarga dos cuidadores, questões espirituais e existenciais, necessidades de apoio prático e financeiro, planeamento avançado dos cuidados” e constituir parte do processo do cliente. Assim, a avaliação de necessidades apresenta-se como a primeira unidade de competência descrita no Regulamento nº 429/2018, “identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/ familiares” sendo possível, em ambos os contextos de estágio, desenvolver uma avaliação das necessidades dos clientes, da forma mais abrangente possível

tendo em conta a individualidade, as crenças e valores dos clientes. Contudo verificaram-se alguns constrangimentos no que à avaliação das necessidades espirituais diz respeito. Esta avaliação era realizada aquando da admissão (ao internamento ou EIHSCP) dos clientes e durante o tempo em que estiveram aos cuidados das respetivas equipas, sendo focada na avaliação das necessidades dos clientes a nível físico, psicoemocional e sociofamiliar; já as necessidades espirituais não eram avaliadas de forma tão sistemática. Em internamento apenas a dor era avaliada recorrendo a um instrumento parametrizado sendo inadequado em algumas situações tendo em conta a situação clínica do cliente (clientes portadores de doença oncológica, mas com demência em estágio avançado, ou outras alterações da cognição), a caracterização da dor era feita em notas gerais, mas não era uma avaliação que todos os profissionais fizessem. Outros sintomas que os clientes pudessem expressar eram avaliados de forma pouco sistemática e dependente do juízo clínico do profissional que os avaliava. Em contexto de equipa intra-hospitalar a realidade era semelhante, em termos de parametrização apenas a escala numérica da dor se encontrava em sistema informático, sendo outros sintomas registados em notas gerais. Em contexto de consulta externa a avaliação de sintomas era feita tendo por base a ESAS e a PPS. Para efeitos de referência para UCP-RNCCI era preenchida a ESAS (disponibilizada no aplicativo da RNCCI e de preenchimento obrigatório para a referência para esta tipologia), PPS e ECOG.

Ainda que as necessidades espirituais fosse avaliadas de forma menos adequada, um dos casos na EIHSCP permitiu a abordagem dessas mesmas necessidades. Uma cliente jovem, filhos também jovens, uma doença terminal, o sofrimento e as alterações que a doença provocou em todos. Todavia, algo transversal a ambos os contextos era a existência em avaliação inicial/ primeira consulta, da existência de crenças religiosas. Em contexto de internamento esta informação não tinha grande impacto nos cuidados porque, mesmo que ela existisse, os rituais não eram muito incentivados, salvo é claro, determinadas situações, solicitadas expressamente pelos clientes ou famílias. Já em contexto de EIHSCP, os profissionais eram mais proativos neste âmbito, questionavam os clientes acerca das suas crenças, e principalmente em situações de últimos dias/ horas de vida, questionavam os familiares acerca da possibilidade de algum ritual de fim de vida que o cliente tivesse vontade em cumprir.

Esta avaliação sistemática das necessidades tinha em vista a antecipação de situações de agudização assim como a atuação no caso das mesmas. Nos contextos de prática clínica procedeu-se à administração de fármacos em SOS, principalmente para controlo da dor,

dispneia, hemorragia e agitação. Em regime de internamento, ativaram-se protocolos de atuação para controlo de hemorragia e agitação. Já no contexto de EIHSOP não existiam protocolos de atuação o que dificultava o controlo de sintomas de forma mais célere.

De acordo com as atividades desenvolvidas seria importante compreender que a avaliação de sintomas dispõe de instrumentos como escalas ou questionários que permitem ao profissional gerir esses mesmos sintomas reduzindo o seu impacto e perceber a evolução e efeito das suas intervenções pela comparação entre avaliações sistemáticas. Escalas como a escala numérica da dor ou a escala de faces encontram-se recomendadas pela Direção Geral de Saúde e parametrizadas no sistema informático sendo facilmente reconhecidas e utilizadas por grande parte dos profissionais, contudo, outros instrumentos que permitem uma avaliação mais integral das necessidades dos clientes não estão ainda disponibilizados para utilização pelos profissionais, devendo o enfermeiro especialista dá-los a conhecer para melhorar os cuidados aos clientes.

Ora, a avaliação da espiritualidade, entenda-se como avaliação das necessidades espirituais, é fulcral em cuidados paliativos. A espiritualidade é um conceito individual, multidimensional, dinâmico e filosófico (Rego, 2018) e define-se como a “consciência do transcendente, a consciência de que algo está para além da experiência ou do conhecimento humano comuns” (Twycross, 2003, p. 56), por outras palavras, a espiritualidade está relacionada com o significado e sentido da vida, relações interpessoais, crenças em forças superiores, entre outras. Todos os seres humanos têm necessidades espirituais que podem ter configurações teológicas ou não. Como descrito anteriormente a espiritualidade e preocupações relacionadas com o sentido da vida, o seu significado estão muito presentes e tem um significado muito importante para os clientes em situações de fim de vida e últimos dias/ horas de vida. Nesta fase de vida, casos existem em que uma revisão de vida, uma reflexão espiritual são fundamentais, dir-se-ia, muito mais que uma medicalização para controlo sintomático. Reconhecer as preocupações do foro espiritual de um cliente em fim de vida, validá-las e dar-lhes resposta é melhorar a qualidade de vida (Rego, 2018), a mesma autora acrescenta que altos níveis de bem-estar espiritual associam-se a melhorias na qualidade de vida, maior e melhor aceitação dos diagnósticos, promoção de sentimentos de esperança e redução os desejos de antecipação da morte.

Por oposição ao bem-estar espiritual encontra-se o sofrimento espiritual que se baseia na rutura, associada à doença, do quadro referencial de crenças e valores, a perda de sentido, significado

ou suporte. Ora, tendo em conta que se configura uma vertente do sofrimento em cuidados paliativos a sua avaliação é perentória com vista à promoção de conforto e bem-estar.

Sendo uma área de atuação tão particular, pela sua individualidade e especificidade, muitos profissionais sentem-se incapazes de a abordar nas suas relações com os clientes ainda que saibam que se trata de um assunto no qual devem estar preparados para intervir. Qualquer profissional da equipa deve desenvolver competências no âmbito dos cuidados espirituais e procurar que os clientes se expressem neste sentido. De forma recorrente, nos cuidados de saúde, quando os clientes expressam necessidades de conforto espiritual estes são encaminhados para o assistente espiritual das instituições, por um lado por uma confusão entre espiritualidade e religiosidade por outro por dificuldade dos profissionais em compreender as necessidades transcendentais dos clientes e o impacto destas na sua vida. Quando assim acontece, o profissional, principalmente com conhecimentos especializados no âmbito dos cuidados paliativos deve ser capaz de responder adequadamente a estas necessidades no sentido de facilitar ao cliente a busca do sentido da sua vida (Tornøe et al., 2014).

A Escala do Conforto Holístico em Fim de Vida (Pinto, Berenguer, et al., 2016), apresentada em contexto de EIHS CP, permite a abordagem de fatores passíveis de causar sofrimento espiritual, e que em nenhum dos contextos era utilizada. Do mesmo modo, a Escala de Zarit (F. Ferreira et al., 2010), desenvolvida para a avaliação da sobrecarga do cuidador, não era utilizada em nenhum dos contextos. Esta subutilização de recursos pode comprometer a prestação de cuidados no sentido que as equipas podem não estar a conseguir dar resposta às reais necessidades dos clientes e assim não responder ao preconizado por indicadores de qualidade propostos (Capelas et al., 2018).

Outro conceito intimamente ligado à avaliação de necessidades e às variáveis que para elas concorrerem é o conceito de sofrimento. Na definição de cuidados paliativos, a prevenção e o alívio do sofrimento assumem-se como objetivos principais dos cuidados. Partindo da premissa que os corpos sentem dor, mas não sofrem, as pessoas, como seres totais, sofrem, valida-se que o sofrimento é intrínseco à situação de doença e à vivência do ser humano (Capelas, Coelho, Silva, & Ferreira, 2017) e que importa reconhecê-lo e validá-lo e, se assim não for, corre-se o risco de não atender às reais necessidades da pessoa. O sofrimento define-se por “um estado complexo negativo de mal-estar, caracterizado pela sensação experimentada pela pessoa de se sentir ameaçada na sua integridade, (...) pelo sentimento de impotência para fazer frente a essa

ameaça (...)” (Barbosa, 2016b, p. 674), ou seja, as equipas devem procurar compreender os fatores contributivos para o sofrimento e assim perceber as necessidades dos clientes, “a complexidade do sofrimento e a combinação com fatores físicos, psicológicos, sociais e espirituais, existenciais em fim de vida, obrigam à existência de uma abordagem sustentada nos princípios éticos, no processo de tomada de decisão, entre diversas opções no âmbito dos cuidados paliativos” (Capelas, Coelho, Silva, & Ferreira, 2017, p. 63). Este conceito exige dos profissionais um cuidar compassivo, isto é, de forma ativa com uma presença forte junto de quem sofre, sendo para isto fundamental o estabelecimento de uma relação terapêutica. Capelas e colaboradores (2017) definem a comunicação empática e a presença compassiva como as intervenções fundamentais para uma correta abordagem do sofrimento.

Para prestar cuidados compassivos é fundamental compreender que a compaixão é um conceito central em cuidados paliativos. Sem uma definição consensual na sociedade visto estar fortemente associada a valores morais e espirituais dos seres humanos, a compaixão exige um profundo conhecimento do outro que sofre mantendo o respeito pela sua integridade. O foco primário da compaixão é o alívio do sofrimento de quem as equipas cuidam e trata-se de uma abordagem mais profunda que a empatia pois exige dos profissionais atos concretos do cuidar ao passo que a empatia permite apenas a valorização do sofrimento.

Sendo os sintomas “complexos multidimensionais e que carecem de uma avaliação rigorosa e tão objetiva quanto possível” (Neto, 2016b, p. 47), deve-se procurar caracterizar qualquer sintoma contemplado a localização, irradiação, duração, fatores de alívio ou exacerbação e impacto na vida diária do cliente possibilitando um controlo sintomático eficaz e a abordagem não se deve resumir apenas ao seu tratamento quando estes se encontram instalados ou exacerbados. Um controlo de sintomas eficaz baseia-se em 5 categorias (Twycross, 2003), avaliação, explicação, tratamento, controlo/monitorização e atenção aos pormenores. A avaliação deve acontecer sempre antes do início de qualquer tratamento e deve incluir a deteção da causa subjacente e que nem sempre tem origem no diagnóstico principal, tratamentos instituídos, mas que se revelaram infrutíferos, e, principalmente, o real impacto do sintoma na vida do cliente. Um sintoma é um fator stressor para o cliente, pelo que uma explicação em linguagem compreensível às capacidades do cliente deve ser encetada. O tratamento deve ser direcionado ao sintoma e de acordo com as preferências dos clientes, se assim for possível.

Uma avaliação completa das necessidades dos clientes permite às equipas antecipar possíveis situações de agudização. Ora, considerando o desenvolvimento científico e o estudo cada vez mais aprofundado das patologias é possível antecipar sintomas dos clientes e a existência de um esquema terapêutico que contemple prescrições de fármacos de ação rápida para controlo de crises (Freire, 2021) trata-se de um indicador de qualidade dos cuidados definidos por Capelas et al. (2018).

Assim, e tomando os resultados de Capelas et al. (2018), a avaliação de sintomas e do estado global de saúde, com recurso a instrumentos standardizados e validados e a reavaliação dos sintomas/problemas físicos em todas as consultas/visitas corresponde a dois indicadores de processo, do domínio dos aspetos físicos do cuidar, importante para os cuidados paliativos e segundo os quais o enfermeiro especialista deve basear a sua prática.

Em ambos os contextos, após a primeira avaliação de necessidades era elaborado um plano individualizado de cuidados para o cliente baseado nos padrões de documentação disponibilizados nos contextos focados maioritariamente no controlo de sintomas sendo atualizado de acordo com as respostas do cliente às intervenções desenvolvidas. Ora, uma dificuldade que surgiu ao longo do estágio foi a necessidade de desenvolver planos individualizados com padrões de documentação diferentes e que, por sua vez, tinham “linguagem classificada” diferentes, em contexto de internamento e EIHSCT utilizava-se a CIPE e na conceção de cuidados utilizou-se a ontologia de enfermagem (ESEP). Ainda que se possa considerar uma mais-valia a multiplicidade de nomenclaturas, pessoalmente, considerou-se que dificultou a aprendizagem.

Quanto à segunda unidade de competência em que o enfermeiro deve promover 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 também se desenvolveram algumas atividades.

O controlo sintomático, nos dois contextos, era realizado recorrendo a medidas farmacológicas. A utilização de técnicas invasivas para controlo da dor foi uma prática relativamente recorrente. Outra estratégia muito utilizada para controlo de sintomas, hemorragia e dor, era a radioterapia como foi o caso clínico de um cliente com ferida maligna oncológica peri-umbilical sangrante. Em contexto do EIHSCT, tratava-se de técnicas não efetuadas, contudo, em articulação com outras unidades hospitalares era possível que os clientes recorressem a essas técnicas de forma

eficaz, como a situação do cliente. que apresentava dor que irradiava para o membro inferior esquerdo de difícil controlo e a quem foi proposto bloqueio nervoso e que surtiu efeito no controlo da dor.

O controlo sintomático pode e deve ser feito de acordo com as necessidades do cliente respeitando sempre a sua autonomia; deve ser baseado em medidas farmacológicas e não farmacológicas de entre as quais se destacam as terapias complementares. Tanto em regime de internamento de cuidados paliativos como em contexto de EIHSCP a utilização de medidas farmacológicas no controlo e alívio sintomático era preferencial em relação às medidas não farmacológicas. Na unidade de internamento existia uma banheira de hidromassagem adaptada aos clientes com alterações na mobilidade, contudo era raramente utilizada ou sugerida aos clientes.

Tendo em conta que os recetores dos cuidados são pessoas portadoras de doenças avançadas e progressivas, onde diariamente podem surgir novos sintomas e a exacerbação daqueles que as equipas julgavam controlados, urge uma postura proativa e antecipatória ao surgimento de sintomas mantendo prescritos fármacos em SOS direcionados para esses sintomas e explicar, sempre ao cliente a possibilidade da exacerbação, mas que existem formas terapêuticas de a controlar rapidamente. Assim se consegue uma diminuição da ansiedade associada. A monitorização deve ser feita tendo em vista que o controlo ocorra o tão rápido e eficazmente possível. Neto (2018) refere que esse controlo deva ocorrer “nas primeiras 48-72h” (p. 123), por seu turno, Capelas (2018) definem como o período de 24 a 48 horas para controlo sintomático. Por fim, mas não menos importante, a atenção aos pormenores, o controlo e minimização dos efeitos secundários e o risco de interações medicamentosas, promovem a dignidade e qualidade de vida.

Em cuidados paliativos recorrer a opióides para o controlo da dor, segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde, assim como para controlo da dispneia refratária a outros tratamentos são considerados por Capelas e colaboradores (2018) como dois indicadores de processo no âmbito dos aspetos físicos do cuidar. Não obstante, o controlo sintomático em cuidados paliativos não se restringe apenas à prescrição e administração de fármacos assim como também com uma articulação com profissionais de outras especialidades, médicas e de enfermagem, no sentido de responder à sintomatologia por outras vias muitas vezes invasivas, mas eficazes, como os bloqueios de plexos nervosos.

Para um controlo sintomático adequado recorrer a terapêuticas não farmacológicas concomitantemente às terapêuticas farmacológicas pode revelar-se interessante e importante para o cliente. De entre as terapias complementares com impacto positivo na qualidade de vida dos clientes destacam-se o toque terapêutico, a aromaterapia, a massagem terapêutica, entre muitas outras. Ainda que sejam terapias com resultados inconsistentes relatados na literatura científica (Coelho et al., 2017; Dingley & Ruckdeschel, 2021), as terapias mente-corpo-espírito cujo conceito baseia-se na premissa que o corpo, a mente e o espírito se encontram interligados e influenciam-se mutuamente pelo que a saúde resulta do seu entre si (Watson et al., 2019) têm apresentado resultados promissores e, por isso, o interesse dos clientes tem crescido (Corpora et al., 2021) exigindo cada vez mais estudos e investigação sendo que os resultados que vão surgindo apontam para um efeito positivo no controlo de sintomas e no suporte psicoespiritual e na satisfação dos clientes com os cuidados.

Tendo em conta os conhecimentos adquiridos neste âmbito e as realidades vivenciadas seria importante que os profissionais incluíssem este tipo de abordagem não farmacológica nas suas práticas e as validassem cientificamente como um passo na melhoria dos cuidados verdadeiramente holísticos.

Quanto à prevenção, intervenção e controlo de infeção também se desenvolveram atividades potenciadas pela manutenção de medidas de contenção da disseminação de SARS-CoV-2 e outros microrganismos multirresistentes. Com vista à redução do número de novos casos diários, durante a pandemia, os hospitais, entre outras medidas, suspenderam ou restringiram as visitas e também a possibilidade de permanecer 24h no serviço como acompanhante em todos os serviços de internamento incluindo os serviços de cuidados paliativos. Durante a fase inicial do estágio na unidade de internamento, a restrição a três visitas por dia e durante apenas 30 minutos revelavam-se claramente insuficientes, desde situações de familiares que se deslocaram de longe para uma visita e também crianças para ver a mãe que se encontrava internada em situação de últimos dias/ horas de vida e que se encontrava em medidas de isolamento por Covid-19, de ressaltar que neste serviço os clientes se encontravam em quartos individuais onde o contacto com outros clientes era praticamente inexistente. Após o regresso às indicações pré-pandémicas foi possível perceber que havia grande disponibilidade e até incentivo para a visita aos clientes internados já havendo possibilidade da permanência de uma visita ao longo das 24h. Em contexto de EIHS CP, persistiam dificuldades em articular visitas a

clientes com medidas de isolamento tendo em conta a estrutura física da instituição e a presença de múltiplos clientes no mesmo quarto.

Em contexto hospitalar múltiplas são as razões para determinado cliente se encontrar em isolamento, de proteção (caso do cliente neutropénico), isolamento aéreo, gotículas ou contacto, sendo este último o mais comum pela prevalência de organismos multirresistentes, nomeadamente Entrobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos, *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina ou os Clostridióides. A existência destes microrganismos e a consequente necessidade de medidas de contenção impõe uma barreira entre o cliente, família e profissionais de saúde alterando os resultados esperados (Bükki et al., 2013), a aplicação de medidas de isolamento reduz a possibilidade de uma inclusão adequada dos familiares em contexto paliativo. As necessidades de equipamento de proteção individual contribuiu para um afastamento e despersonalização dos cuidados, reduzindo-se o pouco contacto físico a cuidados considerados essenciais como a administração de medicação e cuidados de higiene ou posicionamentos (Rocha & Oliveira, 2021). Em cuidados paliativos esse contacto de proximidade é fundamental, principalmente em situações de angústia ou *delirium*.

Ora, ao enfermeiro especialista, dotado de conhecimentos e competências no âmbito da gestão e aplicação de medidas de prevenção e controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos, respeitando as normas institucionais vigentes e incentivando às precauções básicas de controlo de infeção (Direção Geral da Saúde, 2013), deve ser capaz de articular e facilitar uma abordagem pragmática com base na evidência científica e em prol do maior benefício do cliente, no que à presença de familiares diz respeito com vista a promover cuidados verdadeiramente humanizados reduzindo o risco de isolamento social muitas vezes já existente pela carga da doença que motiva o internamento.

Relativamente à unidade de competência que se refere ao envolver “os cuidadores/ familiares da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades” procederam-se a várias atividades, de entre elas destaca-se a conferência familiar mais utilizada em contexto de EIHS CP do que em contexto de internamento.

Na EIHS CP, tendo em conta a inexistência de equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP) nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) abrangidos pelo centro hospitalar era fundamental garantir cuidados de qualidade para os clientes a equipa fazia uso

muito frequente da conferência familiar (houve possibilidade de participar em 4 dessas conferências). Na maior parte das conferências familiares realizadas o objetivo principal era a preparação da alta tendo em consideração a complexidade ou necessidade de cuidados. Contudo, por vezes, havia a necessidade de readaptar os objetivos dessas mesmas conferências. O caso descrito em conceção de cuidados (anexo 2), a conferência familiar aconteceu sem a presença do cliente e como o objetivo de melhor compreender que tipo de suporte social o cliente tinha para voltar para casa, como era o seu desejo, quando reunisse as condições clínicas. Ora, na avaliação diária do cliente constatou-se um agravamento rápido e agudo da sua situação com entrada em situação de últimos dias/ horas de vida.

O agravamento progressivo de uma doença ameaçadora da vida acarreta, em muitas situações, um aumento da dependência dos clientes para a satisfação das suas atividades de vida diária. A avaliação social inclui-se na identificação das necessidades dos clientes e a identificação do cuidador principal deve ser realizada nas primeiras 48h de admissão. Na prática diária de cuidados paliativos uma das técnicas de comunicação com a família é a conferência familiar tratando-se de um encontro entre os profissionais e a família exige uma preparação da mesma de modo a definir-se os objetivos e temas a abordar. Esta intervenção comunicacional tem vários objetivos de entre eles a “partilha de informação, clarificação de objetivos de cuidados, discussão de diagnósticos, tratamentos e prognóstico e o desenvolvimento de um plano de cuidados” (Hudson et al., 2008), o mais individualizado possível. As conferências familiares podem ser utilizadas não só com o foco na família, mas também na organização, isto é, com estas reuniões é possível perceber que cuidados, ou que serviços as instituições são capazes de oferecer aos clientes permitindo, do mesmo modo, definir prioridades de cuidados e, assim, proceder de forma mais efetiva à referência para outros profissionais de saúde ou instituições.

Ainda que, de acordo com Hudson e colaboradores (2008), as conferências familiares não devam ser utilizadas em contexto de crise, mas sim de forma antecipatória, a conferência foi utilizada, pelo menos em uma das situações, para a comunicação de más notícias, o agravamento e possível morte do cliente a curto prazo.

As experiências profissionais neste âmbito que foram vividas em estágio em consonância com os resultados expressos na literatura consultada, permitiram compreender que se trata de um recurso útil na inclusão das necessidades e vontades dos familiares no planeamento de

cuidados, porém pouco utilizado nos contextos de estágio devendo as equipas procurar utilizar esta intervenção com maior frequência para uma maior inclusão das necessidades dos clientes nos cuidados.

Não existem verdadeiros cuidados paliativos sem um efetivo trabalho em equipa daí que uma das unidades de competência definidas no Regulamento nº 429/2018 relaciona-se com o desenvolvimento de intervenções numa perspetiva interdisciplinar em articulação com os serviços de apoio adequando para isso estratégias de comunicação.

No contexto de internamento da unidade de cuidados paliativos, semanalmente, à sexta-feira, ocorria a reunião de equipa com a presença de todas as áreas responsáveis pelos cuidados aos clientes sendo, aí, abordada a situação clínica de cada um deles. Tendo tido a oportunidade de múltiplas vezes poder assistir a essas reuniões de equipa, é possível afirmar a sua relevância para a tomada de decisão para os cuidados, pois a apresentação e discussão dos casos permitia uma sistematização da evolução clínica e prognóstico permitindo definir os objetivos de cuidados, nomeadamente, cuidados em fim de vida ou controlo sintomático. Considera-se que nessas mesmas reuniões a maioria das decisões eram tomadas por parte da equipa médica. Ainda assim, a presença de um enfermeiro, facilitava a centralização da informação num único profissional, diminuindo o risco de perda da mesma e que, posteriormente, partilhava essas mesmas decisões com os profissionais que se encontravam a prestar cuidados diretos aos clientes. De ressaltar a presença de farmacêutica nestas reuniões de equipa no sentido de apoiar na correta gestão do regime medicamentoso.

No contexto de EIHS CP a equipa era mais reduzida, contudo considera-se que cada profissional tinha um papel mais relevante e valorizado no seio da equipa. Também neste contexto foi possível assistir e participar de uma forma mais ativa nas tomadas de decisão e na discussão dos casos clínicos e objetivos de cuidados. Nesta equipa destaca-se o ambiente informal onde todos têm uma opinião valorizável sobre o tema ou assunto em análise que é ouvida e tida em conta e a motivação existente entre todos os elementos da equipa. A sua formação especializada em cuidados paliativos acarreta uma mais-valia para a discussão focada nos reais objetivos e necessidades dos clientes-família.

Em ambos os contextos de estágio, e como já apresentado na caracterização das equipas, estas eram sempre constituídas por elementos de várias áreas, o que valoriza essas mesmas equipas beneficiando o cliente, pois são-lhe prestados cuidados mais abrangentes. Contudo, e após ser

parte de ambas as equipas considera-se que em contexto de internamento existe um funcionamento mais multidisciplinar (porque a equipa é mais numerosa em termos de outros profissionais) que na EIHS CP. Ressalva-se ainda a valorização da integração mais fluida de outros elementos, nomeadamente, em contexto de estágio na EIHS CP do que na equipa da unidade de internamento facilitando a discussão mais ampla dos casos.

De acordo com Twycross (2003) uma equipa de cuidados paliativos deve ser composta, essencialmente, por médicos e enfermeiros, contemplando a existência de outros profissionais nomeadamente psicólogos, assistentes sociais e assistentes espirituais (Bernardo et al., 2016; Capelas, Coelho, Silva, Ferreira, et al., 2017) onde o contributo de todos os elementos da equipa, de acordo com os seus conhecimentos, habilidades, competências e âmbitos de atuação desempenha um papel muito importante para o atingimento dos objetivos de cuidados: o bem-estar e a qualidade de vida dos clientes. Também a Lei nº52/2012 define a organização dos serviços.

A segunda competência definida no Regulamento nº 429/ 2018 refere-se ao estabelecimento de “relações terapêuticas com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seu cuidadores/ familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto”. Para esta competência define quatro unidades de competência que se abordam de seguida.

Quanto à unidade de competência, “respeita a singularidade e autonomia da pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/ familiares no acompanhamento de vivências individuais específicas, no processo de morrer e de luto”, é possível afirmar que se afigura como a competência em que se desenvolveram menos atividades ainda que seja fundamental em cuidados paliativos.

Em contexto de EIHS CP, sendo muitas vezes os clientes referenciados para a avaliação da equipa já numa fase muito avançada da doença, tornou-se complicado a elaboração de um plano assistencial para o luto e perdas. Neste contexto foi possível acompanhar uma situação clínica, em consulta externa, tendo havido a necessidade de referenciar o marido da cliente para seguimento por psicologia da equipa por este apresentar risco de luto complicado. Estava-se perante uma situação de luto antecipatório de um familiar. Presença de sofrimento espiritual relacionado com a visualização e vivência de perdas no cliente. Em contexto de internamento, não foi possível desenvolver qualquer plano assistencial para os processos de perda e luto.

Relativamente ao caso do Sr. E., desenvolvido em conceção de cuidados, anexo 1, foi possível apoiar os familiares para a perda que iria acontecer devido ao agravamento clínico abrupto que se deu, contudo é possível afirmar que não foi o processo mais ajustado pois a evolução foi rápida e imprevisível. Nesta situação optou-se por incentivar os familiares para concretizar algumas atividades associadas ao acompanhamento da morte conforme Barbosa (2016a) como estar presente até ao momento da morte, falar com o familiar em situação de últimos dias/horas de vida, expressar os seus sentimentos de amor, de gratidão e de perdão de modo a que ocorresse uma despedida com a maior tranquilidade possível.

Em ambos os contextos não se encontravam em aplicação qualquer projeto de melhoria contínua dos cuidados após a morte do cliente, ainda que existam planeamentos, o que não permite uma avaliação da efetividade dos cuidados das equipas dificultando, assim, a devida e exigida reflexão sobre as intervenções desenvolvidas. Em ambos os contextos, e como referido na caracterização dos contextos, existia apoio de psicologia ou era possível o encaminhamento para psiquiatria para os casos de luto complicado.

Ora, tendo passado por dois contextos de prestação de cuidados paliativos, seria de esperar um contacto com situações que exigissem e facilitassem o desenvolvimento desta competência tendo por base o critério de avaliação o estabelecimento “de um plano assistencial mediante a fase do processo de luto em que a pessoa, cuidadores e família se encontram”, contudo, isto assim não se verificou.

Ao longo de todo o ciclo vital cada pessoa vivencia perdas nos vários contextos da sua vida, perdas essas que podem ser de pessoas, de objetos ou condições entre outros. O luto representa um componente complexo da experiência de doença, quer para o cliente quer para a família e que acompanha desde o momento do diagnóstico até ao momento da morte (Strada, 2016). Chochinov (2012, p. 47) reforça que “tal como os clientes também as famílias são profundamente afetadas pela experiência da antecipação da perda e a morte iminente”. Para Barbosa (2016a), o luto é uma resposta adaptativa a uma experiência de perda de um vínculo afetivo que leva a um processo de mudança e transformação nas dimensões física, psicológica, comportamentais, espirituais e socioculturais. As perdas vivenciadas quer pelo cliente quer pela família determinam intervenções de enfermagem para minimizar o impacto dessas perdas, minimizar o sofrimento e melhorar os processos adaptativos.

As funções do enfermeiro especialista na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa devem desenvolver-se no que ao luto antecipatório e preparatório diz respeito. Estes dois conceitos que aparentemente se assemelham são distintos. Para Barbosa (2016) o luto preparatório diz respeito ao cliente onde este procede à adaptação às perdas irreversíveis que vão ocorrendo e pode configurar-se um período de grande sofrimento, mas, com uma intervenção concertada é possível responder às necessidades do cliente evitando o isolamento provocado pelo tabu pela proximidade com a morte. O luto antecipatório é dirigido aos familiares e permite desenvolver intervenções de suporte para a partilha de experiências de perda vividas de modo a tornar, as perdas e a morte, um momento menos doloroso. Envolve a elaboração de mudanças emocionais associadas à morte previsível do cliente. A vivência e interação com um familiar que passa por uma situação de vulnerabilidade como a de doença avançada, progressiva e terminal, e a possibilidade de morte a curto prazo suscita sofrimento e possibilidade de um luto antecipatório, ou também complicado nos familiares. A importância do desenvolvimento de intervenções que assegurem um cuidado eficaz e ao mesmo tempo preparem o cuidador (os entes significativos) para o luto e valorizem o cuidador e os cuidados prestados é fundamental. Chochinov (2012) nos seus estudos, diz mesmo que intervenções como a aplicação da *Teoria da Dignidade* aos clientes e a disponibilização do documento do legado aos familiares durante o processo de luto, se revela uma fonte de conforto.

Sendo ambos conceitos naturais na vivência do processo de doença, cabe ao enfermeiro especialista desenvolvê-los na sua prática diária de forma a verdadeiramente normalizar o processo de luto e perdas contribuindo para o conforto de todos os envolvidos no processo de cuidados.

Tendo em conta as vivências e situações que surgiram ao longo do estágio é possível afirmar que a atuação no processo de perdas e luto carece de maior desenvolvimento nos contextos e em posteriores experiências para melhor compreender as necessidades do cliente quanto ao luto preparatório e antecipatório assim como após a perda e/ou morte do cliente.

A promoção de “parcerias terapêuticas com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/ familiares” também foi desenvolvida tendo em conta as atividades realizadas.

Procurou-se sempre colocar o cliente no centro da tomada de decisão tomando-o como parceiro nas decisões, planeamento e intervenções procurando respeitar os seus desejos e preferências

definindo objetivos de atuação passíveis de ser atingidos de acordo com as condições clínicas do cliente. Não obstante, principalmente na EIHS CP, muitas vezes verificou-se conflito entre as decisões tomadas pela equipa, o cliente e a equipa médica assistente. Para sanar esses diferendos houve a necessidade de reunir novamente com os intervenientes para melhorar o objetivo dos cuidados, tornando-os mais adequados.

O caso da Sra. D. foi uma situação paradigmática deste diferendo. Ao passo que a equipa de cuidados paliativos compreendeu que se encontrava perante uma situação de fim de vida, a equipa de oncologia médica mantinha as decisões de manter tratamento com intuito curativo e direcionava a esperança da cliente nesse sentido ainda que ela se apercebesse progressivamente da deterioração do seu estado clínico. Assim, após reunião com a equipa médica e posterior conferência familiar com o marido e filha da cliente foi possível reajustar os cuidados prestados no sentido da promoção do conforto e qualidade de vida da cliente. Neste caso ficou bem presente a importância da parceria da família na obtenção de informação adequada aos cuidados.

No contexto de internamento houve também um caso de um cliente e que foi difícil a definição de objetivos de atuação, pois os filhos não aceitavam e não compreendiam a situação de terminalidade do pai. Infelizmente, foi uma situação pouco trabalhada pela equipa de enfermagem tendo a equipa médica e a psicologia estando mais empenhadas em solucionar estas dúvidas e dificuldades de adaptação.

Ora, o contexto de EIHS CP revelou-se um bom exemplo da necessidade da promoção de parcerias terapêuticas com o cliente pois o familiar cuidador desempenhava um papel fulcral no que à gestão, avaliação, planeamento, execução e o sucesso e satisfação com os cuidados exigindo uma comunicação aberta, disponível e preocupada para prestar os cuidados mais adequados.

Em ambos os contextos clínicos foi possível responder à unidade de competência “negoceia objetivos/ metas de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico”, o estabelecimento de uma relação terapêutica com o cliente em situação de doença incurável, em fase avançada, progressiva e terminal, com vista ao suporte no processo adaptativo às múltiplas perdas, a promoção de uma esperança realista e ajuste de expectativas configura-se uma outra competência do enfermeiro especialista baseada em estratégias de comunicação.

É possível afirmar que a comunicação foi uma ferramenta muito utilizada em contexto de EIHS CP, pela necessidade de ajustar expectativas, principalmente dos familiares, quando se procedia clarificação da situação clínica e a posterior à transferência para cuidados de conforto e a conseqüente reformulação de objetivos de cuidados. Já em contexto de internamento pode-se considerar que não se desenvolveu esta competência como seria desejável no sentido que o objetivo de cuidados passava muito pelo controlo de sintomas com o foco no tratamento farmacológico, nesta perspetiva, sendo uma unidade especializada não utilizam de forma sistemática a comunicação como ferramenta terapêutica ainda que, no contacto com os clientes aplicassem os princípios de uma comunicação empática, compassiva e disponível para compreender as necessidades e dar-lhes resposta.

Remetendo para o caso do Sr. E., visto a sua situação clínica ter piorado muito rapidamente e os objetivos de cuidados passariam inicialmente por controlo sintomático e posterior alta foi necessário redirecionar esses mesmos objetivos com a família recorrendo a estratégias de comunicação promotoras de uma esperança realista e com o intuito de ajuste de expectativas.

Uma outra situação que permitiu incentivar o cliente para os cuidados foi o caso clínico da unidade de internamento. Um cliente internado com diagnóstico de angiossarcoma com metastização subcutânea da parede abdominal e um longo histórico de doença. Apresentava uma lesão tumoral peri umbilical sangrante que exigia tratamentos dirigidos ao controlo da hemorragia. Este cliente mantinha, para com a equipa, uma atitude de evitamento, era muito reservado e renitente a cuidados. No primeiro contacto com o cliente, sabendo estas dificuldades que se apresentavam, procurou-se promover uma comunicação focada na individualidade do cliente, tentando focar a atenção nos cuidados na pessoa ao invés da doença. Assim, este foi incentivado a fazer uma revisão de vida, os ganhos, as perdas, momentos agradáveis e menos agradáveis, os tempos em que esteve no exército e o que lá viu e como isso o fazia ver os cuidados de saúde agora. Abordou a questão da patologia, as vicissitudes que decorreram da mesma, o internamento em cuidados paliativos, as dificuldades que tinha nesse momento para fazer aquilo que mais gostava. No final agradeceu. Valorizou o facto de, inicialmente, haver uma preocupação na apresentação, quem eram as pessoas que ali estavam, depois valorizou o facto de alguém ter disponibilizado tempo para o ouvir falar sobre a vida pessoal, da doença, da maneira e dos pontos que considerou importantes que eram muito para além da ferida que estava “muito bem tapada com um penso exímio”. Desde esse dia o cliente demonstrou-se muito mais recetivo, disposto a colaborar com a equipa. Até ao momento da alta

deslocou-se ao domicílio para a resolução de assuntos inadiáveis que decidiu conscientemente não partilhar, tendo sido respeitado esse direito à reserva.

Também no caso de um cliente em consulta externa, da EIHSCP, portador de doença oncológica metastizada, da qual era conhecedor, mas não estava consciente das limitações e evolução a curto prazo assim como a mãe, cuidadora, não compreendia a situação clínica e encontrava-se em negação.

Nos cuidados paliativos o conceito esperança desempenha um papel central. O diagnóstico de uma doença que coloca limite à vivência humana reveste-se de vulnerabilidade e pode até levar à perda de sentido. Não raros são os casos da prática clínica diária em que tanto os profissionais como os clientes nutrem sentimentos de esperança irrealista esperando a cura da doença que em muitas situações sabem que não irá acontecer. A esperança é inerente à vida humana (Querido, 2016) e reveste-se de múltiplas definições podendo ser encarada como um recurso que permite enfrentar o sofrimento e a dor, é um recurso facilitador da transcendência no sentido de e busca pelo sentido e significado da vida (Querido, 2016), é algo que “deve ser procurado para além de um período de vida” (Anderson et al., 2021). Desempenhando a esperança um papel tão relevante para as pessoas que passam por um processo de doença terminal, cabe aos profissionais de saúde não retirar a esperança, mas promover uma esperança realista ajustada a cada situação e de acordo com a evolução clínica e para isso importa redefinir a esperança que se tem na cura e na recuperação por uma esperança por uma morte em paz e serena e para isso, os profissionais podem apoiar os clientes a fomentar sentimentos de esperança “mais no ser que no conquistar; nas relações com os outros, na relação com deus ou com um ente superior” (Twycross, 2003, p. 33). O reconhecimento dos valores e expectativas em relação ao fim de vida, partindo da individualidade do ser humano, permite uma abordagem humanista e integral facilitando, também, a avaliação das necessidades. Esta valorização das variáveis psicoemocionais e espirituais carece de desenvolvimento pessoal, tanto dos clientes como dos profissionais que cuidam destes clientes.

Um outro pilar pelos quais se devem desenvolver os cuidados paliativos é a comunicação. Comunicar trata-se de uma atividade do ser humano que todos reconhecem, mas que poucos sabem definir de forma satisfatória. Comunicar é tornar comum, pressupõe uma relação com o outro não necessariamente apenas por palavras, visto que “7% do significado é transmitido por palavras, 38% por sinais paralinguísticos e 55% por gestos corporais” (Sequeira, 2016a, p.30).

Comunicar é parte integrante do desenvolvimento humano. É através dela que cada um expressa as suas necessidades e experiências. É muito mais que falar. O processo comunicacional é constituído por pelo menos dois intervenientes, o interlocutor e o recetor, e uma mensagem que entre os intervenientes do processo comunicacional sofre alterações e o seu significado para o recetor pode ser entendido de forma completamente diferente daquele a que o interlocutor se referia. De acordo com Chochinov (2018), comunicar exige conhecimentos tal como titular medicação com vista a atingir o controlo sintomático, na comunicação o fármaco é a mensagem que se pretende transmitir o resultado é a transmissão efetiva dessa mensagem e que haja alteração no cliente.

A comunicação é, porventura, uma das estratégias mais relevantes para uma prática de cuidados paliativos eficaz. A comunicação em cuidados paliativos, utilizada de forma correta, permite aos profissionais reduzir a incerteza do clientes, melhorar os conhecimentos e indicar ao cliente uma direção nos seguimento dos cuidados (Twycross, 2003). Uma comunicação empática permite aos profissionais estabelecer uma relação terapêutica de confiança com os clientes e daí extrair o conjunto de necessidades dos envolvidos. Permite conhecer o cliente, a família e as suas relações, compreender as suas dinâmicas que muitas vezes não são facilmente mensuráveis; permite compreender outras áreas do sofrimento do cliente que dificilmente são colocadas por palavras ou medidas por instrumento padronizados. Comunicar de forma adequada é uma ferramenta promotora da conservação da dignidade do ser humano (Chochinov, 2022). Este mesmo autor refere que no processo comunicacional terapêutico um dos elementos é o “crescimento pessoal e o autocuidado” referindo que mais importante não é tanto o que dizemos, mas como o dizemos ou por que dizemos, importa quem se é. Uma relação terapêutica fundada num processo comunicacional exige um autoconhecimento profundo. Habitualmente os profissionais procuram conhecer profundamente o histórico pessoal e clínico dos clientes com que interagem, porém, não reconhecem o impacto que as suas limitações, também como pessoas, podem ter no estabelecimento de relações de confiança. Quando os profissionais de saúde se abeiram de um cliente toda a sua personalidade, dificuldades, visões, vulnerabilidade, também se encontram presentes pelo que uma reflexão pessoal sobre quem cada um é de extrema importância, influenciando os cuidados que presta.

Comunicar em cuidados paliativos não se resume à comunicação de más notícias, se bem que é uma parte muito significativa dos cuidados. Uma má notícia é uma notícia que irá provocar reações negativas no cliente e assim alterar negativamente a forma como estes vislumbram o

futuro (Vanderkief, 2001) sendo que as reações a essa mesma notícia variam de acordo com o contexto psicossocial do cliente assim como as atitudes e capacidades dos profissionais que as comunicam nesse momento; uma má notícia não tem de ser, necessariamente, a morte de um cliente. A comunicação de más notícias, atividade comum em contexto paliativo, e para a qual existem múltiplos protocolos de atuação como o desenvolvido por Buckman e colaboradores (Sequeira, 2016b), conhecido como Protocolo SPIKES em contexto de situação paliativa, requer trabalho de equipa (Chochinov, 2022), conhecimentos, prática e competência. Pelo risco de anular sentimentos de esperança (Anderson et al., 2021), muitos profissionais procuram não transmitir más notícias. No entanto, a evidência científica revela que, se comunicadas de forma adequada, podem ser um fator de conforto do cliente.

O estabelecimento de uma relação terapêutica com o cliente em situação de doença incurável, em fase avançada, progressiva e terminal, principalmente quando se cuida de clientes em situação paliativa, ou mais especificamente em situações de últimas horas/ dias de vida, a compreensão dos “silêncios para além das palavras” (Kübler-Ross (1969/2014), por Byock), dos gestos, das posturas, das interações, da disponibilidade. Assumir uma atitude compassiva, empática, respeitosa e sem julgamentos reconhecendo o valor intrínseco do cliente e apresentar-se de forma autêntica e disponível, mas consciente das barreiras e limites pessoais são atitudes que devem representar as competências detidas pelos enfermeiros em cuidados paliativos, devendo também como especialista, procurar desenvolvê-las na equipa onde está inserido.

A saúde mental é fundamental para uma prestação de cuidados paliativos efetiva pelo que uma das competências exigidas aos enfermeiros especialistas é o reconhecimento dos “efeitos da natureza do cuidar na pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, nos seus cuidadores/ familiares, sobre si, outros membros da equipa, respondendo de forma eficaz” tendo para isso procurado atividades promotoras do desenvolvimento desta competência contudo foi pouco desenvolvida ao longo do estágio, principalmente em contexto de internamento tendo em conta o reduzido número de enfermeiros especialistas nesta área, a elevada carga horária, assim como a não operacionalidade de projetos de melhoria da qualidade dos cuidados (previstos como descrito na caracterização dos serviços). O foco no bem-estar dos profissionais acarreta maior sensibilidade para a problemática bem como a gestão dos efeitos negativos, gestão de emoções e diminuição do burnout dos profissionais, resultante do impacto dos cuidados.

Já em contexto de EIHS CP, sendo todos os profissionais especialistas tratava-se de um tema muito relevante para os cuidados. Os profissionais que desenvolvem estágios nessa equipa são convidados a conversar com a psicóloga da equipa acerca de múltiplas temáticas relacionadas com os cuidados paliativos incluindo, claro está, a morte e a forma como a finitude se configura no seu papel de pessoa e de profissional. Também em equipa, na primeira reunião semanal, procuravam perceber acolher os profissionais, percebendo as preocupações, os anseios e dificuldades.

No que se refere aos efeitos, impacto do processo de cuidados, na ótica do cuidador informal não foi prestada a devida atenção, isto é, se os sinais de exaustão fossem evidentes e tivessem repercussão no cuidado o cliente era encaminhado para outras respostas sociais como UCP-RNCCI, unidades de longa duração ou ERPI. Quanto a soluções diretas ao cuidador, em nenhum contexto havia resposta a não ser, no caso da EIHS CP, o acompanhamento por psicologia.

A avaliação correta da sobrecarga do cuidador é de grande importância no sentido de reduzir os seus efeitos, Ullrich e colaboradores (2017), afirmam que a esperança, o controlo sintomático, o autocuidado e informação sobre respostas sociais promotoras de suporte são as necessidades que os cuidadores mais demandam e que não são respondidas. O cuidador deve estar informado acerca da rede de suporte deste cliente e o meio social onde se encontra inserido, assim como as relações que estabelece com outros familiares. Os profissionais devem ser capazes de analisar as situações e avaliar os conhecimentos dos cuidadores aquando do primeiro contacto e nos seguintes garantindo a segurança dos cuidados e referenciando/ articulando para outras equipas, se assim considera necessário. De acordo com F. Ferreira e colaboradores (2010) “o risco de exaustão diminui se os profissionais de saúde intervierem junto dos cuidadores com: respeito, dignidade e cortesia; respondendo às necessidades de informação e informando sobre os recursos disponíveis”.

Posto isto, revela-se fundamental que os profissionais em cuidados paliativos considerem os cuidadores informais como um recurso valioso e um parceiro na prestação de cuidados e ao mesmo tempo como recetor de cuidados, pois cuidar do cuidador é tornar os cuidados humanizados e fazer jus ao preconizado pela OMS que refere que os cuidados paliativos “melhoram a qualidade de vida do cliente e família”. Atualmente, na prática clínica assiste-se ainda a grandes entraves ao desenvolvimento da função de cuidador informal, quer financeiramente quer burocraticamente.

O cuidador informal, definido como “a pessoa com ou sem vínculo familiar, que presta cuidados de uma forma regular e continuada à pessoa dependente, tendo em conta as suas incapacidades e necessidades de saúde” (A. Ferreira, 2018) é parte integrante e fundamental da equipa de cuidados pelo que é fundamental incluí-lo em parcerias de cuidados.

Em muitas situações, principalmente como cuidadores no domicílio assumem responsabilidades que vão muito para além das suas capacidades e limites físicos, emocionais, sociais e até financeiros, estas pessoas abdicam, em grande parte das situações, de cuidar de si para se dedicarem totalmente ao cliente doente (Ullrich et al., 2017) sendo que deste comportamento pode resultar no que na literatura se encontra mencionado, a sobrecarga do cuidador, “uma situação de incapacidade dos elementos de uma família em oferecer uma resposta adequada às múltiplas necessidades e pedidos do utente” (F. Ferreira et al., 2010) colocando em risco os objetivos e metas de atuação propostos e acordados de forma mútua.

No que aos profissionais diz respeito, não raros são os casos em que as exigências laborais se sobrepõem à vida pessoal. Com o passar do tempo, sujeitos às múltiplas necessidades dos clientes, os profissionais podem deixar de conseguir responder de forma adequada a essas mesmas necessidades dos clientes assim como às próprias necessidades.

A prestação de cuidados paliativos, principalmente em situação de fim de vida e últimos dias/horas de vida (pelas alterações que ocorrem nesta fase e descritas anteriormente neste trabalho), exige aos profissionais de saúde a disposição diária ao sofrimento da pessoa de quem cuida. Sofrimento esse presente nos domínios físico, mental, psicológico, social e espiritual e que pode comprometer a capacidade dos profissionais em promover um cuidado compassivo. Ainda que os níveis de burnout entre profissionais de saúde a trabalhar em contexto de cuidados paliativos sejam menores que em outros contextos (Pereira et al., 2012), surge o conceito de fadiga por compaixão, descrito na literatura como “um estado de exaustão e disfunção-biológica, física e social- como resultado de uma exposição prolongada ao sofrimento e tudo o que está relacionado” (Cross, 2019), Wolotira (2023) refere que a fadiga por compaixão é resultado da exposição a indivíduos em sofrimento e não diretamente ao sofrimento próprio, provocando a longo prazo uma redução na capacidade em conseguir lidar com o sofrimento dos outros e dar-lhe resposta (Galiana et al., 2022) e para a qual enfermeiros com menos experiência profissional estão mais dispostos; é um conceito muito importante em cuidados paliativos pela natureza dos cuidados prestados, o contacto diário com clientes seriamente doentes, portadores

de doenças avançadas, progressivas e terminais, a existência de quadros de grande sofrimento espiritual e a vulnerabilidade do ser humano.

Em cuidados paliativos, as equipas, especificamente os enfermeiros, estão sujeitos a três tipos de stressores, o primeiro diretamente relacionado com fatores pessoais do profissional, a sua capacidade na gestão da doença, das suas manifestações, ou experiência reduzida e treino. Outro stressor é relacionado com os clientes e a sua não aceitação do plano terapêutico e adaptação à doença. O terceiro stressor refere-se a meio ambiente de prestação de cuidados no que concerne a recursos humanos e materiais (Cross, 2019) pelo que, futuramente, e considerando a escala *Professional Quality of Life Scale-5*, já validada para a população portuguesa, e que tem como objetivo avaliar a satisfação por compaixão, a fadiga por compaixão e o burnout, seria importante, os enfermeiros especialistas nesta área nos serviços, submeter este mesmo instrumento às equipas em que estão inseridos de modo a obter uma compreensão mais sistematizada acerca dos reais impactos do cuidar de pessoas em situação terminal ou em situação de últimos dias/ horas de vida possibilitando uma atuação sobre os efeitos do cuidar.

CONCLUSÃO

Os cuidados paliativos consistem numa filosofia que prima pela prestação de cuidados integrais, holísticos e compassivos. Pela sua forte ligação ao alívio do sofrimento, promoção do conforto e qualidade e valorização da vida revestem-se de uma grande necessidade de desenvolvimento e integração cada vez maior na sociedade. O aumento da prevalência e incidência de patologias crónicas, de evolução progressiva e terminal, com trajetórias de evolução de certo modo conhecidas, culminarão na emergência de necessidades paliativas e em muitos casos extremamente complexas onde se inclui, por exemplo o sofrimento espiritual. Necessidades como estas exigem profissionais e equipas altamente diferenciados(as) e aptos(as) a intervir nestas situações.

Deste modo, neste relatório de estágio de natureza profissional, integrado no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, procurou-se descrever, de um modo crítico-reflexivo, as múltiplas atividades e intervenções desenvolvidas em contexto clínico, neste caso numa unidade de internamento de cuidados paliativos e numa equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos, com objetivo de desenvolver as competências definidas no Regulamentos nº 429/2018 e nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros com vista à validação das competências requeridas nesta área do cuidar e a posterior atribuição do título de enfermeiro especialista.

Ambos os contextos de estágio permitiram colocar em prática conhecimentos e capacidades contribuindo de forma positiva para o desenvolvimento das competências. Assim, considerou-se uma tarefa desenvolvida com sucesso, não obstante de forma árdua e exigindo muito esforço. Permitiu um ajuizamento acerca das práticas realizadas diariamente nas instituições e interligar com a evidência científica existente.

Ao longo do estágio surgiram dificuldades que importam referir. Em ambos os contextos de cuidados, as competências no que aos processos de luto e perdas dizem respeito e avaliação de necessidades espirituais foram as menos desenvolvidas, quer pela tipologia de clientes quer por dinâmicas organizacionais instituídas. Outra dificuldade com que se deparou ao longo do estágio foram os diferentes padrões de documentação para a elaboração dos planos de cuidados tendo em conta as diferentes nomenclaturas utilizadas para a definição de diagnósticos e intervenções. No caso da equipa intra-hospitalar, a inexistência de parametrização adequada apenas permitia

notas gerais. Uma outra dificuldade que surgiu tratou-se da explanação por escrito, das referidas atividades desenvolvidas, neste relatório, todavia é uma tarefa essencial pois permite refletir acerca do trabalho realizado em contextos clínicos.

A definição de um conceito central, conforto em situação de últimos dias/ horas de vida, a partir do qual o desenvolvimento de competências se deu, permitiu o aprofundamento de conhecimentos e necessidades de cuidados a clientes nesta situação o que se considera uma mais-valia.

Em termos pessoais, a realização deste curso de mestrado com apenas 5 anos de experiência profissional contribuiu, em primeiro, para a realização de um projeto pessoal almejado desde sempre que me conheço como pessoa. Em segundo, permitiu a aquisição de imensos conhecimentos teóricos e práticos impossíveis de relatar neste trabalho, o estabelecimento de relações interpessoais, com clientes e outros profissionais que valorizaram o caminho percorrido e acrescentaram riqueza e promoveram o desenvolvimento pessoal. A execução deste relatório de estágio, refletindo sobre as atividades desenvolvidas, é um valor acrescentado ao conhecimento pessoal e irá, indubitavelmente, permitir prestar futuramente cuidados de enfermagem verdadeiramente sensíveis às reais necessidades dos cliente, famílias e sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abejas, A., & Duarte, C. (2021). *Humanização em Cuidados Paliativos* (1st ed.). Edições Lidel.
- Adams, J. (1997). The last 48 hours. *British Medical Journal*, *315*(7122), 1598–1599. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7122.1598>
- Anderson, R. J., Stone, P. C., Low, J. T. S., & Bloch, S. (2021). Patient Education and Counseling Transitioning out of prognostic talk in discussions with families of hospice patients at the end of life : A conversation analytic study. *Patient Education and Counseling*, *104*(5), 1075–1085. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.10.009>
- Baillie, J., Anagnostou, D., Sivell, S., Godwin, J. Van, Byrne, A., & Nelson, A. (2018). Symptom management , nutrition and hydration at end-of-life : a qualitative exploration of patients', carers' and health professionals' experiences and further research questions. *BMC Palliative Care*, *17*(60), 1–13.
- Barbosa, A. (2016a). O luto em cuidados paliativos. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3rd ed., pp. 553–629). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Universidade de Lisboa.
- Barbosa, A. (2016b). Ser pessoa, vulnerabilidade e sofrimento. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3rd ed., pp. 665–690). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Universidade de Lisboa.
- Baroness, R., & Neuberger, J. (2016). The Liverpool Care Pathway: What went right and what went wrong. *British Journal of Hospital Medicine*, *77*(3), 172–174. <https://doi.org/10.12968/hmed.2016.77.3.172>
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *The American Journal of Nursing*, *82*(3), 402–407.
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (1992). From beginner to expert: gaining a differentiated clinical world in critical care nursing. *Advances in Nursing Science*, *14*(2), 13–28.
- Bernardo, A., Rosado, J., & Salazar, H. (2016). Trabalho em equipa. In A. Barbosa, P. Pina, F.

- Tavares, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3rd ed., pp. 907–913). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Universidade de Lisboa.
- Braga, B., Rodrigues, J., Alves, M., & Neto, I. G. (2017). Guia Prático da Abordagem da Agonia. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 24(1), 48–55.
- Bükki, J., Klein, J., But, L., Montag, T., Wenchel, H. M., Voltz, R., & Ostgathe, C. (2013). Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) management in palliative care units and hospices in Germany: A nationwide survey on patient isolation policies and quality of life. *Palliative Medicine*, 27(1), 84–90. <https://doi.org/10.1177/0269216311425709>
- Campos-Calderón, C., Montoya- Juárez, R., Hueso-Montoro, C., Hernández-López, E., Ojedevirto, F., & García-Caro, M. (2016). Interventions and decision-making at the end of life : the effect of establishing the terminal illness situation. *BMC Palliative Care*, 15, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0162-z>
- Capelas, M. L., Coelho, S. P., Silva, S. C., & Ferreira, C. (2017). *Cuidar a pessoa que sofre. Uma teoria de Cuidados Paliativos* (1st ed.). Universidade Católica Editora.
- Capelas, M. L., Coelho, S. P., Silva, S. C., Ferreira, C., & Torres, S. (2017). *O Direito à Dignidade. Serviços de Cuidados Paliativos* (1st ed.). Universidade Católica Editora.
- Capelas, M. L., Simões, A., Teves, C., Durão, S., Coelho, S., Silva, S., Silva, A., & Afonso, T. (2018). Indicadores de qualidade prioritários para os serviços de cuidados paliativos em Portugal. *Cadernos de Saúde*, 10(2), 11–24. <https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/7245>
- Capelas, M. L., Simões, S. C., Alvarenga, M. I. S., & Coelho, S. P. (2014). Desenvolvimento histórico dos Cuidados Paliativos: visão nacional e internacional. *Cuidados Paliativos*, 1(2), 7–13.
- Care at End of Life Project. (2019). *Care Plan for the Dying Person: Health Professional Guidelines*. State of Queensland, Queensland Health. https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0023/833315/cpdp-care-plan-hp-guidelines.pdf

- Carqueja, E. (2018). Comunicação. In R. Nunes, F. Rego, & G. Rego (Eds.), *Enciclopédia Luso-Brasileira de Cuidados Paliativos* (pp. 73–81). Edições Almedina, S.A.
- Cheng, G., & Chen, C. (2021). End-of-Life Needs of Dying Patients and Their Families in Mainland China: A Systematic Review. *Omega- Journal of Death and Dying*, *86*(3), 1019–1045. <https://doi.org/10.1177/0030222821997340>
- Chochinov, H. (2012). *Dignity Therapy. Final words for final days* (1st ed.). Oxford University Press.
- Chochinov, H. (2022). *Dignity in care: The Human side of medicine*. Oxford University Press.
- Clinical Best Practice Guidelines. (2011). *End-of-life Care. During the Last Days and Hours*. Registered Nurses' Association of Ontario. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/endoflife-care-during-last-days-and-hours>
- Cloutier, J. D., Duncan, C., Bailey, P. H., Cloutier, J. D., Duncan, C., & Bailey, P. H. (2007). Locating Carper's Aesthetic Pattern of Knowing within Contemporary Nursing Evidence, Praxis and Theory. *International Journal of Nursing*, *4*(1).
- Coelho, A., Parola, V., Cardoso, D., Escobar-Bravo, M., & Apóstolo, J. (2017). Use of non-pharmacological interventions for comforting patients in palliative care: a scoping review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, *14*(2), 64–77. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003204>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2021). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (2021-2022)*. Ministério da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/10/09/cuidados-paliativos-10/>
- Corpora, M., Liggett, E., & Leone, A. F. (2021). The effects of guided imagery and hand massage on wellbeing and pain in palliative care: Evaluation of a pilot study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *42*. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2021.101303>
- Cross, L. A. (2019). Compassion Fatigue in Palliative Care Nursing: A Concept Analysis. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, *21*(1), 21–28. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000477>

- Cruess, R. L., Cruess, S. R., & Steinert, Y. (2016). Amending Miller's Pyramid to Include Professional Identity Formation. *Academic Medicine*, *91*(2), 180–185. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000913>
- Dickerson, S. S., Khalsa, S. G. N., McBroom, K., White, D., & Meeker, M. A. (2022). The meaning of comfort measures only order sets for hospital-based palliative care providers. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, *17*(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.2015058>
- Dingley, C., & Ruckdeschel, A. (2021). Implementation and outcomes of complementary therapies in hospice care : an integrative review. *Palliative Care & Social Practice*, *15*, 1–15. <https://doi.org/10.1177/26323524211051753>
- Ellershaw, J., & Ward, C. (2003). Care of the dying patient: The last hours or days of life. *British Medical Journal*, *326*(7379), 30–34.
- Ferraz Gonçalves, A. (2018). Reconhecer a Agonia. *Medicina Paliativa*. <https://medicinapaliativa.pt/Blog/Detail/18>
- Ferreira, A. (2018). Cuidadores Informais. In R. Nunes, F. Rego, & G. Rego (Eds.), *Enciclopédia Luso-Brasileira de Cuidados Paliativos* (1st ed., pp. 135–141). Edições Almedina, S.A.
- Ferreira, F., Pinto, A., Laranjeira, A., Pinto, A. C., Lopes, A., Viana, A., Rosa, B., Esteves, C., Pereira, I., Nunes, I., Miranda, J., Fernandes, P., & Leal, V. (2010). Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. *Cadernos de Saúde*, *3*(2), 13–19.
- Freire, E. (2021). *Guia prático de controlo sintomático* (2nd ed.). Núcleo de Estudos de Medicina Paliativa da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.
- Fukada, M. (2018). Nursing competency: Definition, structure and development. *Yonago Acta Medica*, *61*(1), 1–7. <https://doi.org/10.33160/yam.2018.03.001>
- Galiana, L., Sansó, N., Muñoz-Martínez, I., Vidal-Blanco, G., Oliver, A., & Larkin, P. J. (2022). Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Mediating Role of Self-Compassion in the Prediction of Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, Burnout and Wellbeing. *Journal of Pain and Symptom Management*, *63*(1), 112–123.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.07.004>

- Gamondi, C., Larkin, P., & Payne, S. (2013). Core competencies in palliative care: an EAPC white paper on palliative care education - Part 1. *European Journal of Palliative Care*, 20(3), 140–145.
- Gonçalves, E., Teixeira, F., Silva, R., Salazar, H., & Reigada, C. (2016). Plano Estratégico para o Desenvolvimento Cuidados Paliativos 2017-2018. In *Ministério da Saúde*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/Plano-Estratégico-para-o-Desenvolvimento-CP-2017-2018-2.pdf>
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA- I* (T. Machado (ed.); 11th ed.). Artmed Editora.
- Hökkä, M., Pereira, S., Pölkki, T., Kyngäs, H., & Hernández-Marrero, P. (2020). Nursing competencies across different levels of palliative care provision: A systematic integrative review with thematic synthesis. *Palliative Medicine*, 34(7), 851–870. <https://doi.org/10.1177/0269216320918798>
- Hudson, P., Quinn, K., O’Hanlon, B., & Aranda, S. (2008). Family meetings in palliative care: Multidisciplinary clinical practice guidelines. *BMC Palliative Care*, 7(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-7-12>
- Hui, D., dos Santos, R., Chisholm, G., Bansal, S., Silva, T. B., Kilgore, K., Crovador, C. S., Yu, X., Swartz, M. D., Perez-Cruz, P. E., Leite, R. de A., Nascimento, M. S. de A., Reddy, S., Seriacco, F., Yennu, S., Paiva, C. E., Dev, R., Hall, S., Fajardo, J., & Bruera, E. (2014). Clinical Signs of Impending Death in Cancer Patients. *The Oncologist*, 19(6), 681–687. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2013-0457>
- Instituto António Houaiss de Lexicografia- Portugal. (2003). Conforto. In *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa* (1st ed., p.1035).
- Kasar, K. S., Yildirim, Y., & Bulut, U. (2021). Comfort Level in Caregivers of Palliative Care Patients and Affecting Factors : What Should We Know? *Omega- Journal of Death and Dying*, 1–12. <https://doi.org/10.1177/00302228211014779>
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6),

1178–1184. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>

Kübler-Ross, Elisabeth (with Byock, I. . (2014). Therapy with the terminally ill. In *On death and dying. What the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families (50th anniversary edition)*. SCRIBNER.

Lau, C., Stilos, K., Nowell, A., Lau, F., Moore, J., & Wynnychuk, L. (2017). The Comfort Measures Order Set at a Tertiary Care Academic Hospital : Is There a Comparable Difference in End-of-Life Care Between Patients Dying in Acute Care When CMOS Is Utilized? *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 35(4). <https://doi.org/10.1177/1049909117734228>

Lei nº 52/ 2012 da Assembleia da República. (2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Diário da República: I série, nº172. <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>

Lei nº 31/2018 da Assembleia da República (2018). Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida. Diário da República: I série, nº 137. <https://files.dre.pt/1s/2018/07/13700/0323803239.pdf>

Lima, C. M. P. de, Zambroni-de-Souza, P. C., & Araújo, A. J. da S. (2015). A Gestão do Trabalho e os Desafios da Competência: uma Contribuição de Philippe Zarifian. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(4), 1223–1238. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001972013>

Lin, Y., Zhou, Y., & Chen, C. (2023). Interventions and practices using Comfort Theory of Kolcaba to promote adults' comfort: an evidence and gap map protocol of international effectiveness studies. *Systematic Reviews*, 12(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02202-8>

Luís, J., & Apóstolo, A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Referência*, 11(9), 61–67.

Manuti, A., Pastore, S., Scardigno, A. F., Giancaspro, M. L., & Morciano, D. (2015). Formal and informal learning in the workplace : a research review. *International Journal of Training and Development*, 19(1), 1–17. <https://doi.org/10.1111/ijtd.12044>

Martins, A. G., Sousa, P. P., & Marques, R. M. (2022, June 5). *Comfort: Theoretical contribution to nursing*. *Cogitare Enfermagem*. [dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.87723](https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.87723)

- Meeker, M. A., McGinley, J., & Jezewski, M. A. (2019). Metasynthesis: Dying adults' transition process from cure-focused to comfort-focused care. *Journal of Advanced Nursing*, 75(10), 2039–2071. <https://doi.org/10.1111/jan.13970>
- Miccinesi, G., Caraceni, A., Garetto, F., Zaninetta, G., Bertè, R., Broglia, C. M., Farci, B., Aprile, P. L., Luzzani, M., Marzi, A. M., Mercadante, S., Montanari, L., Moroni, M., Piazza, E., Pittureri, C., Tassinari, D., Trentin, L., Turriziani, A., Zagonel, V., & Maltoni, M. (2020). The Path of Cicely Saunders: The “Peculiar Beauty” of Palliative Care. *Journal of Palliative Care*, 35(1), 3–7. <https://doi.org/10.1177/0825859719833659>
- National Cancer Institute. (2023). *Last Days of Life- Health Professional Version*. EUA- National Institutes of Health. https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/caregivers/planning/last-days-hp-pdq#_249
- National Consensus Project for Quality Palliative Care. (2018). *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*. National Coalition for Hospice and Palliative Care. <https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp/>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Care of Dying Adults in the Last Days of Life* (NICE Guideline NG31). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31>
- Neto, I. G. (2016a). Cuidados na Agonia. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3rd ed., pp. 317–330). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Universidade de Lisboa.
- Neto, I. G. (2016b). Modelos de controlo sintomático. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3rd ed., pp. 43–48). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Universidade de Lisboa.
- Neto, I. G. (2018). Controle de sintomas. In R. Nunes, F. Rego, & G. Rego (Eds.), *Enciclopédia Luso-Brasileira de Cuidados Paliativos* (1st ed., pp. 119–125). Edições Almedina, S.A.
- Pereira, S., Fonseca M., A., & Carvalho Sofia, A. (2012). Burnout in nurses working in Portuguese palliative care teams: a mixed methods study. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(8), 373–381. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2011687640&site=eh>

ost-live

Observatório Português dos Cuidados Paliativos (2023). *IDC- Pal: Instrumento de Diagnóstico de Complexidade em Cuidados Paliativos*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/6421/file>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2*.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico dos Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Organização Mundial de Saúde. (2020, Maio 15). *Palliative Care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Pinto, S., Berenguer, S. M. A. C., Martins, J. C. A., & Kolcaba, K. (2016). Cultural adaptation and validation of the Portuguese end of life spiritual comfort questionnaire in palliative care patients. *Porto Biomedical Journal*, 1(4), 147–152. <https://doi.org/10.1016/j.pbj.2016.08.003>

Pinto, S., Caldeira, S., & Martins, J. C. (2016). A systematic literature review toward the characterization of comfort. *Holistic Nursing Practice*, 30(1), 14–24. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000126>

Programa Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência a Antimicrobianos. (2013). *Precauções Básicas de Controlo de Infecção* (DGS Norma 029/2012). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012.aspx>

Querido, A. (2016). A esperança em cuidados paliativos. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3rd ed., pp. 781–796). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Universidade de Lisboa.

Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E. C., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., ... Pastrana, T. (2020). Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*,

60(4), 754–764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>

Rego, F. (2018). Espiritualidade. In R. Nunes, F. Rego, & G. Rego (Eds.), *Enciclopédia Luso-Brasileira de Cuidados Paliativos* (1st ed., pp. 293–299). Edições Almedina, S.A.

Regulamento nº 429/ 2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação peri operatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República: II série, nº 135. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Regulamento nº 140/ 2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: II série, nº 26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Robinson, J., Gott, M., Gardiner, C., & Ingleton, C. (2017). Specialist palliative care nursing and the philosophy of palliative care : a critical discussion. *International Journal of Palliative Nursing*, 23(7), 352–358.

Rocha, C., & Oliveira, H. (2021). Cuidados Paliativos na Pandemia COVID-19. *Medicina Interna*, 19–22. <https://doi.org/10.24950/rspmi/covid19/c.rocha/h.m.oliveira/ulsm/s/2020>

Scottish Partnership for Palliative Care. (2020). *Care in the last Days of Life*. National Health Service Scotland. <https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/end-of-life-care/Care-in-the-Last-Days-of-Life.aspx>

Sequeira, C. (2016a). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (L. Edições Técnicas (ed.); 1st ed.).

Sequeira, C. (2016b). Comunicação de más notícias. In C. Sequeira (Ed.), *Comunicação clínica e Relação de Ajuda* (1st ed., pp. 215–219). Lidel- Edições Técnicas.

Sopcheck, J. (2019). Challenges of older adults when a loved one was dying: Implications for nursing practice. *Applied Nursing Research*, 50. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.151198>

Strada, E. A. (2016). Grief Reactions. In E. Wittenberg, B. Ferrell, J. Goldsmith, S. Ragan, M.

- Glajchen, & G. Handzo (Eds.), *Textbook of Palliative Care Communication* (1st ed., pp. 311–320). Oxford University Press.
- Suikkala, A., Tohmola, A., Rahko, E. K., & Hökkä, M. (2021). Future palliative competence needs – a qualitative study of physicians’ and registered nurses’ views. *BMC Medical Education*, 1–12.
- Tornøe, K. A., Danbolt, L. J., Kvigne, K., & Sørli, V. (2014). The power of consoling presence - hospice nurses’ lived experience with spiritual and existential care for the dying. *BMC Nursing*, 13, 14–17.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2nd ed.). CLIMEPSI.
- Ullrich, A., Ascherfeld, L., Marx, G., Bokemeyer, C., Bergelt, C., & Oechsle, K. (2017). Quality of life, psychological burden, needs, and satisfaction during specialized inpatient palliative care in family caregivers of advanced cancer patients. *BMC Medical Education*, 16, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0206-z>
- Vanderkief, G. (2001). Breaking Bad News. *American Family Physician*, 64(12), 1975–1978.
- Watson, M., Campbell, R., Vallath, N., Ward, S., & Wells, J. (2019). *Oxford Handbook of Palliative Care* (3rd ed.). Oxford University Press.
- Wolotira, E. (2023). Trauma, Compassion Fatigue, and Burnout in Nurses. *Nurse Leader*, 21(2), 202–206.
- Zalenski, R. J., & Raspa, R. (2006). Maslow’s hierarchy of needs: A framework for achieving human potential in hospice. *Journal of Palliative Medicine*, 9(5), 1120–1127. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.1120>

ANEXOS

ANEXO 1

Conceção de cuidados em contexto de unidade de internamento

1. SR. E.

10411_2_Prof O Fernandes_1

1.1. Enquadramento teórico

Nota introdutória

O seguinte caso clínico surge durante o Estágio de Natureza Profissional- Módulo II no Serviço de Cuidados Paliativos, Unidade Internamento de Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia do Porto.

Com a conceção de cuidados, partindo de um caso clínico específico, é permitido ao aluno desenvolver umas das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa, "identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares." (Regulamento nº 429/ 2018).

Tendo em conta o tema selecionado para a elaboração do Relatório de Estágio de Natureza Profissional, o Conforto do Cliente em Situação de Últimas Horas e Dias de Vida, optou-se por um cliente com um internamento que se esperava curto para realização de esquema de antibioterapia que, todavia, entrou em situação de últimas horas e dias de vida sendo assim necessário um ajuste dos objetivos, expectativas e comunicação com a família pelo que no decorrer deste caso clínico entre as sessões desenvolvidas é espelhado o agravamento da situação clínica e as alterações dos vários âmbitos que foram feitas tendo por objetivo final o conforto e qualidade de vida do cliente e família.

Enquadramento teórico

O cenário inicial

O Sr. E., de 61 anos, é casado e vive com a esposa e dois dos 3 filhos.

Tem antecedentes pessoais de Doença de Charcot Marie Tooth, oclusão da artéria femoral superficial esquerda, Diabetes Mellitus tipo 2 e AVC isquémico em agosto de 2020.

É acompanhado, desde agosto de 2020, na consulta de oncologia médica do IPO-Porto por adenocarcinoma de Gleason estágio 4, com metastização óssea difusa e ganglionar. Aguarda primeira consulta de Cuidados Paliativos neste mesmo hospital.

Recorreu ao Serviço de Atendimento Não Programado (SANP) no dia 14 de fevereiro por agravamento dos edemas dos membros inferiores em que, no membro inferior esquerdo apresenta uma lesão à qual estava a ser realizado tratamento nos cuidados de saúde primários, mas com progressivo agravamento.

Por decisão da equipa deste serviço, tendo em conta o diagnóstico do cliente, optou-se por internar o Sr. E. no Serviço de Cuidados Paliativos piso 1 por celulite no membro inferior esquerdo.

O cenário inicial

O Sr. E., de 61 anos, é casado e vive com a esposa e dois dos 3 filhos.

Tem antecedentes pessoais de Doença de Charcot Marie Tooth, oclusão da artéria femoral superficial esquerda, Diabetes Mellitus tipo 2 e AVC isquémico em agosto de 2020.

É acompanhado, desde agosto de 2020, na consulta de oncologia médica do IPO-Porto por adenocarcinoma de Gleason estágio 4, com metastização óssea difusa e ganglionar. Aguarda primeira consulta de Cuidados Paliativos nesta mesma instituição.

Recorreu ao Serviço de Atendimento Não Programado (SANP) no dia 1 de março por agravamento dos edemas dos membros inferiores em que, no membro inferior esquerdo, apresenta uma ferida à qual estava a ser realizado tratamento nos cuidados de saúde primários, mas com progressivo agravamento.

Por decisão da equipa deste serviço, tendo em conta o diagnóstico do cliente, optou-se por internar o Sr. E. no Serviço de Cuidados Paliativos piso 1 por celulite no membro inferior esquerdo.

Referências Bibliográficas

Capelas, M. L. (2016). Qualidade e cuidados paliativos. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3rd ed., pp. 937-962). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Universidade de Lisboa.

Capelas, M., Simões, A., Teves, C., Durão, S., Coelho, S., Silva, S., Silva, A., & Afonso, T. (2018). Indicadores de qualidade prioritários para os serviços de cuidados paliativos em Portugal. *Cadernos de Saúde*, 10(2), 11-24.

<https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/7245>

Crawford, G. B., Dzierzanowski, T., Hauser, K., Larkin, P., Luque-Blanco, A. I., Murphy, I., Puchalski, C. M., & Ripamonti, C. I. (2021). Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO Open*, 6(4). <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100225>

European Pain Federation. (2023, April 10). What is the definition of pain? <https://europeanpainfederation.eu/what-is-pain/>

Fradique, E. (2016). Cuidados à boca. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3rd ed., pp. 367-378). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Universidade de Lisboa.

Galriça Neto, I. (2008). Utilização da via subcutânea na prática clínica. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 15(4), 227-283.

Gonçalves, F. (2018). Deprescription in Advanced Cancer Patients. *Pharmacy*, 6(3), 88.

<https://doi.org/10.3390/pharmacy6030088>

Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2019). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. HICPAC.

Infarmed. (2023, April 6). INFOMED- Base de Dados de Medicamentos de Uso Humano. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>

Kolcaba, K., & Kolcaba, R. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1301-1310.

Leadership Alliance for the Care of Dying People. (2014). Priorities of Care for the Dying Person- Duties and Responsibilities of Health and Care Staff. LACDP.

MAYO Clinic. (2023, April 12). Charcot-Marie-Tooth disease. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/charcot-marie-tooth-disease/symptoms-causes/syc-20350517>

Mehta, A., & Chan, L. S. (2008). Understanding of the Concept of “Total Pain.” *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 10(1), 26-32. <https://doi.org/10.1097/01.njh.0000306714.50539.1a>

Monteiro, P., Fernandes, R., & Ramos, A. R. (2021). Sintomas neuropsíquicos. In E. Freire (Ed.), *Guia Prático de Controlo Sintomático* (2nd ed., pp. 109-128). Núcleo de Estudos de Medicina Paliativa da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.

National Coalition for Hospice and Palliative Care. (2018). *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*. NCHPC.

Neto, I. G. (2016). Modelos de controlo sintomático. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3rd ed., pp. 43-48). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Universidade de Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). CIPE® Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. In Ordem dos Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros.

Pina, P. (2016). Controlo da Dor em Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3rd ed., pp. 49-100). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Universidade de Lisboa.

Pinho-Reis, C., Sarmiento, A., & Capelas, M. L. (2018). Nutrition and hydration in the end-of-life care: ethical issues. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 15, 36-40.

Pinto, S., Caldeira, S., & Martins, J. C. (2016). A systematic literature review toward the characterization of comfort. *Holistic Nursing Practice*, 30(1), 14-24. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000126>

Prayce, R., Quaresma, F., & Neto, I. G. (2018). Delirium: The 7th vital sign? *Acta Medica Portuguesa*, 31(1), 51-58. <https://doi.org/10.20344/amp.9670>

Quinn-Lee, L., Weggel, J., & Moch, S. D. (2018). Use of oxygen at the end of life: Attitudes, beliefs, and practices in Wisconsin. *Wisconsin Medical Journal*, 117(1), 7-12.

Sequeira, C. (2016). Comunicação de más notícias. In C. Sequeira (Ed.), *Comunicação clínica e Relação de Ajuda* (1st ed., pp. 215-219). Lidel- Edições Técnicas.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2nd ed.). CLIMEPSI.

1.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 60 anos | Masculino

Cuidador

02-03-2023 09:00

Nome do cuidador: Sra. R..

Data de nascimento do cuidador: 15-09-1970.

Contacto telefónico principal: 999999999.

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 na totalidade.

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

1.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-03-02 09:00:00	Hidromorfona comprimidos de libertação prolongada 48mg, Via Oral - 12h/24h	2023-03-07 09:00:00
2023-03-02 09:00:00	Clindamicina 600mg, Via EV - 8h/16h/24h	2023-03-07 09:00:00
2023-03-02 09:00:00	Prednisolona 20mg, Via Oral - 8h	2023-03-07 09:00:00
2023-03-02 09:00:00	Parecoxib 40mg, Via Oral - 12h/ 24h	2023-03-07 09:00:00
2023-03-02 09:00:00	Esomeprazol 40mg, Via Oral- 8h	2023-03-07 09:00:00
2023-03-02 09:00:00	Furosemida 40mg, Via Oral - 8h	2023-03-07 09:00:00
2023-03-02 09:00:00	Citrato de sódio e o Laurilsulfoacetato de sódio, Via Retal- SOS	2023-03-07 09:00:00

2023-03-02 09:00:00Captopril 12mg, Via SL - SOS
2023-03-02 09:00:00Metoclopramida 10mg, Via EV - SOS
2023-03-02 09:00:00Morfina 10mg, Via SC - SOS
2023-03-02 09:00:00Midazolam 5mg, Via SC - SOS
2023-03-02 09:00:00Paracetamol 1g, Via EV - SOS
2023-03-07 09:00:00Alfentanilo 5mg, Via EV - IEV
2023-03-07 09:00:00Midazolam 5mg, Via EV - IEV
2023-03-07 09:00:00Levomepromazina 12,5mg, Via SC - 8h/16h/24h
2023-03-07 09:00:00Morfina 5mg, Via SC - SOS
2023-03-07 09:00:00Midazolam 2,5mg, Via SC - SOS

1.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Um dos pilares dos cuidados paliativos é o controlo sintomático; controlo esse que passa por medidas não farmacológicas, mas, sobretudo, por medidas farmacológicas.

A prescrição de fármacos trata-se de uma intervenção por parte da equipa médica, contudo, trabalhando em equipa, os enfermeiros em cuidados paliativos desempenham um papel fundamental na administração da medicação prescrita, efeitos esperados e efeitos indesejáveis, devendo comunicar à equipa médica os resultados obtidos.

A dor, a dispneia, o delirium e a ansiedade são sintomas que devem ser controlados de forma a promover o conforto dos clientes, mais especificamente se estes se encontram em situações de últimas horas e dias de vida. As suas manifestações no cliente podem causar sofrimento nos familiares/ cuidadores. O controlo sintomático beneficia não só o cliente como também a família/ cuidadores no sentido que esta encontra o seu familiar mais calmo e sereno.

De seguida faz-se uma pequena resenha acerca dos principais fármacos que fazem parte do esquema farmacológico do cliente em estudo partido da INFOMED- Base de Dados de Medicamentos de Uso Humano, disponibilizada pelo INFARMED- Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (Infarmed, 2023).

- Alfentanilo

O alfentanilo trata-se de um fármaco analgésico opióide, quimicamente similar ao fentanilo, que atua nos mesmos recetores, indicado para utilização em conjunto com hipnóticos em intervenções cirúrgicas de curta duração.

Em cuidados paliativos é utilizado com opióide de segunda linha (Gonçalves et al., 2020) em casos de clientes que apresentam dor moderada a severa e com comprometimento da função renal. Sendo que o início da sua ação é rápido e a sua duração é curta é utilizado na grande parte das vezes em perfusão contínua, endovenosa e subcutânea, assim como em SOS, em casos de dor irruptiva.

Os efeitos secundários deste fármaco são em tudo semelhantes aos restantes opióides, obstipação, náuseas, vômitos, tonturas, confusão, depressão respiratória (são casos raros e acontecem, normalmente, por disfunção metabólica ou numa fase inicial da titulação da dose correta).

-Morfina

Analgésico opióide estupefaciente indicado para casos de dor moderada a intensa, recomendada também em casos de dispneia, tosse e diarreia. É o opióide mais conhecido e utilizado da sua classe pelo seu custo e acessibilidade.

Trata-se de um fármaco que existem em várias formulações para administração nomeadamente, via entérica (em comprimidos revestidos ou de libertação prolongada e em solução oral), via parentérica (endovenosa, subcutânea, epidural, intramuscular). Por via oral o pico da sua concentração plasmática atinge-se ao fim de 1 hora e tem uma duração de cerca de 4 horas sendo a forma mais adequada para iniciar tratamentos com este fármaco.

Os seus efeitos secundários são as náuseas e vômitos, bradicardia, miose, prurido (pela libertação de histamina), sonolência e depressão do centro respiratório.

A obstipação trata-se também de um efeito secundário comum na utilização da morfina principalmente quando em casos de dor. Considerando que não é, habitualmente transitório, carece de tratamento específico e dirigido com laxantes.

-Midazolam

Fármaco pertencente ao grupo das benzodiazepinas, ansiolíticos e sedativos com o dobro da potência sedativa do diazepam. Apresenta ainda propriedades anticonvulsivantes, indutoras de sono e funciona também como relaxante muscular. Existe em formulações orais, comprimidos, e parentéricas, sendo passível de administração endovenosa, subcutânea e intramuscular.

Os seus efeitos secundários possíveis são confusão, humor eufórico, alucinação, sedação prolongada, estado de vigília diminuído, cefaleia, tonturas, ataxia, amnésia anterógrada cuja duração é diretamente relacionada com a dose administrada. Pode provocar dependência física pelo que a cessação brusca da utilização do fármaco pode provocar sintomas de privação.

Pelo seu efeito de curta duração, em cuidados paliativos é utilizado para a realização de determinados procedimentos como tratamentos a feridas. É também utilizado pelo seu efeito hipnótico em casos de insónia e em episódios de agitação psicomotora.

-Hidromorfona

Opióide semi- sintético utilizado em casos de adultos com dor intensa. Existe, em Portugal, apenas em formulação oral sob a forma de comprimidos de libertação prolongada.

É um fármaco absorvido principalmente absorvido na parte superior do intestino delgado e metabolizado a nível hepático pelo que a sua utilização em clientes com insuficiência hepática deve ser cautelosa. Os seus efeitos secundários são semelhantes a outros fármacos opióides.

-Levomepromazina

Trata-se de um antipsicótico utilizado em cuidados paliativos pelo seu grande poder anticolinérgico e sedativo em associação com analgésicos. Pode ser administrada isoladamente ou em perfusão com outros fármacos. A via mais utilizada para a administração deste fármaco é

a via subcutânea.

Efeitos anticolinérgicos do tipo xerostomia, obstipação, retenção urinária; efeitos neurológicos como estados confusionais, delírio, convulsões, sedação, síndromes extrapiramidais e discinesias são alguns dos efeitos indesejáveis possíveis de surgir e para os quais deve prestar-se atenção.

-Metoclopramida

Antiemético, pró-cinético e modificador da motilidade gástrica utilizado para o tratamento de náuseas e vômitos; acelera o esvaziamento gástrico. Não deve ser utilizada em casos de oclusão total do trato intestinal, hemorragias e perfurações do trato gastrointestinal. A sua administração deve ocorrer cerca de 30 minutos previamente às refeições.

Os efeitos indesejáveis mais comuns são síndrome extrapiramidal, sonolência. Deve ter-se precauções em clientes com doença de Parkinson, insuficiência hepática, renal e cardíaca e diabetes mellitus.

-Furosemida

Fármaco da classe dos diuréticos da ansa. Utilizado em casos de hipervolemia (edemas), dispneia secundária a congestão pulmonar, hipertensão, hipercaliemia e hipercalcemia.

A suas formulações comerciais são em comprimidos e solução injetável, podendo ser administrada por via endovenosa ou subcutânea.

Trata-se de um fármaco muito utilizado em cuidados paliativos, pela via subcutânea, na gestão de edemas dos membros inferiores e ascite. Os seus efeitos secundários mais comuns são irritação e reação local; alterações hidroeletrolíticas; hipovolémia e desidratação; rash cutâneo. Na sua administração por via subcutânea deve ter-se em atenção que deve ser administrado por uma via única.

-Citrato de Sódio + Laurilsulfoacetato de sódio

Laxante de contacto, sob a forma de micro-enema, usado no tratamento sintomático da obstipação retal ou reto-sigmoideia; preparação do reto e sigmóide para exames endoscópicos, entre outros. Funciona aumentando a motilidade e as secreções, causa contrações rítmicas dos músculos intestinais e estimulam o plexo mio-entérico (Barbosa et al, 2016, p. 158).

Em cuidados paliativos a obstipação é um sintoma comum entre os clientes pelo que a sua abordagem sistemática é fundamental para a promoção do conforto do cliente. Muitos clientes estão sob regime analgésico de opióides e considerando que a obstipação é um efeito indesejado e persistente dose-dependente (Barbosa et al, 2016, p. 160) os laxantes por via retal desempenham um papel fundamental.

-Esomeprazol

Inibidor da bomba de prótons usado no tratamento da esofagite de refluxo erosiva tratamento

sintomático da doença de refluxo gastroesofágico, cicatrização e prevenção da úlcera duodenal associada a *Helicobacter pylori*; necessidade de tratamento contínuo com AINEs e prevenção de úlceras pépticas causadas por estes fármacos.

Em situações de fim de vida/ últimas horas e dias de vida, numa perspetiva de simplificação terapêutica e desprescrição, e mantendo apenas fármacos com efeitos positivo e imediatos, este é um dos fármacos que deverá ser retirado da prescrição de acordo com Gonçalves (2018).

-Parecoxib

Corticosteróide inibidor seletivo da ciclooxigenase-2, usado no tratamento de curta duração da dor pós-operatória em adultos diminuindo a produção de prostaglandinas.

Em cuidados paliativos é utilizado pelo seu efeito anti-inflamatório em associado a analgésicos potentes como os opióides.

Os AINEs apresentam efeitos indesejáveis particularmente importantes em cuidados paliativos como a dispepsia, náuseas, vômitos e dor epigástrica pelo que a sua prescrição deve ser ponderada. Associar a prescrição de protetores gástricos é relativa, não absoluta (Barbosa et al, 2016, p. 58).

- Prednisolona

Corticosteróide usado no tratamento de curta duração/ exacerbações sistémicas de várias patologias entre elas as doenças oncológicas. Em cuidados paliativos utiliza-se pelos seus benefícios no apetite, nas náuseas, na astenia, na febre, no humor, na sensação de bem-estar e na qualidade de vida.

O tratamento com este fármaco, bem como com outros corticosteróides, não deverá ser suspenso abruptamente pois poderá provocar uma supressão das glândulas suprarrenais e síndrome de abstinência.

1.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

07-03-2023 09:00

Repouso no leito

Conhecimento do cuidador sobre necessidade do cliente manter repouso no leito: facilitador.

Intervenções de Enfermagem

07-03-2023 09:00 - Manter repouso no leito

07-03-2023 09:00 - Arranjar o cliente

Regime de nada pela boca

Conhecimento do cuidador sobre necessidade de o cliente manter regime de nada pela boca: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Intervenções de Enfermagem

07-03-2023 09:00 - Manter regime de nada pela boca

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre necessidade de o cliente manter regime de nada pela boca

Oxigenoterapia

Débito de oxigénio: 6.00 L/min.

Intervenções de Enfermagem

07-03-2023 09:00 - Manter oxigenoterapia

Sondas, Drenos e Cateteres

02-03-2023 09:00

Cateter venoso periférico

Localização do cateter venoso periférico

Mão Esquerda(o)

Características do dispositivo: 20G.

Intervenções de Enfermagem

02-03-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]

02-03-2023 09:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [Aquando da administração dos fármacos]

02-03-2023 09:00 - Otimizar cateter venoso periférico

02-03-2023 09:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

02-03-2023 09:00 - Trocar cateter venoso periférico [A cada 4 dias]

Cateter subcutâneo

Localização do cateter subcutâneo

Abdómen

Características do dispositivo: 24G.

Intervenções de Enfermagem

02-03-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo [Sem frequência]

02-03-2023 09:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter subcutâneo [Aquando da administração dos fármacos]

02-03-2023 09:00 - Otimizar cateter subcutâneo

02-03-2023 09:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter subcutâneo

02-03-2023 09:00 - Trocar cateter subcutâneo [SOS]

07-03-2023 09:00

Localização do cateter venoso periférico

Mão Esquerda(o)

Características do dispositivo: 20G.

Localização do cateter subcutâneo

Abdómen

Características do dispositivo: 24G.

Cateter urinário

Intervenções de Enfermagem

07-03-2023 09:00 - Otimizar cateter urinário

07-03-2023 09:00 - Trocar cateter urinário [A cada 10 dias]

1.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e

terapêutica médica.

No sentido de otimizar o conforto do cliente tendo em vista a evolução clínica para uma situação de últimas horas e dias de vida foi importante tomar decisões no que concerne a dispositivos e atitudes terapêuticas. Assim, a equipa de cuidados optou por manter o cliente em repouso no leito e em pausa alimentar, administrar oxigenoterapia por máscara de Venturi, administrar fármacos por via endovenosa e outros por via subcutânea, tendo em conta a alteração do estado de consciência, e pela alteração do padrão de eliminação vesical, optou-se por algaliar o cliente.

-Repouso no leito e Regime de nada pela boca

Na primeira sessão apresenta-se um cliente que deambula com apoio lateral e alterna entre o cadeirão e a cama a seu gosto e vontade. Alimenta-se por via oral de uma dieta hipoglicídica de acordo com as suas preferências. Trata-se de um cliente com uma alta prevista para o dia seguinte, após término de esquema de antibioterapia, contudo, na segunda sessão deste caso clínico o cliente sofre um agravamento rapidamente progressivo entrando este em situação de últimas horas e dias de vida.

Ora, devido aos sinais evidenciados pelo cliente, nomeadamente o delirium, dor e dispneia, opta-se por manter o cliente em repouso no leito evitando provocar movimentações desnecessárias e que não teriam benefício na situação do cliente.

Com a alteração do estado de consciência e a via oral não estar devidamente assegurada e principalmente, estando o cliente em situação de últimas horas e dias de vida a equipa optou pelo regime de nada pela boca. Em situação de últimas horas e dias de vida a alimentação e a hidratação dos clientes deve ser ponderada, a fome não está habitualmente presente (Pinho-Reis et al., 2018) pelo neste caso específico se optou por suspender.

-Oxigenoterapia

A dispneia trata-se de um sintoma muito prevalente em cuidados paliativos e, mais especificamente, em situações de últimas horas e dias de vida; tem um impacto negativo no cliente e família (Quinn-Lee et al., 2018) pelo seus componentes físicos, psicológicos, sociais e emocionais.

A utilização da oxigenoterapia é pouco consensual no seio da comunidade científica. Se por um lado há clientes que referem sentirem melhorias com a oxigenoterapia, que deve ser administrada preferencialmente por cânula nasal, por outro, estudos randomizados referem que não têm resultados efetivos na função respiratória. Assim, o objetivo deve ser formulado de acordo com a situação clínica do cliente, sendo que primeiramente se deve realizar uma prova terapêutica com opióide. De acordo com (Crawford et al., 2021) a suplementação com oxigénio apenas está indicada em clientes com hipoxemia grave.

-Catéter venoso periférico

Várias são as vias de administração de fármacos em meio clínico pelo que a via endovenosa é

uma das mais utilizadas.

Em cuidados paliativos permite um controlo mais rápido da sintomatologia dos clientes pela rápida atuação dos fármacos administrados por esta via. Contudo m situação de últimas horas e dias de vida não é a via preferencial pois é de difícil acesso podendo implicar várias punções aumentando assim o desconforto do cliente.

-Catéter subcutâneo

Trata-se da via preferencial em cuidados paliativos na ausência de via oral. Trata-se da colocação de um catéter/ agulha epicraniana, normalmente de pequeno calibre, no tecido subcutâneo de várias localizações corporais nomeadamente face anterior do tórax, abdómen, coxas e deltóides.

As contraindicações para esta via são: recusa do cliente, caquexia, anasarca/ ascite, necessidade de reposição rápida de volume, síndrome da veia cava, proximidade a articulações ou proeminências ósseas; áreas de infeção/ inflamação, ulceradas ou irradiadas. Em termos de complicações pode ocorrer sinais inflamatórios como calor e rubor, endurecimento, celulite, exsudado purulento, necrose e hematomas (Neto, 2008).

No caso em gestão, o cliente já possuía um acesso subcutâneo prévio ao agravamento pelo que, não apresentando sinais inflatórios, se decidiu manter. Acabando por ser utilizado na administração da sedação paliativa.

-Catéter urinário

A algaliação corresponde à colocação de um cateter vesical pela uretra até à bexiga.

Ora, nesta situação tratava-se de um cliente continente que tinha micções espontâneas na casa de banho. Contudo, com o agravamento, por apresentar micção abundante no leito e queixas de dor suprapúbica a equipa decidiu o cateterismo vesical o que resultou numa drenagem imediata de 1000cc de urina, ou seja, o cliente tinha um retenção urinária aguda.

Como medida de conforto em fim de vida surge a cateterização vesical no sentido que há uma menor necessidade de mobilização dos clientes reduzindo a estimulação sensitiva. (Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2019, p. 11). Todavia em situações onde exista agitação a presença deste mesmo dispositivo pode ser provocadora de maior desconforto pois o cliente pode tentar exteriorizá-lo com o balão insuflado potenciando hemorragias e dor.

1.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
02-03-2023 09:00	Consciência	
02-03-2023 09:00	Dor	
02-03-2023 09:00	Sistema cardiovascular	07-03-2023 09:00
02-03-2023 09:00	Eliminação intestinal	07-03-2023 09:00
02-03-2023 09:00	Eliminação urinária	

02-03-2023 09:00	Mucosas	
02-03-2023 09:00	Pele	07-03-2023 09:00
02-03-2023 09:00	Metabolismo	07-03-2023 09:00
02-03-2023 09:00	Termorregulação	
02-03-2023 09:00	Volume de líquidos	
02-03-2023 09:00	Andar	07-03-2023 09:00
02-03-2023 09:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
07-03-2023 09:00	Atitudes terapêuticas	
07-03-2023 09:00	Conforto	
07-03-2023 09:00	Comunicação verbal	

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

A detecção das necessidades surge de uma avaliação inicial metódica e integral e que inclui a análise das necessidades, físicas, psicológicas, emocionais, e sociais sempre em interação com a família/ cuidadores.

Da avaliação deste cliente procurou-se atuar sobre o domínios, disponíveis na NursingOntos, da consciência, dor, sistema cardiovascular, eliminação intestinal e urinária, mucosas, pele, metabolismo, termorregulação, volume de líquidos, andar. Relativamente ao domínio do conforto trata-se de um domínio ainda não disponível nem na NursingOntos nem na plataforma e4nursing, mas que é essencial e sensível aos cuidados de enfermagem e ainda mais em cuidados paliativos pelo que se decidiu abordar neste caso.

-Consciência

Consciência define-se, tendo em conta a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem como uma “resposta mental a impressões de uma combinação dos sentidos, mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente externo” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A primeira avaliação permite perceber que o cliente se encontra consciente, orientado e colaborante no espaço e tempo. Na sessão que se segue encontrámos um cliente sem abertura ocular espontânea, resposta verbal incompreensível e não cumpridor de ordens, avaliação esta tendo em conta a Escala de Coma de Glasgow, instrumento disponibilizado na plataforma. Ainda assim, tendo em conta que a alteração do estado de consciência se deve ao delirium, sintoma neuropsiquiátrico, faria mais sentido a sua avaliação baseando-se num outro instrumento mais específico, a Confusion Assessment Method - versão reduzida (CAM reduzida) por exemplo.

O delirium, é uma “disfunção cerebral aguda associada a perturbação da consciência, atenção e cognição que surge em horas a dias e que apresenta um carácter flutuante” (Monteiro et al., 2021) trata-se de um sintoma muito comum em cuidados paliativos muitas vezes subtratado e subdiagnosticado, indutor de sofrimento para o cliente, família e profissionais. Existem três subtipos o delirium hiperativo, o delirium hipoativo e o misto, sendo o hipoativo de mais difícil diagnóstico (Prayce et al., 2018).

Neste caso faz sentido manter a avaliação da consciência pela sua evolução entre sessões e o impacto que teve na definição de objetivos e prioridades.

-Dor

Cicely Saunders introduziu o conceito de dor total onde definiu que a dor é um fenómeno que deve ser avaliado e tratado nos seus quatro âmbitos, físico, psicológico, social e espiritual (Mehta & Chan, 2008; Twycross, 2003) A Federação Europeia da Dor define o 5º sinal vital como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante a uma lesão tecidual real ou potencial. A dor é sempre uma experiência pessoal influenciada por vários fatores, biológicos, psicológico e sociais.” (European Pain Federation, 2023).

Este fenómeno fisiológico tem impacto na qualidade de vida do cliente, família e também dos cuidadores, acarreta incapacidade física e funcional, isolamento social e desesperança. Tem um prevalência estimada entre 70 e 80% no último ano de vida dos doentes oncológicos. De acordo com a sua cronicidade a dor pode ser classificada como um sintoma, se for aguda, ou uma doença em si mesma, pelas alterações físicas, psicoemocionais e sociais que acarreta para o cliente e quem o rodeia (Pina, 2016).

Assim, a abordagem farmacológica deste fenómeno passa pela gestão de múltiplos tipos de fármacos sendo a escada analgésica proposta pela Organização Mundial da Saúde uma possível abordagem; a abordagem não farmacológica passa por controlar o ambiente mantendo-o calmo, sem ruídos e poucos estímulos neuro-sensoriais, recurso a terapias complementares, como a imagem guiada ou aromaterapia.

-Eliminação intestinal e eliminação urinária

Estes domínios, nesta situação clínica, fazem sentido pois o cliente está sob um regime de opióides, morfina, alfentanilo e hidromorfona, em que um dos seus efeitos secundários é a obstipação, logo é necessário assegurar um padrão de eliminação intestinal regular evitando empactação fecal e conseqüentemente abdominoalgias. Ora, o cliente também está sob laxantes que facilitam a eliminação intestinal, contudo mantém-se a necessidade de vigilância.

Relativamente à eliminação urinária esta tornou-se um foco de atenção pois o cliente passou por uma alteração do padrão eliminatório, nomeadamente com incontinência de esfíncteres e retenção urinária, foi necessário proceder à cateterização vesical para maior conforto do cliente.

- Mucosas e Pele

A pele é considerada o maior órgão do corpo humano, serve de barreira contra agressões externas, regula a temperatura e a humidade, é um órgão sensorial, produz vitamina D. A sua camada mais externa, a epiderme, está em constante regeneração.

O Sr. E. apresenta uma ferida no membro inferior esquerdo com presença de tecido compatível com fibrina, rubor, tumefação e edema na região perilesional. Durante o internamento eram realizados tratamentos com os apósitos considerados adequados de acordo com as características que a ferida apresentava. Percebeu-se uma evolução favorável com a instituição

da antibioterapia sistémica com os apósitos tópicos.

Em situação de últimas horas o tratamento a feridas deve ser feito de forma a promover o conforto do cliente e não com o intuito curativo da ferida.

O domínio “mucosas” faz sentido tomar-se como um foco de atenção principalmente em fim de vida/ últimas horas e dias de vida. Nesta fase do ciclo de vida os cuidados orais são fundamentais promovendo conforto relativamente às alterações na mucosa oral e que são causadoras de maior desconforto e muitas vezes negligenciados nos cuidados. Várias são as causas potenciadoras de alterações da mucosa oral, medicação (anticolinérgicos, ...), radioterapia, progressão tumoral, infeções orais, desidratação, distúrbios imunitários. (Fradique, 2016). A xerostomia é um problema comum em cuidados paliativos e que tem repercussões importantes na qualidade de vida (Fradique, 2016).

-Metabolismo e Termorregulação

Neste caso o domínio da temperatura é importante a sua monitorização e avaliação pois o cliente possuía um processo infeccioso ativo, celulite no membro inferior esquerdo com ponto de partida um solução de continuidade na região lateral da perna. Com a antibioterapia em curso o objetivo é reduzir os marcadores inflamatórios e a infeção presente.

A febre trata-se de um sinal de infeção ativa, como resposta fisiológica imunitária a várias condições como infeções bacterianas ou víricas. Em situação de últimas horas e dias de vida a avaliação da temperatura é importante pois a febre pode ser indutora de desconforto ao cliente devendo ser tratada com um antipirético numa forma de administração compatível com a condição clínica, por via retal, por exemplo.

-Volume de líquidos

Um dos motivos de internamento do cliente nesta unidade foi o aumento dos edemas presentes nos membros inferiores associados à patologia oncológica como também à infeção presente n membros inferior esquerdo.

A gestão dos edemas deve ser uma preocupação no sentido de melhorar a deambulação do cliente já comprometida pela sua patologia hereditária assim como, e sendo um edema um sinais de infeção, a sua redução, principalmente na localização proximal à lesão, poderá ser indicadora de uma melhoria relativamente ao processo inflamatório ativo.

A abordagem a este sinal deve ser feita a partir de terapêutica farmacológica, com Furosemida por exemplo, e com atitudes não farmacológicas como a ingestão de líquidos e a drenagem postural, de acordo sempre com a condição clínica do cliente e indicação médica.

Em situação de últimos dias e horas de vida, o cliente manteve a presença de edemas, mas mais reduzidos, considerando que não eram indutores de desconforto ao Sr. E., optou-se por não se dirigirem medidas para a sua diminuição.

-Andar

O cliente é portador de uma patologia neurodegenerativa hereditária, a Doença de Charcot-Marie-Tooth, caracterizada pela destruição nervosa dos membros, com maior predominância nos membros inferiores. Estas alterações podem provocar entre outras coisas, um maior risco de queda, diminuição da força e sensibilidade nos membros inferiores, aumento dos arcos plantares e descoordenação motora (MAYO Clinic, 2023)

O cliente, quando no domicílio e devido a estas alterações neurológicas, deambulava com apoio de bengala, no internamento com o aumento dos edemas dos membros inferiores necessitava de apoio bilateral para se deslocar.

Após a instalação de sinais e sintomas de últimas horas e dias de vida o cliente estava incapaz de se mobilizar pelo que se manteve em repouso no leito e o andar deixou de ser um foco de atenção da parte da equipa multidisciplinar.

-Conforto

O conforto trata-se de um conceito importante na sociedade atual. O desenvolvimento das ciências médicas permitiu que se viva cada vez mais, mas nem sempre com a qualidade de vida que se pretende pelo que as pessoas procuram interessar-se pela qualidade de vida e conforto no final de vida. Em cuidados paliativos o conforto é, porventura, o objetivo de todas as intervenções da equipa multidisciplinar aplicadas aos clientes.

O cliente portador de doença avançada, progressiva e terminal experiencia, na grande parte das vezes, desconforto de várias ordens, físico, psicológico, emocional e espiritual. A equipa de cuidados assim como os familiares/ cuidadores estão despertos para o sofrimento físico que se associa a determinadas manifestações com a dor e dispneia, ao passo que outros âmbitos do sofrimento menos visíveis sejam subtratados, contudo podem ter mais impacto no bem-estar do cliente que propriamente o controlo dos desconfortos físicos. Tendo em conta o binómio cliente-cuidador, que identifica a unidade do cuidado, há que não esquecer que os cuidadores passam por alterações e adaptações nesta fase que lhes podem provocar sofrimento e que também nestes a equipa deve promover cuidados de excelência como o suporte emocional e espiritual.

A enfermagem é a ciência que mais ênfase tem dado a este conceito tão variável e abstrato, contudo tem aumentado o interesse de outras áreas científicas por este conceito (Pinto et al., 2016). Trata-se de um termo que ainda levanta dúvidas no seio da enfermagem, alguns definem-no como um estado, outros como um processo, outros como um resultado (Kolcaba & Kolcaba, 1991).

Kolcaba, na sua Teoria do Conforto, procurou desenvolver o termo conforto tendo em conta três níveis de conforto, o alívio, a tranquilidade e a transcendência em quatro contextos, o físico, psicológico, social e ambiental.

Em situação de últimas horas e dias de vida o conforto tem ainda mais um impacto maior.

Tendo em conta que o processo de irreversibilidade da doença é inevitável os profissionais devem procurar desenvolver a suas intervenções sempre com o objetivo de promover o conforto e defender a dignidade do cliente aos seus cuidados.

Nesta fase de vida o cliente está incapacitado de ver as suas necessidades satisfeitas pelo que o primeiro passo para o conforto do cliente é, quando este está capaz de comunicar eficazmente, procurar desenvolver um plano avançado de cuidados, discutindo com o cliente e família os objetivos dos cuidados assim como as intervenções a serem aplicadas, “estes planos permitem aos clientes partilhar as suas preferências quanto aos tratamentos quando já não são capazes de o fazer por si próprios” (Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 2018, p. 60).

O controlo sintomático afigura-se como outro pilar essencial para o conforto em situação de últimas horas e dias de vida. Uma correta e sistemática avaliação sintomática recorrendo a instrumentos válidos e fidedignos permite ir de encontro às queixas verbalizadas ou expressas pela linguagem corporal dos clientes. Existem alguns princípios relativo ao controlo sintomático para os quais as equipas devem estar atentas (Neto, 2016): avaliar e monitorizar corretamente os sintomas; recorrer a estratégias farmacológicas e não farmacológicas; adequar a via de administração; estabelecer planos com os clientes e família; dar uma explicação sobre os sintomas e mostrar disponibilidade; reavaliar periodicamente; estar atento a detalhes. Também Neto (2016) fala em constantes de conforto, presença de sintomas, qualidade do sono e bem-estar psicológico, como forma de avaliar os sintomas apresentados pelo cliente e o seu impacto no conforto.

Nesta fase também o suporte psicológico, emocional e espiritual é fulcral, baseando esta atuação numa comunicação compassiva e mostrando disponibilidade estando atento ao que o cliente expressa ou demonstra. Nesta fase de vida os profissionais devem promover a resolução de conflitos e assuntos pendentes. A espiritualidade é também um fator a que os profissionais devem procurar dar resposta procurando compreender as crenças religiosas assim como valores e ideais de vida para que eles próprios ou outro profissional mais habilitado, como o capelão ou assistente espiritual, assistam o cliente e a família. Esta preocupação com as crenças dos clientes e família também se revela importante pois determinadas religiões/ credos desenvolvem cuidados específicos ao corpo após a morte. O respeito pelo corpo é um fator de conforto do cliente pois valida a sua dignidade como pessoa e respeito por aquilo que foi; é um dos temas a abordar na planificação avançada de cuidados.

O Sr. E. gostaria de morrer em casa, contudo, pelas intercorrências e agravamento repentino não foi possível respeitar essa vontade, por isso, estando o cliente internado numa unidade de cuidados paliativos e numa tentativa de aproximar os cuidados aos desejos do cliente a família esteve presente ao longo do processo de morte tal como estes também desejavam.

Enfim, o cliente morreu pacificamente no leito do seu quarto na referida unidade de cuidados paliativos com os seus sintomas controlados e a família junto de si, devidamente informada e em processo de adaptação à perda de um familiar, um marido e pai.

1.6. Dados

Consciência

02-03-2023 09:00

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

07-03-2023 09:00

Abertura dos olhos: à dor [PIOROU].
Resposta verbal: incompreensível [PIOROU].
Resposta motora: localiza a dor [PIOROU].

Consciência comprometida

Vômito em jato (Não).

Dor

02-03-2023 09:00

Dor

Localização da dor
Membro inferior Esquerda(o)
Intensidade da dor - 4.
frequência da dor - contínua.
duração da dor - crônica.
dor de tipo - moedeira.

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

Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 07-03-2023 09:00

Potencial para melhorar significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor [RESOLVIDO] 07-03-2023 09:00

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

07-03-2023 09:00

Expressão facial: Parcialmente contraída ou sobrelhas franzidas.
Movimento dos membros: Membros superiores parcialmente fletidos.
Choro/vocalização: Gemidos frequentes ou prolongados.

Comunicação verbal

07-03-2023 09:00

Não é capaz de se expressar.
Perda total da compreensão da mensagem.

Comunicação verbal expressiva comprometida

Comunicação verbal recetiva comprometida

Sistema cardiovascular

02-03-2023 09:00

Localização do Pulso

Punho Direita(o)

Pulso de amplitude mediana e regular.

Pulso rítmico.

Pulso simétrico.

Frequência do pulso: 66 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 145 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 78 mm Hg.

Coloração das extremidades

Membro inferior Direita(o): Coloração normal das extremidades.

Membro inferior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades.

Tempo de preenchimento capilar: 3 segundos.

Localização da dor

Membro inferior Esquerda(o)

Intensidade da dor - 4.

frequência da dor - contínua.

duração da dor - crônica.

dor de tipo - moedeira.

Hemorragia [RESOLVIDO] 07-03-2023 09:00

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

Conhecimento sobre autovigilância de hemorragia: facilitador.

Capacidade para tratar hemorragia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre hemorragia: facilitador.

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

Capacidade do cuidador para tratar hemorragia: facilitadora.

Potencial para melhorar conhecimento sobre hemorragia [RESOLVIDO] 07-03-2023 09:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância de hemorragia [RESOLVIDO] 07-03-2023 09:00

Hipertensão [RESOLVIDO] 07-03-2023 09:00

Conhecimento sobre hipertensão: facilitador.

Conhecimento sobre complicações da hipertensão: facilitador.

Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador.

Significado atribuído à hipertensão: não dificultador.

Conhecimento do cuidador sobre hipertensão: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre complicações da hipertensão: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: facilitador.

Capacidade do cuidador para vigiar pressão sanguínea: facilitadora.

Eliminação intestinal

02-03-2023 09:00

Fezes: em moderada quantidade.

Consistência das fezes: Mole.
Coloração das fezes: acastanhada.
Número de defecações por dia: 1.
Número de defecações por semana: 4.
Sensação de urgência para defecação.
Expulsão controlada de fezes.

Obstipação [RESOLVIDO] 07-03-2023 09:00

Conhecimento sobre regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
Conhecimento do cuidador sobre regime dietético: facilitador.
Conhecimento do cuidador sobre regime medicamentoso: facilitador.
Conhecimento do cuidador sobre regime de exercício: facilitador.
Conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal: facilitador.

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso [RESOLVIDO] 07-03-2023 09:00

Eliminação urinária

02-03-2023 09:00

Urina em moderada quantidade.
Cor da urina: Amarelo-palha.
Cheiro da urina: sui generis.
Transparência da urina: Límpida.
Frequência da eliminação urinária: Normal .
Reconhece a vontade de urinar.
Sensação de esvaziamento completo da bexiga.
Sem globo vesical.

Retenção urinária

Conhecimento sobre prevenção de retenção urinária: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
Conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação urinária: facilitador.
Conhecimento do cuidador sobre planeamento da eliminação urinária: facilitador.
Conhecimento do cuidador sobre prevenção de retenção urinária: facilitador.

Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de retenção urinária [RESOLVIDO] 07-03-2023 09:00

07-03-2023 09:00

Quantidade de urina: 1000 ml.
Cor da urina: Amarelo-palha.
Cheiro da urina: sui generis [MANTEVE].
Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].
Não reconhece a vontade de urinar [PIOROU].
Presença de globo vesical [PIOROU].
Eliminação urinária involuntária por aumento da pressão intra-abdominal.

Mucosas

02-03-2023 09:00

Membrana mucosa comprometida

Localização do compromisso da membrana mucosa
Cavidade oral

Coloração da mucosa: pálida.

Mucosa seca.

Mucosa com textura normal.

Conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

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

Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa [RESOLVIDO] 07-03-2023 09:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa

07-03-2023 09:00

Localização do compromisso da membrana mucosa

Cavidade oral

Coloração da mucosa: pálida.

Mucosa seca.

Mucosa com textura normal [MANTEVE].

Pele

02-03-2023 09:00

Ferida, Membro Inferior Esquerdo [RESOLVIDO] 07-03-2023 09:00

Metabolismo

02-03-2023 09:00

Glicemia capilar: 153 mg/dl.

Termorregulação

02-03-2023 09:00

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.70 °C.

Hipertermia

Consciencialização da relação entre o controlo da temperatura corporal e a progressão do processo patológico: facilitadora.

Conhecimento do cuidador sobre vigilância da temperatura corporal: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre controlo da temperatura corporal: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de complicações da hipertermia: facilitador.

07-03-2023 09:00

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 37.00 °C.

Volume de líquidos

02-03-2023 09:00

Sensação de sede normal.

Tempo de preenchimento capilar: 3 segundos.

Tumefação dos tecidos

Membro inferior Esquerda(o): não depressível.

Membro inferior Direita(o): depressível.

Sinal de Godet

Membro inferior Direita(o): Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm).

Turgor da pele aumentado, com apagamento das pregas cutâneas naturais.

Pele seca / descamativa.

Olhos encovados (Não).

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 145 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 78 mm Hg.

Edema

Localização do edema

Membro inferior Direita(o)

Membro inferior Esquerda(o)

Conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos: facilitador.

Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador.

Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: facilitador.

Conscientização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos: facilitadora.

Significado atribuído à retenção de líquidos: não dificultador.

Conhecimento do cuidador sobre regime de ingestão de líquidos: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre vigilância da retenção de líquidos: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos: facilitador.

Potencial para melhorar significado atribuído à retenção de líquidos [RESOLVIDO]

07-03-2023 09:00

07-03-2023 09:00

Sensação de sede normal.

Tempo de preenchimento capilar: 3 segundos.

Localização do edema

Membro inferior Direita(o)

Membro inferior Esquerda(o)

Andar

02-03-2023 09:00

Mobilidade através da marcha

Dispositivo: Bengala - marcha com limitações para subir ou descer escadas.

Andar comprometido [RESOLVIDO] 07-03-2023 09:00

Conscientização sobre compromisso no andar: facilitadora.

Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador.

Conscientização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar

Dispositivo: Bengala - facilitadora.

Capacidade para andar

Dispositivo: Bengala - facilitadora.

Autoeficácia para andar

Dispositivo: Bengala - facilitadora.

Significado atribuído ao uso de auxiliar de marcha

Dispositivo: Bengala - não dificultador.

Conscientização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no andar: facilitadora.

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: Bengala - facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para assistir no andar

Dispositivo: Bengala - facilitadora.

Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso no andar

Dispositivo: Bengala - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda
[RESOLVIDO] 07-03-2023 09:00

1.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Tendo em conta o descrito no cenário inicial, trata-se de um cliente com doença avançada, progressiva, limitante e terminal que foi internado nesta unidade de cuidados paliativos para realização de esquema de antibioterapia por ferida infetada no membro inferior e controlo dos edemas dos membros inferiores pelo que o objetivo primordial era que o Sr. E. regressasse ao domicílio para junto da família que eram os cuidadores do cliente. Até a esta sessão o internamento decorria sem intercorrências, a ferida existente no membro inferior apresentava melhorias e com controlo da infeção presente assim como era perceptível uma redução dos edemas que facilitavam a deambulação do cliente.

Contudo, na segunda sessão verifica-se um agravamento rapidamente progressivo sem causa clínica que o justifique. O cliente apresenta alteração do padrão ventilatório com padrão tipo Cheyne-Stokes, alteração do estado de consciência com abertura ocular nula, resposta verbal nula e incapacidade para cumprir ordens, incontinência de esfíncteres com micção abundante, mas com queixas de dor suprapúbica, perda de via oral não conseguindo deglutir e incapacidade em comunicar por oralmente.

Neste contexto, e por se tratar de uma situação de últimas horas e dias de vida, foi contactada a família para que fosse possível explicar a situação bem como permitir a sua presença e assim fosse do seu desejo.

Aquando da chegada da esposa e do filho, com quem o Sr. E. vivia, e das outras duas filhas optou-se primeiramente por reunir de forma breve com eles abordando exatamente as alterações que aconteceram e que cuidados seriam agora mais prioritários. Aqui houve a necessidade de implementar técnicas de comunicação de más notícias pois ia-se comunicar que o cliente entrou em processo de morte e que se tratava de um processo irreversível.

Compreendendo que se tratava de uma situação irreversível do quadro clínico os objetivos principais passaram a ser o conforto e dignidade do cliente no sentido primordial do controlo sintomático (dor, dispneia e delirium) como também a comunicação e apoio da família nesta fase que é também impactante.

Então, nesta fase os objetivos dos cuidados passam por:

-A fase da agonia é detetada precocemente;

-O cliente ter a sua sintomatologia controlada;

-A família é apoiada durante a fase da agonia e vê as suas preocupações esclarecidas e apoiadas;

-A comunicação é eficaz com o cliente, família e restante equipa;

1.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

Como descrito anteriormente, o internamento do Sr. E. teria como objetivo principal a realização de antibioterapia por via endovenosa e redução dos edemas presentes nos membros inferiores sendo que, após o planeado, teria alta clínica para o seu domicílio.

Assim, para esta fase definir-se-iam como indicadores de resultado:

- Redução dos edemas presentes nos membros inferiores;
- Diminuição dos marcadores de infeções presentes na ferida do membro inferior esquerdo;
- Condição clínica para alta para domicílio.

Todavia, com a evolução para a fase agónica, e culminando esta fase de vida com a morte do cliente, a previsão de alta deixou de fazer parte do plano de cuidados. Assim, redirecionando os cuidados prestados para a promoção e manutenção do conforto e dignidade do cliente e da família a primeira abordagem implicou o diagnóstico da fase da agonia procurando sinais e sintomas característicos desta fase do ciclo vital.

Quando definido que o cliente se encontra em fase de últimas horas e dias de vida, o plano individual de cuidados deve incluir a alimentação/ hidratação (se aplicável e seguro), controlo sintomático, apoio/ cuidados psicológicos, sociais e espirituais, sempre baseados numa visão compassiva (Leadership Alliance for the Care of Dying People, 2014).

Com a deteção destes sinais e sintomas deve procurar-se controlá-los recorrendo a terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas tais como medicação dirigida e de efeito rápido, manutenção de um ambiente calmo, utilização de terapias complementares como a musicoterapia, aromaterapia, entre outras. De seguida a comunicação com a família deve ser incrementada, sendo clara adequando-se aos conhecimentos e capacidades destes elementos, disponível com espaço para esclarecimento de dúvidas e mitos; nesta fase os familiares apresentam dúvidas, anseios e medos que devem ser esclarecidos com vista a prevenir possíveis lutos patológicos.

Os cuidados espirituais fazem parte de um cuidado humanizado pois a espiritualidade é uma característica que define cada pessoa como sendo única nas suas crenças e valores; respeitar as suas preocupações e vontades na proximidade com a morte é promover a dignidade até ao momento da morte e após esta.

Pelo exposto, e analisando alguma da evidência científica disponível, pode formular-se os

seguintes indicadores de resultado na fase da agonia:

- Detecção precoce da fase da agonia;
- O cliente apresenta o seus sintomas controlados, nomeadamente a dor e o delirium;
- As necessidades psicoespirituais do cliente/ família foram avaliadas e incluídas no plano de cuidados;
- Existência de objetivos de cuidados claramente definidos;
- Satisfação da família sobre a continuidade da informação transmitida acerca da evolução do estado clínico do cliente (Capelas, 2016);
- Presença da família, se assim o desejar, no momento da morte do cliente (Capelas et al., 2018).

Neste caso pode-se afirmar que foi possível atingir os resultados propostos no que à deteção de fase agónica, controlo sintomático e presença da família no momento da morte diz respeito.

Tendo em conta a evolução rápida do quadro clínico, a definição antecipada de cuidados foi muito difícil tendo-se procedido aos cuidados necessários de acordo com a evolução no momento.

1.7. Diagnósticos

Consciência

07-03-2023 09:00

Consciência comprometida

Intervenções de Enfermagem

- 02-03-2023 09:00 - Avaliar evolução da consciência [1 vez por turno]
- 07-03-2023 09:00 - Referenciar compromisso da consciência ao médico
- 07-03-2023 09:00 - Manter cabeceira da cama elevada a 30° [Sem frequência]
- 07-03-2023 09:00 - Posicionar para prevenir a aspiração [Sem frequência]
- 07-03-2023 09:00 - Dar banho na cama
- 07-03-2023 09:00 - Lavar cavidade oral
- 07-03-2023 09:00 - Vestir/despir

Dor

02-03-2023 09:00

Dor

Intervenções de Enfermagem

- 02-03-2023 09:00 - Avaliar evolução da dor [1 vez por turno]
- 02-03-2023 09:00 - Gerir analgesia
- 02-03-2023 09:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [SOS]
- 02-03-2023 09:00 - Posicionar para aliviar a dor [SOS]

Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 07-03-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

- 02-03-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando

estratégias não farmacológicas [Sem frequência] [FIM] 07-03-2023 09:00

02-03-2023 09:00 - Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

[Sem frequência] [FIM] 07-03-2023 09:00

Potencial para melhorar significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor [RESOLVIDO] 07-03-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

02-03-2023 09:00 - Avaliar evolução do significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor [Sem frequência] [FIM] 07-03-2023 09:00

02-03-2023 09:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [Sem frequência] [FIM] 07-03-2023 09:00

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

Intervenções de Enfermagem

02-03-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [Sem frequência]

02-03-2023 09:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor [Sem frequência]

Comunicação verbal

07-03-2023 09:00

Comunicação verbal expressiva comprometida

Intervenções de Enfermagem

07-03-2023 09:00 - Avaliar evolução da comunicação verbal

07-03-2023 09:00 - Implementar estratégias facilitadoras da comunicação

Comunicação verbal recetiva comprometida

Intervenções de Enfermagem

07-03-2023 09:00 - Avaliar evolução da comunicação verbal

07-03-2023 09:00 - Implementar estratégias facilitadoras da comunicação

Sistema cardiovascular

02-03-2023 09:00

Hemorragia [RESOLVIDO] 07-03-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

02-03-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [Sem frequência] [FIM] 07-03-2023 09:00

02-03-2023 09:00 - Referenciar hemorragia ao médico [SOS] [FIM] 07-03-2023 09:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre hemorragia [RESOLVIDO] 07-03-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

02-03-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre hemorragia [Sem frequência] [FIM] 07-03-2023 09:00

02-03-2023 09:00 - Ensinar sobre hemorragia [Sem frequência] [FIM] 07-03-2023 09:00

02-03-2023 09:00 - Ensinar sobre prevenção de hemorragia [Sem frequência] [FIM] 07-03-2023 09:00

02-03-2023 09:00 - Ensinar sobre medidas de segurança face à hemorragia [Sem frequência] [FIM] 07-03-2023 09:00

02-03-2023 09:00 - Ensinar a solicitar ajuda de profissional de saúde [Sem frequência] [FIM] 07-03-2023 09:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância de hemorragia

[RESOLVIDO] 07-03-2023 09:00

Hipertensão [RESOLVIDO] 07-03-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

02-03-2023 09:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [1 vez por turno] [FIM]

07-03-2023 09:00

Eliminação intestinal

02-03-2023 09:00

Obstipação [RESOLVIDO] 07-03-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

02-03-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de obstipação [Sem frequência] [FIM]

07-03-2023 09:00

02-03-2023 09:00 - Referenciar obstipação ao médico [Sem frequência] [FIM] 07-03-2023 09:00

02-03-2023 09:00 - Planear dieta [FIM] 07-03-2023 09:00

02-03-2023 09:00 - Gerir hidratação [Sem frequência] [FIM] 07-03-2023 09:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso [RESOLVIDO]

07-03-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

02-03-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime medicamentoso [Sem frequência] [FIM] 07-03-2023 09:00

02-03-2023 09:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso [Sem frequência] [FIM]

07-03-2023 09:00

Eliminação urinária

02-03-2023 09:00

Retenção urinária

Intervenções de Enfermagem

02-03-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária [Sem frequência]

07-03-2023 09:00 - Referenciar retenção urinária ao médico

07-03-2023 09:00 - Otimizar cateter urinário

Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de retenção urinária

[RESOLVIDO] 07-03-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

02-03-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de retenção urinária [Sem frequência] [FIM] 07-03-2023 09:00

02-03-2023 09:00 - Ensinar sobre prevenção da retenção urinária [Sem frequência] [FIM]

07-03-2023 09:00

Mucosas

02-03-2023 09:00

Membrana mucosa comprometida

Intervenções de Enfermagem

02-03-2023 09:00 - Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas [Sem frequência]

02-03-2023 09:00 - Tratar membrana mucosa [1 vez por turno]

02-03-2023 09:00 - Lavar cavidade oral

Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa [RESOLVIDO] 07-03-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

02-03-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa [Sem frequência] [FIM] 07-03-2023 09:00

02-03-2023 09:00 - Ensinar sobre tratamento da membrana mucosa [Sem frequência] [FIM] 07-03-2023 09:00

02-03-2023 09:00 - Ensinar sobre sinais de complicação da membrana mucosa [Sem frequência] [FIM] 07-03-2023 09:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa

Intervenções de Enfermagem

02-03-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa [Sem frequência]

02-03-2023 09:00 - Ensinar cuidador sobre sinais de complicação dos compromissos da membrana mucosa [Sem frequência]

02-03-2023 09:00 - Ensinar cuidador sobre tratamento do compromisso da membrana mucosa [Sem frequência]

Pele

02-03-2023 09:00

Ferida, Membro Inferior Esquerdo [RESOLVIDO] 07-03-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

02-03-2023 09:00 - Avaliar Ferida, Membro Inferior Esquerdo [FIM] 07-03-2023 09:00

02-03-2023 09:00 - Executar tratamento à Ferida, Membro Inferior Esquerdo [FIM] 07-03-2023 09:00

02-03-2023 09:00 - Vigiar Penso da Ferida, Membro Inferior Esquerdo [Sem frequência] [FIM] 07-03-2023 09:00

Termorregulação

02-03-2023 09:00

Hipertermia

Intervenções de Enfermagem

02-03-2023 09:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [Sem frequência]

02-03-2023 09:00 - Referenciar hipertermia ao médico [SOS]

Volume de líquidos

02-03-2023 09:00

Edema

Intervenções de Enfermagem

02-03-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de edema [Sem frequência] [FIM] 07-03-2023 09:00

02-03-2023 09:00 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos [Sem frequência] [FIM] 07-03-2023 09:00

02-03-2023 09:00 - Posicionar para diminuir edema [Sem frequência]

02-03-2023 09:00 - Gerir hidratação [Sem frequência] [FIM] 07-03-2023 09:00

02-03-2023 09:00 - Referenciar edema ao médico [Sem frequência]

Potencial para melhorar significado atribuído à retenção de líquidos [RESOLVIDO]

07-03-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

02-03-2023 09:00 - Avaliar evolução do significado atribuído à retenção de líquidos [Sem frequência] [FIM] 07-03-2023 09:00

02-03-2023 09:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [Sem frequência]
[FIM] 07-03-2023 09:00

Andar

02-03-2023 09:00

Andar comprometido [RESOLVIDO] 07-03-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

02-03-2023 09:00 - Assistir no andar [SOS] [FIM] 07-03-2023 09:00

02-03-2023 09:00 - Adequar o vestuário para prevenir queda [Sem frequência] [FIM]

07-03-2023 09:00

02-03-2023 09:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sem frequência] [FIM]

07-03-2023 09:00

**Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda
[RESOLVIDO] 07-03-2023 09:00**

Intervenções de Enfermagem

02-03-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda [Sem frequência] [FIM] 07-03-2023 09:00

02-03-2023 09:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção de queda [Sem frequência] [FIM]

07-03-2023 09:00

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

Em cuidados paliativos, um dos pilares fundamentais de atuação é o trabalho em equipa e sempre adequadas ao binómio cliente-família/ cuidador. Assim, as intervenções definidas devem ser pensadas, ponderadas e atingíveis por toda a equipa que cuida do cliente.

Ora, em situação de últimas horas e dias de vida as intervenções da equipa de cuidados deve ser direcionada para as necessidades, físicas, psicológicas, sociais e espirituais dos clientes.

Tratando-se de uma fase do ciclo vital muito dinâmica também surgem dúvidas, medos e anseios que os profissionais devem ser capazes de dar resposta atempadamente, facilitando o questionamento, a resolução de conflitos, a autodeterminação dos clientes.

A comunicação de más notícias assume, portanto, um papel excecional. Uma má notícia corresponde a qualquer informação que provoque uma alteração profunda no recetor da mesma; capaz de ter um impacto negativo no futuro e afetar vários domínios dinâmicas (Sequeira, 2016)

A existência de protocolos como o Protocolo SPIKES, de Buckman e colaboradores (2000) visam facilitar a comunicação e reduzir o impacto da má notícia. Nesta situação, de uma forma não planeada, mas necessária, recorreu-se a este protocolo para comunicar o agravamento da situação clínica do Sr. E.

Assim, a primeira etapa visa a preparação do ambiente (setting), isto é, assegurar um local privado e sem interrupções e reunir toda a informação possivelmente necessária. De seguida averiguar o que o recetor da notícia sabe acerca da situação em causa (perception); Posteriormente deve procurar-se saber o que o recetor da informação pretende saber acerca da

notícia que pretendemos partilhar (invitation) respeitando as suas especificidades como pessoa e as capacidades de retenção ou compreensão. O passo seguinte é transmitir a informação (knowledge) de forma gradual, clara e sem muitos termos técnicos a não ser que as competências do recetor assim o permitam. Explorar as emoções (explore emoticons) é um passo deste protocolo onde o interlocutor permite a expressão das emoções que emanam da má notícia devendo, como profissional habilitado, providenciar o apoio necessário ou encaminhar para outros profissionais. Por fim, planear a intervenção (strategy) que se seguirá, pois, a comunicação de uma má notícia tem um impacto que pode comprometer o futuro. De uma forma resumida deve validar-se a informação que o recetor compreendeu e, assim, promover a esperança realista e adequada a cada situação.

Este processo exige preparação. O agravamento inesperado e abrupto da situação clínica do cliente exigiu uma adaptação dos passos do protocolo, mas mantendo o intuito principal que era manter a família informada e envolvida no processo de cuidar.

Este encontro permitiu perceber as várias reações familiares a uma má notícia; o filho mantinha um discurso de incentivo à melhoria da situação clínica com expressões habituais como “vais ficar melhor, é forte, vamos!”, a esposa e uma das filhas compreendeu a situação e demonstrava tristeza e preocupação com a situação terminal, procuraram despedir-se de forma calma, mas emotiva do seu familiar. A outra filha manteve-se à distância com uma atitude reservada e de evitamento, não querendo falar com os profissionais nem manter contacto direto com o seu pai.

A alteração do estado de consciência do Sr. E. não permitiu uma comunicação oral eficaz entre ele e os seus familiares ou com a equipa. Neste sentido, a família foi elucidada acerca destas alterações e incentivada a manter-se próxima e interagindo com o cliente procurando dar espaço para a resolução de tarefas de fim de vida.

Síntese

A conceção de cuidados trata-se de uma das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa pelo que a seleção de um caso clínico se revela fundamental para refletir sobre as necessidades dos clientes em situação de fim de vida, os objetivos dos cuidados e a sua efetividade.

Nesta situação concreta foi perceptível que as necessidades do cliente, os objetivos dos cuidados bem como as expectativas da família sofreram alterações rápidas às quais o enfermeiro deve conseguir dar resposta de acordo com as crenças, vontades e desejos do cliente e família. O Sr. E. entrou em situação de últimas horas e dias de vida de forma muito abrupta e com a apresentação de múltiplos sinais e sintomas; com estas manifestações a equipa multidisciplinar procurou, primeiramente, diagnosticar a situação de agonia, de seguida controlar os sinais e sintomas, posteriormente comunicar, empática e eficazmente, a situação clínica à família que não esperava o agravamento do seu familiar.

Enfim, a situação desenvolvida nesta conceção de cuidados permitiu compreender a necessidade de recorrer a várias competências do enfermeiro especialista e colocá-las em prática de forma a promover e defender o conforto e dignidade do cliente em situação de últimas horas e dias de vida.

1.8. Especificação das intervenções

Assistir no andar

- Providenciar bengala
- Providenciar apoio lateral

Gerir hidratação

- Gerir a quantidade de líquidos ingeridos pelo cliente

Avaliar evolução da consciência

- Aplicação da Escala de Coma de Glasgow

Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas

- Efetuar exame físico ao cliente, com foco na cavidade oral

Tratar membrana mucosa

- Aplicar colutório prescrito pela equipa médica

Lavar cavidade oral

- Utilizar solução de clorhexidina a 2%

Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos

- Vigiar sinais de má perfusão periférica, tempo de preenchimento capilar, temperatura das extremidades e acrocianose

Avaliar evolução de sinais de edema

- Efetuar exame físico ao cliente, como foco nos membros inferiores

Planear dieta

- Questionar cliente acerca das suas preferências
- Solicitar apoio de Serviço de Nutrição

Avaliar evolução de sinais de retenção urinária

- Questionar cliente acerca da frequência na eliminação urinária
- Vigiar sinais de globo vesical
- Vigiar dor abdominal

Ensinar sobre regime medicamentoso

- Explicar sobre efeitos terapêuticos dos fármacos
- Explicar sobre efeitos secundários dos fármacos

Adequar o vestuário para prevenir queda

- Adequar roupas ao cliente
- Manter calçado ajustado ao cliente

Gerir o ambiente físico para prevenir queda

- Manter chão seco
- Manter cadeirão travado
- Manter campainha ao alcance do cliente
- Manter pertences perto do cliente
- Aplicar meias antiderrapantes
- Aplicar calçado fechado e ajustado ao cliente

Otimizar cateter venoso periférico

- Permeabilizar acesso venoso com cloreto de sódio 0,9%

Avaliar evolução da dor

- Aplicar a Escala Numérica da Dor

Gerir analgesia

- Administrar analgesia prescrita em horário fixo
- Administrar analgesia em SOS

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

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

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

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

Trocar cateter subcutâneo

- Promover rotação dos locais de inserção

Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

- Promover posicionamento antiálgico
- Manter um ambiente calmo
- Facilitar acesso a Terapias Complementares para controlo da dor como a acupuntura e a imaginação guiada

Posicionar para aliviar a dor

- Facilitar posições antiálgicas de acordo com a preferência do cliente

Avaliar Ferida, Membro Inferior Esquerdo

- Dimensões da ferida
- Tipo de tecido presente
- Exsudado presente
- Características dos bordos da ferida
- Vigiar sinais de infeção

Executar tratamento à Ferida, Membro Inferior Esquerdo

- Realizar limpeza com soro fisiológico à ferida
- Adequar apósitos às características da ferida
- Colocar penso secundário, se indicado

Vigiar Penso da Ferida, Membro Inferior Esquerdo

- Penso limpo e seco externamente
- Penso repassado de serosidade
- Penso repassado com características sero-hemáticas
- Penso repassado com características hemáticas

ANEXO 2

Conceção de cuidados em contexto de Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

1. SR. J.

10411_2_Prof O Fernandes_2

1.1. Enquadramento teórico

Nota Introdutória

A presente conceção de cuidados surge do desenvolvimento do Estágio de Natureza Profissional- Módulo II efetuado em contexto de Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos de um centro hospitalar.

A elaboração da conceção de cuidados permite refletir acerca das reais e potenciais necessidades dos clientes em situação paliativa assim como da sua família ou cuidadores. Esta reflexão é parte integrante do Relatório de Estágio de Natureza Profissional- Módulo II onde se pretende explicar os conhecimentos, capacidades e habilidades adquiridas em contexto clínico e que são fundamentais no exercício profissional do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa.

Numa equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos exige-se uma grande capacidade de trabalho em equipa visto que se trata de uma equipa consultora de cuidados de teor multidisciplinar que funciona em articulação com as equipas assistenciais dos serviços de internamento nomeadamente médicos e enfermeiros.

O cliente pelo que se optou para esta conceção de cuidados é portador de doença avançada, progressiva, terminal e limitante do foro não oncológico, insuficiência de órgão, e foi referenciado aquando em regime de internamento que é um dos âmbitos em que esta equipa intra-hospitalar de suporte presta cuidados.

Cenário Inicial

O Sr. J., 80 anos é reformado da indústria têxtil (trabalhava numa fábrica de fiação) e apresenta como patologia crónica Fibrose Pulmonar Idiopática em estágio terminal seguido em consulta de Pneumologia.

Trata-se de um cliente com as seguintes comorbilidades: Diabetes mellitus tipo 2, sob antidiabéticos orais concomitantemente com insulina; Hipertensão Arterial; Dislipidemia; Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono) sob Oxigenoterapia de Longa Duração a 3L/min, durante o período noturno em seguimento por Pneumologia, tendo suspenso ventilação mecânica não invasiva (CPAP) por pneumotórax; Cardiopatia isquémica (angina de peito); Hiperplasia Benigna da Próstata; Neuropatia axonal sensitiva, seguido em consulta de Neurologia; Ex- fumador de cerca de 20 UMA.

O Sr. J. vive em casa própria com a esposa, Sra. M., sendo ambos autónomos e independentes para as Atividades de Vida Diária. Têm dois filhos, ambos casados, um emigrado na Suíça e outra que vive na freguesia vizinha que os apoia com algumas tarefas domésticas

nomeadamente lida da casa e assiste-os nas deslocações ao hospital para tratamentos e ou consultas.

Pelas suas patologias respiratórias o Sr. J. apresentava dispneia que revertia com o repouso pelo que para determinadas atividades necessitava de apoios técnicos como para o banho quando recorria a um banco para a higiene.

Ora, a 20 de abril por agravamento de dispneia com 4 dias de evolução recorre ao Serviço de Urgência do hospital da área de residência, onde, após a realização de múltiplos meios complementares de diagnóstico, é-lhe diagnosticada Infeção Respiratória a condicionar Insuficiência Respiratória Hipoxémica sendo proposto o internamento no serviço de medicina interna para realização de esquema de antibioterapia por via endovenosa assim como para controlo da dispneia.

Ainda no serviço de urgência, após consulta do processo clínico, tendo em conta a patologia, avançada, limitante e terminal é solicitada pela equipa médica avaliação pela equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos avaliação essa que é realizada no dia 24 de abril.

À primeira avaliação da equipa, apresenta-se consciente, colaborante e orientado. Sentado no cadeirão, conversador e bem disposto. Quando questionado acerca das suas queixas refere “alguma falta de ar” que agrava aquando do momento da higiene e que reverte com o repouso. Sob oxigenoterapia por cânula nasal a 3L/min.

Sem queixas de anorexia, náuseas ou vómitos. Sem queixas de insónia.

Ao exame físico apresenta pele íntegra. Sem soluções de continuidade cutânea. Mucosa oral íntegra, rosada e hidratada.

Apresenta como dispositivos cateter venoso periférico obturado.

Micções mantidas com recurso a urinol. Dejeções no WC com recurso a cadeira higiénica.

Após primeira avaliação o cliente é aceite pela EIHS CP que prestará cuidados de consultoria enquanto o cliente se encontrar internado com o objetivo de controlo sintomático e preparação da alta.

Enquadramento teórico

A Fibrose Pulmonar Idiopática, classifica-se como uma doença restritiva enquadrada no grupo das doenças do parênquima pulmonar/ doenças do interstício sendo a mais prevalente de todas as doenças deste grupo. Caracterizada pela cicatrização do tecido pulmonar após contacto continuado com algumas substâncias, fumos, póis, minerais e substâncias químicas; cerca de um terço dos casos de doença justificam-se com fatores genéticos e hereditários (Kritek & Levy, 2018). Tem maior prevalência no sexo masculino que no feminino e é rara nas primeiras décadas de vida, o seu diagnóstico é mais habitual entre a quinta e sexta décadas. Tem caráter crónico e com mau prognóstico apresentando uma sobrevida média de 3 anos após o diagnóstico (Kreuter et al., 2017). O transplante pulmonar trata-se de um tratamento curativo, todavia apenas um pequeno grupo de pessoas reúne os critérios definidos para a intervenção.

O diagnóstico faz-se com recurso a meios complementares de diagnóstico nomeadamente tomografia axial de alta resolução, onde o pulmão se apresenta como um padrão tipo “favo de mel”.

Sintomaticamente apresenta-se com sintomas físicos, tosse, fadiga e dispneia, e sintomas psiquiátricos, ansiedade e depressão. Tanto o cliente como os cuidadores sofrem com o impacto que esta patologia tem. Trata-se de uma patologia que tem grande impacto nas atividades de vida diária do cliente e dos familiares/ cuidadores, com o avançar do estágio da doença existe uma dependência progressiva para todas as atividades.

Assim, pelo seu caráter evolutivo e limitante os cuidados paliativos podem contribuir com conhecimento e atividades com vista a promoverem o conforto e bem-estar do cliente. Porém, a referenciação para cuidados paliativos de clientes com esta patologia ainda é feita muito tardiamente, quer por via dos profissionais de saúde quer pela recusa do próprio cliente, pela conotação negativa associada aos cuidados paliativos que ainda persiste na sociedade (Kreuter et al., 2017). Os cuidados paliativos baseiam a sua atuação no controlo dos sintomas físicos, tosse, dispneia e dor, e psicológicos, ansiedade, distress, depressão, por exemplo; valorização do cliente tendo em conta a sua especificidade enquanto ser humano com um conjunto de valores, crenças e vontades individuais dignificando-o; o empoderamento do cliente com recurso a uma comunicação eficaz, baseada na verdade e autenticidade e promotora de esperança realista e de acordo com os interesses do cliente, comunicação esta, antecipatória relativa ao impacto da evolução da doença e das reais e potenciais alterações fisiológicas.

Referências Bibliográficas

Kreuter, M., Bendstrup, E., Russell, A. M., Bajwah, S., Lindell, K., Adir, Y., Brown, C. E., Calligaro, G., Cassidy, N., Corte, T. J., Geissler, K., Hassan, A. A., Johannson, K. A., Kairalla, R., Kolb, M.,

Kondoh, Y., Quadrelli, S., Swigris, J., Udwardia, Z., ... Wijsenbeek, M. (2017). Palliative care in interstitial lung disease: living well. *The Lancet Respiratory Medicine*, 5(12), 968-980.

[https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(17\)30383-1](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(17)30383-1)

Kritek, P., & Levy, B. (2018). Disorders of the Respiratory System. In J. L. Jameson, D. Kasper, D. L. Longo, A. S. Fauci, S. L. Hauser, & J. Loscalzo (Eds.), *Harrison's Principles of Internal Medicine* (20th ed., pp. 1943-2022). McGraw-Hill Education.

1.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 80 anos | Masculino

Cuidador

24-04-2023 10:00

Nome do cuidador: Sra. M..

Data de nascimento do cuidador: 17-07-1941.

Contacto telefónico principal: 999999999.

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 parcialmente.

Capacidade física do cuidador para dar banho

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar parcialmente.

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

26-04-2023 11:00

Nome do cuidador: Sra. M..

Data de nascimento do cuidador: 17-07-1941.

Contacto telefónico principal: 999999999.

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 parcialmente.

Capacidade física do cuidador para dar banho

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar parcialmente.

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

1.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-04-24 10:00:00	Brometo de Ipratrópio 20mcg/dose, Via Inalatória- 60mcg 3xdia	
2023-04-24 10:00:00	Nitroglicerina 5mg, Via Transdérmica - 5mg 1xdia	2023-04-26
2023-04-24 10:00:00	Sertralina 50mg, Via Oral - 50mg 1xdia	11:00:00
2023-04-24 10:00:00	Amoxicilina+ Ácido Clavulânico 1,2g, Via EV- 1,2g 3x dia	
2023-04-24 10:00:00	Hidrocortisona 100mg, Via EV- 50mg 2xdia	2023-04-26
2023-04-24 10:00:00	Carvedilol 6,25mg, Via Oral- 6,25mg 1xdia	

2023-04-24 10:00:00	Esomeprazol 20mg, Via Oral- 20mg 1xdia	11:00:00 2023-04-26
2023-04-24 10:00:00	Insulina Isofânica 100UI/mL, Via SC- 8UI 1xdia	11:00:00 2023-04-26
2023-04-24 10:00:00	Morfina 20mg/ mL solução oral, Via Oral- 2gotas SOS	11:00:00
2023-04-24 10:00:00	Bisacodilo 5mg, Via Oral- 10mg 1xdia	2023-04-26
2023-04-26 11:00:00	Morfina 10mg/mL, Via EV- Perfusão contínua	11:00:00
2023-04-26 11:00:00	Midazolam 15mg, Via EV- Perfusão contínua	

1.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

O controlo de sintomas é um aspeto físico dos cuidados e deve ser feito de acordo com os princípios da beneficência e da não maleficência procurando manter a capacidade funcional do cliente.

O conforto, bem-estar e qualidade de vida do cliente em cuidados paliativos passa não só, mas também, pelo controlo de sinais e sintomas que o cliente apresente. Controlo baseado em medidas farmacológicas e não farmacológicas, sendo que, a prescrição médica e administração de fármacos com efeitos terapêuticos valorizáveis para a estabilização do quadro clínico do cliente são das medidas mais utilizadas.

As equipas especializadas na prestação de cuidados paliativos devem promover e manter uma vigilância contínua sobre as terapêuticas instituídas e a situação clínica do cliente estando aptas a detetar e tratar efeitos indesejados.

De seguida apresenta-se alguns pontos de maior relevância relativos ao regime terapêutico instituído.

-Amoxicilina+ Ácido Clavulânico

Antibiótico de largo espectro utilizado para o tratamento de infeções do sistema respiratório superior e inferior. Existe e formulações para administração oral e endovenosa. Neste caso optou-se por administração endovenosa.

Em cuidados paliativos e, especificamente em situações de últimas horas e de vida, os objetivos de prescrição de antibioterapia devem pautar-se pelo controlo sintomático, qualidade de vida e promoção da dignidade (Shekhar, 2022). Neste caso a prescrição foi realizada pela equipa médica assistente do cliente em regime de internamento sendo apenas suspenso com a entrada do cliente em situação de últimas horas e dias de vida na sessão de dia 26 de abril.

-Morfina

Analgésico opióide estupefaciente indicado para casos de dor moderada a intensa, recomendada também em casos de dispneia, tosse e diarreia. É o opióide mais conhecido e utilizado da sua classe pelo seu custo e acessibilidade.

Trata-se de um fármaco que existem em várias formulações para administração nomeadamente, via entérica (em comprimidos revestidos ou de libertação prolongada e em solução oral), via parentérica (endovenosa, subcutânea, epidural, intramuscular). Por via oral o pico da sua concentração plasmática atinge-se ao fim de 1 hora e tem uma duração de cerca de 4 horas sendo a forma mais adequada para iniciar tratamentos com este fármaco.

O Sr. J. apresenta morfina em solução oral prescrita em SOS, que habitualmente realiza quando necessita de executar alguma atividade que lhe poderá aumentar a dispneia, como os cuidados de higiene.

Na segunda sessão, a 26 de abril, pelo seu quadro de agudização no qual não se encontrou causa clínica que o justificasse, e ineficácia terapêutica com este fármaco em SOS a equipa intra-hospitalar de suporte optou pela perfusão deste fármaco concomitantemente com o midazolam.

-Midazolam

Trata-se de uma benzodiazepina com o dobro da potência sedativa do diazepam. Apresenta ainda propriedades anticonvulsivantes, indutoras de sono e funciona também como relaxante muscular. Existe em formulações orais, comprimidos, e parentéricas, sendo passível de administração endovenosa, subcutânea e intramuscular.

Pelo seu efeito de curta duração, em cuidados paliativos é utilizado para a realização de determinados procedimentos como tratamentos a feridas ou remoção de fecalomas. É também utilizado pelo seu efeito hipnótico em casos de insónia e em episódios de agitação psicomotora.

Na avaliação a 26 de abril objetivaram-se fecalomas com distensão do esfíncter anal sendo necessário proceder à sua remoção. Assim, de forma a promover o conforto do cliente efetuou-se a administração de sedoanalgesia (midazolam e morfina).

Como já descrito, a equipa de suporte optou por prescrever este fármaco em perfusão contínua com vista a controlar este sintoma descontrolado, a agitação.

Referências Bibliográficas

Infarmed. (2023, Maio 19). INFOMED- Base de Dados de Medicamentos de Uso Humano. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>

Shekhar, A. C. (2022). The Use of Antibiotics in Hospice and Palliative Care Settings. *Journal of Hospice & Palliative Care*, 25(1), 50-54.

1.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

24-04-2023 10:00

Oxigenoterapia

Débito de oxigénio: 3.00 L/min.

Por cânula nasal

26-04-2023 11:00

Débito de oxigénio: 3.00 L/min.

Por cânula nasal

Sondas, Drenos e Cateteres

24-04-2023 10:00

Cateter venoso periférico

Localização do cateter venoso periférico

Antebraço Direita(o)

Características do dispositivo: 20G.

26-04-2023 11:00

Cateter urinário

Se sinais de retenção urinária

Intervenções de Enfermagem

26-04-2023 11:00 - Remover cateter urinário

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

Oxigenoterapia

A dispneia é um sintoma muito prevalente em cuidados paliativos e, mais especificamente, em situações de últimas horas e dias de vida e tem um impacto muito negativo no cliente e família (Quinn-Lee et al., 2018) pelo seus componentes físicos, psicológicos, sociais e emocionais.

O Sr. J. já se encontrava sob oxigenoterapia no domicílio durante o período noturno. No internamento mantém a necessidade de oxigénio por cânula nasal pela sua patologia crónica de base que se encontra agudizada por intercorrência infecciosa aguda. Nesta situação, a oxigenoterapia trata-se de uma terapêutica da qual o cliente se encontra dependente pelo que se manteve.

Catéter venoso periférico

Várias são as vias de administração de fármacos em meio clínico pelo que a via endovenosa é uma das mais utilizadas. Na situação clínica em gestão, a punção de veia periférica permite a administração da antibioterapia assim como de outros fármacos necessários ao atingimento dos objetivos propostos para o cliente nomeadamente analgésicos e outros.

Em contexto de equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos a gestão e manutenção deste dispositivo médico cabe à equipa de enfermagem dos serviços de internamento. A papel da equipa-hospitalar é de assegurar uma via segura, permeável e adequada às necessidades do cliente.

A via subcutânea trata-se de uma via preferencial em situação de últimos dias e horas de vida, ainda assim, nesta situação não se revelou necessário proceder à rotação de via de administração dos fármacos para a via subcutânea pois o cliente manteve acesso venoso

permeável durante o internamento.

Catéter urinário

Na primeira sessão, a 24 de abril, a equipa encontrou um cliente capaz de manter micções espontâneas recorrendo ao urinol.

Já na segunda sessão, a 26 de abril, a equipa depara-se com o cliente com catéter vesical colocado durante o turno da noite. Quando questionada a equipa de enfermagem do serviço de internamento acerca deste procedimento estes referem inquietação e agitação do cliente no leito pelo que decidiram averiguar uma situação de retenção urinária aguda que não se verificou. Quando abordado acerca do dispositivo o cliente referia desconforto no meato urinário.

A cateterização vesical em situação de últimos dias e horas de vida deve ser realizada ou mantida apenas para gestão ou prevenção de complicações de úlceras ou feridas da região sagrada/ perineal; facilitar procedimentos que possam ser dolorosos como os posicionamentos; incontinência urinária associada a obstruções; ou retenção urinária aguda (Royal College of Nursing, 2021, p. 68). Ainda assim, outros autores argumentam que em muitas situações os enfermeiros utilizam o seu juízo clínico para proceder, ou não, à algaliação (Farrington et al., 2014).

Posto estas indicações emanadas da literatura disponível, sendo a algaliação um procedimento invasivo e neste caso promotor de desconforto, optou-se por proceder à remoção do catéter vesical. Informou-se a equipa de enfermagem sobre estas especificações e a possibilidade de recorrer à utilização de dispositivo urinário em substituição do cateter vesical mantendo sempre uma avaliação contínua de sinais de retenção urinária.

Referências Bibliográficas

Quinn-Lee, L., Weggel, J., & Moch, S. D. (2018). Use of oxygen at the end of life: Attitudes, beliefs, and practices in Wisconsin. *Wisconsin Medical Journal*, 117(1), 7-12.

Farrington, N., Fader, M., Richardson, A., Prieto, J., & Bush, H. (2014). Indwelling urinary catheter use at the end of life: A retrospective audit. *British Journal of Nursing*, 23(SUPPL. 9). <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.Sup9.54>

Royal College of Nursing (2021). *Catheter Care: RCN Guidance for Health Care Professionals*. RCN.

1.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
24-04-2023 10:00	Consciência	
24-04-2023 10:00	Dor	
24-04-2023 10:00	Sistema respiratório	
24-04-2023 10:00	Eliminação intestinal	
24-04-2023 10:00	Eliminação urinária	

24-04-2023 10:00Mucosas

24-04-2023 10:00Conservação de energia

24-04-2023 10:00Cuidar da higiene pessoal

24-04-2023 10:00Atitudes terapêuticas

24-04-2023 10:00Sondas, Drenos e Cateteres

26-04-2023 11:00Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado

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

Após a primeira avaliação do cliente a equipa considerou como domínios de maior relevância e necessidade de intervenção: a consciência, a dor, o sistema respiratório, a eliminação intestinal e urinária, as mucosas, a conservação de energia, autocuidado cuidar da higiene pessoal, preparação da família para integrar um familiar dependente. Houve também uma necessidade de atuar a nível da oxigenoterapia, catéter urinário e catéter venoso periférico.

Considerou-se fundamental manter a avaliação da consciência no sentido que se trata de um processo corporal que se pode alterar com a deterioração do estado clínico do cliente podendo exigir formas diferentes de comunicar de forma a responder adequadamente às necessidades do cliente.

Um pilar dos cuidados paliativos é o controlo sintomático. Dor, dispneia, astenia/ fadiga, obstipação, entre outros, são sinais e sintomas muito frequentes em cuidados paliativos e mais especificamente em situações de últimos dias e horas de vida e as suas manifestações podem ter um impacto negativo no cliente que os vive assim como nos familiares/ cuidadores que acompanham o cliente nesta fase podendo ter reflexos no desenvolvimento do luto. Também os profissionais de saúde podem sofrer com estas manifestações. Assim, os domínios selecionados relacionam-se com os sintomas no sentido que a existência destes sintomas corresponde a uma ou mais alterações ou insuficiência destes sistemas ou órgãos.

Ora, o objetivo final dos cuidados paliativos é o atingimento do máximo conforto e bem-estar dos cliente e família assim como a promoção e defesa da autonomia e dignidade do cliente. Neste sentido, na primeira avaliação, o cliente reporta a necessidade e o interesse em se barbear, pois era uma atividade que desenvolvia todos os dias no domicílio e que no momento do internamento não a pode realizar, seja pela dispneia ou por problemas organizacionais relacionados com os serviço de internamento. Ora, ao ser detetada uma necessidade do cliente procurou-se dar resposta à mesma, assistindo o cliente até à casa de banho, em cadeira higiénica e com oxigenoterapia, facilitou-se o material para este se poder barbear e assistiu-se o cliente na execução da atividade. Após esta atividade o cliente revelou um aumento da dispneia, contudo, grande satisfação com a oportunidade de manter os seus hábitos diários. Ora, com o agravamento do estado clínico o cliente apenas pode realizar de forma praticamente independente, contudo foi possível satisfazer uma vontade do cliente, respeitando o objetivo da atuação dos cuidados paliativos, a promoção do conforto e dignidade dos clientes e família.

Na primeira avaliação a equipa percebeu a necessidade de perceber efetivamente a situação social prévia ao internamento de forma a poder oferecer a melhor resposta possível após a alta

considerando a possibilidade de o Sr. J. se encontrar com maior grau de dependência para as atividades de vida diária. Neste sentido, procedeu-se ao agendamento de conferência familiar para a sessão seguinte.

Remontando aos princípios dos cuidados paliativos, o apoio psicossocial à família, corresponde a um desses mesmos pilares. Os cuidadores de clientes em situação paliativa além dos papéis que habitualmente desempenham para cuidarem de outras pessoas acresce-lhes ainda as consequências das vivências dos processos das perdas e luto desses mesmos familiares dependentes. Recorrendo ao Instrumento Diagnóstico de Complexidade em Cuidados Paliativos (2020), os “Elementos dependentes da família e do meio ambiente”, correspondem na sua maioria a fatores de Alta Complexidade, validando o impacto e a necessidade da inclusão da família nos cuidados para obter bons resultados e a satisfação dos envolvidos na relação terapêutica. As conferências familiares funcionam como um método eficaz e sistemático na avaliação e resolução de problemas e conflitos, “são desenvolvidas com múltiplos propósitos incluindo a partilha de informação e preocupações, clarificação de objetivos de cuidados, discussão de diagnósticos, tratamentos e prognósticos e desenvolvimento de planos de cuidados para o cliente e cuidadores familiares” (Hudson et al., 2008). Na sessão de dia 26 de abril, antes da conferência familiar agendada para esse dia, a equipa realizou uma visita ao cliente no internamento de forma a perceber possíveis alterações na situação clínica o que, efetivamente, se veio a verificar. Verificou-se um agravamento rápido da condição clínica do Sr. J. com confinamento ao leito, dor não controlada, obstipação e agitação.

Primeiramente, procurou-se controlar sintomaticamente o cliente o que se revelou difícil, tendo, neste sentido, optado pela sedação paliativa devido aos sintomas refratários. De seguida, na conferência familiar, programada como já descrito para preparar a alta do cliente, houve necessidade de reformular os objetivos utilizando este encontro entre a esposa e filhos do cliente com a equipa assistencial para comunicar o agravamento da situação clínica do Sr. J.

A alteração do quadro clínico do Sr. J. de forma irreversível exigiu uma redefinição de domínios de atenção. Em situação de últimas horas e dias de vida, os principais domínios de atenção são o conforto e a dignidade do cliente assim como da família.

O cliente portador de doença avançada, progressiva e terminal experiencia, muitas vezes, desconforto em vários âmbitos, físico, psicológico, emocional e espiritual. As equipas de cuidados assim como os familiares/ cuidadores estão despostos para o sofrimento físico que se associa a determinadas manifestações de sintomas físicos, ao passo que o sofrimento menos visível, como a angústia espiritual e a desesperança, sejam subavaliados e subtratados, contudo podem ter mais impacto no bem-estar do cliente que propriamente o controlo dos desconfortos físicos. Tendo em conta o binómio cliente-cuidador, que identifica a unidade do cuidado, é errado esquecer que os cuidadores passam por alterações e adaptações nesta fase que lhes podem provocar sofrimento e que também nestes a equipa deve promover cuidados de excelência como o suporte emocional e espiritual.

Conforto, consultando a linguagem classificada NANDA (2018), corresponde a um estado de bem-

estar ou tranquilidade mental, física ou social, define ainda o diagnóstico de enfermagem conforto prejudicado que se caracteriza pela percepção de falta de conforto, de alívio e de transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural e/ou social; de acordo com Luís e Apóstolo (2009), é o resultado final das intervenções de enfermagem, um estado de bem-estar que pode ocorrer em qualquer fase da doença; confortar é um ato complexo, que não se restringe ao posicionamento no leito dos clientes, é, para além disto, estar desperto para as manifestações de distress e sofrimento, isto é, os cuidados de enfermagem devem orientar-se para a satisfação de necessidades de modo a ajudar os clientes a suportar o desconforto.

Do mesmo modo a dignidade é uma característica dos indivíduos que os valoriza enquanto característica única, inalienável e indissociável do ser humano pelo que as intervenções de enfermagem devem ser orientadas e realizadas sempre no sentido da defesa da liberdade e dignidade humana (Ordem dos Enfermeiros, 2015), para Chua e colaboradores (2022) possui vários níveis, a dignidade inata, individual, relacional e social. Estes mesmo autores, após a sua pesquisa conseguiram perceber e agrupar os fatores que afetam a percepção dos clientes acerca da dignidade ou a perda desta agrupando-os dentro dos mesmos níveis. Ressalva-se o papel da espiritualidade/ conforto espiritual enquanto um fator de dignidade humana inata e a comunicação aberta e disponível como uma intervenção relevante para a manutenção da dignidade.

Em cuidados paliativos uma possível intervenção promotora da dignidade é a Terapia a Dignidade proposta por Harvey Chochinov (2005) citada por Julião (2016) com o objetivo de responder à angústia psicossocial e existencial em doentes em fim de vida, todavia, esta terapia possui alguns critérios de elegibilidade e exclusão, entre eles o cliente encontrar-se com alterações da consciência e da cognição. Assim, o Sr. J. não seria um candidato a esta terapia.

Referências Bibliográficas

- Chua, K. Z. Y., Quah, E. L. Y., Lim, Y. X., Goh, C. K., Lim, J., Wan, D. W. J., Ong, S. M., Chong, C. S., Yeo, K. Z. G., Goh, L. S. H., See, R. M., Lee, A. S. I., Ong, Y. T., Chiam, M., Ong, E. K., Zhou, J. X., Lim, C., Ong, S. Y. K., & Krishna, L. (2022). A systematic scoping review on patients' perceptions of dignity. *BMC Palliative Care*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01004-4>
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA- I* (T. Machado (ed.); 11th ed.). Artmed Editora
- Hudson, P., Quinn, K., O'Hanlon, B., & Aranda, S. (2008). Family meetings in palliative care: Multidisciplinary clinical practice guidelines. *BMC Palliative Care*, 7(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-7-12>
- Julião, M. (2016). Terapia da Dignidade. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 797-813). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Universidade de Lisboa.
- Lei nº 156/2015 da Assembleia da República. (2015). *Diário da República: I série*, nº 181.

<https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Luís, J., & Apóstolo, A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem - análise do conceito e significados teóricos. Referêcia, II(9), 61-67.

1.6. Dados

Consciência

24-04-2023 10:00

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

26-04-2023 11:00

Abertura dos olhos: espontânea [MANTEVE].
Resposta verbal: incompreensível [PIOROU].
Resposta motora: localiza a dor [PIOROU].
Abertura dos olhos: espontânea [MANTEVE].
Resposta verbal: incompreensível [PIOROU].
Resposta motora: localiza a dor [PIOROU].

Consciência comprometida

Dor

24-04-2023 10:00

Dor

26-04-2023 11:00

Expressão facial: Parcialmente contraída ou sobrelhas franzidas.
Movimento dos membros: Membros superiores parcialmente fletidos.
Choro/vocalização: Gemidos frequentes ou prolongados.
Localização da dor
Abdómen
Intensidade da dor - 6.
frequência da dor - contínua.
duração da dor - crónica.

Sistema respiratório

24-04-2023 10:00

Frequência respiratória: 18 ciclos/min.
Ritmo respiratório regular.
Movimento respiratório simétrico.
Profundidade da ventilação: inspirações normais.
Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.
Saturação do oxigénio no sangue
Periférico(a): 92 %.
Coloração da mucosa: rosada.
Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem grande esforço físico.
Reflexo da tosse: presente.
Expele as secreções das vias aéreas.
Sons respiratórios: normais.
Secreções em moderada quantidade.

Secreções espessas.

Secreções amareladas.

Dispneia

26-04-2023 11:00

Frequência respiratória: 20 ciclos/min.

Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

Profundidade da ventilação: inspirações superficiais [PIOROU].

Saturação do oxigênio no sangue

Periférico(a): 90 %.

Coloração da mucosa: pálida.

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

Frequência respiratória: 20 ciclos/min.

Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

Profundidade da ventilação: inspirações superficiais [PIOROU].

Saturação do oxigênio no sangue

Periférico(a): 90 %.

Coloração da mucosa: pálida.

Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

Eliminação intestinal

24-04-2023 10:00

Consistência das fezes: Mole.

Coloração das fezes: acastanhada.

Obstipação

26-04-2023 11:00

Fezes: em grande quantidade.

Consistência das fezes: Em sibalas [PIOROU].

Coloração das fezes: acastanhada.

Presença de massa palpável de fezes no reto.

Sem sensação de urgência para defecação.

Consistência das fezes: Em sibalas [PIOROU].

Fezes: em grande quantidade.

Coloração das fezes: acastanhada.

Impactação fecal

Eliminação urinária

24-04-2023 10:00

Urina em moderada quantidade.

Cor da urina: Amarelo-palha.

Cheiro da urina: sui generis.

Transparência da urina: Límpida.

Frequência da eliminação urinária: Normal .

Reconhece a vontade de urinar.

Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

Sem globo vesical.

Retenção urinária [RESOLVIDO] 26-04-2023 11:00

26-04-2023 11:00

Urina em moderada quantidade.

Cor da urina: Amarelo-palha.

Cheiro da urina: sui generis [MANTEVE].

Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

Não reconhece a vontade de urinar [PIOROU].

Sem globo vesical [MANTEVE].

Sem globo vesical [MANTEVE].

Mucosas

24-04-2023 10:00

Membrana mucosa comprometida

Localização do compromisso da membrana mucosa

Cavidade oral

Coloração da mucosa: ruborizada.

Mucosa seca.

Mucosa com textura normal.

26-04-2023 11:00

Localização do compromisso da membrana mucosa

Cavidade oral

Coloração da mucosa: pálida.

Mucosa seca.

Conservação de energia

24-04-2023 10:00

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

Intolerância à atividade [RESOLVIDO] 26-04-2023 11:00

26-04-2023 11:00

Não comunica cansaço [MELHOROU].

Cuidar da higiene pessoal

24-04-2023 10:00

Lava e seca parte do corpo

Dispositivo: Cadeira de banho - Não lava nem seca parte do corpo.

Lava a cavidade oral.

Não aplica produtos de higiene.

Penteia-se

Dispositivo: Nenhum - Penteia-se.

Barbeia-se.

Cuidar da higiene pessoal comprometido

26-04-2023 11:00

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 - Não lava nem seca parte do corpo [MANTEVE].

Não lava a cavidade oral [PIOROU].

Não aplica produtos de higiene [MANTEVE].

Penteia-se

Dispositivo: Nenhum - Não se penteia [PIOROU].

Não se barbeia [PIOROU].

Corta as unhas

Dispositivo: Nenhum - Não corta as unhas.

Não se limpa após usar o sanitário.

Não ajusta a roupa após usar o sanitário.

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 - Não lava nem seca parte do corpo [MANTEVE].

Não aplica produtos de higiene [MANTEVE].

Penteia-se

Dispositivo: Nenhum - Não se penteia [PIOROU].

Não se barbeia [PIOROU].

Corta as unhas

Dispositivo: Nenhum - Não corta as unhas.

Não se limpa após usar o sanitário.

Não ajusta a roupa após usar o sanitário.

Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado

26-04-2023 11:00

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

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

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

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

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

Significado atribuído pela família à dependência do familiar: não dificultador.

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

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

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

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

Potencial da família para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente

Potencial da família para melhorar conhecimento sobre necessidades do familiar dependente

1.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

A existência de múltiplas respostas de tratamento médico grande um impacto na qualidade de vida assim como na longevidade dos clientes.

A definição da expressão "objetivos de cuidados" é algumas vezes mal compreendida no sentido que é muitas vezes entendida pelos profissionais e clientes como a discussão sobre manobras de suporte de vida. Não obstante, trata-se de uma expressão que encerra em si as decisões sobre os tipos e intensidade de cuidados que os clientes consideram fundamental assim como o planeamento avançado de cuidados.

A admissão no serviço de urgência do Sr. J. e o posterior internamento no serviço de medicina interna pressupunha o tratamento de uma intercorrência infecciosa que agudizou uma situação de doença crónica e terminal. Com isto, os cuidados propostos passariam por regime terapêutico farmacológico com o objetivo de tratar a infeção respiratória e estabilizar a condição clínica e a preparação da alta de forma segura. Assim, na primeira visita após o pedido de colaboração da equipa de suporte procurou-se perceber a situação clínica e objetivos propostos pela equipa médica assistente e as necessidades do cliente e família.

Nesta mesma primeira avaliação, a equipa depara-se com um cliente, consciente, colaborante e orientado, capaz de tomar decisões acerca do seu processo de saúde, conhecedor da sua situação clínica, mas não focado na mesma. Quando questionado acerca da possível necessidade de um maior suporte social para as suas atividades refere que a filha tem possibilidade de estar mais disponível para o apoiar. Assim, o primeiro objetivo a atingir foi agendar conferência familiar entrando em contacto com a esposa do Sr. J. e filha.

Na sessão de dia 26 de abril, a alteração da condição clínica do cliente implicou uma alteração de objetivos e redefinição de prioridades. O cliente passou de uma fase estável de fim de vida para uma situação de últimas horas e dias de vida, pode-se afirmar que esta alteração ocorreu tendo por base a avaliação realizada a partir da Palliative Performance Scale e as indicações emanadas pelo National Cancer Institute acerca do prognóstico em fim de vida (2023), na sessão de dia 24 de abril a capacidade para a deambulação do cliente era reduzida, não portador de doença que condiciona a sua atividade diária, é capaz de se autocuidar, mantém apetite conservado e não tem alteração da consciência, correspondendo a uma percentagem de 70%. Na sessão de 26 de abril o Sr. J. não é capaz de deambular, encontrando-se confinado ao leito, com necessidade de ser substituído no autocuidado, apresenta alterações no padrão alimentar, por recusa alimentar, e encontra-se confuso, correspondendo, assim, a uma percentagem de 30%.

Nesta fase, considerando a irreversibilidade do quadro clínico, e após descarte de situações clínicas passíveis de reversão, os objetivos passam pela deteção de sinais de últimos dias e horas de vida, controlo efetivo da sintomatologia do cliente incidindo também nas dimensões psicológicas, sociais e espirituais dos cuidados e de acordo com a vontade do cliente, comunicação eficaz com o cliente e ainda mais com a família com vista ao esclarecimento de dúvidas e anseios; nesta fase as equipas interdisciplinares devem ser capazes de preparar e apoiar os cuidadores acerca do processo de morrer tendo em conta as crenças e valores dos envolvidos no processo assim como o ambiente que os rodeia (Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 2018). Esta preparação dos cuidadores para o processo de morte deve incluir alguns temas mais relevantes como: explicitar os sintomas que possam ocorrer, abordar

o plano terapêutico elaborado para responder a esses sintomas, permitir o esclarecimento de dúvidas, medos e anseios dos familiares, assegurar uma morte digna respeitando o curso natural da doença, permitir a participação ativa dos cuidadores nos cuidados os cliente (National Cancer Institute, 2023). Ao preparar os cuidadores utiliza-se a comunicação como forma de conforto, no sentido que uma comunicação honesta e aberta demonstra disponibilidade da equipa perante as alterações desta fase da vida.

Assim, de acordo com as guidelines do Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2015), o objetivo principal dos cuidados em situação de últimos dias/ horas de vida é a prestação de cuidados de forma interdisciplinar que respondam às efetivas necessidades procedentes da condição clínica do clientes e alinhados com os desejos do mesmo.

Referências Bibliográficas

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2015). National consensus statement: essential elements for safe and high-quality end-of-life care. ACSQHC

Cripe, L., Newport, K., Petzel, M., Ruskin, A., & Sharpless, J. (2023, May 21). Planning the Transition to End-of-Life Care in Advanced Cancer (PDQ®). <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/planning/end-of-life-hp-pdq>

National Coalition for Hospice and Palliative Care. (2018). Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. NCHPC.

1.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

A situação de últimos dias e horas de vida é uma fase da vida de difícil diagnóstico pela variedade de apresentações que pode ter. A sintomatologia e as necessidades variam de cliente para cliente e de acordo com vários fatores, nomeadamente a patologia sendo que a sua instalação pode ser mais ou menos súbita.

No caso do Sr. J. a sua apresentação cursou com maior confinamento ao leito, descontrolo sintomático (dor), agitação, recusa alimentar e angústia sendo a instalação desta sintomatologia ocorrida num espaço curso de tempo, entre a sessão de dia 24 e a de 26 de abril.

Desta forma e estando diagnosticada a fase de últimos dias e horas de vida, e os objetivos definidos para a situação clínica do Sr. J. o resultado esperado final será uma boa morte. Nesta fase da vida importa valorizar e melhorar a qualidade de vida do cliente e família/ cuidadores acima de uma preocupação com o momento da morte que se sabe acontecerá a curto/ médio prazo. Uma boa morte caracteriza-se por um momento de morte com controlo eficaz dos sintomas, realização de vontades, cuidados espirituais (valorização das crenças dos clientes) e desejos e manutenção da dignidade, preservando o indivíduo pelo valor em si mesmo e mantendo a sua autonomia se esta ainda for capaz. Nesta fase importa valorizar as especificidades de cada caso e situação.

Devido ao agravamento rápido da condição clínica e a exacerbação sintomática a prioridade

para conseguir este resultado foi a articulação com a equipa assistencial do internamento (médicos e enfermeiros) abordando a irreversibilidade do quadro assim como o foco dos cuidados a partir deste momento, controlo de sintomas tendo por base terapêutica farmacológica (optou-se pela sedação paliativa, pois os sintomas em gestão eram refratários ao esquema terapêutico em vigor), informação à família elucidando-os acerca do quadro clínico do Sr. J. A satisfação da família sobre a continuidade da informação transmitida acerca da evolução do estado clínico do cliente (Capelas, 2016) e a presença da família, se assim o desejar, no momento da morte do cliente (Capelas et al., 2018), são indicadores de resultado previstos para estas situações.

O Sr. J. morreu, de acordo com a equipa de enfermagem do serviço de medicina de forma pacífica, com sintomas controlados, sem familiares presentes, durante a noite entre os dias 27 e 28 de abril, pelo que não foi possível realizar uma terceira sessão. Relativamente à família esta foi contactada pelos profissionais do serviço de internamento a comunicar a notícia da morte.

Referências Bibliográficas

Capelas, M. L. (2016). Qualidade e cuidados paliativos. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.), Manual de Cuidados Paliativos (3rd ed., pp. 937-962). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Universidade de Lisboa.

Capelas, M., Simões, A., Teves, C., Durão, S., Coelho, S., Silva, S., Silva, A., & Afonso, T. (2018). Indicadores de qualidade prioritários para os serviços de cuidados paliativos em Portugal. *Cadernos de Saúde*, 10(2), 11-24. <https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/7245>

1.7. Diagnósticos

Consciência

26-04-2023 11:00

Consciência comprometida

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução da consciência

Dor

24-04-2023 10:00

Dor

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução da dor

Sistema respiratório

24-04-2023 10:00

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução da ventilação

Dispneia

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução da dispneia

Eliminação intestinal

24-04-2023 10:00

Obstipação

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução de sinais de obstipação

24-04-2023 10:00 - Referenciar obstipação ao médico

26-04-2023 11:00

Impactação fecal

Eliminação urinária

24-04-2023 10:00

Retenção urinária [RESOLVIDO] 26-04-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária

Mucosas

24-04-2023 10:00

Membrana mucosa comprometida

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas

Conservação de energia

24-04-2023 10:00

Intolerância à atividade [RESOLVIDO] 26-04-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução da tolerância à atividade [FIM] 26-04-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Referenciar intolerância à atividade ao médico [FIM] 26-04-2023 11:00

Cuidar da higiene pessoal

24-04-2023 10:00

Cuidar da higiene pessoal comprometido

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal

24-04-2023 10:00 - Fazer toailete

Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado

26-04-2023 11:00

Potencial da família para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente

Intervenções de Enfermagem

26-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente

Potencial da família para melhorar conhecimento sobre necessidades do familiar dependente

Intervenções de Enfermagem

26-04-2023 11:00 - Ensinar a família sobre necessidades do familiar dependente

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

Os cuidados em fim de vida, especificamente em situação de últimas horas e dias de vida, devem ser articulados em equipa interdisciplinar, com o cliente e com a família e, desta forma as intervenções de enfermagem devem pautar-se pelas decisões tomadas em equipa, ou seja devem ser multidisciplinares.

Os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde dotados de um corpo de conhecimentos e serem aqueles com maior disponibilidade para cuidar, no sentido em que prestam cuidados diretos durante a maior parte do tempo, devem procurar e primar por desenvolver relações terapêuticas que promovam um fim de vida com qualidade. Deste modo, com os objetivos de cuidados já descritos, o conforto e a dignidade, as intervenções que o enfermeiro deve

desenvolver passam por atuar no indivíduo e no ambiente que o rodeia. Conforto e dignidade estão mutualmente relacionados, sendo que para a promoção do conforto a primeira premissa é o respeito pela dignidade e individualidade do cliente.

Concretizando, a promoção da dignidade do indivíduo passa pela promoção de cuidados espirituais com a valorização das crenças e valores mais do que apenas as crenças religiosas mas sem as esquecer se existirem; controlo de sinais e sintomas, baseado num plano de cuidados antecipado estando o cliente e a família envolvidos na sua definição; incremento da comunicação como veículo promotor da dignidade e conforto, baseando essa mesma comunicação na verdade, sinceridade, abertura, disponibilidade e compreensão do outro como pessoa que se encontra vulnerável e fragilizada; comunicação com a família que se depara com uma situação de perda e luto promovendo o reforço das relações sociais do cliente com aqueles que lhe são significativos e convidando os familiares a participar nos cuidados ao seu familiar pois serão aqueles que maior conhecimento têm das vontades e desejos do doente.

Assim, os cuidados aos clientes em situação de últimas horas e dias de vida exigem cuidados articulados, efetivos e revestidos de sensibilidade perante a terminalidade do outro.

1.8. Especificação das intervenções

Fazer toalete

- Barbear o cliente

Avaliar evolução da consciência

- Recorrendo à Escala de Coma de Glasgow

Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas

- Inspeccionando a cavidade oral

Avaliar evolução da dispneia

- Recorrendo à Edmonton Symptom Assessment System

Avaliar evolução de sinais de retenção urinária

- Realizando palpação suprapúbica, despiste d globo vesical.

Avaliar evolução da dor

- Utilizando a Escala Numérica da Dor

Avaliar evolução do conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente

- Em Conferência Familiar

Ensinar a família sobre necessidades do familiar dependente

- Em Conferência Familiar

ANEXO 3

Formação em Serviço

Escola Superior de Enfermagem do Porto	
Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	
Plano de Formação em Serviço	
Serviço/ Unidade Funcional: Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	
Tema: Conforto Espiritual em Fim de Vida	Data: 08 de Junho de 2023
Preletor: Enfermeiro Carlos Faria	Duração prevista: 30 minutos
Alvo: Elementos da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	Metodologia: Método Expositivo
Material de apoio: <ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Ficheiro elaborado previamente. 	
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Definir o conceito de conforto e a suas dimensões; • Apresentar um ferramenta para avaliação do conforto em fim de vida. 	
Conteúdos abordados: <ul style="list-style-type: none"> • Definição de conforto; • Apresentação do Questionário de Conforto Espiritual em Fim de Vida. 	
Referências Bibliográficas: <p>Chochinov, H. (2022). <i>Dignity in care: The Human side of medicine</i>. Oxford University Press.</p> <p>Coelho, A., Parola, V., Escobar-Bravo, M., & Apóstolo, J. (2016). Comfort experience in palliative care: A phenomenological study. <i>BMC Palliative Care</i>, 15(1), 1–8. https://doi.org/10.1186/s12904-016-0145-0</p> <p>Kolcaba, K. (2001). Hospice Comfort Questionnaire- Patient. <i>American Journal of Hospice and Palliative Care</i>, 18(3)</p> <p>Kolcaba, K. (2003). <i>Comfort Theory and Practice- Vision for Holistic Health Care and Research</i>. Springer Publishing Company.</p> <p>Pinto, S. M. O., Berenguer, S. M. A. C., Martins, J. C. A., & Kolcaba, K. (2016). Cultural adaptation and validation of the Portuguese end of life spiritual comfort questionnaire in palliative care patients. <i>Porto Biomedical Journal</i>, 1(4), 147–152. https://doi.org/10.1016/j.pbj.2016.08.003</p> <p>Pinto, S., Caldeira, S., Martins, J. C., & Rodgers, B. (2017). Evolutionary analysis of the concept of comfort. <i>Holistic Nursing Practice</i>, 31(4), 243–252. https://doi.org/10.1097/HNP.000000000000217</p>	

