



**Mestrado em Enfermagem
na Área de Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em
Enfermagem Oncológica
Relatório de Estágio**

**A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas
ao Doente Oncológico em Fim de Vida numa Unidade
de Cuidados Continuados Integrados**

Ângela Raquel Simão Montez

**Lisboa
2021**

**Mestrado em Enfermagem
na Área de Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em
Enfermagem Oncológica**
Relatório de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas
ao Doente Oncológico em Fim de Vida numa Unidade
de Cuidados Continuados Integrados**

Ângela Raquel Simão Montez



Orientador: Professora Doutora Maria Deolinda Luz



**Lisboa
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Quando a morte é já incontornável, a forma de morrer é importante...”

“I am dying, and you are, too. We are all dying from the moment we are born. If we are lucky, we'll be old in the process and if we are extremely lucky, we could be in good health during part of that process (...)

We aim to having a long life but not a long death. If I am ever that poor lady and you happen to be my doctor, please let death do us apart. Tender loving care is all I will need. Palliative Care is all I will want. That is good medicine, too...”

Mónica Lalanda

Agradecimentos

À minha mãe, minha heroína, minha estrelinha que me iluminou e deu força
para alcançar os meus sonhos.

À minha irmã Sofia, pela paciência e ajuda, quando já não conseguia chegar
a todo o lado.

Ao meu querido Nuno, pelo suporte nos dias mais difíceis e pela
compreensão pelas inúmeras ausências.

Às minhas colegas de curso Patrícia e Susana, pela motivação e coragem
para acreditar e nunca desistir, e em especial a ti, Ana Inês, confidente e
companheira de tantas lutas e desafios que este caminho trouxe.

Às minhas amigas de sempre Sónia, Liliana e Catarina pelo apoio emocional
constante e pelas sugestões pertinentes.

À Alexandra, Marco, Mariana e Soraia pela motivação e apoio incondicional.

Aos amigos de toda a vida...

À Professora Doutora Deolinda pelo apoio incansável e perseverante, pela
sabedoria e pela exigência encorajando-me a continuar.

Aos Orientadores dos Estágios realizados ao longo deste percurso, a Enf.^a
Tetyana Kolodiy, a Enf.^a Dulce Oliveira e o Enf.^o Miguel Miguel, pela orientação,
dedicação e estímulo demonstrados que me permitiram desenvolver enquanto
enfermeira especialista e mestre.

Aos meus colegas de serviço por terem demonstrado interesse e abraçado o
meu projeto, por terem disponibilizado o seu tempo na participação das ações de
formação, e por terem tão bem colaborado na sua implementação.

A todos os doentes, de quem cuidem durante este percurso que tanto me
ensinaram e motivaram fazendo-me crescer enquanto pessoa e enfermeira.

O meu agradecimento a todos, que de alguma forma contribuíram para a
conclusão desta etapa de vida.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos
APA – *American Psychological Association*
APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
CCI – Cuidados Continuados Integrados
CDE – Código Deontológico do Enfermeiro
CNCP – Comissão Nacional de Cuidados Paliativos
CP – Cuidados Paliativos
CSP – Cuidados de Saúde Primários
CT – Consulta Telefónica
DGES – Direção Geral do Ensino Superior
DGS – Direção Geral de Saúde
Ed. – Editores
EAPC - *European Association for Palliative Care*
ESAS – *Edmonton System Assessment Scale*
Enf.^{a(0)} – Enfermeira(o)
EE – Enfermeiro Especialista
ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados
ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
EGA – Equipa de Gestão de Altas
EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
EF – Escala de Faces
EN – Escala Numérica
EO – Escala do Observador
EQ – Escala Qualitativa
EVA – Escala Visual Analógica
EONS – *European Oncology Nursing Society*
ESMO – *European Society for Medical Oncology*
GOBPC – Guia Orientador de Boas Práticas Clínicas
GSF-PIG – *Gold Standards Framework Prognostic Indicator Guidance*
IAHPC – *International Association for Hospice and Palliative Care*
IDC-PAL – *Instrumento diagnóstico de la complejidad en cuidados paliativos*
LCP – *Liverpool Care Pathway*
OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde
OPCP – Observatório Português de Cuidados Paliativos
Org. – Organizadores
PAINAD – *Pain Assessment in Advanced Dementia*
PEDCP – Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos
PEG – Gastrostomia Percutânea Endoscópica
PI – Projeto de Intervenção
PNCP – Programa Nacional de Cuidados Paliativos
POS – *Palliative Outcome Scale*
PPS – *Palliative Performance Scale*
PSC – Perfusão Subcutânea Contínua
QNC – Quartos não Convencionados
REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SOS – sempre que necessário
SPICT - PT™ – *Supportive and Palliative Care Indicators Tool*
STAS – *Support Team Assessment Schedule*
SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*
TCK – Teoria do Conforto de Kolcaba
TENS – *Transcutaneous electrical nerve stimulation*
UC – Unidade de Convalescença
UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UCP – Unidade de Cuidados Paliativos
ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção
UMD – Unidade Multidisciplinar da Dor
UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação
RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

RESUMO

A doença prolongada, progressiva e incurável conduz muitos doentes até às unidades de cuidados continuados, existindo carência de formação especializada em cuidados paliativos (CP), e na adequada abordagem paliativa. Legitima-se a implementação do projeto de intervenção (PI) *A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas ao Doente Oncológico em Fim de Vida numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI)*, com a finalidade de desenvolver competências como enfermeira especialista e mestre contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente oncológico em fim de vida e sua família, na promoção do conforto, alívio e minimização do sofrimento, através da prestação de ações paliativas numa UCCI. Procurando dar resposta à questão de investigação *como pode o enfermeiro identificar a necessidade e prestar ações paliativas ao doente oncológico em fim de vida numa UCCI?* realizou-se uma revisão *scoping*. Este relatório descreve o desenvolvimento de competências, através da análise crítico-reflexiva das atividades realizadas, suportando-se na Teoria do Conforto de Kolcaba (2003). Aos doentes em fim de vida com necessidade de CP foi aplicada a *SPICT - PTTM*. Para avaliação dos sintomas descontrolados foi construída a *Grelha de Observação - ESAS/STAS*, aplicada em dois momentos: o primeiro para identificar a sintomatologia descontrolada e o segundo, após intervenção do enfermeiro, com medidas não farmacológicas ou farmacológicas, para avaliar o controlo de sintomas. Da análise dos dados, 1/3 dos doentes da UCCI apresenta necessidade de CP e descontrolo sintomático, sendo 27,8% doentes oncológicos. Os sintomas mais prevalentes foram a anorexia, a obstipação/diarreia e a dor. Verificou-se diminuição da intensidade de todos os sintomas, com exceção da agitação/confusão. A abordagem paliativa permitiu o controlo de 90% dos sintomas. O guia orientador de boas práticas clínicas, resultante deste PI permitiu a uniformização da intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas ao doente em fim de vida.

Palavras-Chave: Doente oncológico; Fim de vida; Controlo de Sintomas; Intervenção do Enfermeiro; UCCI.

ABSTRACT

The prolonged, progressive, and incurable disease leads many patients to the long-term care units, where there is a lack of specialized training in palliative care (PC), as well in the appropriate palliative approach. The implementation of the intervention project (IP): *The Nurse's Intervention in the Control of Symptoms for End-of-Life Cancer Patients in an Integrated Continuous Care Unit (ICCU)*, is legitimated. The goal is the development of skills as a M.Sc. in Nursing and Specialist contributing to the improvement of the quality of care provided to end-of-life patients and their families, the promotion of comfort, relief and the minimization of suffering, through the provision of palliative actions in a ICCU. To answer the research question *how can a nurse identify the need and provide palliative actions to the cancer patient at the end of his life in a UCCI?* a scoping review was performed. This report describes the development of skills, through the critical-reflexive analysis of the activities performed, based on Kolcaba's Theory of Comfort (2003). End-of-life patients in need of PC were administered *SPICT - PT™*. To assess uncontrolled symptoms, the *Observation Grid - ESAS/STAS* was built and applied in two evaluation times. The first to identify uncontrolled symptoms and the and second, after the nurse's intervention with non-pharmacological or pharmacological measures, to assess symptom control. Data analysis revealed that 1/3 of the patients at the ICCU presented need for PC and uncontrolled symptomatology, 27,8% of them were cancer patients. The most prevalent symptoms were anorexia, constipation/diarrhea, and pain. There was a decrease in the intensity of all symptoms, except for agitation/confusion. The palliative approach allowed the control of 90% of the symptoms. The guideline for good clinical practices, resulting from this IP, allowed the standardization of the nurse's intervention in controlling symptoms at the end of life.

Keywords: Cancer patient; End of life; Symptom Control; Nurse's Intervention; ICCU.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	17
1.1.O Doente Oncológico em Fim de Vida e os Cuidados Paliativos	17
1.2.A intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas	20
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO	24
3. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS	26
3.1.Unidade de Cuidados Paliativos	26
3.2.Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	35
3.3.Unidade de Cuidados Continuados Integrados	44
3.4.Questões Éticas e Deontológicas	56
4. AVALIAÇÃO.....	58
4.1.Limitações da Implementação do Projeto de Intervenção	58
4.2.Pontos fortes e fracos da implementação do Projeto de Intervenção	58
4.3.Contributos do Projeto de Intervenção para a melhoria da qualidade de cuidados	60
5. CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

ANEXOS

Anexo I – Ferramenta de Indicadores de Cuidados Paliativos e de Suporte (*SPICT-PTTM*)

Anexo II – *Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)*

Anexo III – *Support Team Assessment Schedule (STAS)*

Anexo IV – Certificado de Participação no *Workshop Pain Education*

Anexo V – Certificado de Participação no *III Encontro de Cuidados Paliativos da Serra da Estrela*

APÊNDICES

Apêndice I – Planeamento dos campos de estágio

Apêndice II – Sondagem de Opinião

- Apêndice III – Grelha de Observação – *ESAS/STAS*
- Apêndice IV – *Fluxograma – Intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas ao doente em fim de vida numa UCCI*
- Apêndice V – Revisão *Scoping*
- Apêndice VI – Análise *SWOT*
- Apêndice VII – Descrição do Campo de Estágio I: UCP
- Apêndice VIII – Ata da Apresentação do PI à equipa da UCP
- Apêndice IX – Reflexão Crítica do Campo de Estágio I: UCP
- Apêndice X – Grelha de Observação – *Checklist* dos Sintomas mais comuns
- Apêndice XI – *Algoritmo – Fluxograma para a intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas do doente em fim de vida*
- Apêndice XII – Descrição do Campo de Estágio II: EIHSCP
- Apêndice XIII – Estudo de Caso
- Apêndice XIV – Reflexão Crítica do Campo de Estágio II: EIHSCP
- Apêndice XV – Apresentação da Ação de Formação: *Intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas do doente em fim de vida numa UCCI – Campo de Estágio II*
- Apêndice XVI – Apresentação da Ação de Formação: *SPICT-PT™: instrumento de avaliação de necessidade de cuidados paliativos em pessoas com doença crónica incurável e progressiva – Campo de Estágio II*
- Apêndice XVII – Apresentação da 1.^a Ação de Formação: *Intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas do doente em fim de vida numa UCCI – Campo de Estágio III*
- Apêndice XVIII – Resultados da avaliação da 1.^a Ação de Formação
- Apêndice XIX – Resultados da aplicação da *SPICT-PT™*
- Apêndice XX – Apresentação da 2.^a Ação de Formação: *ESAS/STAS – Escala de avaliação de sintomas de Edmonton/Escala de avaliação da equipa de suporte – Campo de Estágio III*
- Apêndice XXI – Resultados da avaliação da 2.^a Ação de Formação

Apêndice XXII – Resultados da Análise da aplicação da Grelha de Observação
ESAS/STAS

Apêndice XXIII – Apresentação da 3.^a e 4.^a Ação de Formação: *Controlo de Sintomas do doente em fim de vida numa UCCI* – Campo de Estágio III

Apêndice XXIV – Resultados da avaliação da 3.^a e 4.^a Ação de Formação

Apêndice XXV – *Guia Orientador de Boas Práticas Clínicas: Controlo de Sintomas ao doente em fim de vida*

Apêndice XXVI – Reflexão Crítica do Campo de Estágio III: UCCI

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi realizado no âmbito do 10.º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica, operacionalizando o Projeto de Intervenção (PI) *A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas ao Doente Oncológico em Fim de Vida numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI)*, já desenvolvido anteriormente durante o referido curso.

Este relatório descreve de forma crítica e reflexiva a aquisição de competências proporcionadas pelo desenvolvimento dos objetivos e execução das atividades propostas, tal como está estruturado no planeamento dos campos de estágio (Apêndice I). Neste sentido, a obtenção das competências de Enfermeira (Enf.^a) Especialista e Mestre demonstra-se na reflexão sobre as atividades realizadas nos três locais de estágio, que serviram de contexto para a prática clínica.

O Enfermeiro é o profissional de saúde, com necessidade de aperfeiçoamento e atualização constante, face à complexidade e exigência crescente que se verifica ao nível dos cuidados de saúde e, conseqüentemente, na evolução da profissão. É neste sentido que ao longo do percurso procuramos, continuamente, enriquecer-nos como pessoa e como profissionais, sendo que a área de intervenção em Oncologia e, em especial, em Cuidados Paliativos (CP) sempre nos despertaram particular interesse e uma forte motivação pessoal.

Ressalvo, ainda, a experiência pessoal, que realçou em mim o sentido e significado do acompanhamento das pessoas no fim de vida, proporcionando-lhes uma adequada resposta às necessidades, conforto e alívio dos sintomas. Por outro lado, saliento, igualmente, a oportunidade que me foi dada de integrar a equipa de uma Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), sendo que esta experiência se revelou, também, uma mais-valia, dado ter contribuído para a consolidação de conhecimentos e aquisição de competências específicas, a partir da experiência refletida e da partilha de sucessos, desaires e emoções. Assim sendo, estas aprendizagens despertaram-me para a importância de uma adequada prevenção das situações de crise através de uma abordagem centrada na pessoa, do seu projeto de vida, das suas necessidades, inquietações e receios ou medos.

A escolha e desenvolvimento deste PI partiu do meu interesse pessoal por esta temática e da necessidade de formação identificada pela equipa de enfermagem e Enfermeiro (Enf.º) Chefe, após a avaliação do diagnóstico da situação no meu contexto profissional, onde foi realizada uma sondagem de opinião (Apêndice II),

informal, com o intuito de compreender o défice de formação da equipa de enfermagem na identificação do doente oncológico com necessidade de CP. A sondagem, não só delineou este PI, como contribuiu para a melhoria da adequação dos cuidados ao doente em fim de vida (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2019).

Outros aspetos, que nos levaram a selecionar o tema do PI, foram, a fraca cobertura assistencial a estes doentes. Segundo Gómez-Batiste, et al. (2014), cerca de 75% da população irá morrer devido às doenças crónicas, e a prevalência de doentes com necessidade de CP ronda 1,33% da população geral e 7% da população com idade maior ou igual a 65 anos. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014) estima que 20,4 milhões de pessoas necessitam de CP, no fim de vida, a maioria dos adultos apresenta doenças progressivas não oncológicas, sendo as mais comuns as doenças cardiovasculares (38,5%) e oncológicas (34%). Em Portugal, as doenças oncológicas são a segunda causa de morte e a que mais subiu nos últimos anos (Direção Geral de Saúde, DGS, 2017).

Sendo que a pessoa portadora de uma doença oncológica recorre com frequência aos hospitais onde o tratamento da doença aguda é uma constante, e os CP não são uma prática recorrente (Neto, 2010a), em 2017, a OMS atualizou a sua definição de Cobertura Universal de Saúde com o objetivo de incluir a palição em paralelo com promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (OPCP, 2020).

Com o objetivo de dar resposta às necessidades de cuidados de saúde dos doentes cujo tratamento não tem benefício, surgiram os CP. Estes cuidados, quando dirigidos precocemente, trazem benefícios para os doentes e suas famílias na medida em que aliviam os sintomas, contribuindo para o bem-estar do doente e família (Comissão Nacional Cuidados Paliativos, CNCP, 2017-2018).

Nas UCCI segundo Amadeu, Capelas & Pereira (2019) num estudo realizado para determinar e caracterizar a prevalência de necessidade de CP dos doentes admitidos em Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) referem que as necessidades de CP são elevadas, tendo apurado uma prevalência de 62,5% de doentes com necessidades paliativas.

Mais recentemente, o Despacho n.º 7824/2016 criou e nomeou a CNCP que elaborou o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) reformulado para o biénio 2019-2020, cujo principal objetivo é “garantir a equidade no acesso aos CP de qualidade, adequados às necessidades multidimensionais (físicas, psicológicas, sociais e espirituais) e às preferências dos doentes e suas famílias” (CNCP, 2019-2020, p.4). Embora se observe um avanço na

implementação dos CP no SNS, a resposta às necessidades de CP da população portuguesa ainda se encontra longe do desejável.

A Abordagem Paliativa é definida “como uma competência fundamental na resolução de problemas/necessidades inerentes às pessoas com doenças graves e/ou avançadas e progressivas, qualquer que seja a sua idade e diagnóstico” (CNCP, 2017-2018, p.14). Portanto, a prestação de cuidados de saúde em CP não se limita apenas às unidades específicas, mas a todos os contextos dos cuidados de saúde, e deve ser “...orientada por uma preocupação efetiva em promover a qualidade de vida, garantir cuidados de acompanhamento e de suporte (básicos e paliativos), com respeito pela dignidade de cada pessoa e no cumprimento das regras da ética e da deontologia profissional” (OE, 2005, p.128).

O impacto da doença oncológica no doente e família exige do profissional de saúde um conhecimento científico sobre a doença oncológica, os cuidados na sua abordagem, o controlo de sintomas, o fim de vida e os CP. Todavia, com base na minha experiência profissional, e reflexão com os pares, o enfermeiro na UCCI, é confrontado, com várias situações clínicas paliativas, para as quais sentimos não estar perfeitamente capacitados. Deparamo-nos com doentes oncológicos e não oncológicos, em fim de vida, sendo frequente a prestação de cuidados a estes doentes nas várias fases da sua doença. Confrontamo-nos com a dificuldade no cuidar, dada a complexidade das necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, e o apoio à sua família, o que tem subjacente o desenvolvimento de diversas competências específicas, que provêm do confronto entre a teoria e a prática, permitindo assim o aumento da qualidade dos cuidados prestados e, conseqüentemente, a satisfação do doente/cuidador/família, e dos enfermeiros. São estas competências e aprendizagens profissionais e pessoais que foram sendo desenvolvidas durante a realização dos estágios e são agora fonte de reflexão, para que se atinja o desenvolvimento do conhecimento, tal como refere Benner (2001).

Sapeta (2011, p.1) descreve que os enfermeiros estão presentes no “«nascem» e «morrer» com idêntica preocupação e qualidade, se não existem argumentos para rebater as competências específicas necessárias ao enfermeiro que assiste no momento do nascimento, o mesmo se impõe no que diz respeito ao da morte”.

É neste âmbito, como aluna de especialidade e mestrado, e enquanto Enf.^a a trabalhar numa UCCI, que surge este PI na confrontação com a necessidade de prestar cuidados a pessoas com doença oncológica e não oncológica em fim de vida, com necessidades paliativas, e sua família. Numa UCCI, da região Oeste, contexto

de desenvolvimento deste projeto, a população é, maioritariamente, idosa e em fase avançada de doença incurável, com algum sofrimento. No entanto, o modelo de prestação de cuidados é orientado para o tratamento. Nesta ordem de ideias, a *Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas ao Doente Oncológico em Fim de Vida numa UCCI* será um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados concedidos aos doentes em fim de vida.

Os cuidados de enfermagem devem ser centrados na pessoa com necessidade de CP, com o intuito de evitar o aumento do sofrimento e diminuir a tão desejada dignidade nos últimos dias de vida. A identificação precoce destes doentes não tem como finalidade o tratamento, mas a palição, ou seja, minorar o seu sofrimento, promovendo o conforto e bem-estar. O doente em fim de vida, é aquele em que a expectativa de vida é limitada ou reduzida, com incapacidade funcional acentuada, e diz respeito aos últimos 12 meses de vida (Romero et al. 2018; Neto, 2010a).

Podemos assim constatar que a dificuldade na identificação de doentes com necessidade de CP conduz a uma desadequada intervenção por parte dos profissionais de saúde, uma vez que a fase do fim de vida é marcada pela frequência e descontrolo de muitos sintomas e pela sensação de inutilidade que são motivo de sofrimento dos doentes e família (Neto, 2010c).

A Teoria do Conforto de Kolcaba (TCK) (2003) descreve o conforto de forma holística, como resultado da satisfação das necessidades básicas, considerando três tipos de conforto: alívio, tranquilidade e transcendência; e quatro contextos de conforto: físico, psicoespiritual, social e ambiental. Neste sentido, o cuidado de enfermagem concorre para o aumento do nível de conforto do doente, colmatando as necessidades afetadas como o controlo de sintomas no doente em fim de vida e família, proporcionando uma morte serena.

As intervenções de enfermagem direcionadas ao controlo de sintomas incluem:

- as *medidas não farmacológicas*, cuja identificação será também, da responsabilidade do doente/cuidador/família, sendo exemplo: posicionamento, relaxamento, massagem, distração, gestão do ambiente, atividade, ansiedade, cuidados à boca, suporte ao cuidador/família, escuta ativa, presença do enfermeiro; ou medidas de controlo específicas tais como: toque terapêutico, acupuntura, hipnose, musicoterapia, psicoterapia, cinesioterapia, aromoterapia;

- as *medidas farmacológicas* como a administração terapêutica para prevenção e/ou tratamento de sintomas, em que o enfermeiro tem como função informar sobre a finalidade da terapêutica, a importância de cumprir a prescrição (dose e horário),

instruir sobre a via de administração e sobre a terapêutica de resgate, informar sobre possíveis efeitos adversos e estratégias para o seu controlo, incutir confiança e segurança (Dodd et al., 2001; OE, 2005; OE, 2008; Williams, Davies & Griffiths, 2009; Barbosa & Neto, 2010; Pereira, 2010; Banha, Costa, & Mendes, 2014; Braga, Rodrigues, Alves & Neto, 2017; BC Centre for Palliative Care, 2019).

Assim, o estudo tem como foco a identificação dos doentes oncológicos em fim de vida na UCCI, com necessidade de CP e a prestação de ações paliativas a estes doentes e sua família, para atingir o controlo de sintomas e proporcionar conforto.

Para identificar os doentes com necessidade de CP na UCCI recorreremos à aplicação da *SPICT-PT*TM (Anexo I) e, posteriormente, serão avaliados os sintomas descontrolados com recurso à aplicação da *Grelha de Observação - ESAS/STAS* (Apêndice III), construída para o registo dos sintomas descontrolados no doente em fim de vida. Nestes doentes, serão implementadas ações paliativas dirigidas ao controlo de sintomas através da aplicação do *Fluxograma – Intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas ao doente em fim de vida numa UCCI* (Apêndice IV).

Este relatório tem a finalidade de espelhar o processo de aprendizagem desenvolvido na prestação de cuidados que proporcionem o bem-estar à pessoa com doença oncológica e não oncológica em fim de vida e sua família, no âmbito da avaliação, prevenção e gestão, do controlo de sintomas ao doente internado em UCCI, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Com a sua elaboração, pretende-se atingir os seguintes objetivos: i) descrever as atividades que conduziram à materialização do projeto; ii) analisar, refletida e criticamente, com base na evidência científica, o desenvolvimento das competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE) (OE, 2019) e específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, em situação paliativa, perioperatória e crónica (OE, 2018), as competências preconizadas pela *European Oncology Nursing Society* (EONS, 2018) e as competências do 2.º Ciclo de Estudos para a aquisição do grau de Mestre (Direção Geral do Ensino Superior, DGES, 2013), confrontando, assim, a teoria e os conhecimentos provenientes da prática clínica; iii) avaliar os contributos deste PI para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Este trabalho foi elaborado com base na metodologia de projeto, alicerçada em cinco etapas: diagnóstico da situação, definição de objetivos, planificação das atividades, execução e avaliação das atividades planeadas e divulgação dos resultados obtidos (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). As três primeiras etapas foram

desenvolvidas na construção do PI. A duas últimas etapas são agora alvo de descrição crítico-reflexiva, com recurso à bibliografia disponibilizada no decorrer do mestrado.

Foi realizada uma revisão *scoping* (Apêndice V), para mapear a evidência científica, responder à questão de pesquisa e construir uma base sólida para ancorar as competências de Enf.^a Especialista e Mestre, com o foco no conforto, diminuição do sofrimento e controlo sintomático dos doentes em fim de vida e suas famílias.

Este relatório está organizado em cinco capítulos. O primeiro capítulo apresenta o enquadramento conceptual, onde são apresentados os principais conceitos mobilizados no PI e que suportam o trabalho desenvolvido, estando estruturado em dois subcapítulos: o doente oncológico em fim de vida e os CP; e a intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas. No segundo capítulo é realizada uma breve descrição do PI, contextualizando o diagnóstico da situação e abordando os objetivos gerais. Os objetivos específicos, previamente definidos, servirão de base para a reflexão sobre os resultados alcançados, considerando as atividades e estratégias de aprendizagem programadas e os indicadores de avaliação já enumerados no planeamento dos campos de estágio (Apêndice I). No terceiro capítulo é realizada uma descrição do caminho percorrido desde o planeamento do PI até à sua implementação, sendo realizada uma descrição fundamentada na evidência científica e uma análise crítico-reflexiva e contínua das atividades desenvolvidas. Este capítulo encontra-se organizado em quatro subcapítulos onde se abordam os contextos de estágio, avaliam-se as aprendizagens face às atividades executadas e, por fim, as questões éticas e deontológicas que estão na base de todo este PI. O quarto capítulo refere as limitações, pontos fortes e fracos da sua implementação, utilizando a análise *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats* (SWOT) esquematizada no Apêndice VI e os seus contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na UCCI. No quinto e último capítulo, são apresentadas as conclusões deste relatório, numa síntese do percurso realizado e apresentados os principais resultados e aprendizagens do mesmo, bem como enunciadas as perspetivas futuras que se ajuíza irem melhorar a prática e qualidade dos cuidados prestados ao doente em fim de vida. Por último, são apresentadas as referências bibliográficas, assim como os anexos e apêndices elaborados e que suportam as atividades desenvolvidas.

Como é proposto para a elaboração de trabalhos escritos, este relatório cumpre as normas da *American Psychological Association* (APA, 2012) e será escrito de acordo com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo fazemos uma breve revisão do estado da arte resultante de uma pesquisa da melhor e mais atual evidência científica, de modo a sustentar a problemática identificada que suporta as temáticas centrais desenvolvidas.

Está organizado em dois subcapítulos. No primeiro abordamos o doente oncológico em fim de vida e os CP e no segundo a intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas ao doente em fim de vida, suportando as intervenções de enfermagem na TCK (Kolcaba, 2003) como filosofia de cuidados que orientou o PI.

1.1. O Doente Oncológico em Fim de Vida e os Cuidados Paliativos

Durante o século XX, foram muitos os avanços da medicina, permitindo um aumento da longevidade e do número de pessoas que sofrem de doenças crónicas, graves e/ou avançadas e progressivas, o que conduz com maior frequência à morte. Mas o facto de se “viver mais anos não tem significado viver melhor, pois observa-se perda de qualidade de vida nos anos últimos, incluindo no processo de morrer” (Neto, 2010a; Sapeta, 2011, p.18). Assim, a doença oncológica deixou de ser considerada uma doença fatal, passando a ser considerada também uma doença crónica. O doente oncológico vivencia uma multiplicidade de problemas e uma deterioração progressiva, de aspeto físico, funcional, psicológico, emocional e espiritual no seu dia a dia, conduzindo a uma dependência cada vez maior dos seus familiares, fazendo assim emergir um cuidado que visa preservar a dignidade da pessoa e família, garantindo-lhe o máximo bem-estar no fim de vida (Pereira, 2010).

De acordo com a OE (2005, p.127-128), o enfermeiro deve “acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal”, (...) sendo que “as intervenções levadas a cabo visam atenuar os sintomas da doença” (...), “promover a qualidade de vida máxima no tempo de vida que resta” (...), “receber analgesia adequada, ajudando-o a aceitar e preparar-se para a morte” (...), “omissão de tratamentos inúteis”, sendo o objetivo máximo dos cuidados preservar a dignidade humana.

Uma vez que os CP aumentam o nível de satisfação do doente/cuidador/família e, ainda, previnem a prática de tratamentos agressivos que consomem recursos, sem prolongarem o tempo de vida, o cuidado aos doentes em fim de vida deve ter, sobretudo, uma preocupação individual, familiar e comunitária (DGS, 2005; Ferreira, Antunes, Pinto & Gomes, 2012; Bernardo et al, 2016; Pungchompoo, 2019).

Nesta ordem de ideias, Ferreira, Antunes, Pinto & Gomes (2012) salientam que é importante haver uma acessibilidade e possibilidade de escolha para a prestação

de CP, já que estes não se restringem ao cuidado hospitalar, podendo ser prestados em instituições especializadas, em casa do doente ou dos seus familiares.

Para Capelas & Neto (2010), a abrangência dos CP transpõe a fase de doença terminal, “aquela que é incurável e simultaneamente está em fase avançada e em progressão” (p.786), pois um doente pode necessitar de CP não estando naquela fase de doença, mas com um sofrimento marcado e/ou impossibilidade de cura. Neste sentido, o foco dos cuidados em fim de vida passa pela promoção do conforto, com destaque para a otimização do controlo sintomático e alívio do sofrimento.

O período de fim de vida diz respeito aos últimos 12 meses de vida (Neto, 2010a; Romero et al, 2018), acompanhados por incapacidade funcional acentuada. O doente terminal apresenta elevadas necessidades de cuidados de saúde pelo sofrimento associado, nos últimos 3 a 6 meses de vida (Neto, 2010a), tal como é preconizado pela *SPICT-PTTM* (Anexo I), como será clarificado posteriormente.

Existe, também, uma diferenciação entre o período de deterioração do doente oncológico e não oncológico. No primeiro caso é habitualmente mais curta e com um declínio muito marcado, enquanto no doente não oncológico essa deterioração ocorre de forma mais gradual devido à imprevisibilidade e duração da doença, podendo nos últimos 3 meses corresponder a um período de degradação mais intenso (Associação Nacional de Cuidados Paliativos, ANCP, 2006; Neto, 2010a).

Em Portugal, ainda existem poucos estudos para apurar a prevalência de doentes com necessidade de CP, mas o OPCP apresentou dados preliminares recolhidos no primeiro trimestre de 2014, que demonstram que numa amostra de 1273 doentes adultos, em 11 instituições de saúde, e auscultados 182 médicos, 51,4% dos doentes encontravam-se em fim de vida. Do total de doentes não oncológicos (n=1045), 48,7% apresentavam necessidade de CP e dos doentes oncológicos (n=183) 67,2% (Capelas et al, 2016).

Após consulta da evidência científica, percebemos que existem alguns instrumentos que facilitam a identificação de doentes com necessidade de CP (por exemplo: *GSF-PIG*, *SPICT*, *NECPAL*, *IDC-PAL* ou *LCP*). Contudo, com o intuito de conseguir identificar precocemente esses doentes, iremos utilizar o instrumento *SPICT-PTTM* (Anexo I). Segundo os peritos na área dos CP, este é um instrumento intuitivo e de fácil aplicação, dada a sua particularidade de poder ser utilizado e aplicado por qualquer profissional, mesmo sem formação em CP. Salientamos também como características possibilitar a identificação dos doentes com doença crónica e progressiva com prognóstico de vida limitado; facilitar a avaliação da

necessidade de CP; poder ser utilizado em qualquer contexto de saúde por médicos e enfermeiros de todas as especialidades; e representar a primeira medida para a gestão do cuidado (Mira, Reis-Pina & Barbosa, 2019).

A *SPICT-PT*TM (Anexo I) é uma ferramenta recente, validada para a população portuguesa, tal como afirmado pelo Dr. ^o Paulo Pina. Contudo, segundo Abreu, Cerrullo & Lima (2018) numa revisão da literatura a utilização da ferramenta *SPICT-PT*TM, entre outras descritas ao longo da revisão, tem-se mostrado muito eficaz na identificação dos doentes com necessidade de CP permitindo uma maior e melhor deteção desses doentes e encaminhamento precoce para consulta especializada.

A prestação de cuidados na RNCCI é assegurada por unidades de internamento (convalescença, média duração e reabilitação, longa duração e manutenção e UCP), unidades de ambulatório (unidade de dia e de promoção de autonomia), equipas hospitalares (equipa de gestão de altas (EGA) e Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em CP (EIHSCP)) e equipas domiciliárias (ECCI e Equipa Comunitária de Suporte em CP (ECSCP)), cujo objetivo principal é a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma contínua e integrada a doentes que se encontram numa situação de dependência. O ingresso na RNCCI é efetuado através da proposta das equipas prestadoras de CCI ou da EGA, na decorrência do diagnóstico da situação de dependência, sendo a admissão nas UCP determinada por avaliação e proposta médica (Decreto-Lei n.º 101/2006).

Em Portugal, apesar de existirem unidades na RNCCI e unidades e equipas privadas, a oferta de CP face à urgência das necessidades ainda é insuficiente. Também Capelas & Neto (2010) reconhecem que se deve fomentar o desenvolvimento de projetos integrados com a implementação das diversas valências em simultâneo, potenciando sinergias na aprendizagem e na qualidade dos cuidados.

Nesta ordem de ideias, os CP são, pela sua prática, colaborativos. A colaboração entre a equipa multidisciplinar permite identificar as necessidades e desenvolver as intervenções adequadas. A intervenção de um profissional ou equipa com competências específicas nesta área de cuidados proporciona melhores resultados no bem-estar dos doentes e famílias. Um dos desafios do trabalho em equipa é partilhar uma filosofia de cuidados e objetivos comuns (Bernardo, Rosado & Salazar, 2010; European Association for Palliative Care, EAPC, 2013; Bruera & Yennurajalingam, 2012; McVey, MCKenzie & White, 2014).

É de extrema importância que todos os doentes em fim de vida sejam identificados precocemente no sentido de avaliar as suas necessidades, estruturar um

plano de cuidados com objetivos realistas e intervenções que visem o seu conforto e o controlo de sintomas, atingindo o bem-estar e qualidade de vida. Deste modo, vamos ao encontro do preconizado pela *European Society for Medical Oncology* (ESMO) (Schrijvers & Cherny, 2014) ao referir que o planeamento de cuidados é um “processo de reflexão e comunicação sobre uma pessoa, valores e desejos relativos a questões futuras de saúde, e preferências de cuidados pessoais, no caso de alguém se tornar incapaz de consentir ou recusar tratamento ou outros cuidados” (p.iii138).

1.2. A intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas

À medida que a doença avança, observa-se no doente uma deterioração irreversível do seu estado, ficando progressivamente incapacitado e dependente, sendo crucial o reconhecimento das suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais de forma a adequar as intervenções de enfermagem às suas reais necessidades. Sendo o objetivo fundamental dos cuidados promover, tanto quanto possível e até ao fim, o conforto, o bem-estar e a qualidade de vida destes doentes, através de um plano terapêutico que deverá incluir medidas não farmacológicas e farmacológicas. Neste sentido a DGS (2005, p.8) define como componentes essenciais dos CP “o alívio dos sintomas, o apoio psicológico, espiritual e emocional, o apoio à família, o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade”.

Embora o controlo de sintomas seja uma preocupação do doente/cuidador/família “preocupar-se exclusivamente com o controlo de sintomas (...) não garante que se esteja a intervir adequadamente no sofrimento destes doentes” (Neto, 2010a, p.6), sendo exigida uma avaliação sistemática, cuidados de enfermagem individualizados e uma prescrição terapêutica cuidadosa.

O controlo de sintomas adequado só se consegue com um trabalho multidisciplinar e uma adaptação flexível às múltiplas necessidades dos doentes em fim de vida, conseguindo-se, um cuidado individualizado. Por isso, é imprescindível que toda a equipa discuta e assuma os objetivos terapêuticos (Neto, 2010b; Bruera & Yennurajalingam, 2012; Pungchompoo et al, 2019).

Contudo, a avaliação e o controlo de sintomas é um processo complexo que poderá ser facilitado pelos *Princípios Gerais do Controlo Sintomático* (Neto, 2010b), que são: avaliar antes de tratar, identificar a causa, identificar impacto psicoemocional e físico, intensidade e fatores que condicionam (+-); clarificar/explicar as causas e as medidas terapêuticas; não esperar que o doente se queixe: observar, questionar, antecipar sintomas; adotar estratégias mistas (farmacológicas e não farmacológicas);

estabelecer prazos para cumprimento dos objetivos terapêuticos e adotar estratégias de prevenção de sintomas que possam surgir (deixar medicação de resgate prescrita); monitorizar sintomas: utilizar instrumentos de avaliação (como, por exemplo a *Grelha de Observação - ESAS/STAS* (Apêndice III)); reavaliar as medidas terapêuticas, delinear objetivos realistas e dar atenção aos detalhes.

A avaliação de sintomas deve ser realizada de forma sistemática, recorrendo a efetivas e consistentes escalas. Estes instrumentos de avaliação devem ser rápidos e eficientes para garantir uma prestação de cuidados de qualidade, como é o caso da *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)* (Anexo II) que avalia nove sintomas entre físicos e psicológicos (Neto, 2010b). Contudo, para conhecer as avaliações realizadas diretamente pelos doentes de forma a quantificá-las, a *Support Team Assessment Schedule (STAS)* (Anexo III) permite a avaliação dos sintomas por terceiros (Edmonds et al., 1998; Bausewein, Le Grice, Simon & Higginson, 2011).

Nesta sequência, Capelas & Neto (2010, p.795) reconhecem que “a implementação de protocolos de abordagem sintomática (...), o registo de todo o processo de avaliação das necessidades, sintomas e monitorização da evolução, nomeadamente, instrumentos de avaliação e registo tipo *ESAS*” são medidas que deverão ser implementadas com o objetivo de fomentar ações paliativas.

Diz-nos Sapeta (2011) que são exigidas aos profissionais de saúde habilidades e competências diferenciadas na prestação de cuidados aos doentes com necessidade de CP, com especial atenção os doentes em fim de vida, para os quais a intervenção do enfermeiro deverá fixar-se “na busca do conforto e de bem-estar, alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual, e em que toda a ação terapêutica deverá estar centrada nas necessidades individuais manifestadas (...)” (p.23) pelo doente/cuidador/família. Também Neto (2010b) refere que os enfermeiros, pela sua maior proximidade ao doente, têm um papel essencial na monitorização dos sintomas, contribuindo para o sucesso do processo terapêutico.

A presença de múltiplos sintomas é motivo de grande sofrimento para o doente/cuidador/família. Assim, no decorrer deste trabalho, considerou-se importante referenciar alguns sintomas mais comuns no doente em fim de vida, cujo adequado controlo permite minimizar o sofrimento do doente aumentando o seu bem-estar.

No decorrer deste PI foi realizada uma revisão *scoping* (Apêndice V) onde foram identificados os sintomas mais comuns, dos quais se destacam: dor, sintomas respiratórios (dispneia, farfalheira/estertor), sintomas digestivos (náuseas/vómitos, obstipação, anorexia), sintomas psicológicos (ansiedade, agitação/*delirium*,

depressão/tristeza, angústia), insónia e sonolência e astenia/fadiga (Harstade, Blomberg, Benzein & Ostlund, 2018; Bruera & Yennurajalingam, 2012; Siegel & Bigelow, 2018; Pungchompoo et al, 2019).

Os resultados do estudo de Homsí et al. (2006) apresentam a dor como sintoma mais frequente, seguindo-se a fadiga, a anorexia e a dispneia. Já nos dez sintomas, moderados a graves, a dor aparece em 83%, mas a fadiga em 49% e a dispneia em 27%. Noutro estudo, realizado por Costa & Antunes (2012) sobre avaliação de doentes sem perspectiva de cura, numa amostra de 150 doentes com doença crónica, demonstrou-se que os sintomas de ansiedade, depressão e cansaço são os que apresentam uma intensidade mais elevada, enquanto a falta de ar e a náusea apresentaram valores mais baixos.

Também Ferreira, Antunes, Pinto & Gomes (2012) corroboram o descrito por Gonçalves (2011) considerando que no doente em fim de vida, este descontrolo pode ocorrer em seis domínios (físico, psicológico, social, espiritual, cultural e estrutural), segundo TCK (Kolcaba, 2003), os enfermeiros podem aumentar o nível de conforto do doente, após a avaliação das suas necessidades, intervindo no sentido do controlo de sintomas, aliviando o sofrimento do doente, promovendo a sua dignidade e uma morte serena.

Kolcaba (2003) postula que as necessidades de conforto podem ser experienciadas em quatro contextos: contexto físico, que se refere às perceções corporais e ao equilíbrio hemodinâmico; contexto psicoespiritual, que está intimamente relacionado com a consciência de nós próprios e significado que atribuímos à nossa vida; contexto sociocultural, que se refere a todas as relações interpessoais, familiares ou sociais; e contexto ambiental, que nos direciona para as condições externas, como o processo de internamento, a privacidade ou o ruído e a luz, cor, temperatura e elementos naturais ou artificiais do meio (Dowd, 2004).

Todas as intervenções de enfermagem, desde as medidas não farmacológicas, às farmacológicas e o trabalho em equipa multidisciplinar pretendem ir ao encontro dos três tipos de conforto, referenciados na TCK (Kolcaba, 2003). São eles o alívio (controlo de sintomas), a tranquilidade (satisfação e calma) e a transcendência (superação dos problemas) resultando num aumento do conforto para o doente/cuidador/família.

Os tipos e os contextos de conforto conjugam-se para formar a “Taxonomia do Conforto” (Kolcaba, 2003, p.15), cujo desequilíbrio exige cuidados de conforto,

objetivo das intervenções de enfermagem basilares para a manutenção e promoção da saúde.

Face aos sintomas apresentados, as intervenções de enfermagem cruzam intervenções interdependentes, como a administração de terapêutica para o controlo de sintomas, e intervenções autónomas, concedendo-nos uma responsabilidade acrescida, na medida em que o controlo de sintomas do doente irá depender, essencialmente, da relação interpessoal e de competências comunicação, de apoio psicológico, social e espiritual, sustentadas pelo nosso conhecimento.

Reforçando estas intervenções não farmacológicas, Ramos, Sapeta & Neves (2018) enfatizam que é imprescindível adquirir estratégias comunicacionais baseadas numa comunicação assertiva, diálogo verdadeiro, controlo emocional e capacidade para resolução de problemas, perante a dificuldade de cuidar do doente em fim de vida. Ainda Kolcaba (2003) refere que a comunicação é o elemento-chave entre os parceiros de cuidados, de forma a prestar apoio espiritual e mobilizar estratégias que promovam as relações sociais, descrevendo, assim o contexto psicoespiritual da TCK.

Segundo Williams, Davies & Griffiths (2009) no controlo de sintomas, em meio hospitalar, existem evidências que sugerem que medidas não farmacológicas também são usadas, em simultâneo ou independentes das medidas farmacológicas. Exemplificam o controlo de sintomas físicos e psicológicos que integram, na sua maioria, a intervenção autónoma do enfermeiro. Os mesmos autores indicam a aromoterapia, a distração, o riso e o humor, a musicoterapia, o posicionamento, o *transcutaneous electrical nerve stimulation* (TENS), a aplicação de terapias de calor ou frio, a meditação, a reflexologia e o Reiki, como algumas das medidas não farmacológicas que podem ser utilizadas com a finalidade de promover conforto e bem-estar do doente e que se englobam no contexto físico da TCK (Kolcaba, 2003).

Para Kolcaba (2003), o cuidado de conforto holístico permite que o doente em fim de vida tenha uma boa morte. Estas intervenções promotoras do conforto integram uma prática de CP precoces, fortalecem o doente/cuidador/família para comportamentos de procura de saúde, e reduzem o descontrolo de sintomas.

Concluindo, a implementação de intervenções de enfermagem promotoras de conforto aumenta a qualidade dos cuidados prestados pelo enfermeiro e contribui para a satisfação do doente/cuidador/família, traduzindo-se em ganhos em saúde para os diferentes parceiros de cuidados.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO

Este relatório tem por base a metodologia de projeto, integrando a teoria com a prática, dado assentar “numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução, sendo promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.2).

A metodologia de projeto contempla cinco etapas: diagnóstico da situação, definição dos objetivos, planeamento das atividades, execução e avaliação das mesmas e divulgação dos resultados.

Para a concretização do PI foi executado o diagnóstico da situação, suportado pelo levantamento das necessidades e reflexão sobre as práticas de cuidados. Assim sendo, foram identificados como problemas pela equipa de enfermagem e pelo Enf.º Chefe a falta de conhecimentos na prestação de CP, principalmente no controlo de sintomas do doente com necessidade de CP (Apêndice I). Como instrumento de diagnóstico procedeu-se à realização da análise *SWOT* (Apêndice VI).

Posteriormente, foi realizado um levantamento sobre o estado do desenvolvimento científico da problemática identificada, através de uma revisão *scoping* que partiu da mnemónica *PCC*, sendo a população (*P*) todos os doentes oncológicos em fim de vida, em cuidados paliativos ou com prestação de ações paliativas, o conceito (*C*) descrição de ações paliativas no controlo de sintomas e o contexto (*C*) todos os contextos clínicos de fim de vida. O mapear da evidência científica cimentou a prática durante os estágios e fundamentou a tomada de decisão.

Torna-se importante referir que, embora o foco do PI seja o doente oncológico, houve necessidade de redefinir a população alvo, para doente em fim de vida, não só por não conseguir reunir uma amostra significativa, mas também para dar resposta às necessidades do meu contexto profissional, onde o PI foi implementado.

Neste sentido, os doentes oncológicos e não oncológicos em fim de vida foram os participantes deste PI. Esta validação da equipa sobre a importância de existir uma abordagem paliativa ao doente oncológico e não oncológico em fim de vida é corroborada por Neto (2010b) quando descreve que a aplicação da filosofia dos CP depende muito da atitude dos profissionais e do reconhecimento das necessidades terapêuticas do doente, independentemente do contexto onde se insere.

Este PI pretende dar resposta à seguinte questão de investigação: *como pode o enfermeiro identificar a necessidade e prestar ações paliativas ao doente oncológico em fim de vida numa UCCI?*

Assim, este projeto tem como finalidade o desenvolvimento de competências como Enf.^a Especialista e Mestre e a contribuição para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente em fim de vida e sua família, nomeadamente, na promoção do conforto, alívio e minimização do sofrimento, através da prestação de ações paliativas numa UCCI.

Para dar resposta à questão de investigação foram definidos os objetivos gerais: a) desenvolver competências científicas, relacionais e técnicas de especialista e mestre que permitam a avaliação das necessidades e a prestação de ações paliativas ao doente oncológico em fim de vida e b) promover o conforto do doente oncológico em fim de vida e família numa UCCI.

Em seguida, foram definidos os objetivos específicos, tal como descrito no Apêndice I, que servirão de base à reflexão sobre os resultados alcançados. Nesta ordem de ideias, no planeamento foram programadas as atividades, estratégias e definidos indicadores de avaliação, que na execução e avaliação serão objeto de reflexão. Os resultados obtidos, após avaliação das atividades desenvolvidas e competências adquiridas, serão divulgados através da materialização do relatório.

Dado que o projeto passa por um processo dinâmico, houve necessidade de o reestruturar, reformulando algumas atividades, de acordo com as necessidades de aprendizagem sentidas em cada local de estágio.

Sabendo que o desenvolvimento de competências resulta de uma prática refletida e analisada criticamente, a execução das atividades planeadas decorreu em três locais de estágio. Estes locais foram selecionados em conformidade com os objetivos estabelecidos, de acordo com as seguintes especificidades: cuidarem de pessoas com doença oncológica em fim de vida e terem diferentes modelos de prestação de cuidados (internamento ou consultadoria), com equipas de referência e em diferentes níveis de diferenciação em CP (CP especializados e abordagem paliativa).

3. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS

No presente capítulo pretendemos descrever o caminho percorrido desde o planeamento deste PI até à sua implementação.

Foram realizados estágios em três contextos clínicos distintos, com a duração de 6 semanas em cada local. Iniciei o estágio numa UCP, posteriormente, numa EIHSCP e, por fim, numa UCCL, serviço onde exerço funções.

3.1. Unidade de Cuidados Paliativos

O primeiro estágio decorreu entre 23 de setembro a 30 de outubro de 2019, com o objetivo geral desenvolver competências científicas, relacionais e técnicas de especialista e mestre que permitam a avaliação das necessidades e a prestação de ações paliativas ao doente oncológico em fim de vida, tendo-se delineado quatro objetivos específicos que orientaram as intervenções de enfermagem para a sua consecução.

Para atingir o primeiro objetivo específico que consiste em **integrar de modo progressivo a equipa multidisciplinar do serviço e a sua dinâmica** foi realizada uma reunião com a Enf.^a Chefe onde fomos informados sobre rácios, equipa e filosofia de cuidados, da qual resultou a descrição do serviço, cumprindo um dos indicadores de avaliação pré-estabelecidos (Apêndice VII). Aquando da minha apresentação à Enf.^a Especialista e Orientadora, realizei uma breve apresentação do PI à equipa de enfermagem e médica, no sentido de ouvir sugestões e perceber a receptividade da equipa na sua colaboração. Este momento foi facilitador para o desenvolvimento do PI e também para a minha integração na equipa (Apêndice VIII). Fui procurando observar a dinâmica e método de trabalho, a interação entre os enfermeiros e com o doente/cuidador/família, fazendo também questões quando suscitavam dúvidas.

Após a discussão de cada caso, procede-se, quando necessário, a alterações terapêuticas dirigidas ao conforto e controlo de sintomas do doente. Foi visível que o objetivo central de toda a equipa é a prestação de CP de qualidade, corroborando o referido por Bernardo et al. (2016) “a prestação de CP adequados passa por uma adequada e intensa avaliação das necessidades dos seus doentes e famílias, quanto ao controlo da doença, controlo dos problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais” (p.13).

A minha integração foi otimizada e progressiva devido à disponibilidade, apoio, partilha e profissionalismo de toda a equipa da UCP. A concretização deste objetivo levou ao desenvolvimento de competências comuns do EE (OE, 2019), ao ter

implementado uma prática profissional, ética, suportada pela reflexão na e sobre a ação que conduziu à tomada de decisão com base no conhecimento científico e experiência profissional, no âmbito do domínio do autoconhecimento e assertividade.

Ainda desenvolvi competências específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2018) ao nível da “promoção de intervenções baseadas na evidência junto do doente em fim de vida”, bem como ao nível da “relação terapêutica com o doente em fim de vida, na medida em que respeitei a singularidade e autonomia do doente” (p.19365).

O segundo objetivo específico consistiu em **analisar a intervenção do enfermeiro especialista no cuidado ao doente em fim de vida com necessidades paliativas**. Assim, para a sua obtenção, assisti à passagem de turno, tentei compreender as rotinas da unidade e observei a prestação de cuidados.

Particpei ainda na prestação de cuidados a três doentes, sendo de salientar o pormenor da primeira abordagem ao doente e a validação do cuidado (por exemplo, “*como se sente em relação ao seu cansaço? ou, o que é capaz de realizar hoje?*”), a satisfação dos seus desejos (por exemplo, “*querer higiene no leito/wc*”), a participação nos cuidados e a avaliação superficial dos sintomas presentes. Após esta observação, considerei pertinente realizar uma pesquisa direcionada à avaliação e monitorização das necessidades do doente em CP, tendo realizado uma reflexão crítica (Apêndice IX) comparando os instrumentos de avaliação utilizados na realidade da prestação de cuidados da UCP e o descrito na melhor evidência científica.

Ao participar na prestação de cuidados ao doente na UCP, verifiquei que era realizada uma avaliação das necessidades com recurso à *ESAS* (Anexo II). Esta era aplicada no dia de admissão e sempre que existisse descontrolo de sintomas, embora também fosse aplicada a *Palliative Outcome Scale (POS)* que, segundo a Enf.^a Chefe, tinha como objetivo ir ao encontro das necessidades individuais do doente. A *POS* era aplicada pelo doente no dia de admissão e repetida a aplicação pelo enfermeiro responsável passados três dias, após uma semana e aos quinze dias de internamento. A equipa médica usava a *Palliative Performance Scale (PPS)*.

A reflexão crítica permitiu verificar se o cuidado da equipa satisfazia o preconizado pelos padrões de qualidade e boas práticas dos cuidados especializados (OE, 2017; OE, 2019). A maioria das intervenções estavam em conformidade com a evidência científica, tendo como objetivo principal reduzir o sofrimento do doente/cuidador/família e promover o bem-estar.

As equipas de CP consideram o doente como um ser holístico, atendendo às suas necessidades e às do cuidador/família, sendo habitual a sua avaliação ser suportada por instrumentos de avaliação (escalas) validados para a população em análise. Segundo Bernardo et al. (2016) em CP preconiza-se a avaliação das necessidades em 3 domínios centrais: doente, cuidador/família e qualidade dos cuidados, tornando-se numa avaliação multidimensional.

Durante o decorrer do estágio foi visível a constante preocupação da equipa com o bem-estar, conforto e qualidade de vida do doente internado na UCP. Através das atividades delineadas e executadas pude constatar que os enfermeiros asseguram o respeito pelo doente em fim de vida, “respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela pessoa em situação de fim de vida, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas” tal como preconizado pela OE (2015, p.85). Comprovei que, frequentemente, eram desenvolvidas medidas terapêuticas para conforto dos doentes, sendo debatidas em equipa as preferências do doente em relação à sua fase final de vida, procurando a melhor estratégia para as concretizar.

Ao respeitar os desejos e preferências do doente em fim de vida o EE adquire/desenvolve as competências da EONS (2018), em particular as competências relacionadas com o apoio à pessoa com doença avançada e em fim de vida, na medida em que está a “facilitar debates entre profissionais de saúde, doentes e seus familiares com o intuito de perceber as preferências em relação aos objetivos do cuidado e a transição entre um cuidado voltado para a cura e um cuidado no fim da vida” (EONS, 2018, p.32). Torna-se imprescindível esclarecer que o principal objetivo não é a cura ou recuperação da doença, mas preocupação com a dignidade do doente em fim de vida, aceitação do percurso da doença e da própria morte (Sapeta, 2011).

Deste modo, posso afirmar que as atividades delineadas e descritas anteriormente contribuíram para atingir o objetivo supracitado, ao ter “mobilizado conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade” (OE, 2019, p.4747), sendo primordial validar os ganhos em saúde para o doente/cuidador/família, priorizando o seu conforto e o interesse da equipa/profissionais de enfermagem, e ainda “reconhecer que os CP são responsabilidade de todos os profissionais que cuidam de doentes oncológicos, independentemente do ambiente de saúde”, assim como “identificar as barreiras à integração dos CP e agir para enfrentá-las” (EONS, 2018, p.32), transportando-as para o meu contexto profissional. Destaco, também, a competência no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, ao realizar a reflexão crítica e

pesquisa da literatura para sustentar a minha “praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, p.4749).

Foi definido como terceiro objetivo específico **identificar os sintomas descontrolados no doente oncológico em fim de vida, segundo a sua intensidade e prioridade com vista ao alívio do sofrimento e promoção do conforto**. O cuidar de enfermagem ao doente oncológico em fim de vida valoriza as suas necessidades, indo ao encontro das competências específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa (OE, 2018) nomeadamente “identifica as necessidades da pessoa” e “avalia os seus sintomas, segundo as suas características, priorizando o impacto no próprio, utilizando ferramentas padronizadas” (p.19365).

Assim, a primeira atividade que estabeleci para a concretização deste objetivo foi a pesquisa sobre a melhor evidência científica, que possibilitasse responder à questão que me assomou: *Qual a abordagem paliativa no controlo de sintomas do doente oncológico em fim de vida?* Para tal, foi realizada uma pesquisa na plataforma *Ebsco*, nas bases de dados *CINAHL Complete* e *MEDLINE Complete* e elaborada uma revisão *scoping* (Apêndice V). Embora tenham surgido inicialmente algumas dificuldades à sua realização, devido à complexidade de adequar os termos de indexação, linguagem natural e descritores *Mesh* à pesquisa, de modo a obter um mapeamento sustentado de referências, este processo foi ultrapassado com sucesso após partilha de opiniões, discussão e reflexão com Enf.^a Orientadora e a Professora.

A obtenção de conhecimento científico acerca dos sintomas em CP capacitou-me para cuidar do doente, otimizando a avaliação dos seus sintomas e intervindo eficazmente no seu controlo. Este conhecimento proporcionou o desenvolvimento de competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais de modo a “atuar como formador oportuno em contexto de trabalho” e “favorecer a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades” contribuindo para sensibilizar os profissionais nesta temática (OE, 2019, p.4749). Ainda conseguir dominar um dos padrões de qualidade definidos pela OE (2017, p.24), o “contributo para disseminar a filosofia de CP junto de outros profissionais de saúde e do cidadão, em geral”.

Na revisão *scoping* (Apêndice V) realizada foram identificados como sintomas mais comuns: dor, sintomas respiratórios (dispneia, farfalheira/estertor), sintomas digestivos (náuseas/vómitos, obstipação, anorexia), sintomas psicológicos (ansiedade, agitação/delirium, depressão/tristeza, angústia), insónia e sonolência e

astenia/fadiga (Homsí et al., 2006; Harst de, Blomberg, Benzein & Ostlund, 2018; Siegel & Bigelow, 2018).

Após conseguir identificar estes sintomas e dada a sua complexidade, tornou-se essencial que a avalia o, evolu o e a gestão dos mesmos fossem realizadas de forma adequada, prevenindo um descontrolo e decorrente sofrimento para o doente. Assim,   imprescindível perceber quais as interven es realizadas (estratégias de alívio) para o controlo destes sintomas, analisando o seu efeito. Segundo Neto (2010a) não   possível intervir nas restantes a es que baseiam a prática de CP, se os sintomas não estiverem suficientemente controlados.

Neste sentido criámos uma Grelha de Observa o - *Checklist* dos Sintomas mais comuns (Apêndice X) que compreende três momentos: o primeiro momento, já se encontra preenchido com os sintomas mais comuns, em consonância com os dados provenientes da revisão *scoping* (Apêndice V); o segundo momento corresponde   identifica o das estratégias de alívio; e o terceiro momento diz respeito   avalia o e monitoriza o dos sintomas durante um mês (primeiras até 48 horas, 1 semana, 15 dias e 28 dias¹).

Antes de utilizar este instrumento na avalia o de sintomas aos doentes da UCP, submeteu-se   análise e reflexão da Enf.^a Orientadora, que o considerou aplicável   prática de cuidados, sustentado em sólida e válida evidência científica. Foi também pedida autoriza o   Enf.^a Chefe para a sua aplica o.

Esta atividade contribuiu para a aquisi o de competências comuns do EE no domínio da responsabilidade profissional,  tica e legal ao “demonstrar uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas” e no respeito dos direitos humanos e das responsabilidades profissionais, “promovendo a prote o dos direitos humanos” (OE, 2019, p. 4746). Ainda detive uma conduta responsável e  tica ao “atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015, p.102).

Conseguí aplicar a Grelha de Observa o – *Checklist* dos Sintomas mais comuns (Apêndice X) a 10 doentes oncológicos e não oncológicos em fim de vida, durante a minha permanência na UCP. Constatei que nestes doentes o sintoma mais prevalente foi a dor (80%), seguindo-se da dispneia e agita o (70%), farfalheira/estertor (60%), ins nia (40%) e, por fim, ansiedade e tristeza (30%).

¹ Foi escolhido analisar a evolu o dos sintomas no período de um mês para que fosse exequível no decorrer do estágio.

Através da aplicação da Grelha de Observação – *Checklist* dos Sintomas mais comuns (Apêndice X), consegui construir um *Algoritmo - Fluxograma para a intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas do doente em fim de vida* (Apêndice XI) que permitiu colocar de forma esquemática e sistematizada a intervenção/atuação do enfermeiro face ao sintoma ou sintomas que se encontravam descontrolados no doente em fim de vida.

Segundo a OE (2007), a utilização de algoritmos, com opções clínicas a seguir no contexto da prática de cuidados, permite guiar a atuação do enfermeiro simplificando a sua intervenção. Este algoritmo irá acompanhar-me durante os próximos estágios, inicialmente na EIHS CP, de modo a perceber a sua aplicabilidade ao nível da prática de cuidados em contexto hospitalar e desenvolver com estes peritos a necessidade de reajuste de aplicabilidade no meu contexto profissional.

Como competências adquiridas, para além das que já fui mencionando, destaco “garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” sobretudo ao analisar “a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas” e “adotar conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente” (OE, 2019, p. 4746), do que constitui prova a construção e desenvolvimento da Grelha de Observação – *Checklist* dos Sintomas mais comuns (Apêndice X). No domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados consegui “garantir um ambiente terapêutico e seguro”, onde a relação de ajuda proporciona a expressão de sentimentos, podendo assim aplicar o *Algoritmo - Fluxograma para a intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas do doente em fim de vida* (Apêndice XI) que construí.

Ao nível das competências da EONS (2018) permitiu-me “realizar uma avaliação holística das necessidades, preocupações e sintomas comumente presentes na pessoa com doença avançada e em fim de vida recebendo CP” (p.32).

O último objetivo específico diz respeito à **prestação de cuidados ao doente oncológico em fim de vida com descontrolo de sintomas**. Este objetivo é transversal a todos os outros, na medida em que, durante a colaboração na prestação de cuidados ao doente em fim de vida em contexto real da prática de cuidados, procurei conhecer as necessidades dos doentes e identificar os benefícios da prática de CP, com o intuito de sistematizar as intervenções mais adequadas no *Algoritmo - Fluxograma para a intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas do doente em fim de vida* (Apêndice XI) para posterior aplicação no meu contexto profissional.

Tal como é enunciado na TCK (Kolcaba, 2003), os enfermeiros devem ter a preocupação de promover o conforto holístico do doente e família, tendo a perceção de que o conforto pode ser experienciado em quatro contextos, devendo ser identificadas as necessidades dos três tipos de conforto e colmatadas com as intervenções mais eficazes suportadas na melhor evidência científica.

Assim sendo, a qualidade de vida é a preocupação básica destes cuidados, pelo que nos cuidados de fim de vida é primordial o controlo adequado dos sintomas, minimização do desconforto e da angústia (Gonçalves, 2011; Bowers & While, 2019).

A gestão do conforto, tal como definido na TCK (Kolcaba, 2003), passa por um efetivo controlo de sintomas nos doentes, através da correta aplicação do algoritmo (Apêndice XI), orientador da intervenção do enfermeiro dando resposta às atividades definidas para a concretização do objetivo em análise.

Segundo a EAPC (2013ab) todos os profissionais de saúde devem ser capazes de prestar CP adequados. Para tal, precisam desenvolver competências na prestação de CP com base nos padrões de qualidade do cuidado, a fim de satisfazer as necessidades mais complexas do doente/família/cuidador, independentemente do seu diagnóstico e contexto de vida.

A aplicação da Grelha de Observação – *Checklist* dos Sintomas mais comuns (Apêndice X), foi realizada a dez doentes, cumprindo o indicador de avaliação pré-estabelecido. Os dez doentes que acompanhei encontravam-se em situação de fim de vida, quatro deles em situação de últimos dias ou horas de vida, tendo falecido oito dos doentes, dos quais cinco faleceram em turnos em que estava presente.

Através da prestação de cuidados de conforto, administração de terapêutica dirigida ao controlo de sintomas, segundo um protocolo existente na UCP, assim como a participação numa conferência familiar de acolhimento e em duas reuniões clínicas multidisciplinares (médico, enf.^a chefe e restantes enfermeiros, psicóloga e técnica de serviço social), conheci e aprendi como promover o conforto e melhorar a qualidade dos cuidados prestados a estes doentes.

Descrevo um acolhimento a um doente, referenciado pela EIHS CP, por agravamento do seu estado geral, sem condições por parte da família/cuidadores para o manter no domicílio. Durante o acolhimento foi visível a atenção da equipa em vários aspetos: à observação do estado geral do doente; ao ajuste das expectativas e perceção da doença; à preocupação com a situação familiar; à avaliação dos sintomas descontrolados; e à validação dos desejos e gostos do doente.

Salientamos a importância deste conhecimento para a satisfação das necessidades e conforto do doente em fim de vida, o que se enquadra no contexto psicoespiritual de conforto definido por Kolcaba (2003). Relativamente ao apoio à família, foram ajustadas as suas expectativas em relação à progressão da doença e possíveis limitações que possam decorrer da mesma.

Comunicar de forma eficiente em CP é de extrema importância, mas também um processo difícil e desafiante para o profissional e doente/família/cuidador. As estratégias de comunicação que consegui apreender e desenvolver foram a escuta ativa, a compreensão empática, o *feedback* e a esperança realista.

Gonçalves (2011, p.16) descreve que “a situação do doente é indissociável da situação da sua família”, pelo que a mesma deve fazer parte integrante dos cuidados e as suas necessidades devem ser tidas em conta, certificando uma competência da EONS (2018) ao “identificar a necessidade e implementar estratégias para envolver e apoiar a família e os cuidadores” (p.33) e no domínio da melhoria contínua da qualidade ao “envolver a família em todo o processo de cuidar, no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais” (OE, 2017, p.4748).

Ao participar na reunião com a psicóloga, uma vez por semana na UCP, obtinha conhecimento sobre a situação clínica e as necessidades de todos os doentes internados. Esta observação permitiu-me perceber a importância da articulação dos cuidados entre a equipa multidisciplinar, tal como sustentado pelo Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) (OE, 2015) onde se refere que o enfermeiro assume o dever de “trabalhar em articulação com os restantes profissionais de saúde” (p.87), tendo o foco no conforto e bem-estar dos doentes internados na UCP.

Outras situações que contribuíram para compreender e identificar as intervenções mais adequadas no controlo de sintomas, e consequentemente promover o processo de aprendizagem e a construção do *Algoritmo - Fluxograma para a intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas do doente em fim de vida* (Apêndice XI), foram aquelas em que existiu a necessidade de reajuste da terapêutica.

Com a sua elaboração de forma rigorosa e adequada ao contexto, recorrendo à observação das práticas, à discussão com a equipa de peritos (médicos e enfermeiros) e fundamentado na mais recente evidência científica, pretende-se melhorar o cuidado 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” (OE, 2018, p. 19365).

A aplicação do algoritmo (Apêndice XI) estabelece quatro fases:

1. avaliação dos sintomas (através da *ESAS* – Anexo II);
2. registo dos sintomas com a história de cada um (características; fatores de alívio ou agravamento; intervenções farmacológicas e não farmacológicas utilizadas anteriormente);
3. controlo de sintomas às 48h-72h de internamento, compreendendo as intervenções farmacológicas dirigidas a cada sintoma, identificadas na evidência científica e comprovadas pela prática clínica, não esquecendo que cada situação é única, e que nem todos reagem de igual modo;
4. monitorização da eficácia das intervenções com a avaliação da intensidade dos sintomas; o reforço do esclarecimento sobre as medidas de conforto/alívio. Caso não exista o controlo do sintoma, deverá ser reformulada a intervenção farmacológica.

Existem situações que podem exigir a administração de fármacos dirigidos ao controlo de outros sintomas, o chamado *cluster* de sintomas. Foi possível observar uma situação de dispneia onde foi utilizado como fármaco de primeira linha a *morfina*, de segunda linha a *dexametasona*, e após não existir efeito terapêutico passou-se à terceira linha de abordagem com *midazolam*, verificando-se que a dispneia inicial foi decorrente de um perfil ansioso e não respiratório. Exemplificou-se, assim, uma forma intuitiva, mas eficiente de utilização do *Algoritmo - Fluxograma para a intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas do doente em fim de vida* (Apêndice XI).

Durante este estágio, a discussão e reflexão com a Enf.^a Orientadora potenciaram o desenvolvimento do meu juízo crítico e a análise da minha prática de cuidados, levando-me também a refletir e procurar a melhor forma de aplicar o *Algoritmo - Fluxograma para a intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas do doente em fim de vida* (Apêndice XI) no meu contexto profissional.

Partindo da premissa, espelhada pela evidência científica, que a identificação dos doentes com necessidades paliativas no último ano de vida, qualquer que seja o seu diagnóstico, aumenta a probabilidade destes doentes receberem cuidados bem coordenados e de alta qualidade (Thomas, et al., 2011; Barbosa & Neto, 2010), foi então recomendado pela Enf.^a Orientadora conhecer a escala *SPICT-PT*TM (Anexo I).

Neste sentido, foi solicitada autorização ao Dr.^o Paulo Reis Pina, médico na UCP, para a utilização e aplicação da *SPICT-PT*TM no meu contexto profissional, a qual foi validada e autorizada (Anexo I). E tendo em conta que um dos objetivos específicos delineados para o terceiro campo de estágio, local onde exerço funções,

foi contribuir para o desenvolvimento da equipa de enfermagem, nomeadamente nas competências de cuidar o doente com descontrolo de sintomas, a participação e divulgação do *Workshop Pain Education* (Anexo IV), que teve como orador principal o Dr.º Paulo Pina, foi uma mais-valia para mim, para a equipa de enfermagem e médica da UCCI, na uniformização de conceitos e estratégias de controlo da dor.

Assim, foi articulado com o delegado da *Fundação Grünenthal*® a oportunidade de participação no *workshop*, após contacto pessoal e formal, através de *e-mail*, ficando acordada e agendada a participação de toda a equipa neste *workshop*.

3.2. Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

O segundo estágio decorreu no período de 4 de novembro a 13 de dezembro de 2019, partilhando o mesmo objetivo geral do estágio anterior: desenvolver competências científicas, relacionais e técnicas de especialista e mestre que permitam a avaliação das necessidades e a prestação de ações paliativas ao doente oncológico em fim de vida. Após o *terminus* do estágio anterior, senti a necessidade de realizar um reajuste nos objetivos específicos, para orientar a minha intervenção e desenvolver competências, de acordo com os três objetivos específicos que foram a *posteriori* delineados.

No sentido de **integrar de modo progressivo a equipa interdisciplinar e a sua dinâmica**, que consiste no primeiro objetivo específico, foi realizada uma visita ao espaço onde está sediada a EIHSCP, de modo a compreender a sua dinâmica e o processo de acompanhamento dos doentes junto de quem desenvolve cuidados. Nesta visita foi realizada com o apoio da Enf.ª Orientadora uma apresentação dos objetivos do estágio, bem como as atividades a desenvolver para a execução do PI, onde se incluiu a adaptação do *Algoritmo - Fluxograma para a intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas do doente em fim de vida* (Apêndice XI) de acordo com a opinião da equipa interdisciplinar, o que foi facilitador da minha integração. Reforço que se trata de uma equipa em interdisciplinaridade, dado existir um sentido e objetivos comuns, orientadores das intervenções entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados e uma corresponsabilização assumida no desenvolvimento das mesmas, conforme o redigido na Lei n.º 52/2012.

As atividades permitiram integrar de modo progressivo a equipa interdisciplinar e a sua dinâmica desenvolvendo e adquirindo, segundo o recomendado pela OE (2019), competências no domínio da melhoria contínua da qualidade ao promover “um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção”

(p.4747) no doente oncológico em fim de vida e ainda competências da EONS (2018) ao perceber “a importância da continuidade efetiva dos cuidados e partilha de informação (...), desde o tratamento ativo até o fim da vida” (p.32).

A dinâmica da equipa permitiu também identificar em contexto da prática clínica a importância do trabalho em equipa em CP, comprovando que um trabalho multi e interdisciplinar é a única forma de responder integralmente às diferentes necessidades do doente, pelo que a verdadeira essência dos CP passa pela união entre a equipa de cuidados e o doente/família/cuidador, tal como enfatizado por Twycross (2003) e Neto (2010b).

Segundo o preconizado na Lei n.º 52/2012, as equipas de consultoria em CP prestam apoio na execução do plano individual de cuidados, aos doentes internados ou na comunidade em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, e suas famílias, para os quais seja solicitada a sua atuação, tendo ainda a responsabilidade de assegurar a formação em CP aos profissionais de saúde.

Constatei que a equipa cumpre o supradito, na relação com a Enf.^a Orientadora, e através da observação e da reflexão com toda a equipa interdisciplinar.

Posso concluir que através da operacionalização destas atividades cumpro os indicadores de avaliação pré-definidos (Apêndice I) à concretização deste objetivo, tais como a apresentação do projeto a 70% da equipa de enfermagem, bem como a descrição do serviço (Apêndice XII).

O segundo objetivo específico que consiste em **analisar a intervenção do enfermeiro especialista no cuidado ao doente em fim de vida com necessidades paliativas no âmbito das diferentes valências da EIHS CP** pretende dar resposta a situações mais complexas e específicas, existentes no doente oncológico e não oncológico no fim de vida, uma vez que estes doentes são alvo de CP complexos.

Idealmente, qualquer profissional de saúde deveria ser capaz de identificar os doentes com necessidade de CP, prestando uma abordagem paliativa adequada às suas necessidades, mas, na realidade, poucos serviços de saúde têm esta integração, prevalecendo o modelo de consultoria, no qual as equipas específicas de CP cuidam de doentes com necessidades mais complexas, num modelo colaborativo e integrado de CP (CNCP, 2017-2018; Neto, 2010c; Neves, Simões, & Ferreira, 2016).

Foi nesta ordem de ideias, e no sentido de aprofundar o meu conhecimento na identificação dos doentes com necessidade de CP, que senti necessidade de compreender e reconhecer as intervenções de enfermagem da EIHS CP promotoras

do conforto e a qualidade de vida ao doente em fim de vida, minimizando o seu sofrimento, tal como se encontra preconizado na TCK (Kolcaba, 2003) e, também, transversal à intencionalidade deste PI, no meu contexto profissional.

Durante a observação da intervenção do enfermeiro da EIHSCP, no âmbito da valência de consultoria aos profissionais dos diferentes serviços e da comunidade, pude constatar que existe a preocupação de cada enfermeiro organizar o seu dia, tendo por base o método de trabalho enfermeiro de referência². No sentido de conseguir dar resposta às necessidades de todos os doentes e cuidadores, questionando e partilhando com a restante equipa situações urgentes e/ou tenham ficado pendentes do dia anterior, desenvolvendo cuidados de excelência conforme recomenda a OE (2015, p. 86) ao “garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados” aos doentes acompanhados pela equipa, através de uma adequada transmissão de informação, por comunicação oral nos momentos de passagem de informação aos diferentes elementos da equipa, ou informação escrita contida nos processos dos doentes, como o registo diário das suas intervenções.

Acompanhei e observei a intervenção da Enf.^a Orientadora na consultoria aos profissionais de enfermagem dos diferentes serviços do centro hospitalar, e na comunidade através do acompanhamento do doente/cuidador/família e por Consulta Telefónica (CT). Tal como define Kolcaba (2003) o conforto da família é englobado no contexto sociocultural, pois só assim conseguiremos manter o conforto do doente, utilizando e desenvolvendo competências de comunicação, tais como escuta ativa, a empatia e o *feedback*, que são fundamentais para a eficácia da comunicação em CP.

A este propósito, Querido, Salazar & Neto (2010) dizem que uma comunicação adequada pode ser uma estratégia terapêutica no sofrimento do doente/cuidador/família, sendo essencial o treino destas competências enquanto aluna de especialidade e mestrado no cuidado ao doente em fim de vida.

Relembro uma observação de CT, cujo contacto foi feito pela EIHSCP ao cuidador/família de uma doente no domicílio, seguida em consulta externa para agilizar a articulação com a ECCI. Esta referência à ECCI, com o objetivo de melhorar o processo de cuidados ao doente e seu cuidador/família, contribuiu para a aquisição das competências comuns do EE no domínio da gestão dos cuidados ao

² Designado originalmente por "Primary Nursing", respeita o conceito de cuidados individualizados. Sendo que a cada doente/cuidador/família está associado um enfermeiro que assume a responsabilidade pela coordenação dos cuidados no dia-a-dia, desde a admissão, até à alta favorecendo a sua autonomia, e contribuindo para um cuidado personalizado e humanizado (Costa, s.d.; Carmona & Laluna, 2002).

reconhecer quando se “deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde” (OE, 2019, p.4748).

Em Interconsulta tive a oportunidade de observar a avaliação de três doentes. Recordo que um dos doentes se encontrava em situação de últimos dias ou horas de vida, confortável, sedado, já com episódios de apneia prolongados, mas sem sinais de má perfusão tecidual, reativo à estimulação verbal, com abertura ocular, talvez involuntária, reagindo à presença da filha. Esta manifestava uma profunda tristeza com as lágrimas a inundarem-lhe o rosto e com uma angústia marcada, verbalizou “*custa-me imenso ver o meu pai assim, sei que ele está confortável, mas custa-me não poder falar com ele, dizer-lhe que estou aqui*”. Perante esta situação houve a necessidade da Enf.^a Orientadora a apoiar emocionalmente, confortando-a. Foi, também, salientada a importância dos cuidados à boca e dos posicionamentos de conforto ao doente em situação de últimos dias ou horas de vida.

Este é um exemplo de transmissão de informação ao cuidador/família sobre os cuidados não farmacológicos, para controlo de sintomas no doente em fim de vida, e reforçada a participação da família no cuidado ao doente, tornando-se fulcral a expressão de sentimentos, bem como as despedidas, realçando a intimidade e tranquilidade. Neste sentido, aprende-se as competências da EONS (2018) no apoio às pessoas com doença avançada e em fim de vida “ao usar a escuta ativa e a capacidade de observação em reconhecer, avaliar e apoiar adequadamente uma pessoa que se encontra em sofrimento” (p.33).

Destaco, ainda, outra observação de Interconsulta cujos motivos de referência à EIHS CP foram a dor e o descontrolo de outros sintomas, sendo possível enriquecer o meu conhecimento e desenvolver competências nesta área de cuidados, de forma a melhorar o *Algoritmo - Fluxograma para a intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas do doente em fim de vida* (Apêndice XI).

Esta situação despertou o meu interesse e incentivou a oportunidade de realizar um estudo de caso (Apêndice XIII) sobre o Sr. ° E. descrevendo o seu internamento e a intervenção da EIHS CP no decurso da sua doença, com o recurso a uma abordagem centrada na pessoa e uma perspetiva teórica suportado pela TCK (Kolcaba, 2003), fazendo uma referência às intervenções do EE e contribuindo para a articulação teórico-prática.

A elaboração do estudo de caso (Apêndice XIII) revelou-se uma mais-valia no desenvolvimento e aquisição de competências específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2018), na avaliação do doente em fim de vida em CP, ao

conseguir identificar as necessidades da pessoa e promover intervenções baseadas na evidência, utilizando ferramentas padronizadas, com a aplicação de instrumentos de avaliação numa situação real da prática de cuidados, necessários a uma prática competente e de excelência na implementação de intervenções direcionadas à promoção da “melhor qualidade de vida, bem-estar e conforto” (p.19361). Ainda adquirir competências na aplicação do processo de enfermagem, ao “elaborar o diagnóstico das necessidades (...) e estabelecer um plano individualizado para a pessoa e seus cuidadores/familiares, preservando a dignidade, diminuindo o sofrimento, maximizando a autonomia e qualidade de vida” (p.19365), sustentada por uma filosofia de cuidados de enfermagem, e também, a aquisição de competências preconizadas pela EONS (2018) ao “realizar uma avaliação holística das necessidades, preocupações e sintomas comumente experienciados pelo doente em fim de vida em CP” e “oferecer intervenções adequadas para orientar e apoiar o doente e seus cuidadores” (p.32-33).

Também, neste contexto, elaborei uma reflexão crítica (Apêndice XIV), onde compreendi a importância do EE realizar uma observação holística do doente e a execução das intervenções de enfermagem para controlo da ansiedade, gestão de medos e receios e das expectativas face à evolução da doença. Constatei que nem sempre a equipa médica tem a sensibilidade para observar o doente como um todo, descurando alguns pormenores importantes para o controlo de sintomas em CP, tendo nesta situação o EE uma intervenção fundamental no cuidado individualizado, tal como preconizado pelo modelo de cuidados centrados na pessoa de McCormack & McCance (2006), no qual o enfermeiro tem uma perspetiva humanista e holística do cuidar, intrínseca à filosofia dos CP.

A reflexão crítica (Apêndice XIV) ajudou o desenvolvimento e a aquisição de competências do EE (OE, 2019) no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, ao procurar “basear a praxis clínica especializada em evidência científica” (p. 4749) bem como no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal ao promover a “reflexão sobre os processos de tomada de decisão, reconhecendo a competência na área da sua especialidade” (p. 4746).

Na observação da intervenção do enfermeiro na prestação de cuidados verifiquei que era realizada uma avaliação das necessidades com recurso ao uso de dois instrumentos de avaliação, a *ESAS* (Anexo II) e a *STAS* (Anexo III). Para uma avaliação mais cuidada e detalhada foi utilizada como suporte a *ESAS* (Anexo II), que permite avaliar diversos sintomas, e a sua valorização, do ponto de vista do doente,

sendo a sua pontuação adaptada pela utilização da *STAS* (Anexo III) (pontuada de 0-3) para quantificar o sintoma na *ESAS* (Anexo II).

Segundo Edmonds et al. (1998) o uso da *STAS* (Anexo III) para determinar a prevalência de sintomas e resultado do cuidado aos doentes em CP tornou-se numa ferramenta útil para avaliar as intervenções da equipa. Também numa revisão sistemática da literatura, averiguou-se que Bausewein, Le Grice, Simon & Higginson (2011) testemunham que instrumentos de avaliação como a *POS* (utilizada na UCP) e a *STAS* (Anexo III) parecem ser bem aceites na avaliação de resultados em CP, quando usadas em doentes com doenças crónicas, avançadas e progressivas. Deste modo, parece pertinente realizar a adaptação da *STAS* ao meu contexto profissional.

Pretende-se, desta forma, uma melhoria contínua da qualidade ao “agilizar a análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados”, ao “desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (OE, 2019, p. 4747) e ao “adequar estratégias de intervenção especializada exequíveis, coerentes e articuladas, de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida, bem-estar e conforto”. Com o objetivo de avaliar os sintomas no doente, segundo as suas características, utilizando ferramentas padronizadas e suportando a minha intervenção e tomada de decisão na melhor evidência científica (OE, 2018).

De acordo com a deontologia profissional (OE, 2015), tive a preocupação de atuar responsabilmente na minha área de competência, reconhecendo especificidades das outras profissões de saúde, tendo a oportunidade de “trabalhar em articulação com os restantes profissionais de saúde” (OE, 2015, p.87), em particular com as enfermeiras da Unidade Multidisciplinar da Dor (UMD) e alguns médicos da EIHSCP.

Como último objetivo específico foi definido **reformular o Algoritmo-Fluxograma para a intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas do doente em fim de vida para utilização na UCCI.**

A formulação deste objetivo originou-se no decorrer deste estágio, sendo delineadas duas atividades inerente à sua consecução. Assim, após a explicação do PI à Enf.^a Orientadora e divulgação do trabalho desenvolvido no estágio anterior, foi observado o *Algoritmo - Fluxograma para a intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas do doente em fim de vida* (Apêndice XI), discutida e ponderada, inicialmente, a sua articulação para um guia de consulta rápida e adequado à realidade da UCCI.

Foi também solicitado pela Enf.^a Orientadora a realização de uma sessão de formação sobre a *SPICT-PT*TM (Anexo I) acerca da evidência científica mais recente

na sua utilização, podendo ser uma mais-valia para EIHSCP na identificação dos doentes com necessidade de CP, nos serviços do centro hospitalar.

Esta atividade contribuiu para a aquisição de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto “mobilizo conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade” (OE, 2019, p. 4747), e no domínio da gestão dos cuidados na medida em que estou a difundir “a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar” (p. 4748), e ainda o progresso das competências preconizadas pela EONS (2018), especificamente, sobre informação e comunicação ao conseguir “identificar as principais fontes de pesquisa e diretrizes de prática clínica baseadas em evidências relevantes” (p. 45) na prática dos cuidados à pessoa com doença oncológica e não oncológica em fim de vida.

A reflexão com a Enf.^a Orientadora levou-me a perceber que o algoritmo elaborado, no estágio anterior, revelava ser um instrumento com informação insuficiente e não valorizava a verdadeira intervenção do EE, estando direcionado para as intervenções farmacológicas (Apêndice XV). Foi neste sentido que o reformulei, com a sua colaboração, apoio e partilha da EIHSCP e da UMD, e recurso à melhor evidência científica, introduzindo as intervenções não farmacológicas que, segundo refere Kolcaba (2003), são intervenções promotoras de conforto.

Ao identificar estas intervenções, percebi o quão autónomo pode ser o enfermeiro na prática de cuidados, concedendo-nos uma responsabilidade acrescida, na medida em que o controlo de sintomas do doente irá depender, essencialmente, da correta avaliação e caracterização do sintoma, sustentada pelo nosso conhecimento, tal como refere o REPE (OE, 2015), ao abordar as intervenções autónomas e da exclusividade dos enfermeiros.

As medidas não farmacológicas são priorizadas, mas aplicadas em complementaridade e não em substituição das medidas farmacológicas. Assim, o *Fluxograma - Intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas ao doente em fim de vida na UCCI* (Apêndice IV) passou a orientar a minha intervenção durante o estágio, e a da equipa de enfermagem no meu contexto profissional, após a sua melhoria e reformulação, com o objetivo principal do controlo de sintomas do doente em fim de vida, e conseqüente conforto e bem-estar. Dado que a EIHSCP integra uma equipa de enfermeiros peritos em CP, considerou-se pertinente que os mesmos validassem o fluxograma, bem como a equipa da UMD sendo igualmente importante a sua opinião para a validação do mesmo.

Concluindo, o fluxograma nasce como uma plataforma das intervenções de enfermagem baseadas na avaliação sistemática e criteriosa dos sintomas descontrolados, tendo como objetivo primordial a aplicação das intervenções não farmacológicas e farmacológicas, para o controlo dos sintomas, caminhando para a promoção do conforto e qualidade de vida do doente em fim de vida (Banha, Costa & Mendes, 2014; Neto, 2010b; OE, 2008), finalidade central do cuidar em enfermagem.

Assim, o Fluxograma - *Intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas ao doente em fim de vida numa UCCI* (Apêndice IV) baseia-se em 7 princípios, que orientam a intervenção não farmacológica e farmacológica para controlo de sintomas:

1. O procedimento deve ser iniciado quando há identificação do sintoma descontrolado (Sim ou Não);
2. Permitir ao doente e/ou cuidador/família a caracterização de cada um dos sintomas apresentados (características (evolução, localização, qualidade, intensidade); fatores de alívio e agravamento; impacto nas atividades de vida diárias; impacto psicossocial e espiritual; impacto no cuidador/família; estratégias de *Coping*; e plano terapêutico);
3. Se o doente está orientado e comunica verbalmente: aplicar a escala de autoavaliação para o respetivo sintoma (por exemplo, se dor: Escala Visual Analógica (*EVA*); Escala Numérica (*EN*); Escala Qualitativa (*EQ*); Escala de Faces (*EF*));
4. Se o doente não está orientado: aplicar as escalas de heteroavaliação para o respetivo sintoma (por exemplo, se dor: Escala do Observador (*EO*) se a pessoa tiver alterações do estado de consciência ou défices cognitivos, embora menos precisa; *PAINAD* se pessoa com ≥ 65 anos; ou *Abbey Pain Scale* se pessoa adulta com doença oncológica em cuidados paliativos);
5. Confirmação que o doente apresenta sintomas descontrolados com necessidade de intervenção da equipa multidisciplinar:
 - Medidas não farmacológicas (Gerais e/ou Específicas);
 - Medidas farmacológicas (parceria com a equipa médica ou de acordo com protocolos já instituídos): início ou aumento da terapêutica basal; administração de terapêutica de resgate para cada sintoma (dor, dispneia, estertor, ansiedade/angústia, agitação, náuseas/vómitos, obstipação).
6. Reavaliar Intervenção:
 - Se sintoma controlado, monitorizar.

- Se sintoma não controlado, rever intervenções.
- Se mantiver descontrolo sintomático, tomada de decisão em equipa multidisciplinar e/ou solicitar consultoria a equipa de peritos.

7. Registrar a avaliação de sintomas, o diagnóstico estabelecido, as intervenções farmacológica e não farmacológica realizadas, e reavaliar os seus efeitos.

A apresentação (Apêndice XVI) do fluxograma que reformulei e a apresentação da *SPICT-PT*TM (Anexo I) contribuíram, também, para a formação profissional dos enfermeiros da EIHSCP e da UMD, sendo esta formação integrada na formação em serviço, promovendo dois momentos de discussão que colmataram na validação do fluxograma pelos peritos na área (enfermeiros da equipa). A realização desta atividade possibilitou interpretar, organizar e divulgar o trabalho desenvolvido durante o estágio, suportando a prática clínica na investigação e no conhecimento na área do controlo de sintomas ao doente em fim de vida, contribuindo para o desenvolvimento de uma prática especializada. Consegui, assim, cumprir os indicadores de avaliação pré-estabelecidos (Apêndice I) para a concretização deste objetivo.

A execução desta atividade permitiu-me desenvolver competências comuns do EE, tais como “atuar como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos” (OE, 2019, p. 4749). Bem como, o desenvolvimento de competências do 2º Ciclo de Estudos para a aquisição do grau de Mestre (DGES, 2013), na medida em que o fluxograma foi reformulado e revisto com base na evidência científica e na avaliação e validação de peritos (enfermeiros da EIHSCP e UMD) demonstrando capacidade de conceber, projetar, implementar e adaptar um processo substancial de pesquisas com evidência científica, bem como a compreensão sistemática de um campo de estudo e domínio das habilidades e métodos de investigação associados a esse campo (DGES, 2013).

De referir, ainda, que durante o estágio surgiu a oportunidade de participar num encontro científico na área dos CP e pude verificar que iriam ser abordadas temáticas e conceitos que poderiam suportar o PI, logo seria benéfico conhecer a perspetiva dos palestrantes e, concomitantemente, enriquecer o meu conhecimento nesta área. Durante o *III Encontro de Cuidados Paliativos da Serra da Estrela* (Anexo V), tentei reter toda a partilha e selecionar a informação que suportasse e coadjuvasse na implementação do PI. Pude verificar a importância da identificação precoce dos doentes com necessidade de CP, quando foi abordado o tema “*Paliar fora dos Paliativos*” e exemplificado em contexto real a aplicação da *SPICT-PT*TM (Anexo I),

reforçando a ideia de que todos os profissionais devem ter conhecimentos em CP, e perceber a essência do trabalho em equipa, como um dos pilares dos CP, a empatia, o saber ouvir o doente, o promover o conforto, o bem-estar e a qualidade de vida. Foi útil a abordagem do tema “*Futilidade Terapêutica*” refletindo a prática e promoção dos cuidados na UCCI e reforçando a necessidade premente de uma abordagem paliativa a alguns doentes e fortalecendo o benefício de implementar este PI.

3.3. Unidade de Cuidados Continuados Integrados

O terceiro estágio decorreu no meu contexto profissional, entre 16 de dezembro de 2019 e 7 de fevereiro de 2020, tendo como objetivo geral promover o conforto do doente oncológico em fim de vida e família numa UCCI, tendo sido delineados seis objetivos específicos que orientaram a reflexão e discussão dos resultados obtidos.

Para a concretização do primeiro objetivo específico que consiste em **contribuir para a melhoria da intervenção da equipa de enfermagem ao doente em fim de vida com necessidades paliativas** foi realizada a apresentação e divulgação do PI numa sessão de formação (Apêndice XVII) à equipa de enfermagem e médica, atingindo-se o indicador de avaliação estabelecido (Apêndice I) com a presença de 80% da equipa multidisciplinar. O *feedback* da equipa foi unânime no benefício da sua aplicação na UCCI, para o bem-estar, conforto e qualidade de vida dos doentes, o que permitirá a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A parceria terapêutica, estabelecida entre a equipa de enfermagem e a equipa médica, permitiu o fortalecimento da tomada de decisão em equipa. Anteriormente, após a identificação de um sintoma descontrolado no doente, seria realizada uma intervenção não farmacológica, e, caso esta não fosse eficaz, a equipa médica seria contactada para prescrever uma intervenção farmacológica. Porém, esta situação mostrou não ser exequível, quando temos sintomas descontrolados (como agitação, náuseas/vómitos), que exigem uma intervenção rápida. De acordo com Sapeta (2011), o enfermeiro em CP “deve manter-se fiel aos princípios desta filosofia de cuidados, donde se depreende que existam pré-requisitos, competências prévias consideradas básicas para o exercício das suas funções, nesta área” (p.95), existindo um conhecimento prévio de liderança e de administração, para que na gestão de cuidados diários consiga gerir cada situação e articular-se com a restante equipa.

Neste sentido, uma das conquistas do desenvolvimento da parceria médico-enfermeiro foi a prescrição da terapêutica em SOS, que os enfermeiros podem mobilizar e administrar para satisfazer a necessidade do doente, mantendo como

suporte a aplicação do fluxograma elaborado, de forma a utilizar medidas farmacológicas ou não farmacológicas, em simultâneo, ou quando algumas se revelam ineficazes. Esta parceria mostrou-se uma mais-valia para a qualidade dos cuidados ao doente em fim de vida, com o controlo de sintomas, ficando a família e a equipa mais tranquila e, conseqüentemente, mais confortada.

No final da sessão foi realizada a avaliação, tendo posteriormente sido analisadas as respostas, cujos resultados se encontram no Apêndice XVIII. Destacam-se como aspetos negativos: a dificuldade em realizar trabalho em equipa; a resistência à mudança; e a falta de comunicação assertiva entre a equipa.

Constatei que, ao realizar esta apresentação, assumi ser um elemento facilitador da aprendizagem, na área do controlo de sintomas ao doente em fim de vida, no sentido da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, competências inerentes ao perfil comum do EE (OE, 2019), bem como no domínio da gestão dos cuidados, dos recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade.

O segundo objetivo específico passou por **identificar os doentes em fim de vida com necessidades paliativas**, sendo definida como atividade a utilização da *SPICT-PT*TM (Anexo I) para a identificação destes doentes nas duas primeiras semanas de estágio. Precedente a esta atividade existiu uma reunião com o Diretor Clínico da UCCI onde se debateu a necessidade major de identificar os doentes em fim de vida na UCCI. Concordou-se em uniformizar a identificação destes doentes com recurso à *SPICT-PT*TM (Anexo I) e, posteriormente, aplicar o instrumento *Grelha de Observação - ESAS/STAS* (Apêndice III). O plano de tratamento e terapêutico seria estabelecido em reunião multidisciplinar de forma a garantir ao doente cuidados individualizados nesta fase de doença. Tal como é afirmado por Capelas & Neto (2010), cabe a todos os profissionais de saúde garantir a equidade e a acessibilidade a cuidados de qualidade que visem o alívio do sofrimento dos doentes, sugerindo como medidas a implementar nos serviços a necessidade de “(...) promoção e estabelecimento da continuidade dos cuidados; implementação de um efetivo trabalho em equipa multi e interdisciplinar, com reuniões regulares de discussão dos problemas dos doentes, família e da própria equipa (...)” (p.795).

Ao participar nestas reuniões multidisciplinares, desenvolvi competências de comunicação, tal como preconizado pela EONS (2018), ao “discutir a importância de uma abordagem de comunicação eficaz, centrada na pessoa, no ambiente clínico em geral e na situação doente em fim de vida em particular” (p.34), conseguindo explorar

a importância da comunicação multiprofissional, como benefício para os cuidados prestados a estes doentes.

Todos os doentes oncológicos e não oncológicos internados na unidade durante o período de estágio foram avaliados com recurso à *SPICT-PT™* (Anexo I). Foram identificados os doentes com indicadores gerais de deterioração da saúde e sinais/indicadores clínicos de uma ou mais doenças limitantes da vida e, posteriormente, planeados os cuidados adequados.

Para a identificação destes foi realizada a seguinte pergunta: *Existem indicadores clínicos de que a saúde do doente em situação de doença grave e irreversível se está a deteriorar?* (Mira, Reis-Pina & Barbosa, 2019). A todas as respostas positivas procedeu-se ao preenchimento da *SPICT-PT™* (Anexo I). Posteriormente, se existissem dois ou mais indicadores gerais da *SPICT-PT™* presentes, era tradutor que o doente apresentava risco de morte no período de doze meses, sendo considerado um doente em fim de vida (Neto, 2010a).

Nesta fase foram identificados, através da consulta e análise do processo clínico dos doentes, 18 doentes com necessidade de CP, dos quais 14 (78%) eram do género feminino e 4 (22%) do género masculino, da totalidade de 48 doentes internados na UCCI, o que corresponde a 37,5% (Apêndice XIX).

Constata-se que um terço dos doentes em fim de vida internados na UCCI apresentam indicadores que refletem a necessidade de uma abordagem de CP, como apresentado no Apêndice XIX, certificando a pertinência da implementação deste PI, atingindo os indicadores de avaliação definidos para a concretização deste objetivo.

Esta realidade corrobora o apresentado por Neves (2018), a maioria dos doentes com necessidade de CP encontram-se na tipologia de ULDM (62,5%) e de UC (30%), tal como se apresenta no gráfico n.º 1 (Apêndice XIX).

Nesta perspetiva é essencial que o doente em fim de vida receba os melhores CP disponíveis e, para tal, é essencial a sensibilização dos profissionais de saúde da UCCI quanto à adoção de abordagens paliativas em detrimento de abordagens com intuito terapêutico, respeitando o direito da dignidade humana, independentemente da fase de vida em que o doente se encontra (OE, 2015). Representando também um meio promotor de conforto ao doente/cuidador/família, tal como preconizado por Kolcaba (2003), referencial teórico que suporta o desenvolvimento deste PI.

Com esta atividade, penso ter adquirido competências comuns do EE (OE, 2019) no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Ao ter identificado os doentes com necessidade de CP, consegui liderar de forma efetiva os processos de

tomada de decisão ética na minha área de especialidade, incentivando a reflexão sobre os mesmos. Tive, igualmente, a preocupação de “gerir, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade” (p.4746) do doente em fim de vida e, também, promover a otimização no processo de cuidados ao nível da tomada de decisão ao perceber a necessidade de “colaborar nas decisões da equipa de saúde”, e ao “reconhecer quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde” (p. 4748), em reunião multidisciplinar.

Como terceiro objetivo específico pretendia-se **identificar os sintomas descontrolados nos doentes em fim de vida identificados com necessidades paliativas**.

Segundo refere Neves (2018), a maior necessidade das equipas no acompanhamento destes doentes deve-se à falta de formação e treino dos profissionais; gestão de sintomas físicos, psicossociais e espirituais; gerir expectativas do doente/família/profissionais; e o acesso a terapêutica específica utilizada em CP.

Partindo do supradito, e indo ao encontro do preconizado pela OE (2019) nas competências comuns do EE que envolvem “as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (p.4744), foi realizada uma ação de formação com o título *ESAS/STAS - Escala de avaliação de sintomas de Edmonton/Escala de avaliação da equipa de suporte* (Apêndice XX). O objetivo foi apresentar este instrumento aos enfermeiros da UCCI e sensibilizá-los, mais uma vez, para a problemática do controlo de sintomas ao doente em fim de vida numa UCCI, promovendo a participação da equipa em todo o processo. A ação de formação contou com a presença de dez enfermeiros.

A avaliação realizada teve um *feedback* bastante positivo por parte da equipa. Dos aspetos identificados e descritos pelos enfermeiros evidencio a importância de identificar os doentes com necessidade de CP, a importância de identificar sintomas nestes doentes e o controlo desses sintomas. Foi manifestado a sua pertinência na melhoria dos cuidados, donde salientamos o conforto e bem-estar, mais uma vez, indo ao encontro do defendido por Kolcaba (2003) que afirma que a intervenção de enfermagem tem a ação de confortar, sendo o conforto o resultado dessa intervenção.

Assim, a *Grelha de Observação – ESAS/STAS* (Apêndice III) permite uma intervenção de enfermagem holística, aplicada de forma consistente e sistemática, contribuindo para um aumento do conforto ao longo do tempo, na medida em que

conseguimos identificar o sintoma predominante e os sintomas mais prevalentes, fornecendo também dados que permitem perceber a evolução dos mesmos, avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem e os resultados do tratamento efetuado.

A *Grelha de Observação – ESAS/STAS* (Apêndice III) foi aplicada aos 18 doentes identificados com necessidade de CP. Foram realizados dois momentos de avaliação e monitorização da intensidade dos sintomas, de modo a conseguir realizar uma análise comparativa dos resultados de aplicação da *ESAS/STAS* (Apêndice III) no início e no final do estágio, verificando se existiu melhoria de sintomas no doente em fim de vida e avaliar se as medidas implementadas foram eficazes (desenvolvido a *posteriori* no sexto objetivo específico).

Avaliando a prevalência dos sintomas, podemos constatar que os mais identificados foram a anorexia (N:12;66,7%³) e a obstipação/diarreia (N:12;66,7%), seguindo-se da dor (N:11;61,1%), da dispneia (N:7;38,9%) e agitação/confusão (N:7;38,9%), tristeza (N: 6;33,3%) e défice neurológico (N:6;33,3%), disfagia (N:5;27,8%), náuseas/vómitos, ansiedade e outros sintomas como alterações cutâneas/prurido (N:4;22,2%), outros sintomas como insónia (N:3;16,7%), e por fim edema/ascite (N:2;11,1%) e alterações da boca (N:1;5,6%), tal como se apresenta no gráfico n.º 1 do Apêndice XXII.

Da análise do primeiro momento de avaliação da *Grelha de Observação – ESAS/STAS* (Apêndice III) também podemos verificar que, embora os sintomas anorexia, obstipação/diarreia e dor tenham sido os mais prevalentes no doente em fim de vida, a população com doença oncológica referiu também a tristeza, ansiedade e agitação/confusão como os mais prevalentes, conforme se pode verificar no gráfico n.º 2 e n.º 3 (Apêndice XXII). Para Kolcaba (2003) o conforto é muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos. Assim, os sintomas mais prevalentes referem-se ao alívio e contexto físico, mas também à tranquilidade e contexto psicoespiritual, o que se torna pertinente se pensarmos nas intervenções não farmacológicas e farmacológicas a desenvolver de modo a promover o conforto.

Tal como refere Gonçalves (2011), os problemas psicológicos, sociais e espirituais são muito importantes e devem ser incluídos, tal como os problemas físicos, como necessidades do doente em fim de vida. Excluí-los ou não os considerar poderá dificultar o controlo eficaz dos problemas físicos, prejudicando o conforto e qualidade de vida destes doentes.

³ N é o número de doentes com o sintoma e % a percentagem desse sintoma.

Destaco ainda da análise dos sintomas identificados uma situação de dispneia, no doente oncológico em fim de vida, ao qual estava associado um quadro de ansiedade. Segundo Azevedo (2010), a dispneia para alguns doentes pode ser grave e devastadora, afetando visivelmente a sua funcionalidade, gerando o medo de “sufocar” e produzindo ansiedade intensa, tal e qual como a situação deste doente. Reforço que se conseguiu controlar ambos os sintomas, inicialmente com medidas farmacológicas (Apêndice IV) para controlo da dispneia e, posteriormente, através de medidas não farmacológicas para controlo da ansiedade, tais como presença do enfermeiro, relaxamento e escuta ativa (Apêndice IV) remetendo para a satisfação da necessidade de tranquilidade, o alívio da dispneia que está de acordo com os tipos e contextos de conforto definidos na TCK (Kolcaba, 2003).

Houve, também, outra situação em que se identificou um *cluster* de sintomas, nomeadamente neuropsicológico (Walsh & Rybicki, 2006) no qual estavam presentes os sintomas de tristeza, ansiedade, confusão e anorexia. Neste caso, para além da intervenção do enfermeiro, solicitou-se o apoio e intervenção por parte da psicóloga, o que corrobora o desenvolvimento das competências comuns do EE (OE, 2019) ao promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção do doente em fim de vida através do envolvimento de outros “no sentido de assegurar a satisfação das necessidades” (p.4748). Esta situação também nos remete para o contexto psicoespiritual da TCK (Kolcaba, 2003), no qual o doente perante o fim de vida se questiona acerca do sentido da sua vida, sendo imprescindível assegurar a satisfação deste conforto, transmitindo calma e paz, com vista à tranquilidade (tipo de conforto).

Posso concluir que através da operacionalização destas atividades cumpro os indicadores de avaliação pré-definidos (Apêndice I) atingindo o objetivo a que me propus, nomeadamente foi criada a *Grelha de Observação – ESAS/STAS* (Apêndice III), foi apresentada a ação de formação a 80% da equipa de enfermagem, cujos resultados da avaliação da formação se encontram no Apêndice XXI, bem como foi aplicada a *ESAS/STAS* à totalidade de doentes identificados com necessidade de CP e identificados os sintomas mais prevalentes nestes doentes.

Ao nível das competências da EONS (2018) consegui descrever a importância das questões legais, éticas e profissionais em relação ao cuidado do doente em fim de vida, ao conseguir “atuar (...), com o objetivo de proporcionar ao doente cuidados seguros, eficazes, oportunos e com ganhos a nível de saúde e economia” (p.41).

Permitiu-me também compreender a importância do autodesenvolvimento e da resiliência emocional para enfermeiros oncológicos (EONS, 2018).

No sentido de **contribuir para a capacitação da equipa de enfermagem nos cuidados ao doente em fim de vida com necessidades paliativas**, que consiste no quarto objetivo específico, foi realizada uma ação de formação com o tema *Controlo de sintomas do doente em fim de vida numa UCCI* (Apêndice XXIII), em dois momentos distintos, com o objetivo de ser possível a presença de todos os elementos da equipa de enfermagem e de auxiliares de ação médica. De forma a apresentar a melhor evidência científica no controlo de sintomas, supor-tei-me na revisão *scoping* (Apêndice V) e mobilizei os conhecimentos adquiridos nos campos de estágio anteriores, tendo abordado os seguintes pontos: definições em CP; definições no controlo de sintomas; e recomendações no controlo de sintomas.

Reforcei, ainda, a importância dos registos de enfermagem, pois só com o registo da avaliação dos sintomas, medidas implementadas e reavaliação das mesmas, poderemos contribuir para a melhoria e qualidade dos cuidados de enfermagem ao doente em fim de vida.

Saliento ainda que a participação da equipa de enfermagem e médica no *Workshop Pain Education* (Anexo IV) contribuiu para aprofundar o conceito do sintoma dor, presente em muitos dos doentes em fim de vida na UCCI, sendo um sintoma de difícil controlo. Assim, foram importantes as aprendizagens e conhecimento das temáticas abordadas, sobretudo *Avaliação da dor na prática clínica*, *Comunicação médico-doente*, *Controlo multimodal da dor*, *Controlo da dor crónica orientado pelo mecanismo subjacente* e *Rotação de opióides* contribuindo este *workshop* para o desenvolvimento e uniformização do trabalho em equipa na correta avaliação do sintoma (dor) e implementação de medidas eficazes para o seu controlo.

Ambas as atividades ajudaram a atingir competências comuns do EE (OE, 2019), no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, não só no desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, mas também ao serem facilitadoras da aprendizagem, em contexto de trabalho na área do controlo de sintomas. Foram igualmente adquiridas competências na promoção, formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho, tal como o descrito nas competências específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2018) ao “promover intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada (...)” através da “adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas” e

da “dinamização do trabalho em equipa, fomentado pela partilha e potenciando os contributos individuais no processo de tomada de decisão” (p.19365).

Assim, concluiu-se que este objetivo específico foi atingido, ao conseguir a participação de toda a equipa de enfermagem nas ações de formação, bem como a aplicação do instrumento de avaliação da mesma (Apêndice XXIV).

Como contributos positivos saliento que a maioria da equipa se encontra motivada, manifestando que o tema do PI é promotor da mudança de cuidados, permitindo que estes sejam mais personalizados e individualizados.

Portanto, certifico que esta atividade contribuiu para o desenvolvimento e aquisição de competências comuns do EE (OE, 2019) no domínio da melhoria contínua da qualidade ao mobilizar conhecimentos e habilidades, na divulgação de “experiências avaliadas como sendo de sucesso”, e pela “promoção da incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados” (p. 4747).

Ao nível das competências da EONS (2018) destaco as competências de apoio à pessoa com doença avançada e em fim de vida sendo capaz de “explicar como a filosofia e os princípios dos CP podem ser implementados no contexto profissional” (p.32), conseguindo definir objetivos de cuidado ao doente em fim de vida, o exemplo do conforto e dignidade do doente, controlo de sintomas e o apoio ao cuidador/família.

Alcansei o desenvolvimento de competências do 2.º Ciclo de Estudos para a aquisição do grau de Mestre, uma vez que as ações de formação e a pesquisa realizada para as mesmas permitem uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo auto-orientado e autónomo através da prestação de cuidados (DGES, 2013).

De forma a dar continuidade ao objetivo anterior, foi definido como quinto objetivo específico **fundamental de acordo com a evidência a intervenção da equipa de enfermagem ao doente em fim de vida com necessidades paliativas.**

Este objetivo veio completar e sustentar o objetivo anterior, de forma a dar resposta a uma das competências comuns do EE (OE, 2019), que desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. Procurei “usar a evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade” e assim “agilizar a elaboração de guias orientadores de boa prática” (p.4747).

As temáticas incluídas no *Guia Orientador de Boas Práticas Clínicas (GOBPC): Controlo de Sintomas ao doente em fim de vida* (Apêndice XXV) procuram satisfazer as necessidades identificadas pelos enfermeiros da UCCI no cuidar o doente em fim de vida e que são transversais a este PI. Bem como ao percurso desenvolvido durante os estágios, que é fonte de reflexão neste relatório que se suporta nos resultados da

evidência científica, das aprendizagens contínuas provenientes dos campos de estágio anteriores, sobretudo dos contributos adquiridos na prestação de cuidados e nos momentos de partilha com os EE e peritos na área da oncologia e dos CP.

Assim, após discussão e reflexão com o Enf.^o Orientador, foram definidos os conceitos mais importantes a incluir no referido guia. Todos os procedimentos que concretizam a identificação dos doentes com necessidade de CP (*SPICT-PTTM* – Anexo I), e a identificação dos sintomas descontrolados (*Grelha de Observação ESAS/STAS* – Apêndice III), como também as intervenções para o controlo de sintomas (*Fluxograma - Intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas ao doente em fim de vida numa UCCI* - Apêndice IV).

Durante as ações de formação apresentadas foi explicado e demonstrado aos profissionais de enfermagem o modo de utilização da *SPICT-PTTM* (Anexo I), da *Grelha de Observação - ESAS/STAS* (Apêndice III) e do Fluxograma- *Intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas ao doente em fim de vida numa UCCI* (Apêndice IV), integrou-se no Guia Orientador de Boas Práticas Clínicas: *Controlo de Sintomas ao doente em fim de vida* (Apêndice XXV) três instruções de trabalho para facilitar o uso destes instrumentos, nomeadamente *Modo de Utilização da SPITC – PTTM*, *Modo de Utilização da ESAS/STAS* e *Procedimento para aplicação do Fluxograma*. De modo a “dinamizar o trabalho em equipa, fomentando a partilha e potenciando os contributos individuais no processo de tomada de decisão” (OE, 2018, p.19365).

A elaboração do *GOBPC* foi conduzida pelas “Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados” (OE, 2007), sendo que a sua estrutura cumpriu as regras de construção de “Instruções de Trabalho” do meu contexto profissional, pois a finalidade é torná-lo num documento válido e de referência na UCCI, como projeto de melhoria da qualidade contínua dos cuidados.

Para além deste *GOBPC* foi elaborado, em parceria com o Enf.^o Orientador, um dossiê dirigido à equipa de enfermagem, constituído por documentos e informação científica pertinentes na área dos CP, juntando-se todo o trabalho desenvolvido no decorrer do estágio (ações de formação, identificação dos doentes com necessidade de CP, e Fluxograma - *Intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas ao doente em fim de vida numa UCCI*), tendo ficado à disposição de toda a equipa, na sala de enfermagem, para uma fácil consulta.

Embora seja aluna de especialidade e mestrado, já considero possuir um conhecimento aprofundado de “competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em

enfermagem” (OE, 2019, p.4744), nomeadamente ao doente em fim de vida com necessidade de CP, o que permitiu ser um elemento de referência para a equipa de enfermagem contribuindo para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Desenvolvi, ainda, competências comuns do EE (OE, 2019) no domínio da gestão dos cuidados, na medida em que consegui criar um guia orientador “das tarefas a delegar”, através da “utilização de uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar” (p. 4748). Similarmente, no domínio da melhoria contínua da qualidade, ao “desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”, e ao “garantir um ambiente terapêutico e seguro” (p.4747) centrado no doente com vista à promoção do seu bem-estar e conforto, minimizando o seu sofrimento.

Ao nível das competências da EONS (2018) destaco a utilização de pesquisa e evidências ao conseguir “identificar as principais fontes de pesquisa e evidências prática clínica baseada em diretrizes relevantes para a enfermagem oncológica” (p.45) e gestão em enfermagem oncológica, nomeadamente ao “fornecer liderança na contribuição, implementação e avaliação de políticas e padrões relevantes” (p.41).

O último objetivo específico consistiu em **analisar a prática de cuidados ao doente em fim de vida com necessidades paliativas**. A constante pesquisa bibliográfica ajudou-me a refletir sobre a minha prática de cuidados e reforçar a importância de uma prática baseada na melhor e mais recente evidência disponível.

Muitas vezes, confrontei-me com situações em que existe a dificuldade dos profissionais em aceitarem o fim de vida. Neste sentido, realizei uma reflexão crítica (Apêndice XXVI) tentando evidenciar que nos doentes em fim de vida, bem como nos doentes em situação de doença incurável, grave e/ou avançada e progressiva o objetivo do nosso cuidar não passa por esgotar todas as possibilidades de tratamento, ou prolongar o processo de morrer, através da futilidade ou obstinação terapêutica (Benarroz et al., 2009; Neto, 2013; Romero et al. 2018). Por outro lado, que é necessário valorizar o doente, atendendo aos seus valores, crenças e desejos relativos a questões futuras de saúde, bem como às suas preferências de cuidados, tendo por base a humanização dos mesmos, com o objetivo da melhoria da qualidade de vida e bem-estar do doente/cuidador/família, por meio da prevenção e alívio do seu sofrimento, sendo estes pressupostos inerentes à TCK (Kolcaba, 2003).

Contudo, percebi que é muito difícil suspender um tratamento curativo e vê-lo numa perspetiva paliativa, é difícil perceber quando o tratamento poderá trazer mais malefícios do que benefícios para o doente, embora este processo devesse integrar o

plano de cuidados de todos os doentes, sobretudo nos doentes em fim de vida (Romero et al., 2013). Pois tal como descreve Twycross (2003) todos os profissionais de saúde têm “(...) a dupla responsabilidade de preservar a vida e aliviar o sofrimento (...)” (p.24), componente essencial para CP de qualidade, através da eficaz prevenção e controlo de sintomas, com o objetivo de minimizar o sofrimento do doente, preservando o respeito pela vida humana (Neto, 2010a; OE, 2015).

Portanto, torna-se essencial criar linhas orientadoras de cuidar, objetivos claros e bem definidos, perceber medos e receios e ajustar as expectativas do doente/cuidador/família, tendo como foco o conforto, bem-estar e qualidade de vida do doente, para que assim possam ser tomadas decisões esclarecidas. Certifica-se, assim, a importância da implementação deste PI no meu contexto profissional.

A concretização da reflexão crítica (Apêndice XXVI) contribuiu para a máxima eficácia no planeamento dos cuidados de enfermagem especializados, tendo como foco o doente em fim de vida, como “construção de um quadro de referência para o exercício profissional de enfermagem” (OE, 2017, p. 23). A capacidade de conseguir refletir sobre a prática clínica e explicar as situações vivenciadas permite produzir conhecimento e melhorar a qualidade dos cuidados.

Permitiu, também, desenvolver as competências do 2.º Ciclo de Estudos para a aquisição do grau de Mestre através de uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo auto-orientado e autónomo (DGES, 2013) na área do cuidar o doente em fim de vida com necessidade de CP, bem como ter a capacidade de integrar conhecimentos, a partir de uma reflexão sobre as responsabilidades éticas e sociais que resultam da aplicação dos meus conhecimentos e juízos (DGES, 2013).

Para Neto (2010b) os sintomas são, muitas vezes, a razão das principais queixas de qualquer doente e, como tal, não é possível realizar uma prestação de cuidados adequada e dirigida a outras necessidades, se os sintomas não estiverem controlados. É nesta ordem de ideias que surge a segunda atividade proposta para este objetivo, de modo a verificar se existiu algum benefício com o cuidado aos sintomas identificados no primeiro momento de aplicação da *Grelha de Observação – ESAS/STAS* (Apêndice III) e o segundo momento de aplicação.

Assim, após a análise dos dois momentos de avaliação de sintomas, conforme se pode observar nos gráficos n.º 4 e n.º 5 (Apêndice XXII), foi possível verificar que a anorexia, obstipação/diarreia e a dor foram os sintomas mais prevalentes no primeiro momento, sendo que tanto a dor como a obstipação/diarreia diminuíram no segundo momento, enquanto se manteve a anorexia como sintoma mais prevalente

nas duas avaliações. Contudo a sua intensidade diminuiu na maioria dos doentes passando a nenhuma preocupação (STAS 1) ou a incómodo moderado (STAS 2). Também a dispneia e agitação/confusão apresentaram uma diminuição da intensidade no segundo momento, sendo que apenas para um doente o sintoma de agitação/confusão teve um aumento de intensidade, de um incómodo moderado (STAS 2) para um incómodo frequente e severo (STAS 3) que está associado a uma síndrome demencial precoce.

Estas afirmações são concordantes com os resultados do estudo de Homsí et al. (2006), que apresenta a dor como sintoma mais frequente, seguido da fadiga, anorexia e dispneia. Já quando avaliados os dez sintomas, moderados a graves, a dor aparece em 83%, mas a fadiga em apenas 49% e a dispneia em 27% dos doentes.

Podemos verificar que na avaliação de sintomas o número total dos sintomas diminuiu do primeiro para o segundo momento, de 85 para 80, tal como mostra a tabela n.º 1 (Apêndice XXII), bem como a intensidade dada a cada um dos sintomas.

No primeiro momento de avaliação, tomamos o exemplo de uma intensidade de incómodo frequente e severo (STAS 3) referenciada em vinte e sete situações, que no segundo momento apenas foi referenciada em quatro situações. Podemos assim concluir que esta melhoria poderá dever-se ao eficaz controlo dos sintomas, respetiva reavaliação e monitorização dos mesmos, tendo-se conseguido promover o conforto, dignidade e qualidade de vida no doente em fim de vida internado na UCCI, com o controlo de sintomas em 90% dos doentes em fim de vida acompanhados, tendo atingido o indicador de avaliação previamente definido, o que traduz ganhos em saúde.

No que concerne às competências específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2018), saliento a promoção de intervenções baseadas na evidência junto do doente em fim de vida ao estabelecer, após a identificação dos seus sintomas, um plano individualizado, preservando a dignidade, diminuindo o sofrimento, maximizando a autonomia e a qualidade de vida, respeitando as preferências do doente/cuidador/família.

Ao desenvolver as competências preconizadas pela EONS (2018), consegui contribuir para o “reconhecimento de que os CP são da responsabilidade de todos os profissionais de saúde, independentemente do ambiente de cuidados” (p.32) e também “explicar como o conhecimento e as evidências são desenvolvidos para a prática clínica” (p.45) demonstrando a prática baseada na evidência onde se suportam as intervenções do cuidado ao doente em fim de vida com necessidade de CP.

Por fim, como competências do 2.º Ciclo de Estudos para a aquisição do grau de Mestre desenvolvi a capacidade de análise acerca do desenvolvimento do conhecimento que sustentou a prática de enfermagem, sendo capaz de desenvolver projetos que reflitam e questionem práticas existentes, e comunicar as suas conclusões, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidade (DGES, 2013).

3.4. Questões Éticas e Deontológicas

Ao longo dos estágios, durante a prestação de cuidados ao doente em fim de vida que permitiu a realização deste PI, estão subjacentes questões éticas e deontológicas, sobre as quais importa refletir.

Em todos os estágios existiu a preocupação de garantir que o PI desenvolvido e os objetivos formulados fossem aceites e autorizado pelas Direções de Enfermagem onde os mesmos se iriam realizar, sendo também discutidos com os respetivos Enf.^{os} Orientadores, e no meu contexto profissional, com o Enf. Chefe e o Diretor Clínico.

Durante a observação e prestação de cuidados, bem como durante a composição deste relatório, tive a preocupação de respeitar os quatro princípios éticos fundamentais (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) e os princípios presentes na Carta dos Direitos e Deveres do Doente Internado, dos quais destaco o ponto 3: “o doente internado tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados (...), terminais e paliativos”, nomeadamente que “os doentes internados no final da vida ou que necessitem de cuidados paliativos, têm direito de ser acompanhados, se assim o desejarem, pelos seus familiares (...)” (MS, p. 5), e na Carta dos Direitos do Doente em Fase Terminal destaco que respeitei o direito do doente a ser tratado como um ser humano até ao fim da sua vida; o direito a morrer em paz e com dignidade; e o direito de não morrer. Atendi também aos princípios éticos e valores do CDE (OE, 2015), nomeadamente “proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum” (p. 81), agindo em defesa da liberdade e dignidade humana, bem como respeitar a intimidade, privacidade e confidencialidade, respeitando, igualmente, o dever do sigilo profissional. Considero também ter respeitado a pessoa em situação de fim de vida, conforme preconizado no artigo 108.º do CDE (OE, 2015), tendo sido responsável pela humanização dos cuidados prestados ao doente em fim de vida.

Para além disso, na prestação de cuidados ao doente em fim de vida, tive a preocupação de promover cuidados adequados e de excelência, com base em

“conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito (...) pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem” (p. 78), conforme preconizado no artigo 97.º do CDE (OE, 2015).

De referir que foram englobados todos os doentes durante a prestação de cuidados, respeitando a ética e deontologia profissional “ao cuidar da pessoa sem qualquer discriminação” (OE, 2015, p.82), procurando a excelência dos cuidados.

A aplicação do questionário para sondagem de opinião da equipa de enfermagem na área de CP foi verbalmente consentida pelo Enf.º Chefe e pelos colegas, o que se materializou no seu preenchimento. Na sua aplicação fui ao encontro dos princípios fundamentais e direitos éticos preconizados pelo REPE e CDE (OE, 2015), no artigo 106.º e aplicados à investigação, respeitando que todos os dados que possam revelar a identidade fossem omitidos, mantendo o anonimato, confidencialidade e respeito legal. Tive também em consideração o respeito pelo direito dos intervenientes ao consentimento livre e informado, transmitindo toda a informação essencial ao preenchimento do questionário.

Manifestando a preocupação de uma conduta de responsabilidade profissional, ética e legal durante a realização deste PI, tive a preocupação de no primeiro campo de estágio pedir autorização à Enf.ª Chefe para a aplicação da Grelha de Observação – *Checklist* dos Sintomas mais comuns (Apêndice X) aos doentes internados na UCP, que foi autorizada. Foi também solicitada autorização, ao Dr. Paulo Reis Pina, médico na UCP, a possibilidade de utilização e aplicação da *SPICT-PT™* (Anexo I) no meu contexto profissional, a qual foi validada e autorizada. No meu contexto profissional, só após autorização institucional, consentimento do Diretor Clínico e Enf.º Chefe, bem como o consentimento informado, é que se procedeu à aplicação da *Grelha de Observação – ESAS/STAS* (Apêndice III).

Posto isto, considero também que tive a preocupação de manter o anonimato, confidencialidade e respeito legal cumprindo a regulação de proteção de dados, tal como é preconizado no artigo 106.º do CDE (OE, 2015) e no artigo 8.º do REPE (OE, 2015) durante todos os trabalhos desenvolvidos durante o estágio.

Concluindo, todo este percurso foi suportado pela procura da excelência do cuidar, tal como descrito no artigo 109.º do CDE (OE, 2015), baseando a prestação de cuidados na evidência científica, considerando a satisfação das necessidades e a responsabilidade nos processos de tomada de decisão.

4. AVALIAÇÃO

Depois da reflexão acerca da execução das atividades previstas para atingir os objetivos delineados neste PI, pretendo avaliar o percurso efetuado, referindo as limitações e os pontos fortes e fracos, tendo por base a análise *SWOT* (Apêndice VI), que foi desenvolvida aquando do planeamento deste projeto. Por fim, abordo os contributos da implementação deste PI para a melhoria da qualidade dos cuidados.

4.1. Limitações da Implementação do Projeto de Intervenção

No desenho inicial do PI foi descrito, que para identificar os doentes com necessidade de CP, iríamos utilizar o instrumento *NECPAL CCOMS-ICO*® versão 3.0, até ao início da realização dos estágios não obtive autorização para a sua utilização. De forma a colmatar esta lacuna e após consulta da evidência científica, constatámos que embora o *NECPAL CCOMS-ICO*® seja o instrumento mais utilizado por profissionais de saúde que não exercem a sua função em UCP, a *SPICT-PT*™ (Anexo I) pareceu ser um instrumento intuitivo, e de fácil aplicação no contexto profissional.

Outra limitação, foi a necessidade de redefinir a população alvo, de modo a reunir uma amostra significativa, tendo incluído, também, os doentes não oncológicos.

4.2. Pontos fortes e fracos da implementação do Projeto de Intervenção

Começo por destacar as forças e oportunidades como **pontos fortes** que contribuíram para o desenvolvimento e implementação deste PI. Assim, saliento:

- A facilidade de integração nas equipas de ambos os locais de estágio, permitiu conhecer outros contextos profissionais, metodologias de trabalho na área dos CP e partilha de práticas de enfermeiros peritos. Conseguindo identificar os contributos da prestação de CP e suas intervenções ao doente em fim de vida, desenvolvendo instrumentos (Apêndice III, IV e X), que posteriormente consegui transpor para o contexto da UCCI;
- A oportunidade de ter realizado formação para equipa de enfermeiros peritos na área dos CP, na EIHS CP, tornou-me mais segura e potenciou o sentimento de pertença àquela equipa;
- A possibilidade de difundir os conhecimentos adquiridos nos estágios na UCP e na EIHS CP, e a identificação dos doentes com necessidade de CP

com recurso à *SPICT-PT*TM, a Grelha Observação – *ESAS/STAS* e o Fluxograma, através das ações de formação aos enfermeiros da UCCI;

- No sentido, de uniformizar a avaliação dos sintomas ao doente em fim de vida construí o Fluxograma - *Intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas ao doente em fim de vida numa UCCI* (Apêndice IV), potenciando a melhoria da qualidade dos cuidados;
- A forte adesão por parte da equipa de enfermagem que demonstrou interesse na temática do PI e vontade de participar ativamente no mesmo, o que facilitou a integração do PI na UCCI;
- A inclusão do *GOBPC* numa Norma Interna da UCCI, garantindo a uniformização dos cuidados.

Relativamente às fraquezas e ameaças que considerei como **pontos fracos** deste PI e que fazem parte de todo o processo de mudança passo a destacar:

- A resistência à mudança por parte de alguns elementos da equipa multidisciplinar, embora uma minoria, que se manifestava por dificuldade no trabalho em equipa e falta de comunicação assertiva, foi colmatada, tendo existido ganhos no desenvolvimento da comunicação dentro da equipa, o que facilitou a melhoria dos cuidados prestados por esta equipa;
- A construção da grelha de auditoria não foi concluída, contudo, não condicionou a implementação do PI, nem alterou a concretização do objetivo geral, sendo um dos objetivos a concretizar a longo prazo;
- A divulgação dos resultados obtidos após a aplicação da *Grelha de Observação - ESAS/STAS* (Apêndice III) à equipa de enfermagem numa ação de formação, não foi possível, contudo os dados já apresentados durante as outras ações de formação traduzem o que a literatura refere. Tendo em conta esta impossibilidade, os resultados foram deixados no dossiê para consulta;
- Aguarda-se aprovação para a inclusão do *GOBPC* numa Norma Interna da UCCI, para que possa dar continuidade à uniformização dos cuidados ao doente em fim de vida.

De referir que as atividades desenvolvidas no decorrer de todos os estágios promoveram a consecução dos objetivos a que me propus, conseguindo ultrapassar as dificuldades que me foram impostas durante o percurso deste PI. Após reflexão com os Enf.^{os} Orientadores dos locais de estágio, a classificação atribuída, em todos os estágios, foi de Excelente.

4.3. Contributos do Projeto de Intervenção para a melhoria da qualidade de cuidados

A implementação deste PI permitiu-me desenvolver competências numa área que muitas vezes é esquecida, fora do seu contexto de cuidados, pelo que considero que os CP devem ser um imperativo ético para todos. Assim, sinto-me satisfeita com os resultados atingidos com este PI nos doentes em fim de vida, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados, com o intuito de promover o conforto e qualidade de vida destes doentes na UCCI. Tendo conseguido articular a prática clínica com filosofia dos CP, mobilizando a TCK (Kolcaba, 2003) de modo a identificar as necessidades do doente em fim de vida, a sintomatologia descontrolada e as intervenções promotoras do conforto.

Sendo a intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas ao doente em fim de vida uma das competências que fui desenvolvendo no decorrer dos estágios e que se tornou essencial para a implementação do PI, não só porque impulsionou a pesquisa frequente de evidência científica na área dos CP, sustentada pela revisão *scoping* (Apêndice V), como permitiu a construção do Fluxograma - *Intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas ao doente em fim de vida numa UCCI* (Apêndice IV) e do *GOBPC: Controlo de Sintomas ao doente em fim de vida* (Apêndice XXV) que contribuíram para a intervenção mais adequada e dirigida ao doente em fim de vida.

São visíveis os resultados da implementação do PI, uma vez que a equipa de enfermagem procura discutir e refletir sobre as situações mais difíceis com que nos deparamos no cuidar de doentes em fim de vida, nomeadamente reavaliar e pesar o benefício/malefício das intervenções promotoras de conforto. O que, também, levou a equipa médica a repensar os objetivos terapêuticos para estes doentes em fim de vida, procurando intervenções que diminuam o sofrimento e aumentem a qualidade de vida do doente/cuidador/família. Esta constatação deixa-me orgulhosa, na medida em que testemunho um dos contributos mais relevantes do estágio na UCP, que se reflete no trabalho em equipa para uma finalidade comum, sendo esses objetivos assumidos e discutidos por todos.

A implementação deste PI permitiu compreender que o mais importante no controlo de sintomas é reavaliar continuamente as intervenções realizadas e permitirá validar os resultados das medidas não farmacológicas e farmacológicas instituídas, de forma sistemática, clarificando os objetivos do cuidar o doente em fim de vida.

Acredito que, futuramente, a efetivação do *GOBPC*, numa norma interna da UCCI, irá contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao

doente em fim de vida. Tenho expectativa que, num futuro próximo, se consiga começar a implementar a identificação dos doentes com necessidade de CP com recurso à *SPICT-PTTM* (Anexo I), logo na sua admissão à UCCI, para além dos doentes que estão neste momento identificados, e para os quais se mantiveram os planos terapêuticos instituídos durante o meu percurso do estágio, bem como a utilização da *Grelha de Observação - ESAS/STAS* (Apêndice III) de forma sistemática, de modo a conseguir um controlo de sintomas eficaz, com recurso ao Fluxograma - *Intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas ao doente em fim de vida numa UCCI* (Apêndice IV).

Com as competências que desenvolvi, comprometi-me a manter um papel dinamizador no processo de aprendizagem no meu contexto profissional. Deste modo, irei atuar como gestor de novo conhecimento, sempre que for oportuno, e sempre que existam novas evidências científicas na área dos CP, visando ganhos em saúde para os doentes internados na UCCI.

Com base no referido, posso afirmar que este PI contribuiu para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados ao doente em fim de vida, conseguindo enquadrar os enunciados descritivos dos Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem (OE, 2017), ao “implementar e avalia planos de intervenção para responder às necessidades do doente” (p. 5) na procura permanente da excelência no exercício profissional.

5. CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

Ao finalizar este relatório de estágio, concluo que consegui atingir os objetivos inicialmente definidos para o PI, bem como os objetivos definidos para este relatório, podendo afirmar que consegui adquirir e desenvolver as competências de Enf.^a Especialista e Mestre, tal como preconizado nos documentos de referência para a prática da Enfermagem Médico-Cirúrgica, já mencionados.

As conclusões provenientes da implementação do PI e das atividades executadas ao longo dos estágios são testemunho desta realidade, baseada na análise crítico-reflexiva efetuada nos capítulos anteriores.

Considero que os estágios realizados me permitiram conhecer outros contextos profissionais, metodologias de trabalho na área dos CP, conhecimento e partilha de práticas de enfermeiros peritos, tendo sido imprescindíveis para a consolidação de conhecimentos e aprendizagens, contribuindo para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Como outras competências, que foram desenvolvidas ao longo deste percurso, destaco a tomada de decisão e uma intervenção mais segura, especializada e fundamentada.

Neste sentido, apresentei um PI que reforça a promoção do cuidado centrado na pessoa e a maximização do seu conforto e qualidade de vida. Ancorei este PI à filosofia de cuidados de Kolcaba (2003), na sua TCK, permitindo desenvolver intervenções de enfermagem especializadas promotoras do conforto através da integração precoce da prática de CP, fortalecendo o doente/cuidador/família para comportamentos de procura de saúde e, naturalmente, reduzir o descontrolo de sintomas, alcançando o objetivo primordial dos cuidados ao doente em fim de vida, e que se traduziu em ganhos em saúde, nomeadamente no controlo de 90% dos sintomas dos doentes que participaram neste PI.

Evidencio ainda, a implementação de boas práticas clínicas através da elaboração do GOBPC: *Controlo de Sintomas ao doente em fim de vida* (Apêndice XXV) que permitirá um cuidado diferenciado ao doente em fim de vida.

Da realização deste trabalho pode-se concluir que 37,5% dos doentes da UCCI apresentam necessidade de CP. Dos doentes que participaram neste PI, 27,8% eram doentes oncológicos, face aos 72,2% de doentes não oncológicos, segundo os indicadores clínicos *SPICT-PT*TM (Anexo I). Nesta ordem de ideias, um terço dos doentes em fim de vida internados na UCCI apresentam indicadores que refletem a necessidade de uma abordagem paliativa. Verificámos que a maioria destes doentes

se encontra em tipologia de ULDM corroborando com os resultados da evidência científica.

Pela análise efetuada, verificámos que todos os doentes identificados pela *SPICT-PT*TM (Anexo I) apresentam necessidade de CP, sendo que no primeiro momento de avaliação da *Grelha de Observação – ESAS/STAS* (Apêndice III) existe descontrolo de sintomas que, com a implementação do PI e a intervenção da equipa multidisciplinar, foram sendo controlados, mas não eliminados, tal como se verificou com a avaliação efetuada no segundo momento. Todos os sintomas diminuíram de intensidade do primeiro para o segundo momento com exceção do sintoma agitação/confusão que aumentou, apenas num dos doentes do estudo. Apesar de não existir uma eliminação dos sintomas, podemos afirmar que as intervenções implementadas pela equipa de enfermagem parecem ter sido eficazes no controlo sintomático, na reavaliação e monitorização dos mesmos.

Os sintomas mais prevalentes foram a anorexia, a obstipação/diarreia e a dor, mas, apenas, a anorexia se manteve mais prevalente no segundo momento, sabendo que se trata de um sintoma de difícil resolução e que raramente se consegue reverter na sua totalidade, estando presente na generalidade dos doentes com necessidade de CP (Gonçalves, Rosado & Custódio, 2010; Gonçalves, 2011).

Considerando os resultados encontrados, concluímos que se conseguiu promover o conforto, dignidade e qualidade de vida no doente em fim de vida, internado na UCCI. Neste sentido, torna-se imprescindível manter as medidas adotadas na execução deste PI, defendendo que “não podendo vencer a morte, podemos aliviar o sofrimento do doente, ajudando-o a manter a sua autonomia, e respeitando a sua dignidade” (Costa & Antunes, 2012, p.71).

Os CP devem ser abrangentes, incluindo tanto os doentes oncológicos, como os não oncológicos. Contudo a realidade mostra-nos que a prestação de CP continua, maioritariamente, dirigida aos doentes oncológicos. É, nesta ordem de ideias, que consigno as minhas perspetivas futuras, para que a filosofia dos CP se mantenha presente na UCCI, aumentando a qualidade dos cuidados prestados, perspetivando o ponto de partida para novos projetos, pois este relatório não significa o fim de uma etapa, mas a ponte para a satisfação das necessidades dos doentes e famílias, no caminho para a excelência do cuidado de enfermagem.

Tendo em atenção o desenvolvimento do PI e as competências desenvolvidas, seria minha vontade ser o elemento de referência na identificação dos doentes com necessidade de CP, de modo a adequar o plano terapêutico ao doente em fim de vida.

Sendo um elo de ligação entre a equipa de enfermagem e a restante equipa multidisciplinar, podendo articular com outros peritos com competência da área dos CP (UCP ou ECSCP) assegurando o fortalecimento da comunicação e a melhoria dos cuidados prestados em parceria.

Sugere-se também aplicar a *Grelha de Observação – ESAS/STAS* (Apêndice III) em mais do que dois momentos de avaliação, ao mesmo doente, por exemplo no dia da admissão, sete dias após a mesma, quarenta e oito horas antes do óbito e no dia do mesmo. Com o objetivo de avaliar o aparecimento e controlo de sintomas ao longo do internamento numa UCCI, pois lamentavelmente, neste PI não foi possível realizar. Bem como, a aplicação de estatística analítica de modo averiguar, se o diferencial de scores entre os momentos é estatisticamente significativo ou não.

Encontramo-nos a aguardar aprovação para a inclusão do *GOBPC* numa norma interna da UCCI, para que possa dar continuidade à uniformização dos cuidados ao doente em fim de vida e à conseqüente melhoria da sua qualidade.

Este PI é importante na medida em que pode vir a promover mudanças de atitudes. É por isso necessário manter a formação contínua da equipa nesta área de cuidados. Assim, proponho como formações a desenvolver a comunicação e o trabalho em equipa, tendo sido aspetos de melhoria identificados pela equipa durante as formações apresentadas na UCCI. Sendo uma das competências de Mestre comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambigüidades (DGES, 2013) a divulgação dos resultados deste trabalho num artigo científico é outro objetivo que pretendo cumprir a médio prazo, contribuindo, assim, para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem.

Ambiciono, também, que este PI sirva de ponto de partida para trabalhos futuros na área da qualidade dos cuidados de enfermagem ao doente em fim de vida.

Relembrando o descrito por Benner (2001) a enfermeira proficiente apercebe-se das situações na sua globalidade e não através de aspetos isolados, guiando as suas intervenções por máximas. Portando, espero num futuro próximo conseguir atingir o nível de perita na área dos CP, segundo Benner. É neste sentido que pretendo continuar a aperfeiçoar a minha prática e crescer nesta área de cuidados, procurando a sua excelência do cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abela, J. (2009). Symptom management by a community palliative care team. *Malta Medical Journal*, 21 (4), 12-18.
- Abreu, A.K., Cerulho, G. & Lima, D. (2018, outubro). Será Paliativo? Uma revisão da literatura. In *IX Congresso Nacional de Cuidados Paliativos e 8º Congresso de Cuidados Paliativos do IPO Porto*. APCP com coorganização do IPO Porto, Porto.
- Amadeu, S., Capelas, M.L. & Pereira, J.L. (2019, setembro). Necessidades paliativas nas equipas de cuidados continuados e integrados. In *III Jornadas de Investigação em Cuidados Paliativos da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*. APCP.
- American Psychological Association (2012). *Manual de publicação APA* (6.ª edição). Porto Alegre: Penso Editora.
- Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006). *Organização de Serviços de Cuidados Paliativos: Critérios de qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos – Recomendações da ANCP*. Acedido a 24/10/2020. Disponível em: https://www.apcp.com.pt/uploads/Criterios_de_Qualidade-2006.pdf
- Azevedo, P. (2010). *Dispneia*. In A. Barbosa, I. Neto (Ed). *Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed* (61-68). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Banha, P., Costa, D. & Mendes, I (2014). Controlo sintomático no doente oncológico: boas práticas de cuidados. *Onco.News*, 25, 32-37.
- Barbosa, A & Neto, I. (Ed.). (2010). *Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Bausewein, C., Le Grice, C., Simon, S. & Higginson, I. (2011) The use of two common palliative outcome measures in clinical care and research: A systematic review of POS and STAS. *Palliative Medicine*, 25 (4), 304-313.
- BC Centre for Palliative Care (2019). B.C. Inter-professional Palliative Symptom Management Guidelines. Disponível em: <https://bc-cpc.ca/cpc/publications/symptom-management-guidelines/>
- Benarroz, M.O., Faillace, G.B.D., & Barbosa, L. A. (2009). Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. *Caderno Saúde Pública*, 25 (9), 1875-1882).

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.
- Bernardo, A., Monteiro, C., Simões, C., Ferreira, C., Pires, C., Pinto, C., ... Pereira, S. (Org.). (2016). *Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal – Posição da APCP*. Lisboa: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP).
- Bernardo, A., Rosado, J. & Salazar, H. (2010). *Trabalho em Equipa*. In A. Barbosa, I. Neto (Ed). Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (43-60). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Bowers, B., & While, A. (2019). Getting anticipatory prescribing right in end-of-life care. *British Journal of Community Nursing*, 24(6), 274–277.
- Braga, B., Rodrigues, J., Alves, M., Neto, I.G. (2017). Guia Prático da Abordagem da Agonia - Practical Guide: Approach to the Period Called Agony. *Medicina Interna*, 24 (1), 48-55.
- Bruera, E.& Yennurajalingam, S. (2012). Palliative care in advanced cancer patients: how and when? *The Oncologist*,17, 267–273.
- Carmona, L.M.P. & Laluna, M.C.M.C. (2002). “Primary Nursing”: Pressepostos e Implicações na Prática. *Revista Eletrônica de Enfermagem (online)*. 4(1), 12-17. Acedido a 1/11/2020.
- Capelas, M.L. & Neto, I.G. (2010). *Organização de Serviços*. In A. Barbosa, I. Neto (Ed). Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (785-814). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Capelas, M.L., Belo, A., Mamede, A., Macedo, A.P., Pereira, C., Mendes, C., ... Passos, V. (2016). *Prevalência de Doentes (resultados preliminares)*. Lisboa. Acedido a 30/11/2020. Disponível em: <https://ics.lisboa.ucp.pt/pt-pt/system/files/assets/files/prevalencia-de-doentes.pdf>
- CNCP (2017-2018). *Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: Biénio 2017-2018*. Acedido a 24/04/2019. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1-1.pdf
- CNCP (2019-2020). *Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: Biénio 2019-2020*. Acedido a 19/10/2019. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/PEDCP-2019-2020-versao-final-10.02.2019.pdf>
- Costa, J.S. (s.d.). *Métodos de Prestação de Cuidados*. Acedido a 1/11/2020. Disponível em: <https://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>

- Costa, M.A.C.M. & Antunes, M.T.C. (2012). Avaliação de sintomas em doentes sem perspectiva de cura. *Revista de Enfermagem Referência*. 7 (III Série), 63-72.
- Decreto-Lei n.º 101/2006 (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I Série (N.º 109 de 06/06/2006, 3856 – 3865. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>
- Despacho n.º 7824/2016 (2016). Designa os membros da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. *Diário da República*, 2ª Série (N.º 113 de 15/06/2016, 18798-18801). Disponível em: https://www.apcp.com.pt/uploads/CNCP_Despacho_7824_2016.pdf
- Direção Geral do Ensino Superior (2013). *Quadro Nacional de Qualificações. Relatório de referenciação do quadro nacional de qualificações ao quadro europeu de qualificações*. Acedido a 3/10/2020. Disponível em: https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_qnq_geq.pdf
- Direção Geral de Saúde (2005). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Acedido a 19/10/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Acedido a 8/03/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programas-de-rastreio-oncologico-aumentam.aspx>
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E.S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S. & Taylor, D. (2001) Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*. 33, 668-676.
- Dowd, T. (2004). *Katharine Kolcaba. Teoria do Conforto*. In A. Tomey & M. Alligood. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra. Modelos e Teorias de Enfermagem* 5ª ed (481- 495). Loures: Lusociência.
- Edmonds, P.M., Stuttaford, J.M., Penny, J., Lynch, A. M., Chamberlain, J. (1998). Do hospital palliative care teams improve symptom control? Use of modified STAS as na evaluation toll. *Palliativa Medicine*, 12 (5), 345-351.
- European Association for Palliative Care (2013a). Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 1. *European Journal of Palliative Care*. 20 (2), 86-145.

- European Association for Palliative Care (2013b). Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 2. *European Journal of Palliative Care*. 20 (3), 140-145.
- European Oncology Nursing Society (2018). *The EONS Cancer Nursing Education Framework*. Bruxelas: EONS.
- Ferreira, P.L., Antunes, B., Pinto, A. B., & Gomes, B. (2012). Cuidados de fim de vida: Portugal no projeto europeu PRISMA. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 30(1), 62-70.
- Gómez-Batiste, X., Martínez-Munoz, M., Blay, C., Amblas, J., Vila, L., Costa, X. ... Mitchell, G. K. (2014). Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: a cross-sectional study. *Palliative Medicine*. 28(4), 302-311.
- Gonçalves, J.F. (2011). *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Gonçalves, J.F., Rosado, J. & Custódio, M.P. (2010). *Anorexia/Caquexia*. In A. Barbosa, I. Neto (Ed). *Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed* (181-190). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Harståde, C.W., Blomberg, K., Benzein, E. & Ostlund, U. (2018). Dignity-conserving care actions in palliative care: an integrative review of Swedish research. *Scand Journal of Caring Science*. 32, 8-23.
- Homsí, J. et al. (2006). Symptom evaluation in palliative medicine: patient report vs systematic assessment. *Support Care Cancer*. 14, 444-453.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Lei n.º 52/2012 (2012). Consagra a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I Série (N.º 172 de 05/09/2012, 5119-5124). ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/52/2012/09/05/p/dre/pt/html>
- McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472–479.
- McVey, P.; McKenzie, H. & White, K. (2014). A community-of-care: the integration of a palliative approach within residential aged care facilities in Australia. *Health and Social Care in the Community*, 22(2), 197–209.

- Ministério da Saúde (s.d.). *Carta dos direitos do Doente Internado e Carta dos Direitos do Doente Terminal*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
- Mira, M., Reis-Pina, P. & Barbosa, A. (2019). *Ferramenta de indicadores de cuidados paliativos e de suporte (SPICT-PT™)*. Disponível em: <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-pt/>
- Neto, I. (2010a). *Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos*. In A. Barbosa, I. Neto (Ed). Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (43-60). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Neto, I. (2010b). *Modelos de Controlo sintomático*. In A. Barbosa, I. Neto (Ed). Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (61-68). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Neto, I. (2010c). *Cuidados Paliativos em Pessoas com Demência Avançada*. In A. Barbosa, I. Neto (Ed). Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (247-266). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Neto, A.D. (2013). Ética nas decisões sobre o fim da vida – a importância dos cuidados paliativos. *Nascer e Crescer*, 22 (4), 252-256.
- Neves, S. (2018, outubro). Necessidades de Cuidados Paliativos em Unidades de Cuidados Continuados Integrados: Perspetiva e Respostas da RNCCI na Região LVT. In *IX Congresso Nacional de Cuidados Paliativos e 8º Congresso de Cuidados Paliativos do IPO Porto*. ACPD com coorganização do IPO Porto, Porto.
- Neves, S; Simões, C. & Ferreira, C. (2016). Consultoria em cuidados paliativos: Desafios e implicações para a prática. *Jornal Enfermeiro*, 7, 12-13. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: www.jornalenfermeiro.pt
- Observatório Português dos Cuidados Paliativos (2020). *Relatório Outono 2019*. Lisboa: Universidade Católica Editora. Disponível em: http://www.uceditora.ucp.pt/site/custom/template/ucptpl_uce.asp?SSPAGEID=2746&lang=1&artigoID=20872
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro – dos comentários à análise dos casos*. Acedido em 27/04/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_e_dicao2005.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Cadernos OE. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Repe*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_R_EPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das Competências Específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (N.º 135 de 16/07/2018), 19359-1936. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 26 de 2019-02-06), 4744 – 4750. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Organização Mundial de Saúde. (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. Londres: Worldwide Palliative Care Alliance
- Pereira, S.M. (2010). *Cuidados Paliativos: Confrontar a morte*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Pungchompoo, W.; Suwan, P.; Kunapun, S.; Pungchompo, S.; Tungpunkum, P. (2019). Experiences of symptoms and health service preferences among older people living with chronic diseases during the last year of life. *International Journal of Palliative Nursing*, 25 (3).

- Querido, A., Salazar, H. & Neto, I.G. (2010). *Comunicação*. In A. Barbosa, I. Neto (Ed). Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (461-486). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Ramos, V.L.R., Sapeta, A.P. & Neves, S. (2018, outubro). A comunicação de más notícias ao doente em fase paliativa e sua família num serviço de medicina. In *IX Congresso Nacional de Cuidados Paliativos e 8º Congresso de Cuidados Paliativos do IPO Porto*. APCP com coorganização do IPO Porto, Porto.
- Romero, I., Braga, B., Rodrigues, J., Rodrigues, R. & Neto, I.G. (2018). “Desprescrever” nos Doentes em Fim de Vida: Um Guia para Melhorar a Prática Clínica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 25, 48-57.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*. 15, 1–38. Disponível em: <http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf>
- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em Fim de Vida: O Processo de Interação Enfermeiro-Doente*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Schrijvers, D. & Cherny, N. I. (2014). ESMO Clinical Practice Guidelines on palliative care: advanced care planning. *Annals of Oncology*, 25 (3), iii138–iii142.
- Siegel, M. & Bigelow, S. (2018). Palliative care symptom management in the emergency department: the ABC’s of symptom management for the emergency physician. *The Journal of Emergency Medicine*, 54, (1), 25–32.
- Thomas, K et al. (2011). The GSF Prognostic Indicator Guidance (PIG). *The Gold Standards Framework Centre In End of Life Care CIC*. 4th Edition.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos (2ª ed)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Walsh, D. & Rybicki, L. (2006). Symptom clustering in advanced cancer. *Supportive care in cancer* .14, 831-836.
- Williams, A. M.; Davies, A. & Griffiths, G. (2009). Facilitating comfort for hospitalized patients using non-pharmacological measures: preliminary development of clinical practice guidelines. *International Journal of Nursing Practice*. 15, 145-155.

ANEXOS

**Anexo I – Ferramenta de Indicadores de Cuidados Paliativos e de
Suporte (*SPICT-PT*TM)**



THE UNIVERSITY
of EDINBURGH

Ferramenta de indicadores de cuidados paliativos e de suporte (SPICT-PT™)

A SPICT™ é um instrumento que permite identificar pessoas em situação de doença grave e irreversível. Permite avaliar a necessidade de cuidados paliativos e fazer o seu planeamento.

Procurar por indicadores gerais de deterioração da saúde

- Internamentos hospitalares não planeados.
- Má performance funcional ou declínio com reversibilidade limitada (pessoa acamada ou em cadeira-de-rodas mais do que 50% do dia).
- Dependente de outros nos cuidados pessoais devido a problemas de saúde físicos e/ou mentais.
- O cuidador precisa de mais assistência.
- Perda ponderal progressiva; permanece abaixo do peso normal; massa muscular diminuída.
- Sintomas persistentes, apesar do tratamento otimizado para as doenças de base.
- O próprio (ou a família) pede cuidados paliativos; escolhe reduzir, parar ou não receber tratamento; deseja focar-se na qualidade de vida.

Procurar por indicadores clínicos de uma ou mais doenças limitantes da vida

Cancro

Deterioração da capacidade funcional devido a cancro progressivo.

Estado físico muito debilitado para tratamentos oncológicos ou tratamento apenas para controlo dos sintomas.

Demência/ fragilidade

Incapacidade de se vestir, andar ou comer sem ajuda.

Redução na ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição.

Incontinência fecal ou urinária.

Incapacidade em manter a interação verbal; pouca interação social.

Quedas frequentes; fratura do fémur.

Episódios frequentes de febre ou infeções; pneumonia de aspiração.

Doença neurológica

Deterioração progressiva das funções físicas e/ou cognitivas apesar de terapia otimizada.

Problemas de fala com crescente dificuldade de comunicação e/ou deglutição.

Pneumonias de aspiração recorrentes; dispneia ou insuficiência respiratória.

Paralisia persistente após Acidente Vascular Cerebral com significativa perda de função e incapacidade progressiva.

Doença cardiovascular

Insuficiência cardíaca ou doença arterial coronária extensa e intratável: com sintomas de dispneia ou dor torácica em repouso ou com esforço mínimo.

Doença arterial periférica grave e inoperável.

Doença respiratória

Doença pulmonar crónica grave: dispneia em repouso ou com esforço mínimo entre as exacerbações.

Hipóxia persistente com necessidade de oxigenoterapia de longo prazo.

Já precisou de ventiloterapia para insuficiência respiratória ou a ventilação é contraindicada.

Outras situações

Deterioração e risco de morrer de outras condições ou complicações irreversíveis; qualquer tratamento disponível terá poucos resultados.

Doença renal

Estádios 4 e 5 de doença renal crónica (TFG < 30 mL/min) com agravamento clínico.

Insuficiência renal com complicações para outras condições clínicas limitantes ou tratamentos.

Indicação para parar ou intolerância à diálise.

Doença hepática

Cirrose com uma ou mais complicações no último ano:

- ascite resistente a diuréticos
- encefalopatia hepática
- síndrome hepatorenal
- peritonite bacteriana
- hemorragias recorrentes de varizes esofágicas

Transplante hepático contraindicado.

Avaliar os cuidados atuais e planear os cuidados futuros

- Revisão do tratamento e medicação atuais para garantir que a pessoa recebe cuidados otimizados; polifarmácia minimizada.
- Considerar encaminhamento para um especialista se os sintomas ou problemas forem complexos ou difíceis de tratar.
- Acordar um plano imediato e futuro de cuidados com a pessoa e a sua família. Apoiar os cuidadores.
- Planejar com antecedência caso a pessoa esteja em risco de perda da capacidade de decisão.
- Comunicar, coordenar e fazer o registo do plano de cuidados.

Para mais informações e atualizações, registe-se no SPICr website (www.spict.org.uk)

SPICr™, Maio 2019

Anexo II – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)

ESAS (Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton)

Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
<hr/>												
Sem cansaço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
<hr/>												
Sem náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea
<hr/>												
Sem depressão / tristeza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O mais deprimido possível / A maior tristeza possível
<hr/>												
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O mais ansioso possível
<hr/>												
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O mais sonolento possível
<hr/>												
O maior apetite possível	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O pior apetite possível
<hr/>												
O melhor bem-estar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de bem-estar possível
<hr/>												
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível
<hr/>												
_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_____

Fonte: Neto (2010b)

Anexo III – *Support Team Assessment Schedule (STAS)*

STAS-S SYMPTOMS

DEFINITION & RATINGS FOR INDIVIDUAL SYMPTOMS WHICH CAN BE ADDED TO STAS

PAIN CONTROL

Effect of his/her pain on the patient.

0	None.
1	Occasional or grumbling single pain. Patient is not bothered to be rid of symptom.
2	Moderate distress, occasional bad days, pain limits some activity possible within extent of disease.
3	Severe pain present often. Activities and concentration markedly affected by pain.
4	Severe and continuous overwhelming pain. Unable to think of other matters.

OTHER SYMPTOM CONTROL

Is the patient suffering from:

_____ Lymphoedema

_____ Breathlessness/Dyspnoea

_____ Anorexia

_____ Nausea

_____ Pressure areas/Skin

_____ Pruritus

_____ Constipation

_____ Diarrhoea

_____ Cough

_____ Dysphagia

_____ Vomiting

_____ Oral Discomfort

(Please tick where applicable)

If any of these symptom/s is/are present, deliver the relevant questions.

LYMPHOEDEMA

Effects of his/her oedema on the patient.

0	None.
1	Slight oedema. Has usual activity and is not bothered to be rid of oedema.
2	Moderate oedema - occasional bad days - symptoms limits some activity, for example legs feel heavy when walking.
3	Severe oedema, activities and concentration markedly affected because of it.
4	Severe and continuous overwhelming oedema. Unable to think of other matters.

BREATHLESSNESS

Effects of his/her breathlessness/dyspnoea on the patient.

0	None.
1	Occasional breathlessness. Has usual activity and is not bothered to be rid of dyspnoea.
2	Moderate breathlessness, occasional bad days. Breathlessness limits some activity possible with extent of disease.
3	Severe breathlessness, present often. Activities and concentration markedly affected by breathlessness.
4	Severe and continuous overwhelming breathlessness. Unable to think of other matters.

ANOREXIA

Effects of his/her anorexia on the patient.

0	None.
1	Occasional or grumbling anorexia. Has usual activity and is not bothered to be rid of anorexia.
2	Moderate distress from anorexia, occasional bad days. Anorexia limits some activity possible with extent of disease.
3	Severe distress from anorexia, present often. Activities and concentration markedly affected by anorexia.
4	Severe and continuous overwhelming distress from anorexia. Unable to think of other matters.

NAUSEA

Effects of his/her nausea on the patient.

0	None.
1	Occasional nausea. Has usual activity and is not bothered to be rid of nausea.
2	Moderate nausea, occasional bad days. Nausea limits some activity possible with extent of disease.
3	Severe nausea, present often. Activities and concentration markedly affected by nausea.
4	Severe and continuous nausea. Unable to think of other matters.

PRESSURE AREAS/SKIN

This is an assessment of the distress to the patient because of skin/pressure area discomfort.

0	None.
1	Occasional or slight discomfort. Has usual activity and is not bothered to be rid of symptoms.
2	Moderate discomfort, occasional bad days because of skin/pressure area discomfort, some activities limited.
3	Severe discomfort, activities and concentration markedly affected.
4	Severe and continuous discomfort. Unable to think of other matters.

PRURITUS

Effects of his/her pruritus on the patient.

0	None.
1	Occasional or slight itch. Has usual activity and is not bothered to be rid of itch.
2	Moderate distress from itch, occasional bad days. Itch limits some activity.
3	Severe distress from itch, present often. Activities and concentration markedly affected.
4	Severe and continuous itch. Unable to think of other matters.

CONSTIPATION

Effects of his/her constipation on the patient.

0	None.
1	Occasional or grumbling constipation. Has usual activity and is not bothered to be rid of constipation.
2	Moderate constipation, occasional bad days because of bowels.
3	Severe constipation, present often. Activities and concentration markedly affected by bowel habit.
4	Severe and overwhelming constipation. Unable to think of other matters.

DIARRHOEA

Effects of his/her diarrhoea on the patient.

0	None.
1	Occasional or slight diarrhoea. Has usual activity and is not bothered to be rid of diarrhoea.
2	Moderate diarrhoea, occasional bad days. Diarrhoea limits some activity possible with extent of disease.
3	Severe diarrhoea, present often. Activities and concentration markedly affected by diarrhoea.
4	Severe and continuous overwhelming diarrhoea. Unable to think of other matters.

COUGH

Effects of his/her cough on the patient.

0	None.
1	Occasional or slight cough. Has usual activity and is not bothered to be rid of cough.
2	Moderate cough with occasional bad days. Cough limits some activity.
3	Severe cough present often. Activities (e.g. sleep) and concentration markedly affected by cough.
4	Severe and continuous cough. Unable to think of other matters.
Haemoptysis present? – Yes / No	

DYSPHAGIA

Remember – scoring is assessment of patient’s distress from this symptom not necessarily severity of dysphagia itself.

0	None.
1	Occasional or slight dysphagia. Has usual activity and is not bothered to be rid of dysphagia.
2	Moderate distress from dysphagia, occasional bad days. Dysphagia limits some activity possible within extent of disease (e.g. refusing food when offered if out visiting).
3	Severe distress from dysphagia, present often. Activities and concentration markedly affected by dysphagia.
4	Severe and continuous distress from dysphagia. Unable to think of other matters – it may mean patient unable to swallow anything and distressed by this.

VOMITING

Effects of his/her vomiting on the patient.

0	None.
1	Occasional or slight vomiting. Has usual activity and is not bothered to be rid of vomiting.
2	Moderate amount of vomiting, occasional bad days. Vomiting limits some activity possible within extent of disease (e.g. will not go out in case he/she is sick).
3	Severe vomiting, present often. Activities and concentration markedly affected by vomiting.
4	Severe and continuous vomiting. Unable to think of other matters.

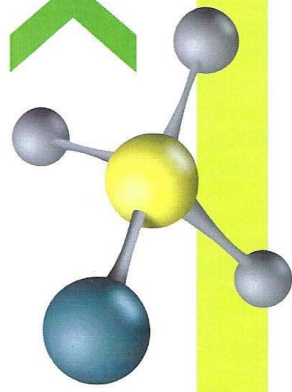
ORAL DISCOMFORT

This is to assess the degree of distress to the patient, for example, dry mouth may be a problem but a coated tongue may not. Would also include sore tongue, ill-fitting dentures (if annoying to patient). Does not include dysphagia.

0	None.
1	Occasional or grumbling oral discomfort. Has usual activity and is not bothered to be rid of oral problem.
2	Moderate oral discomfort, occasional bad days. Oral discomfort limits some activity possible within extent of disease (e.g. not wearing dentures because of sore gums).
3	Severe oral discomfort, present often. Activities and concentration markedly affected by oral discomfort.
4	Severe and continuous oral discomfort. Unable to think of other matters.

Fonte: Abela (2009)

Anexo IV – Certificado de Participação no *Workshop Pain Education*



PAIN
EDUCATION

FUNDAÇÃO
GRÜNENTHAL

VIVER SEM DOR, VIVER MELHOR

workshop

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos, certifica-se que Ângela Raquel Simão Monteiro
participou no Workshop PAIN EDUCATION que se realizou no dia 16
de Novembro de 2019, em Lisboa, com a duração de 8 horas.

Elza Travençolo

FUNDAÇÃO GRÜNENTHAL

PROGRAMA | Classificação da Dor • Fisiologia da Dor • Cronificação da Dor • Avaliação da Dor
• Farmacologia da Dor

**Anexo V – Certificado de Participação no *III Encontro de Cuidados
Paliativos da Serra da Estrela***

III Encontro de Cuidados Paliativos

da Serra da Estrela

Seia

21 e 22 de Novembro 2019



CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Exmo(a). Sr(a).

Ângela Raquel Simões Henriques

participou no III Encontro de Cuidados Paliativos da Serra da Estrela, que decorreu nos dias 21 e 22 de Novembro de 2019, na Casa Municipal da Cultura de Seia, com a duração de 14 horas.

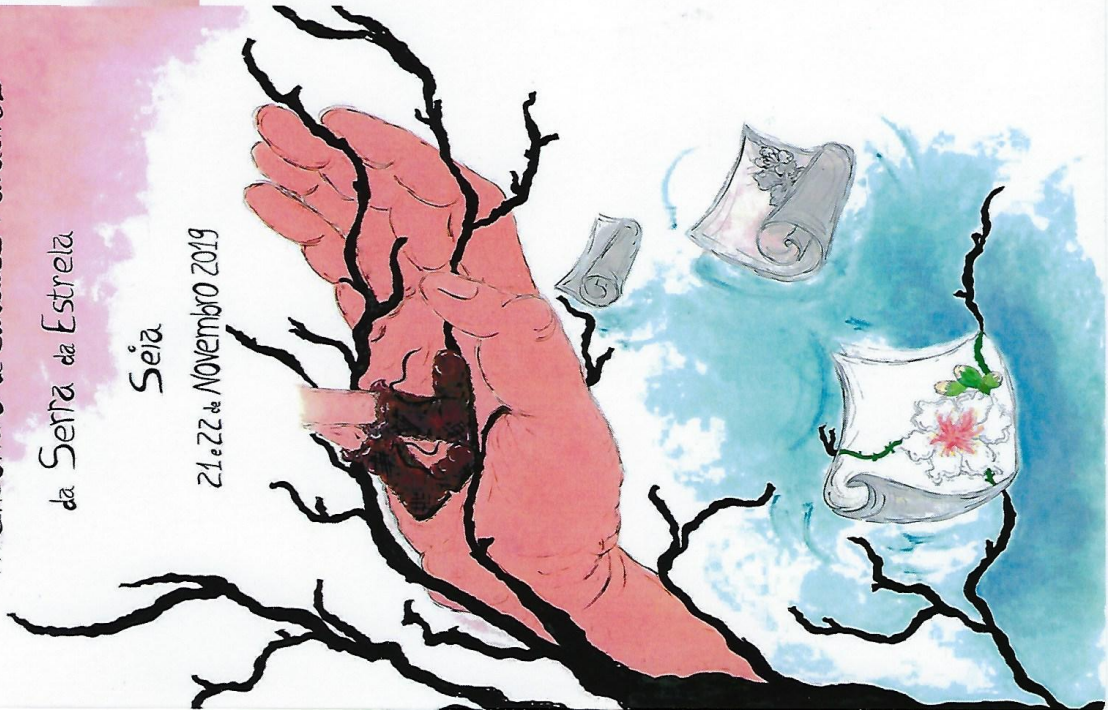
Seia, 22 de Novembro de 2019

Presidente do Conselho de Administração
da ULS Guarda

(Dra. Isabel Coelho)

Presidente da Comissão Organizadora
III Encontro de Cuidados Paliativos da Serra da Estrela

(Dr. Rui Teixeira)



APÊNDICES

Apêndice I – Planeamento dos campos de estágio

1º Objetivo geral: Desenvolver competências científicas, relacionais e técnicas de especialista e mestre que permitam a avaliação das necessidades e a prestação de ações paliativas ao doente oncológico em fim de vida.

Campo Estágio I (UCP 23/9 - 1/11)

<u>Objetivos específicos</u>	<u>Atividades</u>	<u>Recursos</u>	<u>Indicadores de avaliação</u>
1º - Integrar de modo progressivo a equipa multidisciplinar do serviço e a sua dinâmica	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do PI à equipa da UCP e discussão; - Realização de uma reunião para apresentação dos resultados da discussão do projeto; - Visita guiada à UCP; - Realização de entrevista à Enf.ª Chefe; - Consulta e leitura de normas, protocolos e processos clínicos do doente; - Observação da passagem de turno e prestação de cuidados. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Enf.ª Chefe; - Equipa de enfermagem; - Equipa multidisciplinar. <p><u>Materiais:</u> normas, protocolos e processos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta o PI a <u>80% da equipa</u> de enfermagem. - Realiza uma <u>ata da reunião</u> onde divulgou os resultados. - Efetua visita à UCP e entrevista à Enf.ª Chefe e apresenta por escrito a <u>descrição do serviço</u>. - Realiza <u>notas de campo</u> da observação realizada.
2º - Analisar a intervenção do enfermeiro especialista no cuidado ao doente em fim de vida com necessidades paliativas.	<ul style="list-style-type: none"> - Observação das intervenções de enfermagem direcionadas à avaliação dos doentes com necessidades paliativas; - Identificação do(s) instrumento(s) para avaliação dos doentes com necessidades paliativas que melhor se adequem à filosofia de cuidados de enfermagem; - Análise e reflexão com o Enf.º Orientador e individual das práticas de enfermagem ao doente em fim de vida com necessidades paliativas. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Professora orientadora; - Enf.ª Orientadora; - Equipa de enfermagem. <p><u>Materiais:</u> processos clínicos; base de dados eletrónicas para pesquisa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta, por escrito, uma <u>reflexão crítica</u> sobre as intervenções de enfermagem observadas, a descrição do instrumento utilizado na avaliação das necessidades paliativas, os resultados obtidos através da observação dos peritos, bem como da partilha de experiências entre os profissionais.
3º - Identificar os sintomas descontrolados no doente em fim de vida, segundo a sua	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de pesquisa bibliográfica com a melhor evidência científica sobre a abordagem paliativa aos sintomas no doente em fim de vida; 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Professora orientadora; - Enf.ª Chefe; - Equipa de enfermagem; 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta, por escrito, uma <u>Revisão Scoping</u> da literatura sobre o controlo de sintomas no doente em fim de vida.

intensidade e prioridade com vista ao alívio do sofrimento e promoção do conforto.	<ul style="list-style-type: none"> - Colaboração na prestação de cuidados; - Criação de uma <i>Checklist</i> para a identificação dos sintomas descontrolados no doente em fim de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Doente em fim de vida/família. <p><u>Materiais:</u> experiência pessoal e profissional, da</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta, por escrito, a <i>Checklist</i>. - Aplica a <i>Checklist</i> em <u>pelo menos um doente</u> por semana.
4º - Prestar cuidados ao doente em fim de vida com descontrolo de sintomas.	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de cuidados ao doente em fim de vida e família, preferencialmente desde a identificação de necessidades paliativas até à prestação de ações paliativas; - Produção de um Algoritmo-Fluxograma sobre o controlo de sintomas no doente em fim de vida. 	<p>Enf.^a Orientadora de estágio e da equipa multidisciplinar; processo clínico do doente; base de dados eletrónicas; <i>guidelines</i> nacionais e internacionais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presta cuidados, a <u>pelo menos</u>, 4-5 doentes em fim de vida. - Documenta a avaliação da prestação de cuidados. - Apresenta, por escrito, o Algoritmo-Fluxograma sobre o controlo de sintomas.

1º Objetivo geral: Desenvolver competências científicas, relacionais e técnicas de especialista e mestre que permitam a avaliação das necessidades e a prestação de ações paliativas ao doente oncológico em fim de vida. **Campo Estágio II (EIHSCP 4/11 - 13/12)**

<u>Objetivos específicos</u>	<u>Atividades</u>	<u>Recursos</u>	<u>Indicadores de avaliação</u>
1º - Integrar de modo progressivo a equipa interdisciplinar e a sua dinâmica.	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação informal do PI à EIHSCP e discussão; - Realização de entrevista à Enf.^a Orientadora; - Consulta e leitura de normas, protocolos e processos clínicos do doente; - Observação da dinâmica de funcionamento da EIHSCP, passagem de informação clínica e prestação de consultoria. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Enf.^a Orientadora; - Equipa de enfermagem; - Equipa interdisciplinar. <p><u>Materiais:</u> normas, protocolos e processos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta o PI a <u>70% da equipa</u> de enfermagem. - Efetua a entrevista à Enf.^a Orientadora e apresenta por escrito a <u>descrição do serviço</u>. - Realiza <u>notas de campo</u> da observação realizada.
2º Analisar a intervenção do enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Observação da intervenção da equipa de enfermagem na prática de cuidados no âmbito da valência de consultoria aos profissionais dos 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Professora orientadora; 	

especialista no cuidado ao doente em fim de vida com necessidades paliativas no âmbito das diferentes valências da EIHS CP.	diferentes serviços do centro hospitalar e da comunidade; - Identificação do(s) instrumento(s) para avaliação dos doentes com necessidades paliativas que melhor se adequem à filosofia de cuidados de enfermagem; - Análise e reflexão com o Enf.º Orientador e individual das práticas de enfermagem ao doente em fim de vida com necessidades paliativas.	- Enf.ª Orientadora; - Equipa de enfermagem. <u>Materiais:</u> processos clínicos; base de dados eletrónicas para pesquisa.	- Apresenta, por escrito, uma <u>reflexão crítica</u> sobre as intervenções de enfermagem observadas, a descrição do instrumento utilizado na avaliação das necessidades paliativas, os resultados obtidos através da observação dos peritos, bem como da partilha de experiências entre os profissionais. - Realiza um <u>Estudo de Caso</u> .
3º - Reformular o Algoritmo-Fluxograma da intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas ao doente em fim de vida numa UCCI.	- Reformulação do algoritmo-fluxograma criado no 1º campo de estágio adequando-o à realidade do contexto profissional da UCCI; - Realização de uma sessão de formação à equipa de enfermagem sobre o fluxograma de intervenção reformulado na EIHS CP com aplicação prática no contexto profissional da UCCI.	<u>Humanos:</u> - Professora Orientadora; - Enf.ª Orientadora; - Equipa de enfermagem. <u>Materiais:</u> base de dados eletrónicas; artigos científicos, <i>guidelines</i> nacionais e internacionais	- Reformula o fluxograma de intervenção. - Apresenta o fluxograma a 70% da equipa de enfermagem. - Valida o fluxograma de intervenção com os enfermeiros da EIHS CP. - Documenta a intervenção do enfermeiro de acordo com o fluxograma adaptado.

2º Objetivo geral: Promover o conforto do doente oncológico em fim de vida e família numa UCCI. **Campo Estágio III (16/12-20/12 e 6/1-7/2)**

<u>Objetivos específicos</u>	<u>Atividades</u>	<u>Recursos</u>	<u>Indicadores de avaliação</u>
1º - Contribuir para a melhoria da intervenção da equipa de enfermagem ao doente	- Realização de uma reunião com o Enf.º Chefe da unidade para a validação da implementação do PI. - Realização da sessão de apresentação do PI à equipa de enfermagem e médica da unidade.	<u>Humanos:</u> - Enf.º Chefe; - Equipa de enfermagem; - Equipa médica.	- Realiza uma reunião com o Enf.ª Chefe e obtém aprovação positiva quanto à implementação do PI. - <u>Apresenta o PI a 80% da equipa de enfermagem e médica;</u>

<p>em fim de vida com necessidades paliativas.</p>		<p><u>Materiais:</u> projetor de imagem; computador; pesquisa bibliográfica. <u>Temporais:</u> 16 a 20/12/2019</p>	<p>- Aplica instrumento de avaliação da sessão e do grau de satisfação (já instituído).</p>
<p>2º - Identificar os doentes em fim de vida com necessidades paliativas.</p>	<p>- Aplicação dos conhecimentos da prestação de cuidados paliativos ao doente oncológico em fim de vida; - Utilização do instrumento <i>SPICT-PT™</i> para a identificação dos doentes com necessidades paliativas na UCCI.</p>	<p><u>Humanos:</u> - Doente em fim de vida. <u>Materiais:</u> recursos adquiridos nos campos estágio anteriores; <i>guidelines</i> nacionais e internacionais. <u>Temporais:</u> 6 a 17/01/2020</p>	<p>- Identifica o <u>número de doentes</u> com necessidades paliativas.</p>
<p>3º - Identificar os sintomas descontrolados nos doentes em fim de vida identificados com necessidades paliativas.</p>	<p>- Produção da <i>Grelha de observação – ESAS/STAS</i> para a avaliação dos sintomas descontrolados nos doentes em fim de vida com necessidades paliativas. - Realização de uma sessão de formação à equipa de enfermagem sobre aplicação da <i>Grelha de observação – ESAS/STAS</i>. - Aplicação da <i>Grelha de observação – ESAS/STAS</i> para avaliação dos sintomas descontrolados nos doentes em fim de vida na 2ª e 3ª semana de estágio; - Nova aplicação da <i>Grelha de observação – ESAS/STAS</i> na 5ª semana de estágio.</p>	<p><u>Humanos:</u> - Doente em fim de vida. <u>Materiais:</u> recursos adquiridos nos campos estágio anteriores; <i>guidelines</i> nacionais e internacionais. <u>Temporais:</u> 6 a 17/01 e 27 a 31/01/2020</p>	<p>- Cria a <i>Grelha de observação – ESAS/STAS</i>. - Apresenta a sessão de formação a <u>80% da equipa</u> de enfermagem. - Aplica instrumento de avaliação da sessão e do grau de satisfação (já instituído); - Aplica a <i>Grelha de observação – ESAS/STAS</i> a pelo menos <u>80%</u> dos doentes identificados com necessidades paliativas. - <u>Descreve e identifica</u> quais são os sintomas descontrolados no doente em fim de vida com necessidades.</p>

<p>4º - Contribuir para a capacitação da equipa de enfermagem nos cuidados ao doente em fim de vida com necessidades paliativas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de uma sessão de formação acerca das intervenções baseadas na evidência a utilizar no doente em fim de vida com necessidades paliativas; - Colaboração em programas de melhoria de qualidade: sensibiliza a equipa para a importância dos registos de enfermagem; - Prestação de ações paliativas ao doente oncológico em fim de vida; - Construção de grelha de auditoria: observação das práticas da equipa de enfermagem e análise dos registos de enfermagem, relativamente à prestação de ações paliativas. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Enf.º Orientador; - Equipa de enfermagem. <p><u>Materiais:</u> projetor de imagem; computador; pesquisa bibliográfica; <i>guidelines</i> nacionais e internacionais.</p> <p><u>Temporais:</u> 6 a 31/01/2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta a sessão de formação a <u>80% da equipa</u> de enfermagem; - Aplica instrumento de avaliação da sessão e do grau de satisfação (já instituído); - <u>Realiza auditorias</u> para verificar se as linhas orientadoras implementadas, foram úteis.
<p>5º - Fundamentar, de acordo com a evidência, a intervenção da equipa de enfermagem ao doente oncológico em fim de vida com necessidades paliativas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de um Guia Orientador de Boas Práticas Clínicas na prestação de ações paliativas no controlo de sintomas ao doente em fim de vida; - Elaboração, em parceria com o Enf.º Orientador, de um dossier, dirigido à equipa de enfermagem, constituído por literatura de apoio, avaliação das necessidades paliativas, controlo de sintomas e ações paliativas; - Realização de formação informal contínua à equipa de enfermagem sempre que seja necessário. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Enf.º Orientador. - Equipa de enfermagem. <p><u>Materiais:</u> pesquisa bibliográfica; <i>guidelines</i> nacionais e internacionais.</p> <p><u>Temporais:</u> 27/01 a 7/02/2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elabora o <u>Guia Orientador de Boas Práticas Clínicas</u> sobre o controlo de sintomas ao doente em fim de vida. - Desenvolve, com o Enf.º Orientador, <u>um dossiê</u> sobre a temática. - Fornece apoio e formação contínua à equipa de enfermagem sobre a temática.
<p>6º Analisar a prática de cuidados ao doente em</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão com o Enf.º Orientador e individual sobre a prática de cuidados ao doente em fim de vida com necessidades paliativas. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Enf.º Orientador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza, por escrito, uma <u>reflexão</u> sobre a prática de cuidados.

<p>fim de vida com necessidades paliativas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização da análise comparativa dos resultados da aplicação da <i>Grelha de observação</i> – <i>ESAS/STAS</i> no início e final do estágio. - Divulgação à equipa de enfermagem dos resultados obtidos após a aplicação da <i>Grelha de observação</i> – <i>ESAS/STAS</i> ao doente em fim de vida e das perspetivas futuras para a implementação do PI. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa de enfermagem. <p><u>Materiais:</u> pesquisa bibliográfica; <i>guidelines</i> nacionais e internacionais.</p> <p><u>Temporais:</u> 27/01 a 7/02/2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta a análise dos resultados da <i>Grelha de observação</i> – <i>ESAS/STAS</i> e verifica se houve melhoria de sintomas em pelo <u>menos 90% dos doentes</u>. - Consegue a participação de <u>pelo menos 80%</u> da equipa de enfermagem. - <u>Elabora o relatório</u> de estágio.
---	---	---	--

Apêndice II – Sondagem de Opinião

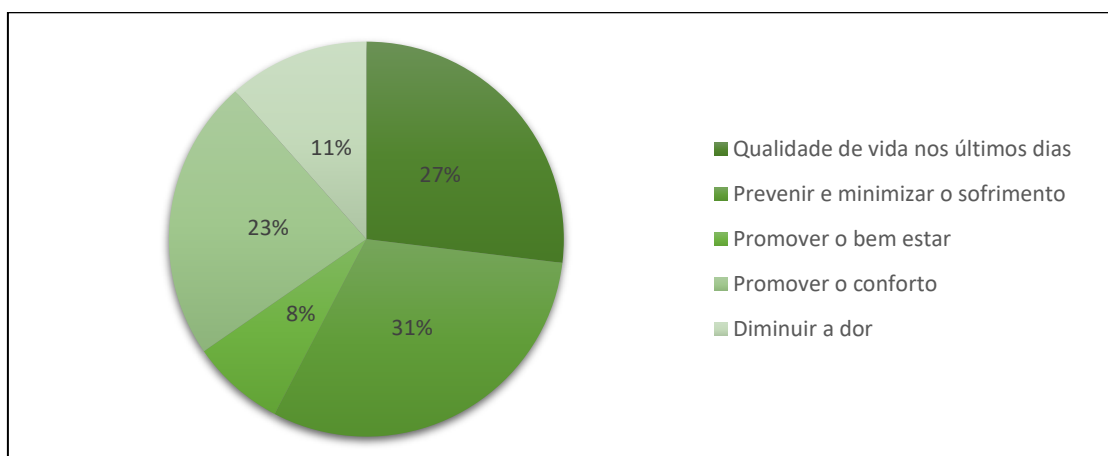
RESULTADOS DA SONDAGEM DE OPINIÃO

Estes resultados são referentes à análise dos dados obtidos, através do questionário para sondagem de opinião aplicado à equipa de enfermagem da UCCI, sobre as principais necessidades na identificação dos doentes com necessidade de ações paliativas. Sendo composto por quatro questões abertas.

A amostra incluída corresponde a, aproximadamente, 86% da totalidade de enfermeiros da UCCI, sendo de 12 participantes. Todos os questionários foram respondidos respeitando o anonimato, confidencialidade e respeito legal e todas as respostas obtidas foram consideradas válidas. A sua análise encontra-se explanada seguidamente.

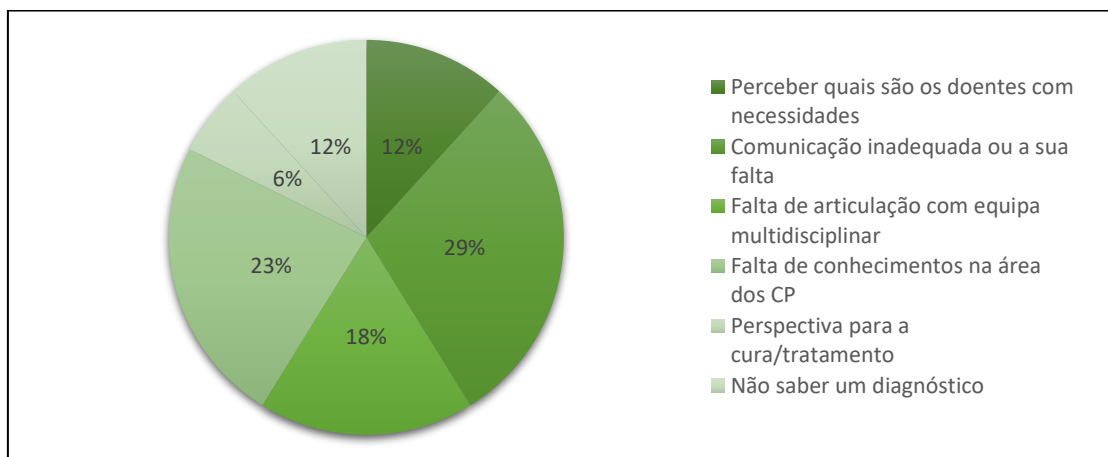
Questão 1 – O que considera serem ações paliativas à pessoa com doença oncológica em fim de vida?

Gráfico 1 – Ações Paliativas são ações que visam



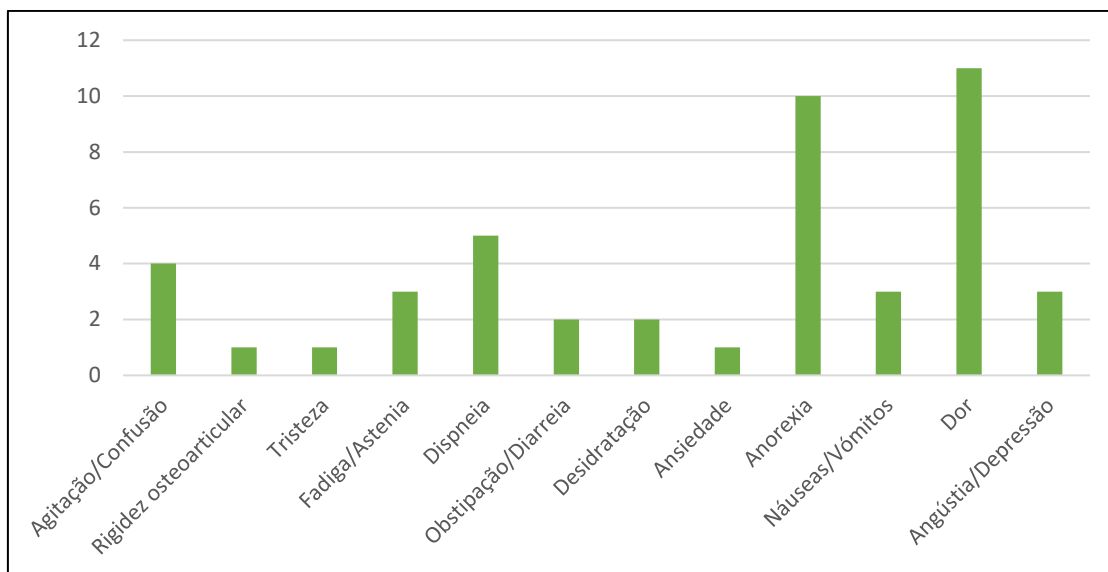
Questão 2 – Aponte quais as principais dificuldades que sente em identificar um doente com necessidade de ações paliativas?

Gráfico 2 – Principais dificuldades apontadas pela equipa



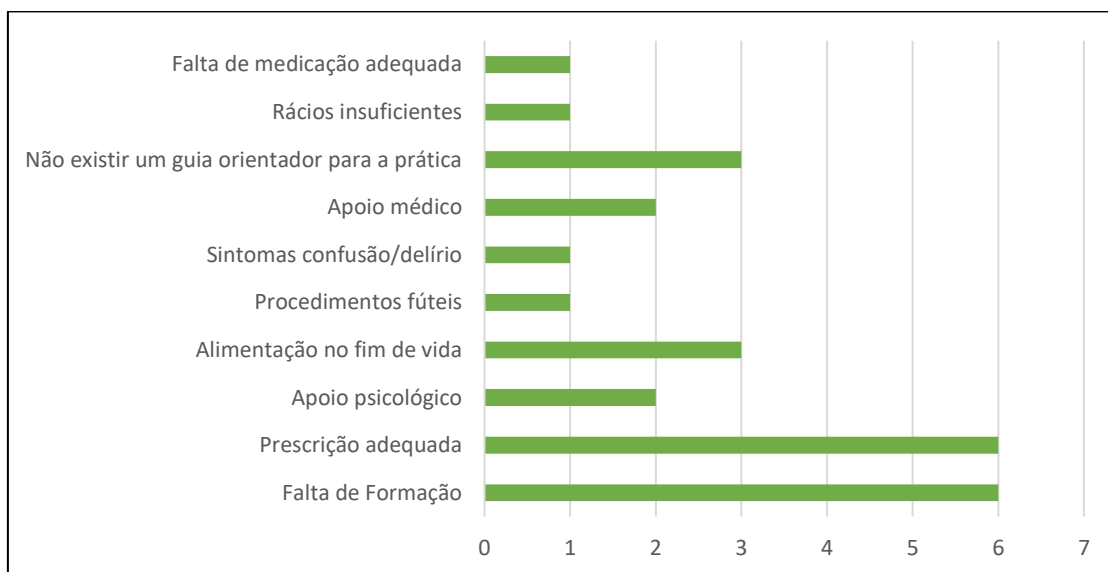
Questão 3 – Que sintomas mais frequentes identifica, na pessoa com doença oncológica, na UCCI?

Gráfico 3 – Sintomas mais frequentes



Questão 4 – Aponte quais as principais dificuldades que sente no controlo dos sintomas que identificou?

Gráfico 4 – Principais dificuldades no controlo de sintomas



Apêndice III – Grelha de Observação – *ESAS/STAS*

GRELHA DE OBSERVAÇÃO – ESAS/STAS

Torna-se pertinente referir que este instrumento foi desenhado com recurso à evidência científica e contributos dos campos de estágio UCP e EIHSCP, comprovando a importância desta articulação com a prática de cuidados (OE, 2019).

Assim, a lista de sintomas presente na *Grelha de Observação – ESAS/STAS* compreende os sintomas mais comuns, identificados no primeiro campo de estágio, suportado pela revisão *scoping* (Apêndice V) e confirmados na observação da prestação de cuidados ao doente em fim de vida.

No segundo campo de estágio com o conhecimento da *STAS* (Anexo III) durante as observações da prática clínica, percebendo o contributo da mesma na identificação e quantificação dos sintomas no doente em fim de vida, o que está de acordo com os achados na sondagem de opinião (Apêndice II), realizada antes da elaboração do PI, em que os enfermeiros da UCCI, também manifestaram dificuldades no controlo de sintomas.

Foi com base nestes contributos e, numa escala tipo visual numérica, que se avaliaram os sintomas do doente em fim de vida com necessidade de CP, transportando posteriormente esta escala para o meu contexto profissional.

Após a observação do doente pelo enfermeiro, foi fornecida a escala verificando possíveis dificuldades na leitura e registo das respostas pelo doente. Nos doentes em que se verificou não existir qualquer tipo de dificuldade, o mesmo preencheu a escala e devolveu quando terminada. Nos que necessitaram de apoio, o enfermeiro ficou próximo, para leitura das questões e registo das respostas. Existiram também situações em que o doente não tinha condições clínicas para o preenchimento, sendo a avaliação realizada pelo enfermeiro.

GRELHA DE OBSERVAÇÃO – ESAS/STAS

Nome: _____ Idade: _____ Diagnóstico: _____

Motivo referenciação: _____ Data avaliação: _____

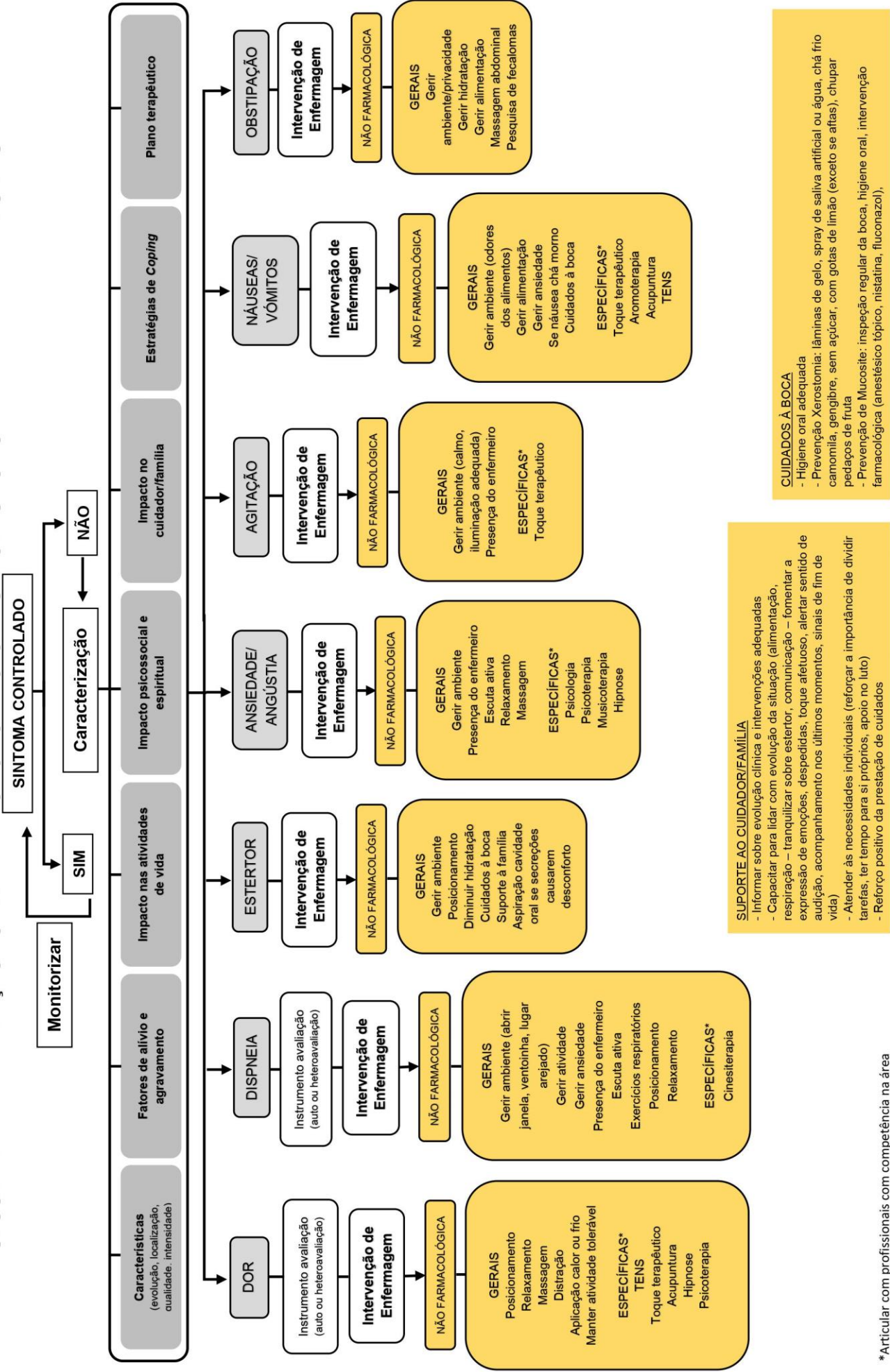
Tabela 1: Registo de avaliação dos sintomas descontrolados no doente em fim de vida.

	ESAS/EV	Caracterização	Notas	STAS
Dor				
Dispneia				
Fadiga				
Anorexia				
Obstipação/Diarreia				
Alterações da boca				
Disfagia				
Náuseas/Vómitos				
Hemorragia				
Edema/Ascite				
Agitação/Confusão				
Tristeza				
Ansiedade				
Défice neurológico				
Outros				

STAS 0 – sem repercussão 1 – nenhuma preocupação 2 – incomodo moderado: limita algumas atividades 3 – incomodo frequente e severo: atividades e concentração afetadas 4 – incomodo continuo: incapaz de pensar outras coisas

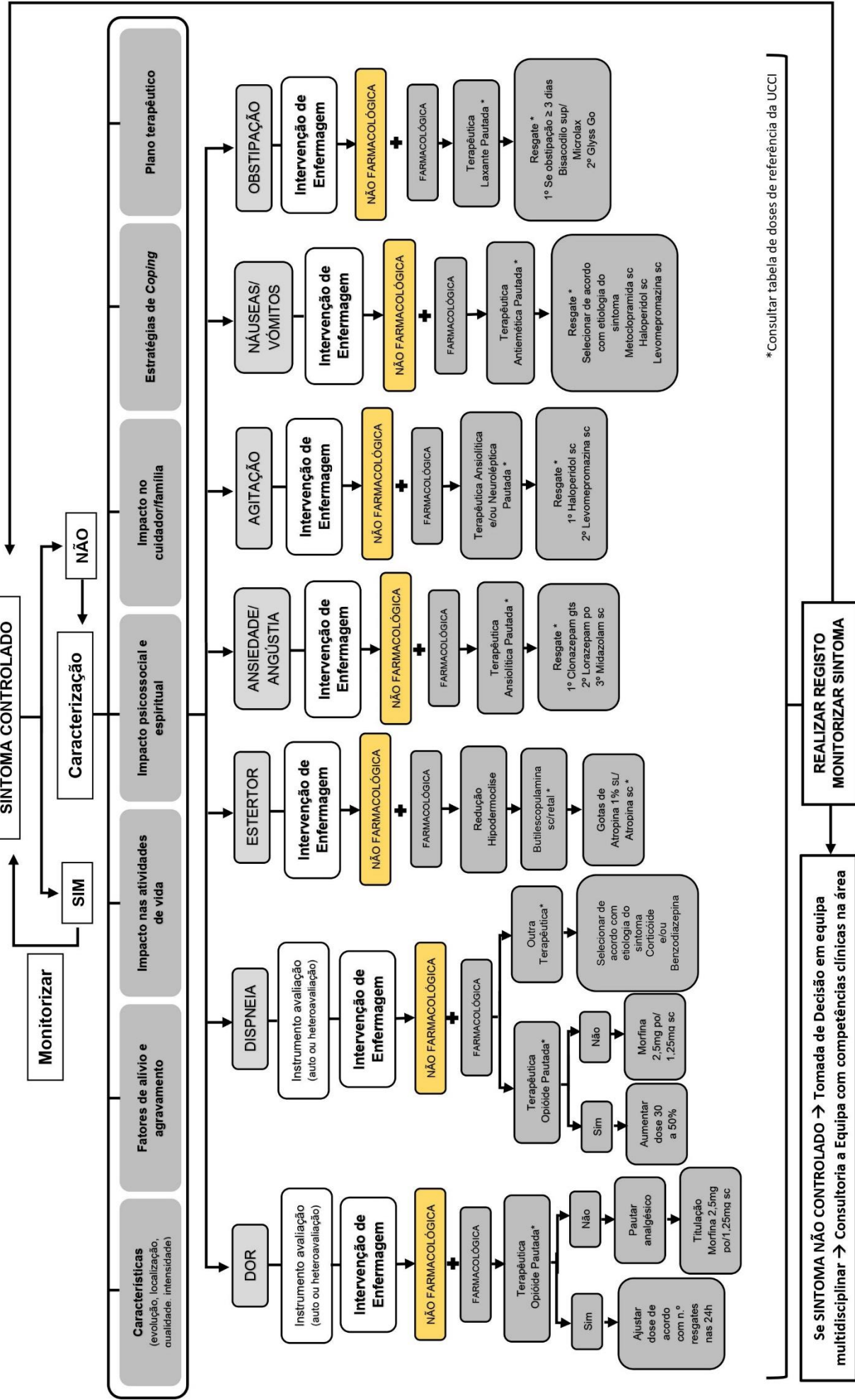
**Apêndice IV – Fluxograma – Intervenção do enfermeiro no controlo
de sintomas ao doente em fim de vida numa UCCI**

FLUXOGRAMA DA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTROLO DE SINTOMAS AO DOENTE EM FIM DE VIDA NUMA UCCI



*Articular com profissionais com competência na área

FLUXOGRAMA DA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTROLO DE SINTOMAS AO DOENTE EM FIM DE VIDA NUMA UCCI



Apêndice V – Revisão *Scoping*



**Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em
Enfermagem Oncológica**

Estágio com Relatório

- REVISÃO SCOPING -

**A ABORDAGEM PALIATIVA NO CONTROLO DE SINTOMAS
DO DOENTE ONCOLÓGICO EM FIM DE VIDA**

Ângela Raquel Simão Montez N.º 8844

Orientador: Professora Doutora Maria Deolinda Luz
Enf.^a Orientadora: Enf.^a Especialista Tetyana Kolodiy

Lisboa

Outubro de 2019

REVISÃO SCOPING

A ABORDAGEM PALIATIVA NO CONTROLO DE SINTOMAS DO DOENTE ONCOLÓGICO EM FIM DE VIDA

Ângela Raquel Simão Montez¹

¹ Enfermeira de Cuidados Gerais na Unidade de Cuidados Continuados de [REDACTED]; Pós-graduação em Cuidados Paliativos; Aluna do 10º Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica

OBJETIVO/ QUESTÃO DE PESQUISA

O objetivo desta revisão *scoping* passa por mapear e sintetizar a evidência existente relativamente à abordagem paliativa no controlo de sintomas do doente oncológico em fim de vida.

Como tal, pretendemos responder à seguinte questão:

Qual a abordagem paliativa no controlo de sintomas ao doente oncológico em fim de vida?

A formulação da questão de pesquisa baseou-se na mnemónica **PCC**, em que População (**P**), Conceito (**C**) e Contexto (**C**). Sendo, a População (**P**) todos os doentes oncológicos em fim de vida, o Conceito (**C**) abordagem paliativa no controlo de sintomas e o Contexto (**C**) todos os contextos clínicos de fim de vida.

Esta mnemónica procura a evidência e define os atributos dos estudos que irão ser encontrados com as pesquisas futuras.

O controlo de sintomas no doente oncológico em fim de vida é uma preocupação e um dos principais objetivos na abordagem paliativa, neste sentido o enfermeiro realiza intervenções para aumentar o nível de conforto do doente, após a avaliação das suas necessidades, e onde se podem incluir as intervenções para o controlo de sintomas, de forma a atingir uma morte serena.

BACKGROUND

Nos cuidados prestados ao doente oncológico em fim de vida torna-se basilar promover o conforto e a qualidade de vida, em detrimento da utilização de técnicas invasivas que vão prolongar a vida, mas também o sofrimento. Sendo assim, o foco dos cuidados em fim de vida são a promoção do conforto, com destaque para o controlo de sintomas e alívio do sofrimento (Neto, 2013, Romero et al. 2018).

Os doentes oncológicos apresentam muitos sintomas que prejudicam a sua qualidade de vida, sendo a identificação e controlo desses sintomas um processo desafiador. De acordo com Homsí et al (2006), a investigação detalhada dos sintomas é essencial para uma adequada palição. Bowers & While (2019) referem que pode ser necessário uma variedade de terapêuticas para o alívio e o controlo de sintomas nos doentes em fim da vida.

Neste sentido, e de acordo com Siouta et al (2016) os cuidados paliativos têm como objetivo melhorar a qualidade de vida dos doentes e famílias que enfrentam doenças fatais, proporcionando alívio da dor e de outros sintomas, apoio espiritual e psicossocial desde o diagnóstico até ao fim de vida, bem como o apoio no luto. O objetivo dos cuidados paliativos é prevenir e aliviar o sofrimento, promovendo qualidade de vida para os doentes e famílias, independentemente do estágio da sua doença ou da necessidade de outros tratamentos (Siegel & Bigelow, 2018).

Quando aplicados precocemente os cuidados paliativos podem melhorar o controlo de sintomas e a qualidade de vida do doente oncológico, bem como reduzir o custo dos cuidados. As equipas de cuidados paliativos têm como objetivo avaliar e controlar as necessidades de cuidados do doente e família nos domínios físico, psicológico, social, espiritual, e também a necessidade de informação/educação. (Bruera & Yennurajalingam, 2012).

O objetivo desta pesquisa, torna-se relevante, no sentido de divulgar a abordagem paliativa mais adequada no controlo de sintomas do doente oncológico em fim de vida, dando visibilidade às intervenções de enfermagem realizadas para controlo dos mesmos.

PALAVRAS-CHAVE:

Abordagem paliativa, controlo de sintomas, doente oncológico, fim de vida.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

Considerando, a questão de pesquisa, anteriormente descrita, foram definidos os critérios de inclusão e exclusão, de modo a encontrar os estudos mais pertinentes para a temática em evidência nesta revisão *scoping*.

Tipo de Participantes (P)

Foram incluídos estudos que apenas incluam os doentes oncológicos em fim de vida, em cuidados paliativos ou com prestação de ações paliativas, sendo excluídos todos os participantes em idade pediátrica.

Conceito (C)

Foram integrados todos os estudos que exploram, identificam e/ou descrevem a abordagem paliativa, nomeadamente, a prestação de ações paliativas no controlo de sintomas, nos participantes já definidos.

Contexto (C)

Foram considerados todos os contextos clínicos de fim de vida ou cuidados paliativos.

Fontes de pesquisa

Foram considerados todos os tipos de estudos, quantitativos e qualitativos, publicados a partir do ano de 2009, (mantendo o espaço temporal dos últimos 10 anos), nos idiomas de português, inglês e espanhol.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

De modo a obter a melhor evidência para responder à questão, já anteriormente descrita, foi efetuada uma pesquisa preliminar nas bases de dados electrónicas, CINAHL Complete, MEDLINE Complete e no *Joanna Briggs Institute Evidence-Based Practice Resources on Ovid*, no sentido de encontrar protocolos de revisões *scoping* que se referissem à mesma temática. Verificou-se a inexistência da mesma, recebendo pertinência o desenvolvimento desta revisão podendo dar visibilidade à abordagem paliativa no controlo de sintomas, promovendo o aumento do conhecimento nesta área de interesse.

Com o intuito de responder à questão de pesquisa, prossegui à pesquisa nas bases de dados já referidas usando os seguintes termos de linguagem natural, “*palliative approach*”, “*symptom control*” e “*symptom assessment scales*” o que me permitiu aceder a alguns documentos.

A amostra deste estudo serão os adultos com doença oncológica em fim de vida. Ficando assim, excluídos desta revisão *scoping* a população em idade pediátrica, que também não se insere na unidade de cuidados continuados onde exerço funções e onde será implementado o projeto, que tem como suporte esta revisão.

A organização desta revisão *scoping* foi efetuada previamente e seguiu a metodologia descrita no *The Joanna Briggs Institute Reviewers’ Manual* (2015), baseando-se em três etapas, que serão expostas seguidamente.

Foram mobilizados os elementos *PCC*, anteriormente descritos para definir os termos de pesquisa e possíveis combinações.

Foi realizada, na primeira etapa, uma pesquisa inicial na plataforma *EBSCOhost*, nas bases de dados *CINAHL Plus with Full Text* e *MEDLINE with Full Text* com base no título e no background.

As palavras-chave e expressões de pesquisa que foram selecionadas são em português: abordagem paliativa, controlo de sintomas, doente oncológico e fim de vida; e em inglês “*palliative care*”, “*palliative approach*”, “*symptom control*”, “*symptom assessment scales*”, “*cancer patients*” e “*end of life*”.

Numa segunda etapa, numa pesquisa mais extensa, foram utilizadas as palavras-chaves e os termos indexados nas bases de dados selecionadas, de forma a obter os artigos que se encaixavam nos critérios de busca.

Os estudos publicados em português, inglês e espanhol, serão considerados para inclusão nesta revisão.

Numa terceira fase, será realizada uma pesquisa manual nas listas de referências bibliográficas dos artigos selecionados.

Na base de dados *CINAHL*, procedeu-se à pesquisa por cada um dos termos de indexação (*CINAHL Headings*) isoladamente “*cancer patients*” e “*palliative care*” e utilizámos como termos de linguagem natural, *end of life*, *palliative approach*, *symptom control* e *symptom assessment scales*. Seguidamente foram utilizados os operadores booleanos *OR* e *AND*, procedendo tal como demonstrado na tabela n.º 1.

Pesquisa	Termos de pesquisa
S1	cancer patients
S2	“end of life”
S3	palliative care
S4	“palliative approach”
S5	“symptom control”
S6	“symptom assessment scales”
S7	S1 OR S2
S8	S3 OR S4
S9	S5 OR S6
S10	S7 AND S8 AND S9

Tabela n.º 1 - Histórico da pesquisa da CINAHL

Os resultados da etapa anterior conduziram a uma pesquisa final entre todas as pesquisas com a junção AND (S10) tendo resultado em **21 artigos**.

Os termos de busca (descritores MESH) utilizados na pesquisa MEDLINE foram: “cancer patients” e “palliative care”. Como termos naturais utilizámos: *end of life*, *palliative approach*, *symptom control* e *symptom assessment scales*. Posteriormente, tal como para a pesquisa anterior, foram utilizados os operadores booleanos OR e AND, procedendo como demonstrado na tabela n.º 2.

Pesquisa	Termos de pesquisa
S1	cancer patients
S2	“end of life”
S3	palliative care
S4	“palliative approach”
S5	“symptom control”
S6	“symptom assessment scales”
S7	S1 OR S2
S8	S3 OR S4
S9	S5 OR S6
S10	S7 AND S8 AND S9

Tabela n.º 2 - Histórico da pesquisa da MEDLINE

Por último, fizemos a pesquisa final com os resultados das pesquisas anteriores, usando o prefixo AND (S10) tendo encontrado **156 artigos**.

Foram identificadas 21 referências na CINAHL Plus with Full Text e 156 na MEDLINE with Full Text, perfazendo um total de **177 registros**.

Após as etapas descritas foi realizada a seleção de estudos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão já definidos.

Nesta revisão *scoping* foram incluídos estudos publicados em português, inglês e espanhol, para que a pesquisa fosse mais abrangente.

Relativamente, aos limites temporais, foram considerados estudos publicados nos últimos dez anos, uma vez que os elementos da mnemónica, *PCC*, são pouco limitativos.

EXTRAÇÃO DE DADOS

Os dados, dos artigos anteriormente seleccionados, foram extraídos dos artigos incluídos na revisão *scoping*, conforme indicado pela metodologia do *Joanna Briggs Institute* (2015), para a revisão *scoping*.

Os estudos foram seleccionados de acordo com a informação compreendida no título e resumo dos mesmos. Contudo, quando existiam dúvidas acerca da pertinência de algum artigo, o mesmo foi analisado na íntegra.

Foram extraídos dos artigos seleccionados os resultados que fomentam o objetivo e a questão de pesquisa, utilizando o instrumento de extração de resultados para sistematização deste processo construído na UC de Investigação em Enfermagem deste mestrado. Esse instrumento foi organizado de acordo com os seguintes itens: referência bibliográfica; título do artigo; autor(es); ano da publicação; local do estudo; palavras-chave; método de estudo; objetivo do estudo; população; conceito; contexto em estudo e *outcomes*.

Indo ao encontro dos critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos artigos, excluí os que não cumpriam esses critérios e não se referiam à temática em análise, diminuindo de **177 artigos para 11 artigos**. Sendo que dois dos artigos apareceram em ambas as pesquisas, foram seleccionados para análise integral o total de **nove artigos**, cujas referências se seguem:

- Bruera, E.& Yennurajalingam, S. (2012). Palliative Care in Advanced Cancer Patients: How and When? *The Oncologist*,17, 267–273. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2011-0219>

- Fitch, M.I. (2012). Supportive care needs of patients with advanced disease undergoing radiotherapy for symptom control. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 22(2), 84-100. DOI: [10.5737/1181912x2228491](https://doi.org/10.5737/1181912x2228491)
- Gaertner, J; Drabik, A.; Marschall, u.; Schlesiger, G.; Voltz, R.; Stock, S. (2013). Inpatient palliative care: a nationwide analysis. *Health Policy*, 109, 311-318. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.07.009>
- Harstäde, C.W., Blomberg, K., Benzein, E. & Ostlund, U. (2018). Dignity-conserving care actions in palliative care: an integrative review of Swedish research. *Scand Journal of Caring Science*. 32, 8-23. <https://doi.org/10.1111/scs.12433>
- McVey, P.; McKenzie, H. & White, K. (2014). A community-of-care: the integration of a palliative approach within residential aged care facilities in Australia. *Health and Social Care in the Community*, 22(2), 197–209. <https://doi.org/10.1111/hsc.12077>
- Mulville, A.K.; Widick, N.N. & Makani, N. S. (2018). Timely referral to hospice care for oncology patients: a retrospective review. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 36 (6), 466-471. <https://doi.org/10.1177/1049909118820494>
- Pungchompoo, W.; Suwan, P.; Kunapun, S.; Pungchompo, S.; Tungpunkum, P. (2019). Experiences of symptoms and health service preferences among older people living with chronic diseases during the last year of life. *International Journal of Palliative Nursing*, 25 (3), 129-141. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2019.25.3.129>
- Siegel, M. & Bigelow, S. (2018). Palliative care symptom management in the emergency department: the ABC's of symptom management for the emergency physician. *The Journal of Emergency Medicine*, 54, (1), 25–32. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2017.08.004>
- Siouta, N., Van Beek, K., van der Eerden, M.E.; Preston, N.; Hasselaar, J.G.; Hughes, S.; Garralda, E.; Centeno, C.; Csikos, A.; Groot, M.; Radbruch, L.; Payne, S. & Menten, J. (2016). Integrated palliative care in Europe: a qualitative systematic literature review of empirically-tested models in cancer and chronic disease. *BMC Palliative Care*, 15:56, 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0130-7>

Após a leitura integral dos artigos obtidos e para que a informação recolhida possa estar facilmente acessível, completei o instrumento já referido anteriormente.

Para além do presente trabalho desenvolvido, torna-se importante mencionar que realizei durante o mesmo período de tempo, pesquisa bibliográfica autónoma, recorrendo a informação disponível em fontes primárias, artigos científicos e literatura cinzenta, através de pesquisas realizadas no motor de busca *Google Scholar* e *websites* de sociedades de peritos, cujas referências bibliográficas se encontram no relatório de estágio, como também à análise reflexiva da minha prática de cuidados, atendendo à melhoria de cuidados na assistência ao doente em fim de vida, assim como ao desenvolvimento de competências.

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Partindo sempre das orientações de *The Joana Briggs Institute Reviewers' Manual (2015) – Methodology for JBI Scoping Reviews*, os resultados principais da análise de cada artigo são apresentados em forma de tabela, de modo a permitir um rápido mapeamento dos dados extraídos dando resposta à questão de partida.

Assim, o objetivo desta revisão *scoping* passa por mapear os artigos selecionados quanto à abordagem paliativa no controlo de sintomas ao doente oncológico em fim de vida.

Referência Bibliográfica	Bruera, E.& Yennurajalingam, S. (2012). Palliative care in advanced cancer patients: how and when? <i>The Oncologist</i> ,17, 267–273. https://doi.org/10.1634/theoncologist.2011-0219
Título do Artigo	Palliative care in advanced cancer patients: how and when?
Autor(es)	Eduardo Bruera & Sriram Yennurajalingam
Ano da Publicação	2012
Local de Estudo	Estados Unidos
Palavras-Chave	Cuidados paliativos precoce; Eficácia dos cuidados paliativos; Controlo de sintomas; Custo dos cuidados; Cuidados de qualidade; Cuidados de suporte.
Método de Estudo	Análise de um caso clínico
Objetivo de Estudo	Discutir o impacto do acesso precoce a cuidados paliativos à luz das evidências atualmente disponíveis, e recomendar a forma de melhorar o acesso precoce aos cuidados paliativos por meio de educação e pesquisa.
População	Doentes oncológicos.
Conceito	Estratégias para melhorar o acesso precoce aos cuidados paliativos por meio de educação e pesquisa.
Contexto em Estudo	Acesso precoce ao serviço de cuidados paliativos.
Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O acesso precoce aos cuidados paliativos pode melhorar o controle dos sintomas e a qualidade de vida do doente e reduzir o custo dos cuidados; ▪ O modelo de cuidados integrados entre o oncologista primário e uma equipa de cuidados de suporte paliativos permite que o oncologista se concentre em todos os aspetos do tratamento do cancro, enquanto a equipa de cuidados de suporte paliativos aborda os sintomas físicos e as preocupações psicossociais. ▪ Mostraram melhorar o controlo de sintomas em doentes com cancro avançado como resultado de uma consulta de cuidados paliativos. ▪ Melhorias semelhantes em sintomas físicos e psicológicos e outros resultados de qualidade de cuidados relacionados com o doente foram encontrados quando os cuidados paliativos foram prestados por unidades de cuidados paliativos internados, consultas de equipa móvel e consultas de cuidados paliativos em unidades de terapia intensiva. ▪ Importância da avaliação sistemática dos sintomas, usando ferramentas padronizadas como o <i>ESAS</i>. ▪ Equipa interdisciplinar capaz de controlar rapidamente os problemas físicos, emocionais, funcionais, sociais/familiares e espirituais.

Referência Bibliográfica	Fitch, M.I. (2012). Supportive care needs of patients with advanced disease undergoing radiotherapy for symptom control. <i>Canadian Oncology Nursing Journal</i> , 22(2), 84-100. DOI: 10.5737/1181912x2228491
Título do Artigo	Supportive care needs of patients with advanced disease undergoing radiotherapy for symptom control.
Autor(es)	Margaret I. Fitch
Ano da Publicação	2012
Local de Estudo	Toronto, Ontário, Canadá
Palavras-Chave	
Método de Estudo	Estudo transversal descritivo - questionário de autorrelato
Objetivo de Estudo	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as necessidades de cuidados de suporte (físicas, emocionais, sociais, espirituais, psicológicas e práticas) de doentes com cancro avançado que frequentaram a Clínica de Resposta Rápida de Radioterapia Paliativa; - Determinar se os doentes apresentavam necessidades não atendidas e se desejavam apoio para atender a essas necessidades.
População	Doentes com cancro avançado submetidos a radioterapia.
Conceito	Necessidades de cuidados de suporte de doentes que vivem com cancro avançado que frequentam uma clínica de radioterapia para controlo de sintomas.
Contexto em Estudo	Qualidade dos cuidados prestados a doentes com cancro
Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Os doentes relataram que estavam experimentando suporte necessidades de cuidados em todos os sete domínios e para quase todos os itens; ▪ Seis questões eram do domínio físico (falta de energia, dor, não ser capaz de fazer as coisas que você costumava fazer, não ser capaz de trabalhar em casa, sentir-se mal e diminuir apetite); três eram psicológicos (medos sobre deficiência física ou deterioração, medos sobre a propagação do cancro e medos sobre a dor); um era social (preocupações com as preocupações das pessoas próximas a você); e um, emocional (sentir-se para baixo ou deprimido); ▪ Os enfermeiros oncológicos precisam fornecer aos doentes sugestões para controlar a falta de energia que podem levar a uma melhor qualidade de vida; ▪ Follow-up telefónico para doentes paliativos para avaliar a palição dos sintomas, em vez de esperar o retorno à clínica para avaliação; ▪ Os sintomas de depressão e ansiedade melhoram quando são prestados cuidados por uma equipe multiprofissional;

	<ul style="list-style-type: none">▪ A intervenção psicossocial pode melhorar o bem-estar e a sobrevivência nos doentes oncológicos e o bem-estar de pacientes paliativos▪ Os enfermeiros oncológicos devem avaliar as necessidades específicas dos doentes nas várias áreas (física, psicossocial, espiritual, informativa, prática), mas devem estar cientes de que alguns doentes não querem ajuda.▪ Enfermeiros e doentes devem dialogar e perceber, tendo por base a perspetiva do doente, o que é uma preocupação e que cuidados podem estar disponíveis para tratá-la;
--	--

Referência Bibliográfica	Gaertner, J; Drabik, A.; Marschall, U.; Schlesiger, G.; Voltz, R.; Stock, S. (2013). Inpatient palliative care: c nationwide analysis. <i>Health Policy</i> ,109, 311-318. http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.07.009
Título do Artigo	Inpatient palliative care: c nationwide analysis.
Autor(es)	Jan Gaertner; Anna Drabik; Ursula Marschall; Grit Schlesiger; Raymond Voltz; Stephanie Stock
Ano da Publicação	2013
Local de Estudo	Alemanha
Palavras-Chave	Medicina paliativa; Custos; Fim de vida; Cancro; Correspondência de pontuação de propensão
Método de Estudo	Estudo de caso-controle retrospectivo
Objetivo de Estudo	Analisar os efeitos do internamento em Cuidados Paliativos a doentes oncológicos nos últimos seis meses de vida.
População	Doentes oncológicos em fim de vida
Conceito	Controlo de sintomas, local de morte, agressividade do cuidado, decisões de fim de vida e custos de cuidados de saúde.
Contexto em Estudo	Internamento em Cuidados Paliativos
Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O uso de opioides é uma das medidas utilizadas para a dor e o controlo dos sintomas de doentes oncológicos; ▪ Permitir que os doentes morram em casa é uma medida valiosa para a qualidade do tratamento do cancro e autonomia do doente. Contudo, sintomas complexos, a carga de sintomas e o status de desempenho reduzido estão geralmente associados a um maior número de mortes no hospital; ▪ O benefício da integração dos cuidados paliativos só pode ser alcançado se os mesmos forem integrados no início da doença; ▪ Existe uma redução da agressividade dos tratamentos de quimioterapia após a integração de cuidados paliativos; ▪ A decisão de interromper ou não iniciar a nutrição artificial requer comunicações difíceis, emocionais e demoradas com famílias e doentes; ▪ Para a implementação de uma abordagem de cuidados paliativos, a política de saúde deve estabelecer requisitos de qualidade que atendam a cuidados paliativos de qualidade.

Referência Bibliográfica	Harståde, C.W., Blomberg, K., Benzein, E. & Ostlund, U. (2018). Dignity-conserving care actions in palliative care: an integrative review of Swedish research. <i>Scand Journal of Caring Science</i> . 32, 8-23. https://doi.org/10.1111/scs.12433
Título do Artigo	Dignity-conserving care actions in palliative care: an integrative review of Swedish research
Autor(es)	Carina Werkander Harståde; Karin Blomberg; Eva Benzein & Ulrika Ostlund
Ano da Publicação	2018
Local de Estudo	Suécia
Palavras-Chave	Modelo de dignidade de Chochinov; Dignidade; Cuidados de fim de vida; Revisão integrativa; Cuidados Paliativos; <i>Dignity Care Intervention</i>
Método de Estudo	Revisão integrativa da literatura
Objetivo de Estudo	Encontrar sugestões da literatura de pesquisa sueca sobre ações de cuidado relacionadas aos temas do modelo de dignidade de Chochinov.
População	Pessoas com necessidade de cuidados paliativos (incluindo idosos frágeis), outras pessoas significativas e profissionais de saúde
Conceito	Ações de cuidado para preservação da dignidade na prática de enfermagem
Contexto em Estudo	Cuidados paliativos especializados e gerais em cuidados domiciliários, cuidados hospitalares e lares de idosos
Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Os cuidados sugeridos incluíram escuta, comunicação, informação, controlo de sintomas, facilitação do dia a dia, relação de confiança e inclusão do doente na tomada de decisão; ▪ Pessoas com necessidade de cuidados paliativos descrevem, viver uma vida significativa, e preferências como profissionais responsivos, ambiente com resposta aos cuidados e capacidade das organizações de cuidados fornecerem uma resposta rápida e adequada; ▪ <i>Dignity Care Intervention</i> é uma forma das enfermeiras fornecerem cuidados paliativos centrados na pessoa que preservarão a dignidade dos doentes; ▪ O cuidado conservador da dignidade deve compreender intervenções de cuidado adaptadas às necessidades das pessoas individuais e à fonte de angústia que pode influenciar sua dignidade.

Referência Bibliográfica	McVey, P.; MCKenzie, H. & White, K. (2014). A community-of-care: the integration of a palliative approach within residential aged care facilities in Australia. <i>Health and Social Care in the Community</i> , 22(2), 197–209. https://doi.org/10.1111/hsc.12077
Título do Artigo	A community-of-care: the integration of a palliative approach within residential aged care facilities in Australia.
Autor(es)	Peta McVey; Heather MCKenzie & Kate White
Ano da Publicação	2014
Local de Estudo	Austrália
Palavras-Chave	Lar de idosos; Cuidar de idosos; Doença crónica; Cuidados de fim de vida; Cuidados paliativos
Método de Estudo	Qualitativo - Entrevistas
Objetivo de Estudo	Explorar até que ponto a abordagem paliativa está a ser usada na organização e prestação de cuidados a pessoas idosas com necessidades complexas que vivem em níveis mistos (uma combinação de cuidados de baixo e alto nível).
População	Pessoas idosas
Conceito	Abordagem paliativa
Contexto em Estudo	Organizações residenciais de cuidados a idosos
Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Na abordagem paliativa existe o cuidado individualizado focado no relacionamento, parceria de cuidados e colaboração na tomada de decisão partilhada entre o doente, família e profissionais de saúde; ▪ São necessárias relações terapêuticas entre profissionais, doentes e família, construídas na confiança mútua, compreensão e partilha de conhecimento; ▪ Uma abordagem paliativa enfoca a promoção do conforto, qualidade de vida e uma morte digna, preferencialmente num local de escolha do doente e sua família

Referência Bibliográfica	Mulville, A.K.; Widick, N.N. & Makani, N. S. (2018). Timely referral to hospice care for oncology patients: a retrospective review. <i>American Journal of Hospice & Palliative Medicine</i> , 36 (6), 466-471. https://doi.org/10.1177/1049909118820494
Título do Artigo	Timely referral to hospice care for oncology patients: a retrospective review.
Autor(es)	Andrew K. Mulville; Nancy N. Widick & Neeharika Srivastava Makani
Ano da Publicação	2018
Local de Estudo	EUA
Palavras-Chave	<i>Hospice</i> , Cuidados paliativos, Oncologia, Encaminhamento para <i>hospice</i> , Cuidados em fim de vida, Tempo de internamento, Educação
Método de Estudo	Revisão retrospectiva
Objetivo de Estudo	Avaliar e identificar as barreiras existentes no encaminhamento oportuno a cuidados paliativos de doentes oncológicos em fim de vida.
População	Doentes oncológicos em fim de vida
Conceito	Barreiras
Contexto em Estudo	Processo de encaminhamento para os cuidados paliativos
Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O encaminhamento precoce para os cuidados paliativos pode melhorar a qualidade de vida dos doentes em fim de vida; ▪ Os cuidados paliativos oferecem conforto e serviços médicos limitados aos doentes e ajuda os familiares e cuidadores a lidar com o processo de morte; ▪ O atraso no encaminhamento ao <i>hospice</i> pode ser atribuído a vários fatores, incluindo tratamentos potencialmente curativos; ▪ A discussão dos cuidados de fim de vida demonstrou diminuir a agressividade do tratamento, aumentar o número de inscrições em <i>hospices</i> e uma melhoria na qualidade de vida em geral. ▪ O aumento da educação aos doentes e profissionais de saúde, uma melhor utilização dos serviços de cuidados paliativos e a incorporação de <i>nurse navigator</i> (que interage com o doente desde o diagnóstico de cancro, tratamento e fim da vida) para ajudar na transição de doentes para <i>hospices</i>, melhora o encaminhamento precoce para os cuidados paliativos e a qualidade de vida dos doentes.

Referência Bibliográfica	Pungchompoo, W.; Suwan, P.; Kunapun, S.; Pungchompo, S.; Tungpunkum, P. (2019). Experiences of symptoms and health service preferences among older people living with chronic diseases during the last year of life. <i>International Journal of Palliative Nursing</i> , 25 (3). https://doi.org/10.12968/ijpn.2019.25.3.129
Título do Artigo	Experiences of symptoms and health service preferences among older people living with chronic diseases during the last year of life.
Autor(es)	Wanicha Pungchompoo; Panudda Suwan; Sukonta Kunapun; Sirirat Pungchompo & Patraporn Tungpunkom.
Ano da Publicação	2019
Local de Estudo	Tailândia
Palavras-Chave	Idosos que vivem com doenças crónicas, Experiências de sintomas, Preferências de serviços de saúde, Último ano de vida.
Método de Estudo	Abordagem retrospectiva – Estudo quantitativo
Objetivo de Estudo	Realizar um levantamento das experiências de sintomas e preferências de serviços de saúde no fim de vida de pessoas idosas com doenças crónicas na perspetiva de cuidadores em processo de luto.
População	Cuidadores em processo de luto
Conceito	Experiências de sintomas e preferências de serviços de saúde
Contexto em Estudo	Cuidados eficazes e eficientes no fim de vida
Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uma grande carga de sintomas físicos como a dor, a falta de ar e o edema estão presentes, o tempo todo, durante os últimos três meses; ▪ Sintomas psicológicos, incluindo preocupação e mau humor, foram relatados no fim de vida, os doentes sentiram pânico e o medo de morrer era elevado; ▪ O apoio eficaz da equipa para desenvolver cuidados pró-ativos aos doentes em fim de vida deve ser estabelecido, receber ajuda suficiente como os cuidados pessoais, os cuidados de enfermagem e o alívio dos sintomas; ▪ É necessária uma melhoria dos cuidados físicos e educação sobre o controlo de sintomas por oncologistas e enfermeiras oncologistas; ▪ Melhorar os cuidados, fornecer suporte emocional, social e espiritual, comunicação eficaz com informações sobre a morte iminente no fim de vida entre doentes, familiares e profissionais de saúde são pré-requisitos importantes para melhorar a qualidade dos cuidados; ▪ O controlo de sintomas em casa, visitas domiciliares regulares por enfermeiras e psicólogos, é importante para melhorar a qualidade dos cuidados durante os últimos três meses de vida; ▪ Fornecer cuidados individualizados para atender às necessidades de cuidados pessoais.

Referência Bibliográfica	Siegel, M. & Bigelow, S. (2018). Palliative care symptom management in the emergency department: the ABC's of symptom management for the emergency physician. <i>The Journal of Emergency Medicine</i> , 54, (1), 25–32. http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2017.08.004
Título do Artigo	Palliative care symptom management in the emergency department: the ABC's of symptom management for the emergency physician.
Autor(es)	Mari Siegel & Suzanne Bigelow
Ano da Publicação	2018
Local de Estudo	Não referido
Palavras-Chave	Medicamento de emergência; Fim de vida; Cuidados paliativos; Controlo de sintomas.
Método de Estudo	Análise de casos clínicos
Objetivo de Estudo	Aumentar o conhecimento e o conforto do médico de emergência no controlo de sintomas aos doentes paliativos.
População	Doentes crónicos e em fim de vida
Conceito	Controlo de sintomas
Contexto em Estudo	Serviço de urgência
Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O controle da dor é um dos aspetos mais cruciais, quase 50% dos doentes sentem dor no fim de vida. A primeira escolha apropriada é um analgésico não opioide, como paracetamol. Se a dor não for adequadamente controlada, passar para um opioide fraco, antes de passar para um opiáceo mais forte, como a morfina; ▪ As náuseas e os vômitos são queixas extremamente comuns. A fisiopatologia das náuseas e vômitos é complexa. As náuseas desencadeadas por distensão gastrointestinal podem ser tratadas com metoclopramida. Os vômitos precipitados pelo aumento da pressão intracraniana são tratados com dexametasona. O ondansetron é a terapia de primeira linha para as náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia; ▪ A dispneia é prevalente na população de doentes em fim de vida, e frequentemente piora com a aproximação da morte. O agente de primeira linha no tratamento da dispneia é um opioide; ▪ A agitação ou o delírio são mais bem controlados de forma aguda com baixas doses do psicotrópico haloperidol; ▪ As secreções/estertor, embora não sejam desconfortáveis para o doente, podem causar sofrimento significativo na família ou doentes próximos. O tratamento não farmacológico inclui posicionar o doente de forma a facilitar a drenagem postural e, em último recurso, aspiração de secreções. O essencial será o suporte e apoio à família

	<p>tranquilizando que o ruído não é desconfortável para o doente. O tratamento farmacológico é feito com drogas anticolinérgicas.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Os cuidados paliativos beneficiam tanto o doente quanto o sistema médico em geral: os doentes relatam uma melhor qualidade de vida e maior satisfação ao receber os serviços de cuidados paliativos e os custos médicos são reduzidos.
--	--

Referência Bibliográfica	Siouta, N., Van Beek, K., van der Eerden, M.E.; Preston, N.; Hasselaar, J.G.; Hughes, S.; Garralda, E.; Centeno, C.; Csikos, A.; Groot, M.; Radbruch, L.; Payne, S. & Menten, J. (2016). Integrated palliative care in Europe: a qualitative systematic literature review of empirically-tested models in cancer and chronic disease. <i>BMC Palliative Care</i> , 15:56, 1-16. https://doi.org/10.1186/s12904-016-0130-7
Título do Artigo	Integrated palliative care in Europe: a qualitative systematic literature review of empirically-tested models in cancer and chronic disease.
Autor(es)	Naouma Siouta; K. Van Beek; ME van der Eerden; N. Preston; JG Hasselaar; S. Hughes; E. Garralda; C. Centeno; A. Csikos; M. Groot; L. Radbruch; S. Payne & J. Menten
Ano da Publicação	2016
Local de Estudo	Bélgica
Palavras-Chave	Prestação de cuidados de saúde; Integrado; Cuidados paliativos; Análise; Sistemático; Oncologia médica; Doença crónica.
Método de Estudo	Revisão sistemática qualitativa da literatura
Objetivo de Estudo	Identificar os modelos baseados em evidências para cuidados paliativos integrados na prática de cuidados a doentes com cancro e doenças crónicas na Europa
População	Doentes adultos com cancro ou outra doença crónica
Conceito	Eficácia dos modelos de cuidados paliativos existentes
Contexto em Estudo	Internamento e cuidados domiciliários
Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O modelo integrado com o envolvimento de uma equipa multiprofissional de cuidados paliativos tem benefícios, nomeadamente, melhora o controlo de sintomas, melhora a qualidade de vida dos doentes, diminui a sobrecarga do cuidador, melhora a continuidade e a coordenação dos cuidados, diminui os internamentos hospitalares, melhor custo-benefício e preferência do local de morte dos doentes; ▪ O objetivo das intervenções é melhorar os sintomas físicos (dispneia, dor, obstipação, náusea, vômito, diarreia), sintomas psicológicos (agitação, confusão, medo, delírio) e, em menor grau, funcionamento cognitivo e social; ▪ Possibilidade de consultoria sobre decisões de cuidados de fim de vida, planeamento de cuidados antecipados, conselhos para lidar com doenças potencialmente fatais e encaminhamento para centros de cuidados específicos; ▪ Formação de enfermeiros e médicos envolvidos nas intervenções; ▪ Treino da equipa para apoiar os doentes por telefone, educação sobre os sintomas da doença e programas educacionais mais gerais

	<p>para profissionais da comunidade sobre serviços de cuidados paliativos;</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Nos cuidados paliativos integrado, o tratamento corresponde ao alívio dos sintomas físicos e psicológicos. A consultoria refere-se a discussões e comunicações sobre opções de tratamento e, decisões sobre os cuidados de fim de vida, os desejos e as necessidades dos doentes são tidos em consideração como parte do planeamento antecipado de cuidados. O treino envolve a educação de enfermeiras, médicos e outros profissionais de saúde envolvidos nas intervenções. Os programas de educação podem ser muito diversos, mas, o foco principal deve ser os cuidados paliativos, benefícios e oferta.
--	---

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O controlo de sintomas é o foco desta revisão *scoping*, sendo essencial mapear os estudos encontrados na procura de uma abordagem paliativa para o seu controlo, evidenciando os sintomas mais comuns no doente oncológico em fim de vida, bem como as intervenções dirigidas ao controlo desses sintomas.

Para além do objetivo de melhorar a qualidade de vida, os cuidados paliativos economizam dinheiro ao diminuir os custos médicos e a duração dos internamentos, ao mesmo tempo que melhoram a satisfação dos doentes e famílias (Bruera & Yennurajalingam, 2012). Pelo que, a integração de cuidados paliativos nos cuidados prestados a doentes com doenças potencialmente fatais é apoiada por uma quantidade crescente de evidências que indicam a eficácia dos cuidados paliativos na melhoria da qualidade de vida destes doentes (Siouta et al, 2016).

De acordo com McVey, MCKenzie & White (2014), na abordagem paliativa existe um cuidado individualizado focado no relacionamento, parceria de cuidados e colaboração na tomada de decisão partilhada entre o doente, família e profissionais de saúde. Neste sentido, uma abordagem paliativa enfoca a promoção do conforto, e qualidade de vida conduzindo a uma morte digna, preferencialmente num local de escolha do doente e sua família.

Os cuidados paliativos, atendem às necessidades físicas, espirituais e psicossociais dos doentes em fim de vida ou próximo dela. O estudo de Siegel & Bigelow (2018) evidencia a necessidade destes cuidados serem aplicados num serviço de urgência, referindo também a possibilidade de serem aplicados num espaço de tempo muito menor, com objetivos bem delineados e mais limitados de modo a aliviar o sofrimento físico e psicológico da melhor maneira possível.

Os mesmos autores dizem-nos que é essencial o controlo de sintomas nos doentes crónicos e em fim de vida, incluindo o controlo da dor, náuseas e vómitos, dispneia, agitação e secreções terminais (estertor).

Da análise dos artigos selecionados nesta *scoping* foi possível identificar os sintomas mais comuns no doente em fim de vida, dos quais se destacam: a dor, os sintomas respiratórios (dispneia, farfalheira/estertor), os sintomas digestivos (náuseas/vómitos, obstipação, anorexia), os sintomas psicológicos (ansiedade, agitação/*delirium*, depressão/tristeza, angústia), a insónia e a sonolência e a astenia/fadiga (Harståde, Blomberg, Benzein & Ostlund, 2018; Bruera & Yennurajalingam, 2012; Siegel & Bigelow, 2018; Pungchompoo et al, 2019).

Uma grande carga de sintomas físicos como a dor, a falta de ar e o edema estão presentes, no doente oncológico em fim de vida, durante os últimos três meses. A dispneia, habitualmente, piora com a aproximação da morte. E as secreções/estertor, embora não sejam desconfortáveis para o doente, uma vez que o mesmo não tem consciência desta situação, podem causar um sofrimento significativo e/ou grande inquietação na família, uma das intervenções de enfermagem mais adequadas será tranquilizar a família, mostrar abertura, escuta ativa e empatia, informando sobre a evolução natural, da situação clínica, de fim de vida e capacitando os familiares para lidar com essa evolução (Siegel & Bigelow, 2018; Pungchompoo et al, 2019).

As intervenções de enfermagem, promotoras de conforto, para controlo de sintomas do doente oncológico em fim de vida podem incluir, a escuta ativa, o *feedback*, a compreensão empática, a relação de confiança, a informação/mensagens centradas na pessoa, a facilitação do dia a dia, e a inclusão do doente na tomada de decisão (Harståde, Blomberg, Benzein & Ostlund, 2018). Para Pungchompoo et al (2019), melhorar os cuidados, prestar suporte emocional, social e espiritual, através de uma comunicação eficaz, com informações sobre a morte iminente no fim de vida entre doentes, familiares e profissionais de saúde são pré-requisitos importantes para melhorar a qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, proporcionar conforto e qualidade de vida ao doente e sua família. Bem como, prestar cuidados individualizados, de modo a atender às necessidades mais complexas dos cuidados pessoais de cada doente.

Segundo, os estudos de Gaertner et al (2013) e Siouta et al (2016), os cuidados paliativos devem ser integrados no cuidado aos doentes com cancro e doenças

crónicas. Promovendo a integração destes cuidados na trajetória da doença e, concomitantemente, no tratamento. Reforçam que o benefício da integração dos cuidados paliativos só pode ser alcançado, se os mesmos forem integrados no início da doença. Salientam, ainda, a importância de existir uma equipa multidisciplinar treinada na prestação de cuidados paliativos com um foco triplo: tratamento, consultoria e educação.

A avaliação de sintomas deve ser realizada de forma sistemática, recorrendo a efetivas e consistentes escalas. Bruera & Yennurajalingam (2012), reforçam a importância da avaliação sistemática dos sintomas, usando ferramentas padronizadas como o *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)*. E reconhecem que uma boa articulação dos cuidados entre a equipa interdisciplinar será capaz de controlar rapidamente os problemas físicos, emocionais, funcionais, sociais/familiares e espirituais no doente em fim de vida.

Neste sentido, a prestação de cuidados ao doente oncológico em fim de vida, através de uma abordagem paliativa deverá ter por base um modelo integrado de cuidados que visa o envolvimento de uma equipa inter e/ou multiprofissional com o objetivo de melhorar o controlo de sintomas, melhorar a qualidade de vida, diminuir a sobrecarga do cuidador, melhorar a continuidade e a coordenação dos cuidados e diminuir os internamentos hospitalares. Os cuidados paliativos beneficiam não só o doente, cuidador e família, mas também o sistema médico em geral (Siouta et al, 2016; Siegel & Bigelow, 2018).

LIMITAÇÕES

Ao mapear os artigos escolhidos considero que foi enumerado as principais intervenções para uma abordagem paliativa no controlo de sintomas ao doente oncológico em fim de vida. Contudo, embora a estratégia seja ampla, algumas evidências podem ter sido perdidas devido às palavras-chave usadas para a estratégia de pesquisa. Consequentemente, poucos estudos evidenciam as intervenções de enfermagem direcionadas ao controlo de sintomas.

Neste sentido, posso não ter incluído algum estudo, que fosse relevante para responder à questão de investigação. Todavia, parece-me que os artigos analisados apresentam resultados significativos e produtivos permitindo recolher intervenções promotoras de conforto e bem-estar, que maximizam a qualidade de vida do doente

oncológico em fim de vida e que permitem responder á questão de investigação que serve de base para esta revisão *scoping*

CONCLUSÕES

Esta revisão *scoping* permite-me afirmar que os doentes oncológicos em fim de vida apresentam necessidades complexas que carecem de ser identificadas e cuja avaliação e intervenção de uma equipa multidisciplinar é fundamental para o eficaz controlo de sintomas e, conseqüente conforto, bem-estar e qualidade de vida destes doentes e famílias.

Assim, com base nos resultados apresentados, torna-se decisivo a aplicação de cuidados paliativos precocemente baseada numa abordagem paliativa ao controlo de sintomas do doente oncológico em fim de vida. A complexidade do doente em fim de vida exige uma avaliação e acompanhamento cuidadoso.

O genérico proposto identifica a importância de empregar uma equipa multidisciplinar formada em cuidados paliativos com foco no conforto e qualidade de vida do doente oncológico, contudo a equipa de enfermagem tem um papel preponderante no acompanhamento destes doentes e famílias, devido à sua proximidade com o mesmo.

Os enfermeiros compreendem as necessidades fisiológicas e psicoespirituais do doente em fim de vida e família, conseguindo melhorar os cuidados ao prestar suporte emocional, social e espiritual. No entanto, para tal, os enfermeiros têm que ter um conhecimento aprofundado da avaliação e tratamento de sintomas, nomeadamente as intervenções farmacológicas e não farmacológicas ao controlo de sintomas destes doentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bowers, B. & While, A. (2019). Getting anticipatory prescribing right in end-of-life care. *British Journal of Community Nursing*, 24(6), 274–277.
- Bruera, E. & Yennurajalingam, S. (2012). Palliative care in advanced cancer patients: how and when? *The Oncologist*, 17, 267–273.
- Gaertner, J.; Drabik, A.; Marschall, U.; Schlesiger, G.; Voltz, R.; Stock, S. (2013). Inpatient palliative care: a nationwide analysis. *Health Policy*, 109, 311-318.
- Harst ade, C.W., Blomberg, K., Benzein, E. & Ostlund, U. (2018). Dignity-conserving care actions in palliative care: an integrative review of Swedish research. *Scand Journal of Caring Science*. 32, 8-23.
- Homsy, J. et al. (2006). Symptom evaluation in palliative medicine: patient report vs systematic assessment. *Support Care Cancer*. 14, 444-453.
- McVey, P.; McKenzie, H. & White, K. (2014). A community-of-care: the integration of a palliative approach within residential aged care facilities in Australia. *Health and Social Care in the Community*, 22(2), 197–209.
- Neto, A.D. (2013).  tica nas decisões sobre o fim da vida – a importância dos cuidados paliativos. *Nascer e Crescer*, 22 (4), 252-256.
- Pungchompoo, W.; Suwan, P.; Kunapun, S.; Pungchompo, S.; Tungpunkum, P. (2019). Experiences of symptoms and health service preferences among older people living with chronic diseases during the last year of life. *International Journal of Palliative Nursing*, 25 (3).
- Romero, I., Braga, B., Rodrigues, J., Rodrigues, R. & Neto, I.G. (2018). “Desprescrever” nos Doentes em Fim de Vida: Um Guia para Melhorar a Prática Clínica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 25, 48-57.
- Siegel, M. & Bigelow, S. (2018). Palliative care symptom management in the emergency department: the ABC’s of symptom management for the emergency physician. *The Journal of Emergency Medicine*, 54, (1), 25–32.
- Siouta, N., Van Beek, K., van der Eerden, M.E.; Preston, N.; Hasselaar, J.G.; Hughes, S.; Garralda, E.; Centeno, C.; Csikos, A.; Groot, M.; Radbruch, L.; Payne, S. & Menten, J. (2016). Integrated palliative care in Europe: a qualitative systematic literature review of empirically-tested models in cancer and chronic disease. *BMC Palliative Care*, 15:56, 1-16.

Apêndice VI – Análise SWOT

Análise SWOT: Implementação do Projeto de Intervenção

- Motivação Pessoal, a necessidade de aprofundar conhecimentos acerca do doente em situação de cuidados paliativos tem sido uma constante ao longo do meu percurso profissional;

- Forte adesão por parte da equipa de enfermagem que demonstra interesse na temática e vontade de participar, ativamente, no projeto;

- Participação e colaboração do enfermeiro-chefe na tomada de decisão acerca do tema proposto

- Resistência à mudança por parte de alguns elementos da equipa multidisciplinar, embora estes representem uma minoria;

- Complexidade da abordagem paliativa;

- Inexistência de uniformização;

- Recursos humanos insuficientes para fazer face às necessidades específicas dos utentes com necessidades paliativas hospitalizados.



Desenvolver conhecimentos e competências relacionadas com o processo de cuidar de utentes com necessidades paliativas;

- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, aumentando a satisfação dos utentes e famílias;

- Formação da equipa;

- Possibilidade de sensibilizar a equipa de enfermagem e médica para a prática da abordagem paliativa;

- Produzir ganhos em saúde.

- Escassez de profissionais com formação em cuidados paliativos;

- Superar o medo que os elementos da equipa tem de definir que determinado utente necessita de uma abordagem paliativa;

- Défice de financiamento e instabilidade económica.

Apêndice VII – Descrição do Campo de Estágio I: UCP



**Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em
Enfermagem Oncológica**

Estágio com Relatório

**- DESCRIÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO I -
UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS**

Ângela Raquel Simão Montez Nº 8844

Orientador: Professora Doutora Maria Deolinda Luz

Enf.^a Orientadora: Enf.^a Especialista e Mestre Tetyana Kolodiy

Lisboa

Outubro de 2019

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, elaborei a descrição que se segue, que permitiu colher informação acerca da unidade, onde me encontro a realizar estágio, compreendendo assim a sua missão, objetivos, organização estrutural e sua a dinâmica, dando também resposta a um dos objetivos do Projeto de Intervenção (PI): *A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas ao Doente Oncológico em Fim de Vida numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI)*, e podendo orientar a minha prestação de cuidados de acordo com estes propósitos.

Após a visita à Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) e após a realização da entrevista estruturada à Enfermeira Chefe conseguiu-se identificar que esta UCP, de acordo com a *European Association for Palliative Care (EAPC)*, é considerada com o nível de diferenciação de Cuidados Paliativos Especializados, uma vez que na sua atividade abrange o acompanhamento clínico dos doentes e famílias com problemas de alto grau de complexidade; consultadoria aos profissionais dos outros níveis de diferenciação; sendo constituída por uma equipa multidisciplinar diferenciada com formação avançada em Cuidados Paliativos (CP) (pós-graduação e/ou mestrado), e com um plano de formação regular em CP (CNCP, 2017-2018; EAPC, 2009).

A UCP é uma das unidade piloto da RNCCI estando integrada na mesma desde 2006 tem como objetivos, prestar cuidados de saúde de máxima qualidade, aos doentes, contribuindo para o seu bem-estar bio-psico-social e espiritual; proporcionar uma prestação integrada de cuidados clínicos, acompanhamento, tratamento e apoio psicossocial, tendo em vista o controlo eficaz de sintomas e uma resposta ativa e global às suas necessidades; fomentar a participação dos familiares ou legais representantes no apoio ao doente; e proporcionar um ambiente seguro, confortável, humanizado, promotor de autonomia e qualidade de vida.

Está dotada de onze quartos individuais (10 destinados às referenciações da RNCCI e 1 privado), alguns com casa de banho privativa. Dispõe de uma casa de banho para banhos assistidos, sala de sujos, uma sala de limpos (armazém), sala de reuniões da equipa multidisciplinar, sala estar e de refeições, sala de acompanhamento espiritual, uma copa e/ou cozinha e um jardim exterior, que lhe concedem um ambiente de sossego e tranquilidade, encontra-se num edifício independente aos restantes serviços da instituição.

A equipa multidisciplinar é constituída por dois médicos, catorze enfermeiros, uma psicóloga, uma assistente social, uma assistente espiritual, um fisioterapeuta, voluntários e assistentes operacionais. Diariamente na UCP estão presentes três enfermeiros e duas auxiliares no período da manhã, dois enfermeiros e duas auxiliares no período da tarde e um enfermeiro e uma auxiliar no período da noite.

Presta também assessoria a outras unidades da instituição articulando-se com as outras equipas responsáveis pelos doentes, aconselhando-as, e estabelecendo consultadoria na área dos CP. Funciona como uma equipa de suporte intra-unidade estando disponível um telemóvel na UCP para contato 24h.

De salientar, embora a equipa trabalhe em interdisciplinaridade está estipulado um momento de encontro semanal da equipa multidisciplinar que permita apresentar/discutir e responder às múltiplas necessidades dos doentes e suas famílias. À sexta-feira e sempre que possível, o número de enfermeiros no período da manhã é superior, já que é nesse dia que por norma se realiza a reunião semanal da equipa multidisciplinar.

Esta reunião conta com a presença de um médico, mínimo dois enfermeiros, uma psicóloga, uma assistente social e uma assistente espiritual é realizada a discussão dos casos clínicos especialmente os mais emergentes e complicados para cada família, assim como a apresentação das preocupações ou vivências da equipa e da reflexão sobre as práticas. Os profissionais presentes na reunião procedem à avaliação de cada um dos doentes internados e suas famílias, sendo delineado um plano individualizado de intervenção. Durante a reunião, os diferentes profissionais têm a oportunidade de expor a sua opinião e, os diferentes pontos de vista, são analisados como contributos válidos, toda a equipa colabora para a obtenção de uma solução partilhada de aceitação e de consenso.

A organização do trabalho na UCP tem em conta o doente e família como centro de todos os cuidados. Na admissão é realizado o acolhimento onde são colhidos dados que servem de base para a elaboração do PII sendo estabelecido em parceria com doente e família, são posteriormente discutidos na reunião semanal. O doente faz parte do todo o processo terapêutico como membro ativo e participativo nas decisões terapêuticas. Uma grande preocupação da equipa é promover a qualidade de vida e o conforto. É também, informar, educar e orientar a pessoa doente e a família de acordo com as necessidades solicitadas de forma a prevenir crises, exaustão do cuidador/familiar e processos de luto patológico.

A família é o lugar onde cada um dos seus elementos procura o equilíbrio e o apoio necessário para as dificuldades que surgem ao longo da vida. Além disso, os membros da família conhecem os gostos, preferências, desejos, preocupações da pessoa alvo de cuidados. A doença de um elemento da família é também uma doença familiar, em que todos sentem os efeitos do sofrimento e da dor, pelo que, para os profissionais de saúde da unidade CP, cuidar, engloba a pessoa e a sua família (Pereira, 2010).

A UCP recebe doentes oncológicos e não oncológicos, e desde a implementação do novo Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biénio 2019-2020 também recebe doentes em idade pediátrica. Contudo, os doentes são referenciados maioritariamente em fase terminal, por doença oncológica e para controlo de sintomas.

Com vista ao acompanhamento da família após a perda de um ente querido a UCP tem apoio especializado no luto disponibilizado a todas as famílias e prestado por um enfermeiro com formação na área de apoio ao luto. Para além disso, sempre que existe uma alta, quando o motivo do internamento foi o controlo de sintomas, ou a exaustão do cuidador/familiar existe também um acompanhamento pontual com os familiares e encaminhamento para a comunidade.

O doente paliativo é extremamente complexo uma vez que apresenta um conjunto de necessidades que precisam de ser atendidas. Para uma intervenção de qualidade em cuidados paliativos é importante que haja um controlo sintomático eficaz, comunicação adequada, apoio à família e trabalho de equipa. (Neto, 2010).

Referências Bibliográficas

Neto, I. (2010). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In A. Barbosa & I. Neto (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed* (1-42). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.

CNCP (2017-2018). *Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: Biénio 2017-2018*.

European Association for Palliative Care (2009). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care*, 16 (6), 278–289.

Apêndice VIII – Ata da Apresentação do PI à equipa da UCP

ATA DE APRESENTAÇÃO DO PROJETO INTERVENÇÃO NA UCP

Data	23/09/2010	Hora de Início	14:30	Hora de Término	15:00
Local	Sala de trabalho/passagem de informação				
Objetivo	Apresentação do PI à equipa da UCP com discussão				
Pauta	<ol style="list-style-type: none">1. Apresentação do Projeto Intervenção à equipa da UCP<ul style="list-style-type: none">- Diagnóstico da situação;- Finalidade do Projeto Intervenção;- Apresentação das atividades propostas;- Opinião da equipa sobre o Projeto Intervenção.				

Estiveram presentes todos os elementos que se encontravam de turno no dia 23 de setembro de 2019, num total de 6 elementos, dois enfermeiros (Bruno Monho e M^a João Lopes), a enfermeira orientadora (Tetyana Kolodiy), a enfermeira chefe da unidade (Fátima Oliveira), o médico da unidade (Paulo Reis Pina) e a médica estagiária (Lorena).

A referida reunião teve como ponto de partida o diagnóstico da situação realizado na UCCI que deu origem ao projeto de intervenção “O doente oncológico em fim de vida numa UCCI – Intervenção de Enfermagem”, tendo sido realizada uma exposição oral sobre a finalidade do projeto de intervenção e as atividades a desenvolver para a implementação do mesmo. Posteriormente foi dado tempo para opinião e discussão do projeto.

Pontos de decisão: Após a apresentação informal do projeto intervenção aos elementos presentes foi obtido um feedback positivo perante a inovação do mesmo, sendo enriquecedor e encorajador para a sua concretização.

Contudo, também foi dado um feedback sobre a atual realidade dos cuidados paliativos e a concretização de ações paliativas em unidades não especializadas, assim como os possíveis obstáculos que possamos vir a encontrar. Foram propostas algumas ideias de alterar duas atividades para a possível concretização dos objetivos, uma vez que no curto tempo de estágio não seriam exequíveis e não beneficiariam o meu desenvolvimento durante o estágio.

Compromissos: Ficou acordado alterar a terceira atividade do terceiro objetivo e a segunda atividade do quarto objetivo. Dado a impossibilidade de reunir toda a equipa de uma vez, também ficou acordado que, na presença de um colega novo, seria feita uma breve explicação do projeto intervenção e objetivo do mesmo.

Apêndice IX – Reflexão Crítica do Campo de Estágio I: UCP



**Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em
Enfermagem Oncológica**

Estágio com Relatório

- REFLEXÃO CRÍTICA -

**CAMPO DE ESTÁGIO I: UNIDADE DE CUIDADOS
PALIATIVOS**

Ângela Raquel Simão Montez Nº 8844

Orientador: Professora Doutora Maria Deolinda Luz

Enf.^a Orientadora: Enf.^a Especialista e Mestre Tetyana Kolodiy

Lisboa

Outubro de 2019

1. UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS (CAMPO DE ESTÁGIO I)

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, desenvolvo a presente reflexão acerca de uma experiência vivenciada no campo de estágio I. Terá por base o acompanhamento de um doente com doença oncológica em fim de vida, no qual pude observar a avaliação e monitorização das necessidades do doente em cuidados paliativos no que concerne à utilização de instrumentos de avaliação de sintomas utilizados na Unidade de Cuidados Paliativos (UCP).

A situação da prática de cuidados relaciona-se com o projeto de intervenção (PI) que me encontro a desenvolver, *A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas ao Doente Oncológico em Fim de Vida numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados*, pelo que se torna pertinente e sua abordagem e posterior reflexão uma vez que com a sua realização darei resposta a uma das atividades propostas.

A situação descrita será analisada segundo a metodologia do Ciclo Reflexivo de Gibbs, dividido em seis etapas: descrição, pensamentos e sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planear a ação (Gibbs, 2013).

Para manter a privacidade, o respeito e dignidade do doente alvo de cuidados, tal como sustenta o Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015, artigo 106.º) usarei um nome fictício, Sr. º A.

1.1. Descrição

O Sr. º A., de 70 anos, apresenta confusão mental nas últimas semanas, com dependência total nas atividades de vida diária, sendo que na última semana ficou confinado ao leito por astenia, fraqueza muscular e lentificação motora. Apresenta emagrecimento, com via oral oscilante, obstipação crónica agudizada com o início do transdérmico de Fentanilo, episódios convulsivos, desconforto generalizado e cefaleia.

É casado, tem 2 filhos, sendo a esposa a cuidadora principal.

Desde março foi diagnosticado um tumor no sistema nervoso central (temporo-parieto-direito), fez radioterapia, em abril com recidiva confirmando-se o diagnóstico de Glioblastoma, fez cirurgia, novamente radioterapia em maio e junho, em agosto apresentou nova recidiva, fez 2 ciclos de quimioterapia que suspendeu por degradação do estado geral, no início de setembro.

O Sr. º A. Encontra-se na UCP desde finais de setembro.

Fica internado na unidade com a indicação de controlo de sintomas e medidas de conforto.

À admissão apresentava como sintomas descontrolados, segundo a avaliação da ESAS, dor, depressão, ansiedade, sonolência e apetite.

Apresentava uma PPS de 30%, ou seja, encontrava-se confinado ao leito, necessitando de ajuda total para os cuidados, ingerindo pequenas quantidades de alimentos, consciente, porém com períodos de confusão mental.

Foi entregue à família a POS para o seu preenchimento e avaliação da qualidade de vida do Sr. ° A. e família nos últimos três dias antes do internamento, apresentando um score de 24.

Teve um internamento na UCP por 9 dias.

Nesse período o Sr. ° A., apresentou-se prostrado, emagrecido, com dor mais controlada, após início de perfusão subcutânea contínua de morfina, sem reflexo de deglutição, polipneico com respiração predominantemente abdominal, baixo débito urinário e presença de livores.

Nos últimos dias foi apresentando outros sintomas descontrolados como, mioclonias, agitação, estertor e febre.

Foi novamente ajustada a perfusão subcutânea contínua com a medicação prescrita e adequada aos novos sintomas apresentados.

Para além da intervenção farmacológica foi implementada intervenção não farmacológica como o posicionamento, massagem, presença e suporte à família.

1.2. Pensamentos e Sentimentos

Tentando descrever o que senti ao presenciar esta situação, confesso que foi difícil. Foi um misto de tristeza e incapacidade, uma vez que o processo de deixar de cuidar de alguém que se ama, e ao mesmo tempo perceber que se está a perder alguém é algo muito pesaroso e doloroso.

Contudo, também me assaltaram sentimentos de dúvida e apreensão em relação ao ponto fulcral sobre o qual quero refletir, os instrumentos de avaliação de sintomas no doente em fim de vida, fez-me questionar se foram avaliados todos os problemas/necessidades do Sr. ° A, se foram utilizados os instrumentos de avaliação/monitorização de sintomas mais adequados à sua situação clínica, se as intervenções implementadas foram ao encontro dos elevados padrões de qualidade recomendados para os cuidados paliativos com base na evidência científica. Segundo o *National Consensus Project for Quality Palliative Care (2018)* a abordagem aos

cuidados é centrada no doente e no seu cuidador/família, prestados por uma equipa multidisciplinar que avalia e controla os sintomas, enfatizando o envolvimento do doente/cuidador/família na tomada de decisão.

Perante isto, questiono se a tomada de decisão durante a avaliação de sintomas, foi tida em conta, uma vez que o estado de consciência do Sr. ^o A, não permitiu que ele próprio tomasse as decisões? Será que a *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)* (Anexo I) foi utilizada adequadamente? Estas dúvidas e angústias acometeram-me quando acompanhei a situação Sr. ^o A com maior proximidade no fim de vida, obrigando-me a refletir, pesquisar e dividir este sentimento com a enfermeira orientadora.

1.3. Avaliação

Constatei, que são situações como a que descrevi, que nos levam a questionar a nossa prática de cuidados diária, que nos permitem identificar e compreender os aspetos positivos e negativos das nossas intervenções, pois só assim conseguimos produzir conhecimento e melhorar a qualidade dos cuidados. É nesta ordem de ideias que pretendo refletir sobre as aprendizagens deste campo de estágio, no sentido de desenvolver competências para conseguir a implementação do PI no meu contexto profissional.

O facto de o controlo de sintomas ser uma preocupação para a equipa na situação do Sr. ^o A., especificamente na última semana de vida, bem como a sua constante avaliação e monitorização, são aspetos que valorizo e considero como positivos. Foi possível atingir o controlo de sintomas, uma vez que se foi adequando o plano de cuidados à situação clínica do Sr. ^o A., transpondo por exemplo, a via de administração de terapêutica transdérmica, que, entretanto, se considerou desadequada face à sua evolução da sua doença, para a via subcutânea em perfusão contínua. Assumo, ainda, a relação terapêutica criada por parte da enfermeira e a equipa da UCP, com o cuidador/família, como aspetos benéficos no cuidar o doente em fim de vida. Apesar do Sr. ^o A. não ser capaz de tomar ele próprio as decisões, a família transmitiu as indicações e desejos que o mesmo expressara.

A escala utilizada, nesta UCP e na situação supradita, para a avaliação de sintomas do doente em cuidados paliativos foi a escala de *ESAS* (Anexo I), um instrumento que avalia e monitoriza nove sintomas físicos e psicológicos, sendo uma ferramenta de autoavaliação da intensidade dos mesmos (Neto, 2010). Embora a *ESAS* seja avaliada por doentes que se encontrem cognitivamente capazes para o

seu autopreenchimento, o que na situação do Sr. ° A. não se verificava, na maioria das vezes, e especialmente nos últimos dias de vida, a família ou a equipa de cuidados é que realiza o seu preenchimento (Slåtten, Fagerström & Hatlevik, 2010) tal como acabou por acontecer nesta situação.

A *ESAS* foi usada para avaliar dor, depressão, ansiedade, sonolência e apetite, na admissão do Sr. ° A., e após o descontrolo de novos sintomas tendo sido estabelecido uma posterior comparação para adequar as estratégias terapêuticas definidas em equipa. Contudo, e encarando isto como um ponto negativo nesta situação, com o surgimento de novos sintomas no fim de vida, foi possível constatar que este instrumento não conseguiu avaliar e monitorizar sintomas como mioclonias, agitação, estertor e febre.

Para além da *ESAS* os enfermeiros da UCP, utilizam a *Palliative Care Outcome Scale (POS)* (Anexo II) para a avaliação de sintomas físicos, necessidades emocionais, psicológicas e espirituais, preocupações práticas e psicossociais que consiste em doze itens de fácil aplicabilidade, e que são pontuados de 0 (melhor) a 4 (pior), com exceção de um item, que tem uma pergunta aberta referente aos principais problemas vivenciados pelo doente, pontuado com 3 pontos. Os scores da *POS* variam de 0 a 40 pontos, sendo que 0 representa melhor qualidade de vida e 40, pior qualidade de vida (Bausewein, Le Grice, Simon & Higginson, 2011, Rugno & Carlo, 2016). A equipa médica utiliza a *Palliative Performance Status (PPS)* (Anexo III) para descrever o estado funcional atual do doente.

Todos estes instrumentos permitem aos diversos profissionais da equipa multidisciplinar de cuidados paliativos, identificar, as necessidades dos doentes garantindo ao doente/cuidador/família, dentro do possível, níveis de conforto, bem-estar e dignidade no fim de vida.

1.4. Análise

De modo a analisar a situação baseada em evidência científica, foi efetuada uma pesquisa bibliográfica no motor de busca *Ebsco*, utilizando como base de dados a *CINAHL Complete* e *MEDLINE Complete*, cujos critérios de inclusão foram o espaço temporal entre 2009 e 2019, em *full text*, com posterior confirmação dos termos indexados e seleção dos artigos de potencial interesse para a pesquisa. Foi também utilizada literatura cinzenta subordinada à temática em questão.

Analisando assim a situação, é evidente a complexidade de sintomas existente no Sr. ° A. face à evolução rápida da sua doença oncológica. Observei na prática de

cuidados os pilares preconizados pela filosofia dos cuidados paliativos, o que devo acrescentar que foi gratificante para mim, verificar a comunicação entre a família e a enfermeira, observar a forma como os sintomas foram sendo controlados, nomeadamente a dor e posteriormente, a agitação e o estertor. Constatar que o suporte à família, em visível sofrimento emocional, foi uma constante sempre que a situação clínica se agravava. Fez-me sentir orgulho na qualidade dos cuidados prestados ao doente oncológico em fim de vida por esta equipa.

As intervenções que promovem o alívio do sofrimento têm que dar prioridade ao controlo de sintomas, partindo de uma rigorosa avaliação das necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais (Twycross, 2003). Sendo uma estratégia fundamental para a eficácia da prestação de cuidados e promoção da qualidade de vida.

De acordo com Bernardo et al. (2016) preconiza-se a avaliação das necessidades em 3 domínios centrais: doente, cuidador/família e qualidade dos cuidados, tornando-se numa avaliação multidimensional, o que foi possível observar na situação descrita. Bem como, a avaliação e monitorização das necessidades com recurso a escalas validas para a população portuguesa, sendo um imperativo de toda a prática e recomendado pela evidência científica.

Tal como menciona Cruz (2015), no decorrer dos anos têm sido desenvolvidos vários instrumentos para avaliação de sintomas em cuidados paliativos, sendo alguns específicos para determinadas patologias e sintomas. A literatura apresenta-nos diversos instrumentos para avaliação de sintomas em doenças avançadas. Todavia, não são encontrados instrumentos que permitam avaliar todas as dimensões dos vários sintomas em cuidados paliativos. O que também foi possível observar nesta situação, uma vez que foram utilizados pela equipa multidisciplinar pelo menos 3 instrumentos para avaliação das necessidades do doente/cuidador/família. O que claramente ajudou na prestação de cuidados, pois a equipa conseguiu o controlo de sintomas e promoveu o conforto e bem-estar do Sr. ^o A., bem como o suporte à sua família, cujo maior foco de preocupação era o conforto do Sr. ^o A., sobretudo ter os sintomas controlados, o que só é possível de ser concretizado com o trabalho em equipa (Twycross, 2003; Neto, 2010).

Perante o supradito, torna-se necessário que a avaliação de sintomas seja feita de forma sistemática no primeiro contacto com o doente e diariamente acompanhando a evolução da sua situação clínica.

Neste sentido, o uso diário de instrumentos de avaliação de sintomas, como a *ESAS* (Anexo I), permite uma avaliação sistemática das necessidades dos doentes pelos enfermeiros, ajudando-os a identificar os problemas/necessidades essenciais, apoiar na tomada de decisões clínicas e promover cuidados paliativos de qualidade (Slåtten, Fagerström & Hatlevik, 2010; Gilbertson-White, Aouizerat, Jahan & Miaskowski, 2011).

Reportando à situação descrita, quando a *ESAS*, foi aplicada, ao Sr. ° A, nos últimos dias de vida, e antes do ajuste da perfusão subcutânea contínua, a sensação de falta de ar, sonolência e cansaço, corresponderiam a classificações na escala de *ESAS* mais próximas do 10, enquanto os restantes sintomas de dor, depressão, ansiedade, estariam entre o 0 e o 4, não necessitando de uma intervenção urgente. De salientar que os sintomas presentes na *ESAS* são interdependentes, o que faz com que a satisfação das necessidades de alguns sintomas influencie a diminuição do valor da classificação da *ESAS* de outros, contribuindo para o aumento do conforto, bem-estar e da qualidade de vida do doente.

De acordo com Neto (2010) a monitorização dos sintomas para o doente/cuidador/família, é uma mais-valia, e uma medida a adotar na prática de cuidados, uma vez que permite avaliar eficazmente as intervenções realizadas, assim como a evolução da própria doença. O que irá possibilitar rever o plano de cuidados, definir objetivos realistas, adequados à situação de doença e preparar a família para os últimos momentos de vida, com o objetivo de aliviar o sofrimento do doente/cuidador/família e promover a sua dignidade.

Quando aplicada a *POS* (Anexo II), pelo enfermeiro ao Sr. ° A. nos últimos dias de via, apresentou um score de 11 o que corresponde a um aumento da perceção da qualidade de vida após o internamento na UCP. Relativamente à *PPS* (Anexo III), o Sr. ° A., teria um nível funcional de 10%, estando totalmente acamado, com doença extensa, incapaz de qualquer trabalho, apresentando períodos de confusão ou coma, necessitando de ajuda total nos cuidados, sendo priorizados os cuidados à boca.

Assim, o controlo de sintomas, só foi possível de ser realizado pela monitorização constante da situação do Sr. ° A. pela equipa, que levou à adequação das vias de administração de terapêutica e antecipação de terapêutica de SOS, usada preventivamente a possíveis ações dolorosas, como os cuidados de higiene e conforto e/ou os posicionamentos. Contudo, dada a progressão da situação clínica do Sr. ° A. que evoluiu para uma *PPS* de 10, e cujos sintomas nos últimos dias de vida não eram passíveis de avaliar pela *ESAS*, sugere-se nesta situação, por exemplo, para a

avaliação da dor, o uso da *Abbey Pain Scale* (Anexo IV) validada para a população portuguesa, com doença oncológica em cuidados paliativos (Rodrigues, 2013) e para a avaliação do estertor, o uso da *Victoria Respiratory Congestion Scale* (2001) (Anexo V), que embora não se encontre validada para a população portuguesa é usada na prática de cuidados paliativos portugueses.

A análise desta situação leva-me a constatar que a crescente preocupação para com os sintomas nesta fase de cuidados justifica a existência do PI, no meu contexto profissional, dedicado à avaliação e controlo dos sintomas, em especial nos doentes oncológicos. Indo ao encontro do preconizado pelo Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, CNCP, 2017-2018), para o biénio 2017-2018, quando preconiza que existam especialistas para cuidar de todas as pessoas com doenças graves e/ou avançadas e progressivas propondo uma abordagem paliativa a estes doentes. Pois é um facto, que a maioria dos doentes oncológicos em fim de vida passa por experiências de dor, fadiga e falta de ar, entre outros sintomas, sendo as competências de promoção do bem-estar e alívio do sofrimento essenciais para uma abordagem paliativa de excelência

Torna-se também premente, a formação na área dos cuidados paliativos, direcionada a todos os profissionais de saúde, de forma a garantir a organização e melhoria da qualidade dos cuidados prestados, com fim à satisfação das necessidades do doente/cuidador/família (CNCP, 2019-2020).

1.5. Conclusão

Concluo, com a vivencia e análise desta situação que a complexidade na gestão das necessidades dos doentes e famílias em cuidados paliativos implica um trabalho de equipa e também a formação dos seus profissionais, o que tem sido muito gratificante de compreender e observar durante a realização deste estágio.

Esta situação foi importante para o desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista, porque me permitiu aprofundar a avaliação e o controlo de sintomas no doente oncológico em fim de vida e conseqüentemente, a comunicação com o doente/cuidador/família, através da observação dos enfermeiros deste local de estágio. Tendo sentido a necessidade de investigar alguns conceitos que se tornaram centrais nesta prática de cuidados, como os princípios e filosofia dos cuidados paliativos e os instrumentos utilizados na avaliação de sintomas em cuidados paliativos.

Nesta ordem de ideias, considero que nesta situação emergem também as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2018), relativas à avaliação de sintomas no doente, segundo as suas características, priorizando o impacto no próprio e utilizando ferramentas preconizadas, bem como a promoção de intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doença incurável e seus cuidadores/familiares respeitando as suas preferências.

A reflexão crítica permitiu verificar que o cuidado da equipa vai ao encontro do preconizado pelos padrões de qualidade e boas práticas dos cuidados especializados (OE, 2017; OE, 2019). Confirmando que a maioria das intervenções estão de acordo com a evidência científica, tendo como objetivo principal a promoção do bem-estar e diminuição do sofrimento do doente/cuidador/família.

Destaco, também, as competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019), no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, ao realizar a reflexão crítica e pesquisa da literatura para sustentar a minha praxis clínica especializada em evidência científica.

Considerando, as competências da *European Oncology Nursing Society* (EONS, 2018) em particular as competências relacionadas com o apoio à pessoa com doença avançada e em fim de vida penso que nesta situação foi explícito como é importante “identificar o impacto da doença oncológica no bem-estar físico, psicológico, emocional, social e espiritual das pessoas afetadas pela doença” (p.32), bem como “identificar a necessidade e implementar estratégias para envolver e apoiar a família e os cuidadores” (p.33).

Para além disso, ao deparar-me com esta situação reforcei a necessidade de transpor por escrito, através de um Algoritmo-Fluxograma de forma esquemática e sistematizada a intervenção/atuação do enfermeiro face ao sintoma ou sintomas que se encontravam descontrolados no doente em fim de vida, a fim de ser usado nos campos de estágio futuros.

1.6. Planear a ação

Futuramente, caso me depare como uma situação idêntica, terei em ponderação as diferentes fontes de avaliação de sintomas, selecionando os instrumentos de acordo com a sua adequação ao doente, estabelecendo o mais precocemente possível um plano de cuidados individualizado, em parceria com o doente/cuidador/família, para que o controlo de sintomas seja atingido

Vou ter em consideração que o uso sistemático de ferramentas para a avaliação das necessidades de cuidados do doente tem-se mostrado uma forma de aperfeiçoar a enfermagem baseada na evidência. E que as competências do enfermeiro no controlo de sintomas para uma intervenção de excelência no cuidado são, portanto, fundamentais (Slåtten, Fagerström & Hatlevik, 2010).

É nesta ordem de ideias que planeio continuar o meu percurso profissional pensando que numa situação futura, estaria muito mais preparada a nível emocional e profissional para colmatar esta necessidade.

Referências Bibliográficas

- Anderson, F., Downing, G. M., Monte, J., Casorso, L. & Lerch, N. (1996). Palliative Performance Scale (PPS): a new tool. *Journal of Palliative Care*, 12, 5-11.
- Bernardo, A., Monteiro, C., Simões, C., Ferreira, C., Pires, C., Pinto, C., ... Pereira, S. (Org.). (2016). *Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal – Posição da APCP*. Lisboa: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP).
- Bausewein, C., Le Grice, C., Simon, S. & Higginson, I. (2011) The use of two common palliative outcome measures in clinical care and research: A systematic review of POS and STAS. *Palliative Medicine*, 25 (4), 304-313.
- CNCP (2017-2018). *Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: Biénio 2017-2018*. Acedido a 24/04/2019. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1-1.pdf
- CNCP (2019-2020). *Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: Biénio 2019-2020*. Acedido a 19/10/2019. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/PEDCP-2019-2020-versao-final-10.02.2019.pdf>
- Cruz, A. M. R. F. (2015). *Revisão sistemática da literatura: instrumentos de avaliação de sintomas em cuidados paliativos*. (Dissertação de Mestrado). Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/19687>
- Gibbs, G. (2013). *Learning by doing: A Guide to Teaching and Learning Methods*. Oxford Brookes University: Creative Commons. Disponível em: <https://thoughtsmostlyaboutlearning.files.wordpress.com/2015/12/learning-by-doing-graham-gibbs.pdf>
- Gilbertson-White, S., Aouizerat, B.E., Jahan, T. & Miaskowski, C. (2011). A review of the literature on multiple symptoms, their predictors, and associated outcomes in patients with advanced cancer. *Palliative and Supportive Care*, 9, 81-102.
- National Consensus Project for Quality Palliative Care (2018) *Clinical practice guidelines for quality palliative care. 4th edition*. Acedido a 11-10-2019. Disponível em: <https://nchpc.conferencespot.org/>
- Neto, I. (2010). *Modelos de Controlo sintomático*. In A. Barbosa, I. Neto (Ed). Manual de Cuidados Paliativos 2^a ed (61-68). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Repe*. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_R EPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das Competências Específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (N.º 135 de 16/07/2018), 19359-1936. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 26 de 2019-02-06), 4744 – 4750. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Rodrigues, A. (2013). *Avaliação da Dor ao Doente Oncológico em Cuidados Paliativos Incapaz de Comunicar*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Rugno, F. C. & De Carlo, M. M. R. P. (2016). The Palliative Outcome Scale (POS) applied to clinical practice and research: an integrative review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 24 (e2764), 1-11.

Slåtten, K., Fagerström, L. & Hatlevik, O. (2010). Clinical competence in palliative nursing in Norway: the importance of good care routines. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(2), 80-87.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos (2ª ed)*. Lisboa: Climepsi Editores.

Victoria Respiratory Congestion Scale (VRCS). *Medical Care of the Dying*, 4th, p.384.

© Victoria Hospice Society 2006. Disponível: em https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/07/respiratory_congestion_scale_2018.pdf

ANEXOS

Anexo I - Escala *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)*

ESAS (Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton)

Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
<hr/>												
Sem cansaço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
<hr/>												
Sem náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea
<hr/>												
Sem depressão / tristeza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O mais deprimido possível / A maior tristeza possível
<hr/>												
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O mais ansioso possível
<hr/>												
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O mais sonolento possível
<hr/>												
O maior apetite possível	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O pior apetite possível
<hr/>												
O melhor bem-estar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de bem-estar possível
<hr/>												
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível
<hr/>												
_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_____

Fonte: Neto (2010)

Anexo II - Palliative Care Outcome Scale (POS)

Escala de Resultados de Cuidados Paliativos QUESTIONÁRIO AO DOENTE (versão 1)



www.pos-pal.org

Nome do/a doente:

Data da avaliação:

Data de nascimento:

Avaliação nº:

Local dos cuidados:

Por favor, responda às seguintes perguntas, escolhendo o quadrado ao lado da resposta que é mais verdadeira para si. As suas respostas ajudar-nos-ão a continuar a melhorar os cuidados prestados a si e a outros. Obrigado.

- 1 **NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, as dores afectaram-no/na? Assinale apenas um quadrado.**
 - 0 Não tive dores ou não me afectaram nada
 - 1 Ligeiramente – mas não o suficiente para as esquecer
 - 2 Moderadamente – as dores limitaram alguma da minha actividade
 - 3 Bastante – a minha actividade ou a concentração foram muito afectadas
 - 4 Horivelmente – incapaz de pensar em qualquer outra coisa

- 2 **NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, sentiu-se afectado/a por outros sintomas ou queixas, por exemplo, enjoos, tosse ou prisão de ventre? Assinale apenas um quadrado.**
 - 0 Não, não tive ou me afectaram nada
 - 1 Ligeiramente
 - 2 Moderadamente
 - 3 Bastante
 - 4 Horivelmente

- 3 **NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, sentiu-se ansioso/a ou preocupado/a com a sua doença ou com o tratamento? Assinale apenas um quadrado.**
 - 0 Não, nada
 - 1 De vez em quando
 - 2 Às vezes – afecta a minha concentração de vez em quando
 - 3 A maior parte das vezes – afecta frequentemente a minha concentração
 - 4 Não consigo pensar em mais nada - constantemente preocupado/a e ansioso/a

- 4 **NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, algum dos seus familiares ou amigos andou ansioso/a ou preocupado/a consigo? Assinale apenas um quadrado.**
 - 0 Não, nada
 - 1 De vez em quando
 - 2 Às vezes – parece afectar a concentração deles
 - 3 A maior parte das vezes
 - 4 Sim, sempre preocupados comigo

- 5 **NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, que quantidade de informação foi dada a si e à sua família ou aos seus amigos? Assinale apenas um quadrado.**
 - 0 Muita informação – estive sempre à vontade para perguntar o que quis
 - 1 Deram informações mas de difícil compreensão
 - 2 Deram-me informações quando eu pedia mas gostaria de ter tido mais
 - 3 Deram poucas informações e fugiram a algumas perguntas
 - 4 Nenhuma

- 6 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, conseguiu partilhar com a sua família ou amigos o modo como se sentia? Assinale apenas um quadrado.
- 0 Sim, tanto quanto quis
- 1 A maior parte das vezes
- 2 Às vezes
- 3 De vez em quando
- 4 Não, nada com ninguém
- 7 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS sentiu que a vida era importante? Assinale apenas um quadrado.
- 0 Sim, sempre
- 1 A maior parte das vezes
- 2 Às vezes
- 3 De vez em quando
- 4 Não, nada
- 8 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, sentiu-se bem consigo como pessoa? Assinale apenas um quadrado.
- 0 Sim, sempre
- 1 A maior parte das vezes
- 2 Às vezes
- 3 De vez em quando
- 4 Não, nada
- 9 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, quanto tempo acha que perdeu com as consultas relacionadas com os seus cuidados de saúde, por exemplo, à espera de transporte ou a repetir testes? Assinale apenas um quadrado.
- 0 Nenhum
- 2 Quase meio dia gasto
- 4 Mais de meio dia gasto
- 10 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, teve alguns problemas práticos, financeiros ou pessoais, resultantes da sua doença? Assinale apenas um quadrado.
- 0 Os meus problemas práticos foram resolvidos e os meus assuntos estão em dia como eu desejaria
- 2 Tive alguns problemas práticos que estão a ser resolvidos
- 4 Tive alguns problemas práticos que não foram resolvidos
- 6 Não tive problemas práticos
- 11 Se teve problemas NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, indique os mais importantes.
- 1
- 2
- 12 Como respondeu a este questionário? Assinale apenas um quadrado.
- 0 Sozinho/a
- 1 Com a ajuda de um amigo ou familiar
- 2 Com a ajuda de um membro do pessoal

Anexo III - *Palliative Performance Status (PPS)*

PPS Nível	Deambulação	Actividade ou Evidência de Doença	Auto-Cuidados	Ingesta	Nível de Consciência
100%	Completa	Actividade normal; Sem evidência de doença	Completos	Normal	Completo
90%	Completa	Actividade normal; Alguma evidência de doença	Completos	Normal	Completo
80%	Completa	Actividade normal com esforço; Alguma evidência de doença	Completos	Normal ou Reduzida	Completo
70%	Reduzida	Incapaz de realizar o trabalho normal; Alguma evidência de doença	Completos	Normal ou Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
60%	Reduzida	Incapaz de realizar hobbies; Doença significativa	Carece de assistência ocasional	Normal ou Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
50%	Sobretudo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; Doença extensa	Carece de assistência considerável	Normal ou Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
40%	Sobretudo na cama	Idem	Carece de assistência quase completa	Normal ou Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
30%	Totalmente acamado	Idem	Dependência completa	Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
20%	Idem	Idem	Idem	Reduzida a algumas colheres	Completo ou com períodos de confusão
10%	Idem	Idem	Idem	Apenas cuidados à boca	Confuso ou coma
0%	Morte


Fonte: Anderson, Downing, Monte, Casorso & Lerch (1996)

Anexo IV – *Abbey Pain Scale*

Q1.	Vocalização p. ex. geme, chora, choraminga Ausente 0 Leve 1 Moderada 2 Severa 3	Q1	
Q2.	Expressão facial p. ex. apresenta expressão tensa, franze a testa, faz esgares, parece assustado/a Ausente 0 Leve 1 Moderada 2 Severa 3	Q2	
Q3.	Alteração da linguagem corporal p. ex. agitação, balança-se, protege uma parte do corpo, isola-se Ausente 0 Leve 1 Moderada 2 Severa 3	Q3	
Q4.	Alteração comportamental p. ex. mais confuso, recusa-se a comer, apresenta alteração nos padrões habituais Ausente 0 Leve 1 Moderada 2 Severa 3	Q4	
Q5.	Alteração fisiológica p. ex. temperatura, ritmo cardíaco ou tensão arterial fora dos limites normais, transpiração, rubor ou palidez Ausente 0 Leve 1 Moderada 2 Severa 3	Q5	
Q6.	Alterações físicas p. ex. lacerações da pele, zonas de pressão, artrite, contracturas, lesões anteriores Ausente 0 Leve 1 Moderada 2 Severa 3	Q6	
Some as pontuações das Questões 1 a 6 e registre aqui		VALOR TOTAL DE DOR	

Fonte: Rodrigues (2013, Apêndice V)

Anexo V - *Victoria Respiratory Congestion Scale*

 Victoria Respiratory Congestion Scale (VRCS)	
VRCS Score	Observation
0	Congestion absent
1	Congestion audible at 12 inches (30 cm) from patient's chest but not further
2	Congestion audible at the end of the bed but not further
3	Congestion audible at the doorway of the room

Fonte: https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/07/respiratory_congestion_scale_2018.pdf

**Apêndice X – Grelha de Observação – *Checklist* dos Sintomas mais
comuns**

GRELHA DE OBSERVAÇÃO - *Checklist* dos Sintomas mais comuns

A investigação detalhada dos sintomas é essencial para uma adequada palição (Homsí et al, 2006). Assim pretende-se identificar os sintomas mais comuns no doente oncológico em fim de vida e determinar as intervenções realizadas (estratégias de alívio) para o controlo de sintomas.

Numa pesquisa realizada na plataforma *Ebsco* foram identificados como sintomas mais comuns: dor, sintomas respiratórios (dispneia, farfalheira/estertor), sintomas digestivos (náuseas/vómitos, obstipação, anorexia), sintomas psicológicos (ansiedade, agitação/*delirium*, depressão/tristeza, angústia), insónia e sonolência diurna, astenia/fadiga.

Nome: _____ **Idade:** _____ **Diagnóstico:** _____

Motivo referenciação: _____

Tabela 1: Registo de sintomas, estratégias de alívio e avaliação

Sintomas	Estratégias de alívio	Avaliação			
		Até 48h	1 semana	15 dias	28 dias
Dor					
Dispneia					
Farfalheira					
Náuseas/vómitos					
Anorexia					
Obstipação					
Ansiedade					
Agitação/ <i>delirium</i>					
Depressão/tristeza					
Angústia					
Insónia					
Sonolência					
Astenia/fadiga					

GRELHA DE OBSERVAÇÃO - Checklist dos Sintomas mais comuns
- NOTAS DE CAMPO COMPLEMENTARES AO RELATÓRIO DE ESTÁGIO -

Ao aplicar o instrumento a uma doente, com o diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica, a Sr.^a E., cujo motivo de internamento foi o controlo de sintomas, e a sua admissão na UCP ocorreu 24h antes da minha observação. Foram identificados como sintomas descontrolados: dor (devido à sua espasticidade); dispneia (risco); náuseas/vómitos; obstipação; ansiedade; depressão/tristeza e angústia. Tendo sido reajustada terapêutica de base para controlo de sintomas e ajustada terapêutica à manutenção ou não de via oral eficaz, uma vez que embora seja portadora de PEG, esta doente ainda se alimentava oralmente. E, também, prescrita terapêutica de resgate caso exista descontrolo de sintomas, de modo atingir o conforto desejado.

Na prestação de cuidados à Sr.^a E. compreendi que o sintoma mais descontrolado era psicológico. A ansiedade generalizada, o lamento pelas perdas futuras, referiu muitas vezes *“tenho pena de morrer, não por mim, mas por causa dos meus netos”*. Foram ajustadas expectativas, dando espaço para o choro e expressão de sentimentos. Referiu sentir-se mais tranquila, com energia para realizar a limpeza das molduras que tinha consigo *“sentir-se útil ao tirar o pó das molduras e santinhos”*.

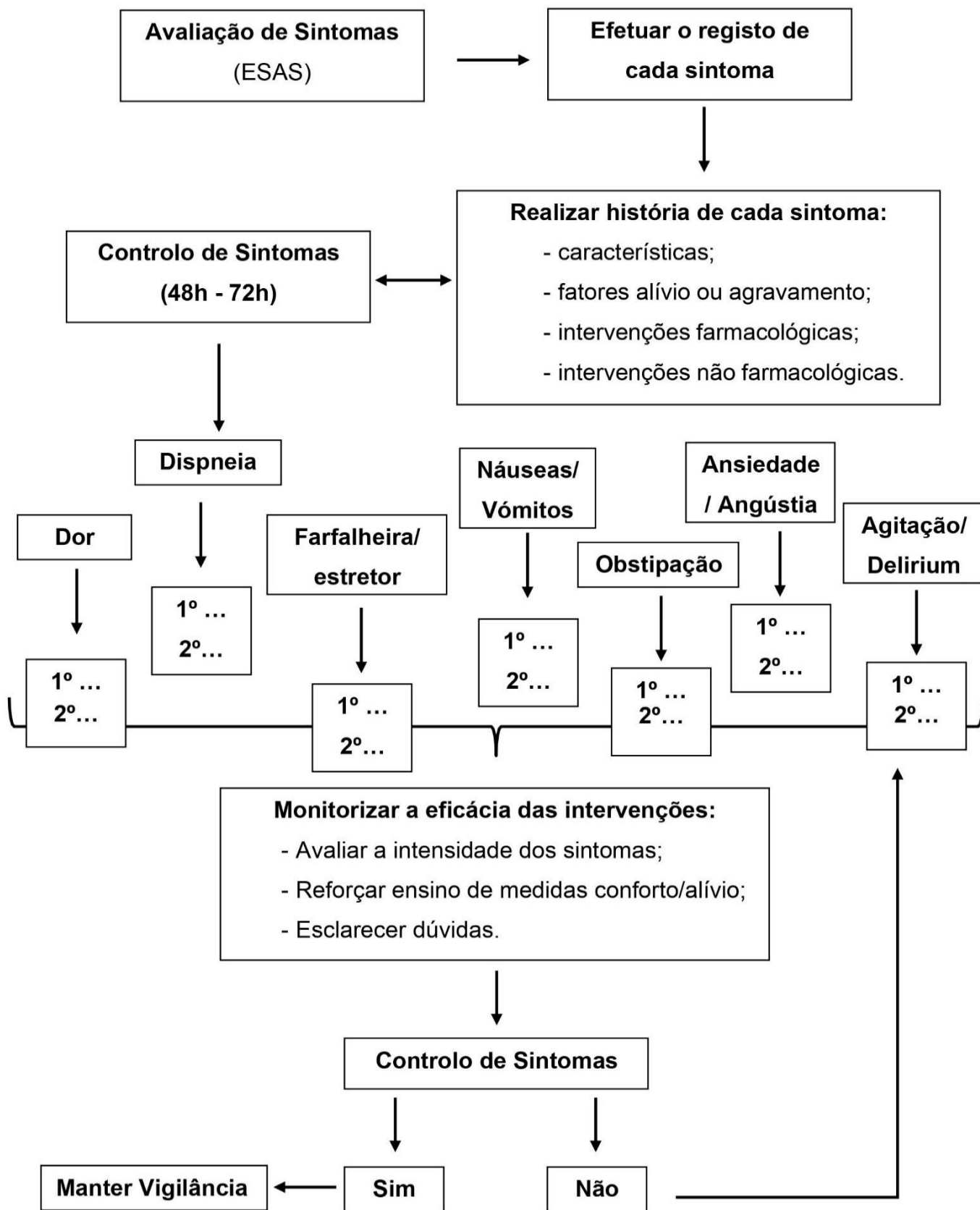
Constatee que, por vezes, a ansiedade pode ser uma reação natural à confrontação e avanço da doença. Compreendi que o melhor tratamento passa por dar espaço e tempo ao doente para verbalizar as suas inquietações, mostrando disponibilidade para escutar, não descartando, contudo, a possibilidade da administração de terapêutica, como um coadjuvante, no controlo da ansiedade, se assim houver necessidade, ou, caso se perceba que a mesma possa estar relacionada com uma causa orgânica, o que seria perfeitamente possível devido à situação de doença da Sr.^a E. Indo ao encontro do descrito por Gonçalves (2011) *“não se devem esquecer os fatores psicológicos relacionados com a morte e os problemas existenciais que possam existir”* (p.163).

Referências Bibliográficas

- Gonçalves, J.F. (2011). *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Homsí, J. et al. (2006). Symptom evaluation in palliative medicine: patient report vs systematic assessment. *Support Care Cancer*. 14, 444-453.

Apêndice XI – Algoritmo – Fluxograma para a intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas do doente em fim de vida

FLUXOGRAMA PARA A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTROLO DE SINTOMAS DO DOENTE EM FIM DE VIDA



Algoritmo – Fluxograma para a intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas do doente em fim de vida

- NOTAS DE CAMPO COMPLEMENTARES AO RELATÓRIO DE ESTÁGIO -

Uma situação de cuidados que foi marcante, e me transportou para outras situações que acontecem no meu contexto profissional, potenciando momentos de reflexão, foi o caso que uma doente que apresentava ansiedade e angústia marcada, com uma grande revolta por se “*encontrar prisioneira de um corpo que já não é seu, e que já nem o prazer na comida a satisfaz*”.

Dado o sofrimento existencial, desta doente, foi colocada a hipótese de uma sedação paliativa, que a própria doente solicitou referindo que “*não quero ter de viver este sofrimento*” era visível o medo no seu olhar, e o receio de morrer sozinha. Apercebendo-se que a morte poderia estar próxima solicitou que a filha viesse ter com ela. A equipa prontificou-se atender o seu desejo, foi realizado contacto telefónico com a filha explicando que o estado de saúde da mãe estava em progressão para uma morte breve, foi comunicado o desejo da doente, e validadas as necessidades da família sendo oferecido o apoio da psicóloga.

Uma das preocupações desta filha era se “*a mãe iria morrer à fome dado que já não se alimentava há alguns dias*” foi notável a delicadeza e o à vontade com que a Enf.^a Orientadora explicou a esta filha que neste momento isso não era mais importante, e que a mãe não verbaliza essa preocupação, que neste momento as “*energias são utilizadas no que é necessário, o gasto que iria ter em alimentar-se não seria benéfico, não sendo essa a prioridade neste momento*”. Estas palavras fizeram refletir sobre algumas práticas, do meu contexto profissional, questionando onde ficará o limiar do conforto/sofrimento, o que na realidade é praticado, e o que deveria ser.

Numa situação de fim de vida existem doentes que passam por técnicas inúteis e desadequadas às suas necessidades, conduzindo à futilidade e obstinação terapêutica o que gera um aumento do sofrimento, não só para o doente/família/cuidador, mas, também, para alguns dos profissionais da unidade. Destaco, assim, a pertinência e a importância da adequação deste *Algoritmo*, à minha realidade de cuidados, de modo a promover o controlo sintomático, maximizando o conforto e qualidade de vida, do doente em fim de vida.

Relembro, também, situações nas quais existia persistente descontrolo de sintomas, por exemplo, o caso de uma doente com tosse persistente que lhe causava

desconforto e ansiedade e cuja terapêutica de SOS administrada não foi eficaz. Sendo necessário iniciar uma perfusão subcutânea contínua (PSC) de *butilescopolamina*.

Noutro caso, em que o doente já se encontrava a realizar uma PSC, para controlo da dor com *morfina*, mas que em 24h foram administrados vários SOS, havendo a necessidade de ajustar a dosagem da perfusão somando todas as doses SOS (e em função desta foi calculada a dose diária) e corrigido também a dose SOS adequada à nova perfusão.

Outra situação, com que me deparei, foi a admissão de uma doente com Insuficiência Cardíaca terminal, situação que, novamente, me reportou à realidade dos doentes que tenho no meu contexto profissional. Relembro, também, uma doente com demência avançada com necessidade de Cuidados Paliativos (CP), cujo objetivo de admissão foi a promoção do conforto e qualidade de vida nos seus últimos dias e horas de vida, sendo suspensas técnicas desnecessárias e terapêutica fútil.

Em ambas as situações as doentes eram “*virgens*” em *opióides*, mas apresentavam descontrolo de sintomas respiratórios, sendo que se iniciou terapêutica *opióide (morfina)* em doses baixas para ver a sua reação e adaptabilidade.

Foi possível observar uma situação de dispneia onde foi utilizado como fármaco de primeira linha a *morfina*, de segunda linha a *dexametasona*, e a após não existir efeito terapêutico passou-se à terceira linha de abordagem com *midazolam*, verificando-se que a dispneia inicial foi decorrente de um perfil ansioso e não respiratório.

No controlo de sintomas em CP, evidencio que é importante ter um conhecimento aprofundado da prática de CP e conhecer o doente ao pormenor, pois cada doente é único e cada situação é uma situação, sendo necessário adequar a nossa intervenção ao doente e à situação.

Rever a terapêutica, ajustar a dose face às intercorrências e discutir em equipa as situações é primordial para a prestação de cuidados de conforto ao doente/família/cuidador. As situações experienciadas foram mais-valias para otimizar este *Algoritmo*. E exemplificam, uma forma intuitiva, e eficiente da sua utilização.

Apêndice XII – Descrição do Campo de Estágio II: EIHSCP



**Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em
Enfermagem Oncológica**

Estágio com Relatório

**- DESCRIÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO II -
EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS
PALIATIVOS**

Ângela Raquel Simão Montez Nº 8844

Orientador: Professora Doutora Maria Deolinda Luz

Enf.^a Orientadora: Enf.^a Especialista e Mestre Dulce Oliveira

Lisboa

Dezembro de 2019

De modo a compreender a missão, objetivos, organização estrutural e a dinâmica da equipa onde me encontro a realizar estágio, desenvolvi a descrição que se segue, podendo assim recolher dados sobre outro dos locais onde vou buscar contributos para o desenvolvimento do projeto *A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas ao Doente Oncológico em Fim de Vida numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI)* podendo, também, orientar a minha prestação de cuidados de acordo com estes propósitos.

Torna-se oportuno ressaltar que, no decorrer do meu estágio na Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), a mesma se encontrou em fase de transição devido a um processo de mudança de instalações.

Após a visita ao espaço onde está sediada a respetiva equipa e após a realização de uma conversa informal com a Enfermeira Orientadora conseguiu-se identificar que a EIHSCP, de acordo com a *European Association for Palliative Care (EAPC)*, é uma equipa de cuidados paliativos especializada de nível I (não tem camas atribuídas, apenas uma estrutura física para desenvolver a sua atividade), dotada de recursos próprios, que exerce a sua atividade prestando consultoria a todos os profissionais dos serviços do centro hospitalar e da comunidade. Todos os profissionais têm formação diferenciada em CP (CNCP, 2017-2018; EAPC, 2009).

A EIHSCP exerce funções desde 2007, foi integrada na RNCCI após 4 anos de funcionamento. Tem como objetivo melhorar os cuidados à pessoa em fim de vida internada nos diferentes serviços do centro hospitalar, intervindo como consultora para outros profissionais que cuidam de pessoas com necessidades paliativas, contribuindo para a melhoria dos seus cuidados. Funciona de 2^a a 6^a, entre as 8 e as 20h.

A equipa interdisciplinar, constituída por três médicos (dois em full-time e um a tempo parcial), seis enfermeiros na prestação de cuidados, sendo que um dá apoio à gestão (distribuídos pelos turnos 8h-15h, 10h-17h e 13h-20h), um psicólogo, um assistente social e duas assistentes operacionais que constituem a equipa nuclear, podendo receber colaboração de outros profissionais (psiquiatra, dietista, assistente espiritual, enfermeiro com competências em hipnose (indo de encontro ao descrito no Dec. Lei 101/2006)). De salientar, que há cerca de um ano, estão incluídos na equipa dois psicólogos e dois assistentes sociais, ao abrigo do Programa Humaniza, um Projeto de parceria entre o centro hospitalar e a Fundação la Caixa, em colaboração com o Ministério da Saúde.

A EIHS CP acompanha doentes adultos, contudo também dá suporte a doentes da pediatria. A referenciação é realizada pelo Médico Assistente, sendo a responsabilidade de todos os profissionais de saúde identificar as necessidades paliativas dos doentes e promover o acesso a esta equipa. Os próprios doentes e cuidadores familiares também podem recorrer à equipa por iniciativa própria, fazendo-se acompanhar de informação clínica atualizada. Será posteriormente realizada uma triagem e agendada uma primeira consulta de Medicina Paliativa ou proceder-se ao encaminhamento da situação para o recurso mais adequado na comunidade (ECSCP).

A EIHS CP dispõe das valências de Consulta Externa (CE) de CP programada e não programada (situações de urgência que poderão levar à transferência para um serviço de internamento através da CE ou CT, ou mesmo pela referenciação de outro profissional que observe o doente em CE, Serviço de Urgência (SU), Radioterapia (RT)), Interconsulta (apoio ao doente internado mediante o pedido do médico responsável), Consulta Telefónica (CT) (dos doentes seguidos em CE), Atendimento não programado (permitindo assim um acesso diferenciado em situações de crise, evitando o recurso ao serviço de urgência) e Consultoria aos profissionais (dentro e fora da instituição, incluindo equipas de cuidados continuados, cuidados primários e outras instituições).

Indo ao encontro do preconizado no Dec. Lei, 52/2012, as equipas de consultoria em CP prestam apoio na execução do plano individual de cuidados, aos doentes internados ou na comunidade em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado e suas famílias, para os quais seja solicitada a sua atuação, tendo ainda a responsabilidade de assegurar a formação em cuidados paliativos aos profissionais de saúde.

Na **CE**, que se realiza no período das 8h-20h, após uma avaliação das necessidades do doente e família, em simultâneo pelo médico e enfermeiro, são realizados procedimentos terapêuticos, nomeadamente administração de fármacos para controlo sintomático, realização de pensos, paracentese. A maioria dos doentes (99%) são encaminhados pela consulta de oncologia e os restantes pelos serviços de internamento após a alta hospitalar ou referenciados por outras equipas dos CSP.

Na **Interconsulta**, a visita ao internamento realiza-se no período das 10h30 às 18h, sendo o restante período consultoria telefónica. O processo inicia-se após um

pedido de referenciação dos serviços, pelo médico assistente do doente, através de um formulário disponível on-line na intranet, por email ou correio interno, devendo em situação particular de urgência alertar a Equipa por via telefónica. Os principais motivos de referenciação à equipa são: descontrolo sintomático, situações de fim de vida e referenciação para UCP, existindo um acompanhamento global pelos profissionais da equipa. Na Interconsulta é realizada uma avaliação do doente e identificadas as suas necessidades sugerindo um plano terapêutico. De seguida é transmitida à equipa do internamento o plano sugerido e identificada a recetividade e capacidade da mesma para o desenvolver, se necessário é realizada consultoria para esclarecimento à equipa médica e/ou enfermagem sobre possíveis dúvidas. As avaliações seguintes são realizadas consoante a necessidade, sendo que a frequência varia de situação para situação, com o intuito de avaliar a eficácia do plano sugerido e realizar os ajustes necessários.

A **CT** realiza-se quando necessário, mas poderá ser programada de acordo com as necessidades do doente/família. Na CT é realizada uma avaliação do doente desde o ultimo contato, desde o controlo sintomático, nomeadamente, se existe novos sintomas, sintomas descontrolados, a necessidade de realizar terapêutica de resgate, a gestão do regime terapêutico, perceber outras necessidades do doente ou do cuidador/família, as suas dúvidas, medos e receios, atendendo às suas necessidades emocionais, informar e por vezes capacitar e validar intervenções, ou mesmo continuidade de cuidados na comunidade (realizar o encaminhamento para serviços de apoio). Muitas das vezes são os próprios doentes e cuidador/familiar que realizam o contato telefónico com a UMP. Existe um telefone que poderá ser utilizado pelos doentes em situações de emergência, após as 20h, nos fins-de-semana e feriados, sendo esse tempo despendido de forma gratuita indo ao encontro das necessidades destes doentes tão vulneráveis.

A EIHS CP promove a formação profissional em CP dos profissionais do centro hospitalar, em articulação com o centro de formação hospitalar, com o objetivo de capacitar para uma abordagem paliativa de qualidade (CNCP, 2017-2018).

De salientar, embora a equipa trabalhe em interdisciplinaridade existe uma reunião de equipa semanal (multidisciplinar) que permite a discussão de casos, reflexão sobre a prática de cuidados, e questões organizacionais. Toda a equipa colabora para a obtenção de uma solução partilhada de aceitação e de consenso.

O método de trabalho da equipa é de enfermeiro de referência, cada enfermeiro tem um telemóvel atribuído, sendo que a cada doente e seu cuidador/família está associado um enfermeiro, responsável pela realização dos cuidados de enfermagem prestados, desde a colheita de dados, sua planificação, intervenção e avaliação. A grande preocupação da equipa é promover a qualidade de vida e o conforto.

Na admissão em CE ou Interconsulta a colheita de dados é efetuada em parceria médica e enfermeiro, conhecem a pessoa, percecionam as suas vivências durante o seu processo de doença, permitindo um conhecimento profundo de toda a situação, havendo uma preocupação em relação ao respeito pela sua autonomia, concretizado na tomada de decisão sobre os cuidados que quer ou não, que lhe sejam prestados. Assim como, intervenções educacionais inerentes à prática de cuidados do enfermeiro (informar, educar e orientar a pessoa doente e a família) de acordo com as necessidades solicitadas de forma a prevenir situações de descontrolo sintomático, exaustão do cuidador/familiar e identificar processos de luto patológico. É também identificada a equipa de CSP que presta apoio ao doente, de forma a realizar a articulação com a comunidade realizando o encaminhamento para a ECSCP ou ECCI a quem a EIHS CP presta consultoria.

Com vista ao acompanhamento da família, durante o processo de doença e após a perda de um ente querido a EIHS CP presta apoio especializado no luto. É enviada uma carta de condolências após a morte do seu familiar, em nome de toda a equipa a disponibilizar apoio, reforçando e validando tudo o que o cuidador/família realizou durante o percurso de doença. Para além disso, é disponibilizado apoio emocional, realizado pelo enfermeiro através de contacto telefónico programado e apoio psicoterapêutico prestado por psicólogos com formação na área de apoio ao luto.

O doente paliativo apresenta necessidades complexas que precisam de ser atendidas. Para uma intervenção de qualidade em cuidados paliativos é importante que haja um controlo sintomático eficaz, comunicação adequada, apoio à família e trabalho de equipa. (Neto, 2010).

Referências Bibliográficas

- CNCP (2017-2018). *Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: Biénio 2017-2018*.
- Decreto Lei 52/2012 (2012). Cria a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I Série (N.º 172 de 05/09/2012, 5119-5124. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/52/2012/09/05/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 101/2006 (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I Série (N.º 109 de 06/06/2006, 3856 – 3865. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>
- European Association for Palliative Care (2009). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe : part 1. *European Journal of Palliative Care*, 16(6), 278–289.
- Neves, S; Simões, C. & Ferreira, C. (2016). Consultoria em cuidados paliativos: Desafios e implicações para a prática. *Jornal Enfermeiro*, 7, 12-13. Disponível em: www.jornalenfermeiro.pt
- Neto, I. (2010). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In A. Barbosa & I. Neto (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed* (1-42). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.

Apêndice XIII – Estudo de Caso



**Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em
Enfermagem Oncológica**

Estágio com Relatório

- ESTUDO DE CASO -

**A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTROLO DE
SINTOMAS AO DOENTE ONCOLÓGICO EM FIM DE VIDA**

Ângela Raquel Simão Montez Nº 8844

Orientador: Professora Doutora Maria Deolinda Luz

Enf.^a Orientadora: Enf.^a Especialista e Mestre Dulce Oliveira

Lisboa

Dezembro de 2019

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CP – Cuidados Paliativos

CPRE – Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica

CPT – Colangiografia Percutânea Trans-Hepática

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EDA – Endoscopia Digestiva Alta

ed. – Edição

Ed. – Editor

Enf.^a – Enfermeira

EIHSCP – Equipa inter-hospitalar de suporte em cuidados paliativos

ESAS – *Edmonton System Assessment Scale*

EN – Escala numérica

EV – Endovenoso

LOE – Lesão ocupante do espaço

p. – Abreviatura de “Página”

QT – Quimioterapia

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RM – Ressonância Magnética

RT – Radioterapia

SC – Subcutâneo

sic – Assim estava escrito

SL – Sublingual

Sr.^o – Senhor

Sr.^a – Senhora

STAS – *Support Team Assessment Schedule*

TC-TAP – Tomografia Axial Computorizada- tóraco-abdomino-pélvico

TCK – Teoria do Conforto de Kolcaba

UCE – Unidade de Concentrado Eritrocitário

VBP – Via biliar principal

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1.DESCRICÃO DO CONHECIMENTO DA PESSOA, FAMÍLIA, CONTEXTO DE VIDA E HISTÓRIA DE SAÚDE	6
1.1. Diagnóstico do Estado de Saúde e Planeamento de Cuidados	10
1.2. Categorização das Necessidades de Conforto segundo TCK	13
CONCLUSÃO	16
REFERENCAS BIBLIOGRÁFICA	17

ANEXOS

Anexo 1 - *Edmonton Sistem Assessment Scale*

Anexo 2 - *Support Team Assessment Schedule adaptada*

INTRODUÇÃO

É no seguimento do Estágio com Relatório que surge este estudo de caso, como futura enfermeira especialista é-me solicitado que detenha um conhecimento mais aprofundado sobre o cuidado de enfermagem e que perceba as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, sendo posteriormente capaz de deter um olhar crítico sobre as situações clínicas apresentadas, e tomar decisões suportadas na melhor evidencia científica.

A finalidade deste trabalho, vai ao encontro da concretização do segundo objetivo, proposto para o estágio realizado numa EIHSCP, nomeadamente, analisar a intervenção do enfermeiro especialista nos cuidados ao doente oncológico em fim de vida com necessidades paliativas no âmbito das diferentes valências da EIHSCP.

Este estudo de caso insere-se no contexto formativo do desenvolvimento de competências de enfermeira especialista. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista “possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo -alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção” (OE, 2019, p. 4747).

No decorrer do estágio tive oportunidade de observar e analisar a intervenção da Enf.^a especialista a diversos doentes, contudo, a pessoa que selecionei para este estudo de caso foi àquela que despertou a minha atenção, quer pela relação que consegui estabelecer, quer pela necessidade de intervenção, por se tratar de um doente em fim de vida, com necessidades complexas em todas as dimensões e que exigiram cuidados diferenciados.

Por questões de privacidade e de respeito pela pessoa e família, e tendo por base os princípios fundamentais do Código Deontológico (OE, 2015) que orienta a minha prestação de cuidados, chamarei a pessoa de Sr. ^o E., todos os dados que identidade do doente/família em estudo, foram omitidos ou alterados, mantendo o anonimato, confidencialidade e respeito legal. Antecipadamente, expliquei ao Sr. ^o E., que estava num processo formativo, como aluna de enfermagem da especialidade e mestrado, que iria realizar um trabalho acerca da sua situação de cuidados e internamento, mantendo o anonimato dos dados recolhidos e utilizados. O doente deu o seu consentimento para a realização do presente estudo de caso.

Este estudo de caso, tem como objetivos: identificar as reais necessidades da pessoa, utilizando uma abordagem centrada no doente, bem como refletir acerca das

intervenções de enfermagem implementadas, suportando-as na Teoria do Conforto de Kolcaba (TCK) (Kolkaba, 2003), que serviu como referencial teórico.

Estruturalmente, este trabalho encontra-se dividido em quatro capítulos, entre a introdução e a conclusão, encontra-se o desenvolvimento onde será feita a descrição da situação de saúde da pessoa, família, contexto de vida e história de saúde, sendo posteriormente apresentadas as etapas do processo de enfermagem (diagnóstico, planeamento de cuidados e categorização das necessidades), finalizando com as referências bibliográficas utilizadas como fonte de evidência científica.

1. DESCRIÇÃO DO CONHECIMENTO DA PESSOA, FAMÍLIA, CONTEXTO DE VIDA E HISTÓRIA DE SAÚDE

O conforto holístico é o conceito central da Teoria do Conforto de Kolcaba (2003). Para esta autora (Kolcaba, 2003, p.254) o conforto pode ser definido como a condição experienciada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto sendo descrito como “a experiência imediata e holística de ser fortalecido pela satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência), em quatro contextos de experiência (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental).

Assim, segundo a TCK, o enfermeiro realiza intervenções para aumentar o nível de conforto do doente com um resultado esperado positivo.

Partindo destes pressupostos, e do foco principal da TCK direcionamo-nos para a filosofia dos cuidados paliativos (CP): que tem como objetivo central o bem-estar e qualidade de vida do doente, promovendo uma abordagem global e holística do sofrimento dos doentes, tendo a preocupação de abranger as necessidades das famílias e cuidadores (Neto, 2010), que vem justificar a preferência por este modelo teórico.

De referir que a colheita de dados foi realizada durante a observação pela EIHS CP sendo recolhidos os dados em entrevista informal com o doente (após autorização dada pelo mesmo), sendo também fontes de dados os registos de todas as interações ao longo dos turnos em que prestei cuidados ao Sr. ° E. no serviço de internamento, assim como a consulta do processo clínico eletrónico. Foi utilizada para a identificação de sintomas do Sr. ° E., a *Edmonton System Assessment Scale (ESAS)* (Anexo I) e a *Support Team Assessment Schedule (STAS)* adaptada (Anexo II), para quantificar e classificar os sintomas apresentados na *ESAS*.

A realização deste estudo de caso incidirá sobre o Sr. ° E.P.E.I., género masculino, 53 anos de idade, português, residente em Lisboa. Refere que gosta de ser tratado por Sr. ° E.

O Sr. ° E. é casado com a Sr. ° L., profissionalmente ativa, sendo também a sua cuidadora principal, e que, atualmente, se encontra com atividade suspensa por estar de baixa médica, desde julho de 2019, para dar apoio ao marido. Desta união de 32 anos resultou o nascimento de um filho de 23 anos que coabita com os pais e trabalha com o pai como serralheiro. Durante a colheita de dados o Sr. ° E. identifica também o irmão e os cunhados como pessoas significativas. Considera por isso, ter uma boa rede de apoio, manifesta que quer manter a sua autonomia enquanto a doença o permitir” (sic). Contudo lê-se, em registo de enfermagem, que “a esposa e

filho dizem ter a noção de que não lhe estão a proporcionar neste fim de vida a qualidade que merece porque o próprio recusa a intervenção da esposa nas coisas mais simples” sentindo-se aliviados pelo internamento no serviço de gastroenterologia.

De salientar que durante o meu estágio na EIHSCP não houve a possibilidade de ter contacto com a Sr. L ou outro familiar, durante a observação e prestação de cuidados ao Sr. ° E. em Inter-consulta, por não se encontrarem presentes.

O Sr. ° E. tem de escolaridade a antiga 4ª classe, exercendo a profissão de Serralheiro. Por motivos relacionados com a história de doença, teve necessidade de suspender a atividade profissional desde abril de 2019.

Vive numa moradia, ainda a pagar empréstimo habitação ao banco, de piso térreo, com boas áreas, embora não esteja adaptada para a possibilidade de um regresso a casa. A habitação possui saneamento básico, água, gás canalizado e rede elétrica. Situa-se numa zona de fácil acesso a todo o tipo de serviços. A nível socioeconómico, inserem-se, economicamente, na classe média-baixa, estando atualmente em situação de vulnerabilidade económica, dado que se encontraram ambos de baixa contribuindo para uma insuficiência de rendimentos.

No que respeita aos antecedentes pessoais de saúde, o Sr. ° E. não apresenta alergias medicamentosas. De antecedentes cirúrgicos há a salientar uma herniorrafia inguinal esquerda e uma cirurgia à coluna não especificada. Tem antecedentes pessoais de hiperplasia benigna da próstata e tabagismo ativo (desde os 11 anos). Refere que se considerava uma pessoa saudável, sem qualquer problema de saúde ou limitação, salientando que estas condições não exerciam qualquer impacto na sua vida. “Eu trabalhava todo o dia... e trabalho não me faltava... eu fazia o meu dia-a-dia sem problemas” (sic). Sendo o seu projeto de vida, neste momento, manter a melhor qualidade de vida e conforto face à evolução da sua doença. Não foi possível identificar antecedentes oncológicos familiares.

Não existe documentação quanto ao início da história de doença oncológica do Sr. ° E., conhece-se um diagnóstico de Glioma em progressão, tendo realizado uma Ressonância Magnética (RM) em setembro de 2019, confirmando o diagnóstico de Glioblastoma de Alto Grau (com lesão ocupante de espaço (LOE) intra-axial do corpo caloso). Foi intervencionado cirurgicamente em abril de 2019 tendo realizado QT e RT até recidiva.

De acordo com a DGS (2017, p.17) em oncologia, a atividade cirúrgica tem particular importância, traduzindo tanto o acesso ao diagnóstico como ao início do

processo terapêutico. Contudo, segundo Honea (2018) os doentes com glioblastoma enfrentam uma trajetória de doença bastante previsível de inevitável declínio físico, neurológico e/ou cognitivo/comportamental até a morte. Muitos sintomas, embora presentes ao longo da trajetória da doença, podem tornar-se mais evidentes no final da vida.

Conheci o Sr. ° E., aquando do surgimento de uma nova neoplasia que veio provocar um desequilíbrio nas suas necessidades de conforto, indo assim de encontro ao referido por Kolcaba (2003), que a meta ou objetivo do cuidar será o conforto do doente, podendo ser considerado o último estadio de saúde. Assim posso afirmar que o conforto poderá ser visto como o resultado dos cuidados de enfermagem tecnicamente competentes e da capacidade de aceder aos recursos apropriados e influenciar o processo de tomada de decisão sobre a pessoa doente.

O Sr. ° E. recorreu ao serviço de urgência a 17/10 enviado da consulta de Neurocirurgia por anemia de 5,1g/dL, lê-se, em registo médico, que nega perdas de sangue visíveis, sem história de melenas fidedigna “não tenho evacuado, nem perdido sangue nos últimos dias, nem fezes escuras.” (sic). Nega também dor abdominal ou perda de peso. Sendo levantado o diagnóstico de hemorragia digestiva.

Neste contexto ficou internado no Serviço de Gastroenterologia realizando a 18/10 uma endoscopia digestiva alta (EDA) que evidência um novo diagnóstico de doença oncológica, “*neoplasia do duodeno com hemorragia ativa*”. De acordo com Koli, Dewoolkar & Butale (2008) o sintoma mais comum neste tipo de neoplasia é a dor intermitente devido a obstrução intestinal parcial. Neste sentido, 5-10% dos doentes podem apresentar manifestações de hemorragia como melena e anemia. Outras características destes doentes incluem a anorexia e a perda de peso. Corroborando o descrito por Wasike (2007) que acrescenta que a sintomatologia associada a este tipo de patologia é bastante inespecífica, podendo o doente permanecer assintomático até o tumor atingir grandes dimensões. Ambos os autores referem não existir métodos específicos para diagnosticar estas neoplasias num estágio inicial.

A 21/10 realizou Eco-abdominal que revelou “*presença de adenopatias no hilo hepático com 12 mm de eixo curto*”. Realizou a 24/10 uma Eco-EDA para estadiamento da lesão que revelou “*via biliar principal dilatada com cerca de 11mm e com parede irregular na sua porção terminal (invasão por neoplasia?), adjacente à porção terminal da VBP, observa-se lesão nodular hipocogénica*”, confirmando-se que em D2 se observa “*volumosa lesão vegetante ulcerada friável*”. Tendo realizado

biópsia que evidenciou “*infiltração da parede duodenal por adenocarcinoma bem diferenciado*” (estadio IV), com invasão da porção do pâncreas e da VBP e suspeita de metastização hepática. Realizou também TC-TAP que confirma a metastização hepática.

Correia, Almeida, Oliveira & Sofia (2014) descrevem que o diagnóstico das neoplasias do delgado são um desafio, uma vez que a sintomatologia que condicionam é relativamente inespecífica, podendo existir um período prolongado entre os primeiros sintomas e o diagnóstico definitivo. O adenocarcinoma primário do duodeno é um tumor raro, com uma história natural mal definida. Representando menos de 0,5% de todas as neoplasias malignas do trato gastrointestinal e responde por até 45% das neoplasias do intestino delgado (Ryder et al, 2000).

O diagnóstico endoscópico e histológico pode ser realizado através da realização de EDA com intubação profunda ou através de novas técnicas (enteroscopia ou videocápsula). A tomografia computadorizada é útil no diagnóstico e estadiamento destes tumores. Contudo, a cirurgia continua a ser o único tratamento curativo. (Correia, Almeida, Oliveira & Sofia, 2014).

Face a este diagnóstico e ao estadiamento do tumor foi discutido o caso de história de doença do Sr. ° E. com a Equipa de Oncologia e acordado que o mesmo, não tinha indicação para QT/RT beneficiando de medidas de conforto e ações paliativas. Foi também discutido com Imagiologia e programada CPT para 15/11.

De 29/10 a 5/11 o Sr. ° E. inicia um *cluster* de sintomas que inclui desde o quadro súbito de dor abdominal moderada a intensa, perdas hemáticas mantidas, icterícia marcada e colúria, levando à suspeita de um diagnóstico de colangite tendo realizado CPRE a 5/11. Iniciou antibioterapia com *Piperacilina + Tazobactam 4,5gr 12/12h*, sem melhoria do quadro clínico tendo iniciado a 7/11 *Meropenem 1gr 12/12h*. Realizou um total de 15 UCE e cumpriu 21 dias de antibioterapia, sem resolução do quadro clínico, com progressão da doença e degradação do estado geral.

Por agravamento do quadro algico de dor moderada a intensa, na região abdominal, ora no hipocôndrio direito ou flanco direito, com irradiação para a região dorsal, com características de dor tipo moinha, a 5/11 o Sr. ° E. inicia analgesia com *Paracetamol 1gr 8/8h EV*, alternado com *Tramadol 100mg 8/8h EV*, ficando com SOS de *Metamizol Magnésio 2gr 8/8h EV*.

Na noite de 6/11 por dor abdominal intensa associada a história de obstipação realiza *Microlax* e inicia perfusão EV de *Tramadol 200mg + Metoclopramida 10mg*. Contudo a dor manteve-se intensa sem ceder a analgesia prescrita, o Sr. ° E. descreve

uma dor na região do flanco direito “de aperto e tipo cólica que irradia para as costas” (sic). Por necessidade urgente de controlo da dor foi solicitado o apoio da EIHS CP.

Neste seguimento foi realizada uma referenciação à EIHS CP, cujo motivo de foi: *dor e descontrolo de outros sintomas, com uma prioridade de observação urgente, sendo previsível uma demora até dois dias úteis*. De salientar que as referenciações são realizadas pelo médico que acompanha o doente e o mesmo, habitualmente, deverá informar a EIHS CP da realização do mesmo, o que acontece, no caso relatado.

As equipas de consultoria em CP têm por função prestar aconselhamento e apoio diferenciado a outros profissionais e aos serviços do hospital, se EIHS CP, ou às unidades de saúde primários, nomeadamente às unidades de cuidados na comunidade e às unidades da RNCCI, se ECSCP (Neves, Simões & Ferreira, 2016).

1.1. Diagnóstico do Estado de Saúde e Planeamento de Cuidados

Conheci o Sr. ° E. no dia 8/11, dia em que foi observado pela EIHS CP. Dadas as últimas intercorrências e o descontrolo de sintomas, o seu prognóstico evoluiu desfavoravelmente, para uma condição paliativa da qual o fim de vida poderia estar próximo, sendo por isso necessária uma intervenção adequada e baseada nas reais necessidades do Sr. ° E., utilizando a comunicação eficaz, no sentido de compreender o sofrimento do outro, permitindo assim que o Sr. ° E., e a sua família compreendessem o que se passava, e para que de algum modo, conseguissem gerir toda esta situação com o suporte necessário, minimizando o sofrimento e aumentando o conforto. Segundo Ferrell (2011, p.E337) “as enfermeiras especialistas em oncologia sabem que, através da sua presença, o sofrimento é diminuído e a angústia das respostas psicológicas, a doenças que ameaçam a vida é ouvida”.

Foi-nos informado que o Sr. ° E. tinha conhecimento do seu diagnóstico, contudo não detinha capacidade para avaliar o conhecimento do seu prognóstico, parecendo-nos que não tem perceção da evolução da sua doença. A sua esposa e filho tinham conhecimento e crítica para o diagnóstico e prognóstico referindo tristeza e desânimo, perante as perdas do Sr. ° E., e pelo mesmo não se aperceber das suas limitações e necessidade de apoio/suporte mais diferenciado.

Não perceber o prognóstico é uma situação habitual nos doentes em fim de vida, “a maioria dos doentes sente necessidade de deter informação quanto ao seu prognóstico e tempo de vida (...) doentes em fases terminais não têm uma noção correta da sua situação clínica, do seu prognóstico nem dos objetivos dos tratamentos em curso” (Tavares, 2010, p.50).

Após o primeiro contacto com o Sr. ° E. foi visível o seu quadro confusional, talvez associado à progressão do glioblastoma ou mesmo à situação de doença atual, à avaliação cognitivo/emocional encontrava-se desorientado no tempo, orientado na pessoa e espaço, com discurso fluente, mas com evidência de memória comprometida.

Apresentava-se emagrecido, com icterícia e prurido generalizado, pouco hidratado, referiu que “ingere pouca água” (sic), sem edemas objetivados, com xerose, xerostomia e com presença de candidíase da língua.

Partindo do principal motivo de referenciação, a dor não controlada, questionou-se há quantos dias apresentava dor, e se algo poderá ter motivado o seu agravamento, contudo, o doente não foi capaz de esclarecer nenhuma destas questões, quer pelo seu estado confusional, quer pelo descontrolo de sintomas. De acordo, com as informações recolhidas junto da equipa de enfermagem validou-se uma dor não controlada desde há três dias que coincide com a tentativa de derivação por CPRE a 4/11.

Para uma avaliação mais cuidada e detalhada foi utilizada como suporte a ESAS, que permite avaliar diversos sintomas, e sua valorização, do ponto de vista do doente, contudo a sua pontuação será adaptada pela utilização da STAS (sendo pontuada de 0-3) para quantificar o sintoma na ESAS (uma vez que a sua aplicação pelo profissional poderia valorizar um sintoma em relação a outro, e essa não corresponder à perceção/necessidade do próprio doente).

Assim à nossa observação e avaliação o Sr. ° E. descreveu uma dor (2) no quadrante superior direito do abdómen, caracterizando-a como um “peso forte” (sic) que agrava à compressão/palpação, habitualmente quantifica a sua dor de 6 a 7 na escala numérica (EN) (0-10), sendo que à observação de hoje quantifica 7/10. Foi administrado *Morfina 2mg EV* para controlo da dor ficando com dor 0/10. Apresenta também astenia (2); ansiedade (1/2), e anorexia (2).

O Sr. ° E. necessita de uma ajuda parcial na alimentação e hidratação devido a astenia mais marcada. Apresenta xerostomia (1) e candidíase da língua (2) que lhe provoca incómodo moderado na alimentação. Por anorexia (2) e declínio do estado geral encontra-se maioritariamente confinado ao leito, realizando pontualmente pequenos percursos até ao cadeirão, mas com maior dificuldade por diminuição da força nos membros inferiores e desequilíbrio fácil. Realiza a sua higiene pessoal e vestir-se no wc em cadeira higiénica e com necessidade de apoio parcial. Apresenta prurido generalizado (2) e icterícia marcada. Tem continência de esfíncteres,

solicitando ida ao wc e uso de urinol. É visível colúria e há descrição pela equipa de enfermagem a acolia (fezes “esbranquiçadas”). Realiza laxantes diários, embora por vezes recuse, por manter trânsito intestinal diário de fezes moles. Embora a sua ansiedade e o partilhar quarto com outros doentes, não alteram o seu padrão de sono e repouso, contudo à referência pela equipa de enfermagem que o Sr. ° E. não tem descansado durante o período noturno devido aos picos de dor irruptiva.

Assim, após observação e validação dos sintomas descontrolados é traçado um plano terapêutico ajustado às necessidades do Sr. ° E., pelo que é realizada rotação de opióide para penso transdérmico de *Fentanilo 25mcg/h.*; *Paroxetina 20mg ao deitar*; aumento de *Lactulose para 3xid*; *Colestiramina 4gr, 8/8h*; *Oxazepam 15mg ao deitar*; *Nistatina 2cc 3xid* e *Fluconazol 200mg 1xid*. Assim como ajustada terapêutica de resgate, sendo prescrito se agitação *Levomepromazina 12.5mg SC*; se febre ou dor ligeira *Paracetamol 1gr per os/retal*; se dor intensa *Fentanilo 100 SL* ou *Morfina 2mg EV*.

A 9 e 10/11 foi descrito em registo de enfermagem no processo clínico eletrónico, que o Sr. ° E. mantém picos de dor não controlada e insónia com necessidade de realizar vários resgates no decorrer desses dias, com pouco efeito terapêutico.

Dada a situação, a 11/11 é novamente observado pela EIHS CP sendo reajustada a terapêutica basal com aumento de *Fentanilo TD para 50mcg/h* e associado *Metamizol Magnésio 2gr EV, 2xid*. Ajustado também resgate se *Fentanilo 100 SL* não for suficiente, após 15 minutos administrar *Fentanilo 200SL* e manter este resgate.

À observação e avaliação pela equipa o Sr. ° E. apresentava uma dor ligeira no hipocôndrio direito (1), com agravamento da anorexia (2/3), embora referia que sente vontade de ingerir “os meus petiscos” (sic). Mantém-se com pele e escleróticas ictericas, mas encontra-se com melhoria do prurido (1).

A 13/11 é descrito que o Sr. ° E. apresenta dor controlada. Contudo, devido ao agravamento da icterícia a 15/11 foi realizada tentativa de CPT, mas sem sucesso, foi colocado uma drenagem externa no flanco direito com drenagem de conteúdo bilioso, apresentou diminuição dos parâmetros de citocolestase e diminuição da icterícia.

A 16/11 mantém repouso no leito e inicia dieta ligeira. Como novo sintoma é identificado vômitos (2), e recusa alimentar. A 21/11 é realizada revisão do dreno sendo que a colangiografia demonstrou amputação de VBP distal, não sendo possível ultrapassar obstáculo recolocaram dreno externo.

Tendo em conta o agravamento da situação clínica do Sr. ° E., e sendo visível a cada dia, que se encontra numa fase muito avançada da sua doença incurável e com um prognóstico de vida limitado, as medidas de conforto ao Sr. ° E. devem ser priorizadas por parte de toda a equipa, dando especial importância a uma intervenção de enfermagem holística que irá melhorar o conforto, tal como defendido na TCK.

Após discussão em equipa foi acordado que os melhores cuidados nesta fase de vida seriam proporcionados por uma equipa em UCP, tendo sido realizada a referenciação à RNCCI neste mesmo dia. Tivemos posterior conhecimento que o Sr. ° E. ingressou em UCP a 26/11 tendo falecido a 3/12.

1.2. Categorização das Necessidades de Conforto segundo TCK

Tendo em conta o preconizado na TCK realizei a categorização das necessidades de conforto do Sr. ° E., de acordo com os contextos estabelecidos por Kolkaba (Kolcaba, 2003), e posteriormente procedi à identificação dos problemas observados nesta situação.

Segundo a TCK (Kolcaba, 2003), o **contexto físico** refere-se às perceções corporais tendo sido avaliado pela observação da EIHS CP e quantificado os sintomas com recurso à STAS. Desta forma, como já descrito anteriormente, foram identificados com maior descontrolo a dor (2), o prurido (2), a astenia (2), a anorexia (2), a ansiedade (1/2) e a insónia (1).

Relativamente à dor, “peso forte”, como tão bem descrevia o Sr. ° E., que maioritariamente se intensificava durante o período noturno, e que muitas destas vezes a terapêutica instituída parecia não ter o efeito desejado podendo transparecer-nos que o Sr. ° E. estaria provavelmente com medo de um fim próximo, com medo da morte iminente, a sua desorientação, devido talvez à progressão da doença, também fazia com que sentisse dificuldade em lidar com o seu sofrimento e da sua família. Contribuindo também, para que a sua insónia fosse mais evidente, mas com o decorrer do internamento, estes sintomas foram controlados após ser instituída terapêutica indutora do sono, manutenção da terapêutica analgésica basal e uma comunicação mais eficaz, com promoção da expressão de sentimentos do doente/família por parte da equipa do internamento, após a primeira abordagem da EIHS CP.

O prurido foi colmatado a partir do momento em que foi instituída terapêutica dirigida e foi hidratada a pele do Sr. ° E. mais vezes por dia, diminuindo a sensação constante de prurido e xerose.

Em relação à astenia e à anorexia, estes foram dois sintomas com maior dificuldade de abordagem, conseguiu perceber-se que o Sr. ° E. gostava de manter o seu levante diário e comer “os seus petiscos”, foi proporcionado um cadeirão junto ao leito e permitido que a família trouxesse alguns alimentos que ele gostasse, estas medidas tentaram promover a sua satisfação e proporcionar-lhe também conforto físico.

No que concerne à ansiedade este sintoma foi controlado com o controlo dos restantes sintomas.

Parece-me que o trabalho em equipa, a frequente comunicação e descrição do estado de saúde do Sr. ° E. também proporcionou para que fosse atingido este fim, podendo assim afirmar e baseando-me na TCK que o **sentido de alívio** foi atingido através das intervenções farmacológicas e não farmacológicas realizadas conseguindo-se um **sentido de tranquilidade** com o verdadeiro controlo dos sintomas e manutenção de outros, e que embora não tenha sido atingido na sua plenitude, o **sentido de transcendência** poderá ter sido restabelecido pela comunicação eficaz e o reajuste de expectativas tanto ao Sr. ° E. como à sua família.

O **conforto psicoespiritual** está intimamente relacionado com a consciência que temos de nós próprios e o significado que atribuímos à nossa vida (Dowd, 2004). Parece-me que o Sr. ° E. devido aos maiores períodos de desorientação teve uma maior incapacidade de adaptação às adversidades impostas pela evolução rápida da sua doença, motivo pelo qual foi necessário instituir terapêutica dirigida aos episódios de maior desorientação e/ou agitação. Sendo que o **sentido de alívio e tranquilidade** poderá ter sido atingido com um estado de calma e contentamento face à evolução da sua doença e o **sentido de transcendência** com o proporcionar de uma melhor qualidade de vida e morte mais serena após a confrontação com a impossibilidade de cura e efetiva progressão da doença, suspensão de terapêuticas fúteis e encaminhamento para uma UCP. De acordo com Sapeta (2011) “o enfermeiro ainda assim procura garantir um mínimo de bem-estar, conforto e de alívio do sofrimento em cada momento, adota o papel *mediador na garantia de qualidade dignidade na morte.*” (p.206).

O **contexto ambiental** em que o Sr. ° E. se encontrava inserido foi, por vezes perturbador, o dividir o quarto com outros doentes, uma vez que estava inserido numa enfermaria de quatro camas, nem sempre foi um aspeto positivo na abordagem da equipa, pelo que sempre que possível foram adequadas as condições físicas do quarto (estender a cortina, adequar a luz e solicitar a outros familiares para se

ausentarem por instantes) de forma a permitir uma maior privacidade, e estimular um **sentido de tranquilidade** para a doente. Talvez a referenciação e transferência para a UCP poderão proporcionar o **sentido de transcendência**, considerando-se que um ambiente mais acolhedor e menos hospitalar seria o seria o melhor local para morrer, acompanhado pela sua família.

Pereira (2010) defende que “no domínio dos cuidados paliativos, o envolvimento e a participação dos familiares nos cuidados a prestar são essenciais para o conforto e bem-estar da pessoa, bem como para a promoção da sua dignidade.” (p.65) permitindo que o doente se sinta acompanhado no final da vida.

De acordo com a TCK o conforto, no seu **contexto socia-cultural**, refere-se a todas as relações desenvolvidas e mantidas a nível interpessoal, familiares ou sociais (Dowd, 2004). O Sr. ° E. recebia a visita da esposa frequentemente, mas lamentava não ter a presença dos restantes familiares e amigos. Embora tenham existido apenas dois contactos presenciais da EIHSCP com o Sr. ° E. a sua presença poderá ter ajudado para que o mesmo não se sentisse tão só, uma vez que durante a sua presença o Sr. ° E. tinha a possibilidade de relatar os seus sentimentos, as suas preocupações. Porque este é também o papel do enfermeiro, através de uma abordagem de cuidados centrada no doente e na relação, mostrando disponibilidade e escuta ativa. Provavelmente e seguindo a TCK o **sentido de alívio e tranquilidade** do Sr. ° E. poderão ter sido atingidos com as visitas da sua esposa e da EIHSCP, não podendo afirmar que o **sentido de transcendência** tenha sido restabelecido com o apoio à família (esposa) e trabalho em equipa.

Relativamente, às atividades lúdicas e de distração, posso afirmar que eram inexistentes, pois o Sr. ° E. permanecia no quarto entre o leito e o cadeirão e o wc, não saindo do quarto, não conseguindo realizar tarefas que exigissem concentração pelo quadro de desorientação e pelo descontrolo de sintomas.

Podemos sim, afirmar que durante a prestação de cuidados ao Sr. ° E. todas as intervenções de enfermagens realizadas, desde o controlo de sintomas, à comunicação mais eficaz e trabalho em equipa interdisciplinar pretenderam ir ao encontro do seu alívio e transcendência resultando num aumento do conforto para o doente e família.

CONCLUSÃO

Ao finalizar este trabalho, concluo que a visão do enfermeiro especialista pode ter um papel decisivo no processo de cuidar o doente oncológico e sua família, promovendo o conforto e qualidade de vida de ambos com suporte a uma equipa interdisciplinar. Dado que é uma enfermeira que diariamente reflete sobre a sua prática, e observa o doente no seu todo, inserido em todos os seus contextos.

Tratando-se o estudo de caso de uma análise pormenorizada de um sistema ou caso permitindo o estudo aprofundado das necessidades e problemas de uma pessoa, família ou comunidade. A recolha exaustiva de informação permite contributos para a prática diária de enfermagem com o objetivo de ajudar na tomada de decisão, de contribuir para o pensamento crítico, clínico e reflexivo da prática e consequentemente de mobilizar conhecimento e experiência (Galdeano, Rossi & Zago, 2003).

Assim, este estudo de caso e a oportunidade de realizar um estágio, com a orientação de um enfermeiro especialista, permitiu prestar cuidados mais individualizados, de qualidade e respeito pelo doente e sua família com visão mais holística, num contexto de prestação de cuidados onde é priorizado o conforto, bem-estar e qualidade de vida do doente oncológico, muitos em fim de vida, tendo contribuído para um pensamento mais crítico e reflexivo enquanto aspirante a enfermeira especialista, considerando, nesta ordem de ideias, que atingi os objetivos delineados inicialmente.

Permitiu também o desenvolvimento de competências práticas de enfermeiro especialista no cuidado à pessoa com doença oncológica, nomeadamente por estar em contato direto com a pessoa e família, através de uma intervenção individualizada, conseguindo realizar uma análise profunda da pessoa, ter uma realidade do impacto do processo de doença e refletindo acerca do mesmo, a prestação de cuidados ao doente e família numa situação de fim de vida. Saliento também a possibilidade da utilização de instrumentos de avaliação como a ESAS e a STAS importantes para a avaliação do conforto da pessoa doente, e que permitiram a implementação de medidas específicas de conforto, defendidas por Kolcaba (2003).

REFERENCAS BIBLIOGRÁFICAS

- Correia, T.; Almeida, N.; Oliveira, A. & Sofia, C. (2014). Adenocarcinoma primário da terceira porção do duodeno com identificação concomitante de GIST do jejuno - caso clínico. *Jornal Português de Gastrenterologia*. 21 (1), 26-30.
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2017). *Programa nacional para as doenças oncológicas 2017*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Dowd, T. (2004). Katharine Kolcaba. Teoria do Conforto. In A. Tomey & M. Alligood. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra. Modelos e Teorias de Enfermagem 5ª ed* (481- 495). Loures: Lusociência.
- Ferrell, B. (2011). Mara Mogensen Flaherty Lectureship: Advancing the Psychosocial Care of Patients With Cancer at Life's End: A Global Nursing Response. *Oncology Nursing Forum*, 38(5), E335–E340. Acedido a 29/06/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1188/11.ONF.E335-E340>
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A. & Zago, M. M. F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 11 (3), 371-375.
- Wasike, R. W. (2007). Primary duodenal cancer: Case report. *East African Medical Journal*. 84 (6), 296-298. Acedido a 27/11/2019. Disponível em: [10.4314 / eamj.v84i6.9540](https://doi.org/10.4314/eamj.v84i6.9540)
- Honea, N. (2018). End-of-Life Care for Patients with Glioma. *Seminars in Oncology Nursing*, 34 (5), 553–568. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/J.SONCN.2018.10.013>
- Neto, I. (2010). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In A. Barbosa & I. Neto (Ed.). *Manual de Cuidados Paliativos*, 2ª ed. (1-42). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Neves, S; Simões, C. & Ferreira, C. (2016). Consultoria em cuidados paliativos: Desafios e implicações para a prática. *Jornal Enfermeiro*, 7, 12-13. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: www.jornalenfermeiro.pt
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Repe*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_R_EPE_29102015_VF_site.pdf
- Pereira, S. M. (2010). *Cuidados paliativos: confrontar a morte*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Koli, P.; Dewoolkar, V.; Butale, U. (2008). Adenocarcinoma at angle of treitz: A report of two cases with review of literature. *Indian Journal of Cancer*. 45 (4), 179-181. Acedido a 27/11/2019. Disponível em: <http://www.indiancancer.com/article.asp?issn=0019509X;year=2008;volume=45;issue=4;spage=179;epage=181;auiast=Koli>
- Regulamento n. 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 26 de 2019-02-06), 4744 – 4750. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Ryder, N. M.; Ko, C. Y.; Hines, O. J.; Gloor, B; Reber, H.A. (2000). Primary Duodenal Adenocarcinoma - A 40-Year Experience. *Arch Surg*. 135 (9), 1070-1074. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/J.SONCN.2018.10.013>
- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em Fim de Vida: O processo de interação enfermeiro-doente*. Loures: Lusociência.
- Tavares, F. (2010). Prognóstico em Cuidados Paliativos. In A. Barbosa & I. Neto (Ed.). *Manual de Cuidados Paliativos*, 2ª ed. (43-60). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.

ANEXO I – *Edmonton Sistem Assessment Scale*

ESAS (Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton)

Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
<hr/>												
Sem cansaço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
<hr/>												
Sem náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea
<hr/>												
Sem depressão / tristeza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O mais deprimido possível / A maior tristeza possível
<hr/>												
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O mais ansioso possível
<hr/>												
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O mais sonolento possível
<hr/>												
O maior apetite possível	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O pior apetite possível
<hr/>												
O melhor bem-estar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de bem-estar possível
<hr/>												
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível
<hr/>												
_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_____

Fonte: Neto (2010)

ANEXO II – Support Team Assessment Schedule adaptada

Utente _____ NSC _____
 Data ___/___/201__ 1ª. /seguintes **programada / não** motivo _____ Duração _____ min
 Unidade / Interconsulta local _____ Doente **presente / não** Acompanhante(s) _____
 Profissionais médico / enfermeira / outro _____ 2PPS _____ CAM + / - / NA

Sintomas

	ESAS/EV	Caracterização	Notas	STAS
dor				
dispneia				
fadiga				
anorexia				
obstipação/diarreia				
alterações da boca				
disfagia				
náuseas/vômitos				
hemorragias				
edema/ascite				
agitação/confusão				
tristeza				
ansiedade				
défice neurológico				
outros				

STAS 0= sem repercussão 1= nenhuma preocupação 2= incomodo moderado, limita algumas actividades
 3= incomodo frequente e severo: actividades e concentração afectadas 4= incomodo continuo; incapaz de pensar outras coisas

Co-morbilidades/intercorrências ida à urgência /internamento /outras consultas

Fonte: Adaptado de Campo de Estágio II (2019).
 Adaptado de *Support Team Assessment Schedule (STAS)*, 2009.

Apêndice XIV – Reflexão Crítica do Campo de Estágio II: EIHSCP



**Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em
Enfermagem Oncológica**

Estágio com Relatório

- REFLEXÃO CRÍTICA -

**CAMPO DE ESTÁGIO II: EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE
SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Ângela Raquel Simão Montez Nº 8844

Orientador: Professora Doutora Maria Deolinda Luz

Enf.^a Orientadora: Enf.^a Especialista e Mestre Dulce Oliveira

Lisboa

Dezembro de 2019

1. EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS (CAMPO DE ESTÁGIO II)

A passagem por este campo de estágio foi mais uma oportunidade para produzir uma reflexão crítica, permitindo o aperfeiçoamento de competências em situações reais, no sentido de um agir mais consciente, analítico e produtivo.

A situação descrita será analisada segundo a metodologia do Ciclo Reflexivo de Gibbs, dividido em seis etapas: descrição, pensamentos e sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planear a ação (Gibbs, 2013).

Assim, a presente reflexão surge no âmbito do Estágio II realizado na Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), após observação da sua intervenção a um doente que fora referenciado pela equipa médica do Serviço de Gastroenterologia por descontrolo de sintomas, solicitando a consultoria desta equipa.

A reflexão reporta a um episódio vivenciado em contexto de observação em Interconsulta de primeira vez, tendo-me suscitado algumas inquietações, que agora são alvo de análise.

No sentido de manter a privacidade, o respeito e dignidade da pessoa alvo de cuidados, tal como sustenta o Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015 - artigo 106.º) usarei um nome fictício, Sr.º E.

1.1. Descrição

Foi realizada uma visita de primeira vez da EIHSCP, a um doente que se encontrava numa enfermaria de quatro camas, no Serviço de Gastroenterologia de um Hospital Central, que foi referenciado à equipa por dor não controlada.

O Sr.º E., de 53 anos, apresentava uma “infiltração da parede duodenal por adenocarcinoma bem diferenciado” (estadio IV), com invasão da porção do pâncreas e da VBP e evidência de metastização hepática.

Não tinha indicação para QT/RT beneficiando de medidas de conforto e ações paliativas.

Durante a visita, numa abordagem inicial ao doente, a Enf.ª Especialista, apresentou os profissionais da equipa presentes, tendo o cuidado de explicar que estava presente uma Enf.ª, aluna de especialidade. Posteriormente, iniciou-se a avaliação do doente, a médica iniciou um conjunto de questões, dando ela própria as respostas, sem perceber se o doente se encontrava orientado nas três dimensões, sem dar tempo ao doente para responder e

sem ter o cuidado de respeitar a privacidade do mesmo, tendo em conta que este se encontrava numa enfermaria partilhada.

Ainda durante a avaliação da equipa médica, a Enf.^a Orientadora correu as cortinas e foi realizando uma observação e avaliação das necessidades e alterações físicas do doente, percebendo que existiam outros sintomas, para além da dor, que seriam alvo de uma intervenção terapêutica e de enfermagem. Tentou perceber o histórico dos últimos dias (sintoma mais frequente, motivo de agravamento/alívio; terapêutica usada nas últimas 24h). Assim como, realizar uma breve avaliação familiar de forma a perceber o conhecimento do doente e família sobre a evolução da doença e o suporte familiar existente.

Enquanto a médica se preocupava em perceber a terapêutica usada, ajustar as doses e consequente terapêutica de resgate, a Enf.^a Orientadora preocupou-se em realizar uma avaliação detalhada do Sr.^o E., estabelecendo uma relação terapêutica e percebendo que para além do principal motivo de referência, a dor não controlada, encontrava-se perante nós, um doente emagrecido, com icterícia e prurido generalizado, pouco hidratado, o mesmo referiu que “ingiro pouca água” (sic), sem edemas, com xerose, xerostomia e com presença de candidíase da língua.

Após a observação, escuta ativa e validação dos sintomas descontrolados, a Enf.^a Orientadora comunicou à médica a avaliação do doente, sendo assim estruturado e delineado em equipa, um plano terapêutico ajustado às reais necessidades do Sr. ^o E.

1.2. Pensamentos e Sentimentos

Confesso que não esperava encontrar um doente tão novo, com um prognóstico que evoluiu tão rápido e desfavoravelmente, para uma condição paliativa da qual o fim de vida, estaria próximo.

Embora não fosse o meu primeiro contato com um doente na situação clínica do Sr. ^o E., em contexto de estágio, esta situação despoletou em mim uma envolvimento diferente, de tal forma que, me senti fragilizada, perante a condição física deste doente, estando mais atenta aos cuidados que foram desenvolvidos pela Enf.^a Orientadora. O Sr. ^o E., encontrava-se em fim de vida, sendo o único objetivo naquele momento proporcionar-lhe conforto e qualidade de vida.

A intervenção inicial por parte da médica, baseou-se no modelo biomédico não percebendo como este se encontrava confuso, enquanto os cuidados da Enf.^a Especialista e Orientadora, foram centrados no doente e no seu cuidador, demonstrando preocupação e desenvolvendo com o Sr. ^o E. uma relação que lhe permita compreender todas as suas necessidades e expectativas, adequando as intervenções de enfermagem às situações desconfortantes relatadas pelo próprio

doente. De acordo com o descrito por Cerqueira (2005, p.113), num dos seus trabalhos de pesquisa, “os enfermeiros cuidam de todos os doentes, mas devem ter particular atenção àqueles que se encontram num estado terminal. (...) os enfermeiros devem possuir um conhecimento alargado, no sentido de lhe proporcionarem cuidados numa perspetiva global, tendo por base a totalidade da pessoa.” Assim ao refletir sobre a intervenção da Enf.^a Orientadora consigo compreender que as suas intervenções vão ao encontro de uma correta abordagem ao doente paliativo, em confronto com a abordagem médica.

Ao ser a minha primeira vez numa observação da EIHS CP, em contexto de Inter-consulta, senti-me entusiasmada e empenhada para observar todo o processo e percurso de interação inerente à avaliação da equipa, no sentido de aprender e desenvolver todas as intervenções realizadas numa Inter-consulta, que permitirão o desenvolvimento das minhas competências pessoais e profissionais com o doente oncológico em fim de vida.

Contudo, no momento em que a médica inicia a sua abordagem ao Sr. ^o E. pensei que, esta seria uma avaliação mais pormenorizada do doente em fim de vida. Contudo, a médica não conseguiu obter respostas verdadeiras e objetivas dado o evidente quadro confusional do doente. Neste momento, senti-me um pouco ansiosa e apreensiva face à situação do Sr. ^o E. e ao comportamento da médica, uma vez que para ela a confusão do Sr. ^o E. parecia não ser um fator importante para a avaliação.

Refletindo acerca da observação/intervenção detalhada da Enf.^a e da avaliação médica questiono: Será que foram validados todos os contextos e estados de conforto para o doente atingir o máximo nível de conforto? Teria sido eficaz realizar medidas não farmacológicas dirigidas ao controlo de alguns sintomas? Que referencial teórico utiliza a EIHS CP? A divulgação do meu projeto de estágio ajudará a equipa a refletir acerca destas questões?

Estas dúvidas levaram-me a pensar sobre o melhor cuidado a prestar a estes doentes quando não têm uma EIHS CP por trás, que realize a avaliação global das necessidades paliativas, quando não se encontram em contexto hospitalar, fazendo uma analogia com o meu contexto de trabalho. Por outro lado, o meu PI ao potenciar a reflexão acerca de algumas questões que são colocadas na prática clínica, pode também ajudar os profissionais de saúde, desta equipa multidisciplinar a refletir acerca da sua prática diária.

1.3. Avaliação

Constatei durante esta observação e após refletir sobre o sucedido, que estes momentos, estas observações, o querer saber mais, para poder prestar os melhores cuidados ao doente em fim de vida, cativam-me enquanto Enf.^a e aluna de especialidade, destacando o meu interesse por esta área e a certeza de que irei levar o máximo de aprendizagens deste local de estágio, no sentido de desenvolver competências para conseguir a implementação do PI no meu contexto de trabalho.

Senti que este momento contribuiu para minha evolução enquanto Enf.^a e futura especialista, na medida em que foi possível experienciar a intervenção da EIHSCP em contexto de internamento e discutir e refletir com a minha Enf.^a Orientadora, os aspetos menos bons durante a passagem da equipa pelo internamento, considerando a avaliação médica do Sr. ^o E, e o seu quadro confusional. Destaco de forma positiva ter tido a possibilidade de estar presente em Inter-Consulta, não só porque foi um dos objetivos delineados para este estágio, mas também porque foi uma oportunidade de saber realizar uma observação detalhada do doente em fim de vida, tal como muitas vezes é necessário no meu contexto de trabalho. Saliento ainda a minha postura, enquanto aluna de especialidade, face ao desconforto sentido durante a observação da equipa médica ao doente, por me ter mantido calma, sem questionar perante o doente algo que estaria menos bem, demonstrando assertividade e autoconhecimento, refletindo posteriormente acerca desta situação com a Enf.^a Orientadora e compreendendo que a apresentação e divulgação do PI iria ser uma mais-valia também para a equipa multidisciplinar. Esta situação foi, de tal maneira, marcante para mim que considere pertinente desenvolver um estudo de caso acerca do Sr.^o E. tendo a oportunidade de acompanhar a evolução das diferentes fases da sua doença e o seu encaminhamento para uma equipa de UCP, havendo maior proximidade e conseguindo desenvolver uma relação terapêutica, que permitisse o desenvolvimento de estratégias não farmacológicas que proovessem a tranquilidade e o controlo dos fatores ambientais que poderiam ajudar a melhorar o quadro de confusão do Sr.^o E., constituindo tudo isto um fator favorável para esta reflexão.

Contudo, torna-se também importante falar dos aspetos mais negativos, dos quais saliento a evolução rápida da situação de doença do Sr. ^o E. que fez com que a nossa intervenção, enquanto equipa da EIHSCP, fosse menos facilitada devido ao *cluster* de sintomas existente. Embora se soubesse a existência de suporte familiar, não foi possível realizar uma intervenção com a família deste doente. O seu próprio

estado confusional impossibilitou uma intervenção mais dirigida por parte da equipa médica de forma a conseguir prestar cuidados de enfermagem de maior qualidade, no sentido de existir controlo sintomático e maior conforto e qualidade de vida.

1.4. Análise

A implementação de cuidados paliativos precocemente, promove uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados, sobretudo no controlo de sintomas, existindo uma consequente melhoria do bem-estar e conforto do doente e satisfação da família. Quando existe uma situação de fim de vida numa doença crónica, avançada e progressiva existem múltiplos sintomas que são causa de sofrimento para o doente e família, pelo que o acesso a estes cuidados nos serviços de internamento hospitalar, nas unidades de cuidados continuados e na comunidade será uma mais-valia para os doentes com necessidades paliativas e/ou doentes em fim de vida (Gonçalves, 2011; Neto, 2010; Pulido et al., 2010).

O Programa Nacional para os Cuidados Paliativos valoriza a necessidade de um modelo de trabalho em consultoria com o objetivo de dar resposta à necessidade de antecipar, prevenir e aliviar o sofrimento em contexto de doença complexa, particularmente, quando os doentes em fim de vida, se encontram em contexto hospitalar.

A EIHS CP realiza uma observação ao doente nos diferentes serviços, mas tem por função prestar aconselhamento e apoio diferenciado aos profissionais que solicitaram consultoria (CNCP, 2017-2018; Neves, Simões & Ferreira, 2016).

Reportando à situação em análise, perante a sintomatologia apresentada pelo Sr. ° E., a sua condição de doença incurável e a sua situação de fim de vida, levou à solicitação do apoio de consultoria da EIHS CP, para orientação e ajuda no controlo de sintomas, sendo evidente que este doente, apresenta necessidades paliativas complexas e, portanto, o suporte de uma equipa mais especializada com o objetivo da promoção do conforto e dignidade do doente. De acordo com Neto (2010) “o controlo inadequado dos sintomas ao longo da trajetória da doença, para além de produzir sofrimento, poderá ter um efeito adverso (...) ao controlar adequadamente os sintomas, poderemos estar a favorecer, para além da qualidade de vida, a quantidade da mesma” (p.63).

Daqui se retém que, o rigor e qualidade da observação e intervenção de enfermagem se manifesta na promoção do conforto do doente. Na situação observada

foi possível constatar que embora tenha existido uma avaliação menos rigorosa por parte da médica, a Enf.^a Orientadora e Especialista realizou uma observação cuidada e pormenorizada indo ao encontro do objetivo primordial, o controlo de sintomas do Sr^o. E., usando um dos pilares dos Cuidados Paliativos na abordagem a estes doentes. Após a sua observação e diálogo com os profissionais do serviço, que acompanhavam a situação do Sr. ^o E., a Enf.^a Orientadora propôs estratégias, dando suporte e consultoria, de modo a assegurar o alívio e controlo de sintomas do, doente, para proporcionar maior conforto.

Twycross (2003), refere que o controlo de sintomas deve passar por uma abordagem condensada em cinco categorias: a avaliação, a explicação, o controlo, a observação e a atenção aos pormenores. Assim, na situação em análise após ter sido efetuada uma avaliação do doente, percebeu-se os principais problemas que o afetavam e após esta avaliação foi necessário instituir prioridades, atuando primeiro nos sintomas causadores de maior desconforto. O alívio de sintomas passa posteriormente por uma monitorização constante (reavaliar, reavaliar e reavaliar), de modo, a ajustar a terapêutica ou utilizar estratégias que atuem nos transtornos psicológicos, sociais e espirituais (Neto, 2010). Tal como já foi descrito, a avaliação médica não foi tradutora da globalidade das necessidades paliativas do doente, contudo, a avaliação detalhada realizada pela enfermeira, com base em competências de comunicação e observação, traduziu as reais necessidades do doente, o que contribuiu efetivamente, para o aumento do conforto e diminuição do seu sofrimento, na fase de fim de vida, potenciando assim, o controlo dos sintomas.

1.5. Conclusão

Antes de qualquer conclusão acho pertinente salientar a importância de ter partilhado esta situação com a Enf.^a Orientadora e Especialista.

Durante a observação da intervenção da EIHS CP foram surgindo algumas questões e inquietações, que posteriormente esclareci com ela, e sobre as quais já refleti nos parágrafos anteriores. Foi essencial esse debate e reflexão de modo a perceber a importância de realizar uma boa avaliação da situação e identificar precocemente as principais necessidades do doente em cuidados paliativos e/ou em situação de fim de vida para promover o conforto, o bem-estar psicológico e a qualidade de vida do mesmo.

Conclui-se, deste modo, que os enfermeiros que desempenham intervenções em contexto de consultoria, bem como em todas as outras valências da EIHSCP necessitam demonstrar competências sólidas relativamente aos quatro pilares dos Cuidados Paliativos, numa perspetiva de igual importância, embora nesta situação particular, o controlo de sintomas tenha sido o pilar mais explorado e trabalhado para uma efetiva qualidade dos cuidados prestados ao Sr. ° E.

De salientar, ainda, que é fundamental a atualização de conhecimentos e a segurança dos conteúdos, parte relevante no processo de suporte e consultoria aos outros profissionais. A importância do trabalho em equipa (outro pilar dos Cuidados Paliativos) constitui uma ferramenta fundamental no trabalho da EIHSCP em todas as suas valências na prestação de cuidados paliativos, pois como foi descrito a avaliação médica e de enfermagem complementaram-se contribuindo para a promoção do conforto e aumento da qualidade de vida do Sr. ° E., na fase de fim de vida.

Integrando a situação descrita como um momento de aprendizagem destaque, como futura enfermeira especialista, a aquisição de competências no domínio profissional. Na medida em que foram aproveitadas as oportunidades de aprender em partilha com outros profissionais, através da observação de práticas realizadas e uma posterior reflexão sobre as mesmas. Assim como, a aquisição de competências no domínio da melhoria da qualidade e da gestão dos cuidados, embora não tenha tido uma participação ativa, observei competências para cuidar do doente em fim de vida, em contexto de consultoria em cuidados paliativos com base numa competência técnica e humanística dado as especificidades e complexidades destes doentes e famílias (OE, 2019), sendo uma mais-valia para o estágio que irei realizar no meu contexto de trabalho e um alicerce para a implementação do PI.

Reconheço que esta experiência foi pertinente para o meu desenvolvimento enquanto pessoa e profissional, pois tornou-me, mais desperta para os pormenores e as verdadeiras necessidades da pessoa, integrando uma visão mais abrangente dos cuidados paliativos e da necessidade da existência do trabalho em equipa multidisciplinar.

1.6. Planear a ação

Perante a situação descrita, penso que a minha atitude enquanto aluna de especialidade foi adequada, na situação em análise pretendia observar a intervenção da EIHSCP atendendo à minha inexperiência em consultoria. Procurei observar ao máximo pormenor e compreender cada intervenção da EIHSCP, nomeadamente a intervenção da Enfermeira Especialista, baseada na evidência científica e promovendo a reflexão acerca das práticas.

Foi um momento de aprendizagem e crescimento, considerando o controlo sintomático. Contudo, os maiores ganhos no desenvolvimento das aprendizagens prendem-se com avaliação do doente, nomeadamente perceber a melhor intervenção para o seu conforto em fim de vida, conseguindo transferir a situação vivida e as intervenções de enfermagem apreendidas, para o meu contexto de trabalho, de modo a melhorar a minha prática clínica e a qualidade dos cuidados prestados.

De futuro, considero que conseguirei ser mais confiante e abrangente nas intervenções junto do doente oncológico em fim de vida. Irei tentar examinar cada situação com maior pormenor, observando o doente na sua globalidade, utilizando estratégias de escuta ativa, considerando as suas necessidades, tendo em conta o controlo de sintomas e as intervenções mais adequadas, valorizando a promoção do conforto. E, ter em consideração que embora se possa tratar de um doente sem cognição haverá sempre sentimentos anteriormente relatados, tentando assim apoiá-lo da melhor forma, priorizando o respeito pela dignidade da pessoa.

Para a aplicação no meu contexto profissional destaco a possibilidade de dinamizar a identificação dos doentes que se encontram numa situação de necessidade de cuidados paliativos (competência adquirida no local de estágio I) e posteriormente identificar as necessidades destes doentes para a implementação de ações paliativas, com o suporte à formação em serviço de modo a mobilizar os conhecimentos que adquiri nos estágios realizados, partilhando experiências e conhecimentos baseados na melhor evidência científica.

Referências Bibliográficas

- Cerqueira, M.M. (2005). *O Cuidador e o Doente Paliativo*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- CNCP (2017-2018). *Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: Biénio 2017-2018*.
- Gibbs, G. (2013). *Learning by doing: A Guide to Teaching and Learning Methods*. Oxford Brookes University: Creative Commons. Disponível em: <https://thoughtsmostlyaboutlearning.files.wordpress.com/2015/12/learning-by-doing-graham-gibbs.pdf>
- Gonçalves, J.F. (2011). *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado (2ª ed.)*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Neto, I. (2010a). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In A. Barbosa & I. Neto (Ed.). *Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (1-42)*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Neto, I. (2010b). Modelos de Controlo Sintomático. In A. Barbosa & I. Neto (Ed.). *Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (61-68)*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Neves, S.; Simões, C. & Ferreira, C. (2016). Consultoria em cuidados paliativos: Desafios e implicações para a prática. *Jornal Enfermeiro*, 7, 12-13. Disponível em: www.jornalenfermeiro.pt
- Pulido, I.; Baptista, I.; Brito, M. & Matias, T. (2010). Como morrem os doentes numa enfermaria de Medicina Interna. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. 17 (4), 222-226.
- Regulamento n. 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 26 de 2019-02-06), 4744 – 4750. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos (2ª ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.

Apêndice XV – Apresentação da Ação de Formação: *Intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas do doente em fim de vida numa UCCI – Campo de Estágio II*

10º Curso de Mestrado em Enfermagem
Médico-cirúrgica na vertente Oncologia
Unidade Curricular: Estágio com Relatório

O doente oncológico em fim de vida e família numa UCCI - Intervenção do enfermeiro

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTROLO DE SINTOMAS DO DOENTE EM FIM DE VIDA NUMA UCCI

Ângela Montez

Orientadora: Dulce Oliveira

Campo Estágio II:

6 dezembro 2019



CONTEÚDOS

- Objetivos da sessão
- Diagnóstico da situação
 - Contexto
 - Definição do problema
- Fluxograma de Intervenção
- Referências Bibliográficas



O doente oncológico em fim de vida e família numa UCCI - Intervenção do enfermeiro

OBJETIVOS DA SESSÃO

Objetivo geral

- Apresentar aos enfermeiros da UMP e UMD o fluxograma de intervenção elaborado na UMP com aplicação prática na UCCI do

Objetivos Específicos

- Partilhar as intervenções do enfermeiro no controlo de sintomas do doente em fim de vida numa UCCI
- Validar o fluxograma de intervenção com os enfermeiros da UMP e UMD

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Contexto

Na UCCI a população de doentes é, maioritariamente idosa, e uma grande parte, em fase avançada de doença incurável com grande sofrimento.

Doentes estão sujeitos a modelos de prestação de cuidados orientados para situações agudas.

Apresentam sintomatologia variada, pelo que acresce à intervenção do enfermeiro uma maior competência na gestão de sintomas.

Equipa
Enfermagem

Necessidade
conhecimento
em Cuidados
Paliativos

Dor, dispneia,
anorexia,
agitação, falta
comunicação

Dúvidas nos
cuidados a
prestar a estes
doentes

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Definição do Problema

A dificuldade na identificação de doentes com necessidades paliativas conduz a uma desadequada intervenção por parte dos profissionais de saúde, uma vez que, a fase de fim de vida está ligada à frequência de muitos sintomas, como por exemplo, a dor, a dispneia, a fadiga, a ansiedade, a depressão e a sensação de inutilidade que são motivos de sofrimento dos doentes e da sua família.

Neto, 2010

Como pode o enfermeiro realizar uma abordagem paliativa ao doente oncológico em fim de vida e família numa UCCI?

Utilização do instrumento SPICT-PT para identificar os doentes com necessidades paliativas na UCCI.

Utilização do ESAS para identificar os sintomas descontrolados

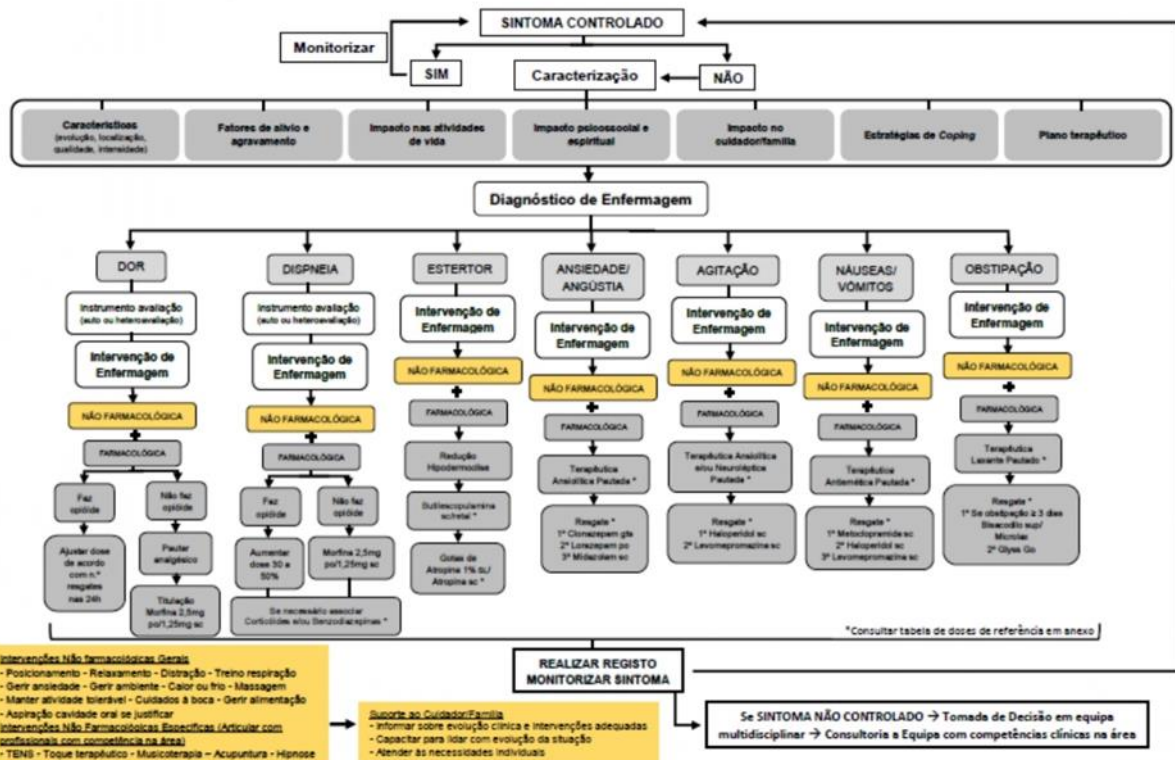
Utilização da STAS-S para quantificar os sintomas



O doente oncológico em fim de vida e família numa UCCI - Intervenção do enfermeiro

5

FLUXOGRAMA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTROLO DE SINTOMAS AO DOENTE EM FIM DE VIDA NA UCCI



O doente oncológico em fim de vida e família numa UCCI - Intervenção do enfermeiro

6

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abela, J. (2009). Symptom management by a community palliative care team. *Malta Medical Journal*, 21 (4), 12-18.
- Banha, P., Costa, D. & Mendes, I (2014). Controlo sintomático no doente oncológico: boas práticas de cuidados. *Onco.News*, 25, 32-37.
- CNCP (2019-2020). *Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: Biénio 2019-2020*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/PEDCP-2019-2020-versao-final-10.02.2019.pdf>
- Edmonds, P.M., Stuttaford, J.M., Penny, J., Lynch, A. M., Chamberlain, J. (1998). Do hospital palliative care teams improve symptom control? Use of modified STAS as na evaluation toll. *Palliativa Medicine*, 12, 345-351.
- Harståde, C.W., Blomberg, K., Benzein, E. & Ostlund, U. (2018). Dignity-conserving care actions in palliative care: an integrative review of Swedish research. *Scand Journal of Caring Science*. 32, 8-23.
- Homsí, J. (2006) Symptom evaluation in palliative medicine: patient report vs systematic assessment. *Support Care Cancer*. 14, 444-453.
- Neves, S; Simões, C. & Ferreira, C. (2016). Consultoria em cuidados paliativos: Desafios e implicações para a prática. *Jornal Enfermeiro*, 7, 12-13. Disponível em: www.jornalenfermeiro.pt
- Neto, I. (2010). *Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos*. In A. Barbosa, I. Neto (Ed). Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (43-60). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Neto, I. (2010). *Modelos de Controlo sintomático*. In A. Barbosa, I. Neto (Ed). Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (61-68). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Neto, I. G. (2010). Cuidados Paliativos em pessoas com demência avançada. In A. Barbosa & I. Neto (Ed). Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (p.247-265). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Siegel, M. & Bigelow, S. (2018). Palliative care symptom management in the emergency department: the abc's of symptom management for the emergency physician. *The Journal of Emergency Medicine*, 54, (1), 25-32.



**Apêndice XVI – Apresentação da Ação de Formação: *SPICT-PT™*:
instrumento de avaliação de necessidade de cuidados paliativos
em pessoas com doença crónica incurável e progressiva – Campo
de Estágio II**

**10º Curso de Mestrado em Enfermagem
Médico-cirúrgica na vertente Oncologia
Unidade Curricular: Estágio com Relatório**

O doente oncológico em fim de vida e família numa UCCI - Intervenção do enfermeiro

SPICT-PT

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS EM PESSOAS COM DOENÇA CRÓNICA INCURÁVEL E PROGRESSIVA

Ângela Montez

Campo Estágio II:

Orientadora: Dulce Oliveira

10 dezembro 2019



Objetivos da sessão



Identificar doentes com
necessidade de cuidados
paliativos



Apresentação da SPICT-
PT



Referências Bibliográficas

CONTEÚDOS



O doente oncológico em fim de vida e família numa UCCI - Intervenção do enfermeiro

2

OBJETIVOS DA SESSÃO

Objetivo geral

- Apresentar a SPICT-PT aos enfermeiros da UMP.

Objetivos Específicos

- Conhecer a aplicação da SPICT-PT na prática de cuidados paliativos.
- Promover a reflexão sobre aplicação da SPICT-PT na prática de cuidados paliativos.

IDENTIFICAR DOENTES COM NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Muitos doentes com necessidades paliativas encontram-se na comunidade e em unidades de cuidados continuados integrados

Importante existir uma boa articulação entre os CSP, as UCC, as ECCI, as EIHS e as próprias UCP.

Documentos de referência e orientações para a prática de cuidados.

Muitos doentes recorram sucessivamente aos serviços de urgência, onde são submetidos a tratamentos fúteis que diminuem a sua qualidade de vida.

Os internamentos em serviços hospitalares, onde se segue uma morte solitária, sem o devido controlo de sintomas.

IDENTIFICAR DOENTES COM NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Identificar estes doentes PORQUÊ?

Se formos capazes de identificar melhor os doentes com necessidades paliativas no último ano de vida, qualquer que seja o seu diagnóstico, há boas evidências de que eles têm maior probabilidade de receber cuidados bem coordenados e de alta qualidade.

(The GSF Prognostic Indicator Guidance, 2011; Barbosa & Neto, 2010)



Robert Pope, Images of Cancer, 1991

Antecipar as prováveis necessidades destes doentes

Para que o atendimento certo possa ser prestado no momento certo



O doente oncológico em fim de vida e família numa UCCI - Intervenção do enfermeiro

5

IDENTIFICAR DOENTES COM NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Identificar estes doentes COMO?



Robert Pope, Images of Cancer, 1991

Três questões sugerem que os doentes estão em fim de vida:

1º - A pergunta surpresa: "Ficaria surpreso se este doente morresse dentro de meses, semanas, dias"?

2º - Este doente tem indicadores gerais de declínio? (deterioração, necessidade crescente de cuidados adicionais)

3º - Este doente tem indicadores clínicos específicos de declínio?



O doente oncológico em fim de vida e família numa UCCI - Intervenção do enfermeiro

The GSF Prognostic Indicator Guidance, 2011

6



Ferramenta de indicadores de cuidados paliativos e de suporte (SPICT-PT™)

A SPICT™ é um instrumento que permite identificar pessoas em situação de doença grave e irreversível. Permite avaliar a necessidade de cuidados paliativos e fazer o seu planeamento.

Procurar por indicadores gerais de deterioração da saúde

- Internamentos hospitalares não planeados.
- Má performance funcional ou declínio com reversibilidade limitada (pessoa acamada ou em cadeira-de-rodas mais do que 50% do dia).
- Dependente de outros nos cuidados pessoais devido a problemas de saúde físicos e/ou mentais.
- O cuidador precisa de mais assistência.
- Perda ponderal progressiva; permanece abaixo do peso normal; massa muscular diminuída.
- Sintomas persistentes, apesar do tratamento otimizado para as doenças de base.
- O próprio (ou a família) pede cuidados paliativos; escolhe reduzir, parar ou não receber tratamento; deseja focar-se na qualidade de vida.

<https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-pt/>



Procurar por indicadores clínicos de uma ou mais doenças limitantes da vida

Cancro

Deterioração da capacidade funcional devido a cancro progressivo.

Estado físico muito debilitado para tratamentos oncológicos ou tratamento apenas para controlo dos sintomas.

Demência/ fragilidade

Incapacidade de se vestir, andar ou comer sem ajuda.

Redução na ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição.

Incontinência fecal ou urinária.

Incapacidade em manter a interação verbal; pouca interação social.

Quedas frequentes; fratura do fémur.

Episódios frequentes de febre ou infeções; pneumonia de aspiração.

Doença neurológica

Doença cardiovascular

Insuficiência cardíaca ou doença arterial coronária extensa e intratável: com sintomas de dispneia ou dor torácica em repouso ou com esforço mínimo.

Doença arterial periférica grave e inoperável.

Doença respiratória

Doença pulmonar crónica grave: dispneia em repouso ou com esforço mínimo entre as exacerbações.

Hipóxia persistente com necessidade de oxigenoterapia de longo prazo.

Já precisou de ventiloterapia para insuficiência respiratória ou a ventilação é contraindicada.

Outras situações

Deterioração e risco de morrer de outras condições ou complicações irreversíveis; qualquer tratamento disponível terá poucos resultados.

Doença renal

Estádios 4 e 5 de doença renal crónica (TFG < 30 mL/min) com agravamento clínico.

Insuficiência renal com complicações para outras condições clínicas limitantes ou tratamentos.

Indicação para parar ou intolerância à diálise.

Doença hepática

Cirrose com uma ou mais complicações no último ano:

- ascite resistente a diuréticos
- encefalopatia hepática
- síndrome hepatorenal
- peritonite bacteriana
- hemorragias recorrentes de varizes esofágicas

Transplante hepático contraindicado.

<https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-pt/>



Avaliar os cuidados atuais e planear os cuidados futuros

- Revisão do tratamento e medicação atuais para garantir que a pessoa recebe cuidados otimizados; polifarmácia minimizada.
- Considerar encaminhamento para um especialista se os sintomas ou problemas forem complexos ou difíceis de tratar.
- Acordar um plano imediato e futuro de cuidados com a pessoa e a sua família. Apoiar os cuidadores.
- Planear com antecedência caso a pessoa esteja em risco de perda da capacidade de decisão.
- Comunicar, coordenar e fazer o registo do plano de cuidados.

SPICT™, Maio 2019

<https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-pt/>

A SP ICT-PT é uma ferramenta importante na identificação de doentes com doença crónica, incurável e progressiva sendo de fácil utilização na avaliação de necessidade de cuidados paliativos, podendo ser usada por médicos e enfermeiros de todas as especialidades.



O doente oncológico em fim de vida e família numa UCCI - Intervenção do enfermeiro

9

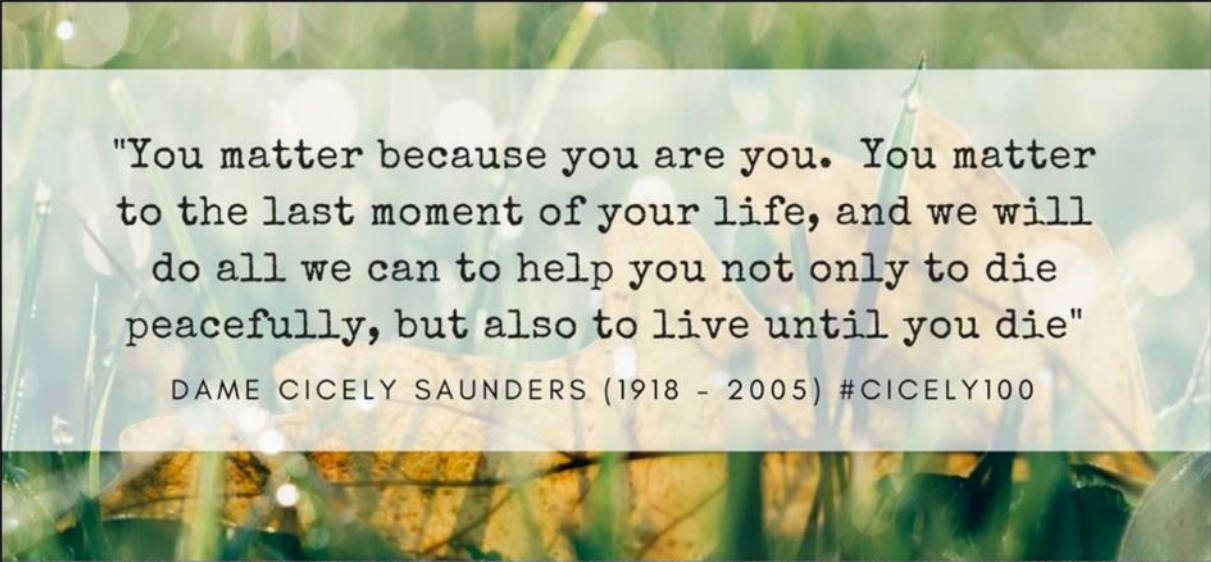
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CNCP (2019-2020). *Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: Biénio 2019-2020*. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/PEDCP-2019-2020-versao-final-10_02_2019.pdf
- Mira, M., Reis-Pina, P. & Barbosa, A. (2019). *Ferramenta de indicadores de cuidados paliativos e de suporte (SP ICT-PTM)*. Disponível em: <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-pt/>
- Neto, I. (2010). *Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos*. In A. Barbosa, I. Neto (Ed). Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (43-60). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Neto, I. (2010). *Modelos de Controlo sintomático*. In A. Barbosa, I. Neto (Ed). Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (61-68). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Robert Pope (1991). *Illness and Healing, Images of Cancer*. Disponível em: <https://robertpopefoundation.com/>
- Thomas, K et al. (2011). The GSF Prognostic Indicator Guidance (PIG). *The Gold Standards Framework Centre In End of Life Care CIC*. 4th Edition.



O doente oncológico em fim de vida e família numa UCCI - Intervenção do enfermeiro

10



"You matter because you are you. You matter to the last moment of your life, and we will do all we can to help you not only to die peacefully, but also to live until you die"

DAME CICELY SAUNDERS (1918 - 2005) #CICELY100

OBRIGADO

**Apêndice XVII – Apresentação da 1ª Ação de Formação:
*Intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas do doente em
fim de vida numa UCCI – Campo de Estágio III***

10º Curso de Mestrado em Enfermagem
Médico-cirúrgica na vertente Oncologia
Unidade Curricular: Estágio com Relatório

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTROLO DE SINTOMAS DO DOENTE EM FIM DE VIDA NUMA UCCI

Mestranda: Enf. ^aÁngela Montez

Orientador: Enf.º Miguel Miguel

Campo Estágio III:

19 dezembro 2019



Objetivos da sessão



Diagnóstico da situação



Identificar doentes com
necessidade de cuidados paliativos



Apresentação da SPICT-PT



Apresentação do Fluxograma de
Intervenção



Referências Bibliográficas

CONTEÚDOS



A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente em Fim de Vida numa UCCI

OBJETIVOS DA SESSÃO

Objetivo geral

- Apresentar aos enfermeiros e médicos da UCCI o Projeto de Intervenção

Objetivos Específicos

- Expor a realidade do doente com necessidade de cuidados paliativos.
- Expor a importância da necessidade de implementação de uma abordagem paliativa na UCCI.
- Transmitir conhecimentos sobre a identificação de doentes com necessidade de cuidados paliativos.
- Partilhar as intervenções do enfermeiro no controlo de sintomas do doente em fim de vida numa UCCI
- Promover a reflexão sobre a implementação do Projeto de Intervenção na UCCI.

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Definição do Problema

Segundo o European Journal of Cancer (EJC) houve uma estimativa de 3,9 milhões de novos casos de cancro 1,9 milhões de mortes por cancro na Europa em 2018

Doença oncológica
13% mortes mundo
25% mortes europa

(EJC, 2018)



Robert Pope, Images of Cancer, 1991

20 milhões de pessoas no mundo necessitam de cuidados paliativos

Mantém-se a dificuldade nos cuidados em fim de vida

(Bernardo et al, 2016)

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Definição do Problema

A prática de cuidados não é satisfatória à prestação de cuidados à pessoa com doença crónica incurável e progressiva

Necessidade de prestar cuidados de qualidade no final de vida (controlo sintomas, alívio do sofrimento e promoção do conforto)



Robert Pope, Images of Cancer, 1991

Dificuldade dos enfermeiros em identificar os doentes com necessidade de cuidados paliativos

No PNCP (2005) embora esteja naturalmente implícita que na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) exista a prestação de ações paliativas em sentido genérico, não está prevista, na Rede, a prestação diferenciada de cuidados paliativos a doentes em fase avançada de doença crónica incurável e progressiva com grande sofrimento

CNCP (2019-2020). Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: Biénio 2019-2020. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/PEDCP-2019-2020-versao-final-10.02.2019.pdf>



DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Contexto

Na UCCI a população de doentes é, maioritariamente idosa, e uma grande parte, em fase avançada de doença incurável com grande sofrimento.

Doentes estão sujeitos a modelos de prestação de cuidados orientados para situações agudas.

Apresentam sintomatologia variada, pelo que acresce à intervenção do enfermeiro uma maior competência na gestão de sintomas.

Equipa Enfermagem

Necessidade conhecimento em Cuidados Paliativos

Dor, dispneia, anorexia, agitação, falta comunicação

Dúvidas nos cuidados a prestar a estes doentes



DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Conceitos chave

Cuidados Paliativos

uma abordagem que “visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação impecável e tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais”.

World Health Organization. (2018). WHO Definition of Palliative Care

Quando aplicados precocemente, os Cuidados Paliativos trazem benefícios para os doentes e suas famílias, diminuindo a carga sintomática dos doentes e a sobrecarga dos familiares

CNCP (2017-2018). Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: Biénio 2017-2018.

Abordagem paliativa

“Integra métodos e procedimentos usados em CP (medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo de sintomas, estratégias de comunicação...), no acompanhamento dos doentes em estruturas não especializadas em CP.”

Ações Paliativas

“qualquer medida terapêutica, isolada e praticada por profissionais sem preparação específica, sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente.”

Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro)



DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Conceitos chave

Cuidados Paliativos

uma abordagem que “visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação impecável e tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais”.

World Health Organization. (2018). WHO

Quando aplicados precocemente, os Cuidados Paliativos trazem benefícios para os doentes e suas famílias, diminuindo a carga sintomática dos doentes e a sobrecarga dos familiares

CNCP (2017-2018). Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: Biénio 2017-2018.

Abordagem paliativa

“Integra métodos e procedimentos usados em CP (medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo de sintomas, estratégias de comunicação...), no acompanhamento dos doentes em estruturas não especializadas em CP.”

qualquer medida terapêutica, isolada e praticada por profissionais sem preparação específica, sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente.”

Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro)

As ações paliativas são parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou a fase da sua evolução.



DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

A dificuldade na identificação de doentes com necessidades paliativas conduz a uma desadequada intervenção por parte dos profissionais de saúde, uma vez que, a fase de fim de vida está ligada à frequência de muitos sintomas, como por exemplo, a dor, a dispneia, a fadiga, a ansiedade, a depressão e a sensação de inutilidade que são motivos de sofrimento dos doentes e da sua família.

Neto, 2010

Como pode o enfermeiro realizar uma abordagem paliativa ao doente oncológico em fim de vida e família numa UCCI?

Utilização do instrumento SPICT-PT para identificar os doentes com necessidades paliativas na UCCI.

Utilização do ESAS para identificar os sintomas descontrolados

Utilização da STAS-S para quantificar os sintomas

IDENTIFICAR DOENTES COM NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Muitos doentes com necessidades paliativas encontram-se na comunidade e em unidades de cuidados continuados integrados

Importante existir uma boa articulação entre os CSP, as UCC, as ECCI, as EIHS CP e as próprias UCP.

Documentos de referência e orientações para a prática de cuidados.

Muitos doentes recorram sucessivamente aos serviços de urgência, onde são submetidos a tratamentos fúteis que diminuem a sua qualidade de vida.

Os internamentos em serviços hospitalares, onde se segue uma morte solitária, sem o devido controlo de sintomas.

IDENTIFICAR DOENTES COM NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Identificar estes doentes PORQUÊ?

Se formos capazes de identificar melhor os doentes com necessidades paliativas no último ano de vida, qualquer que seja o seu diagnóstico, há boas evidências de que eles têm maior probabilidade de receber cuidados bem coordenados e de alta qualidade.

(The GSF Prognostic Indicator Guidance, 2011; Barbosa & Neto, 2010)



Robert Pope, Images of Cancer, 1991

Antecipar as prováveis necessidades destes doentes

Para que o atendimento certo possa ser prestado no momento certo



A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente em Fim de Vida numa UCCI

11

IDENTIFICAR DOENTES COM NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Identificar estes doentes COMO?



Robert Pope, Images of Cancer, 1991

Três questões sugerem que os doentes estão em fim de vida:

1º - A pergunta surpresa: "Ficaria surpreso se este doente morresse dentro de meses, semanas, dias"?

2º - Este doente tem indicadores gerais de declínio? (deterioração, necessidade crescente de cuidados adicionais)

3º - Este doente tem indicadores clínicos específicos de declínio?



A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente em Fim de Vida numa UCCI

The GSF Prognostic Indicator Guidance, 2011

12



Ferramenta de indicadores de cuidados paliativos e de suporte (SPICT-PT™)

A SPICT™ é um instrumento que permite identificar pessoas em situação de doença grave e irreversível. Permite avaliar a necessidade de cuidados paliativos e fazer o seu planeamento.

Procurar por indicadores gerais de deterioração da saúde

- Internamentos hospitalares não planeados.
- Má performance funcional ou declínio com reversibilidade limitada (pessoa acamada ou em cadeira-de-rodas mais do que 50% do dia).
- Dependente de outros nos cuidados pessoais devido a problemas de saúde físicos e/ou mentais.
- O cuidador precisa de mais assistência.
- Perda ponderal progressiva; permanece abaixo do peso normal; massa muscular diminuída.
- Sintomas persistentes, apesar do tratamento otimizado para as doenças de base.
- O próprio (ou a família) pede cuidados paliativos; escolhe reduzir, parar ou não receber tratamento; deseja focar-se na qualidade de vida.

<https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-pt/>



Procurar por indicadores clínicos de uma ou mais doenças limitantes da vida

Cancro

Deterioração da capacidade funcional devido a cancro progressivo.

Estado físico muito debilitado para tratamentos oncológicos ou tratamento apenas para controlo dos sintomas.

Demência/ fragilidade

Incapacidade de se vestir, andar ou comer sem ajuda.

Redução na ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição.

Incontinência fecal ou urinária.

Incapacidade em manter a interação verbal; pouca interação social.

Quedas frequentes; fratura do fémur.

Episódios frequentes de febre ou infeções; pneumonia de aspiração.

Doença neurológica

Doença cardiovascular

Insuficiência cardíaca ou doença arterial coronária extensa e intratável: com sintomas de dispneia ou dor torácica em repouso ou com esforço mínimo.

Doença arterial periférica grave e inoperável.

Doença respiratória

Doença pulmonar crónica grave: dispneia em repouso ou com esforço mínimo entre as exacerbações.

Hipóxia persistente com necessidade de oxigenoterapia de longo prazo.

Já precisou de ventiloterapia para insuficiência respiratória ou a ventilação é contraindicada.

Outras situações

Deterioração e risco de morrer de outras condições ou complicações irreversíveis; qualquer tratamento disponível terá poucos resultados.

Doença renal

Estádios 4 e 5 de doença renal crónica (TFG < 30 mL/min) com agravamento clínico.

Insuficiência renal com complicações para outras condições clínicas limitantes ou tratamentos.

Indicação para parar ou intolerância à diálise.

Doença hepática

Cirrose com uma ou mais complicações no último ano:

- ascite resistente a diuréticos
- encefalopatia hepática
- síndrome hepatorenal
- peritonite bacteriana
- hemorragias recorrentes de varizes esofágicas

Transplante hepático contraindicado.

<https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-pt/>



Procurar por indicadores clínicos de uma ou mais doenças limitantes da vida

Cancro

Deterioração da capacidade funcional devido a cancro progressivo.

Estado físico muito debilitado para tratamentos oncológicos ou tratamento apenas para controlo dos sintomas.

Demência/ fragilidade

Incapacidade de se vestir, andar ou comer sem ajuda.

Redução na ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição.

Incontinência fecal ou urinária.

Incapacidade em manter a interação verbal; pouca interação social.

Quedas frequentes; fratura do fémur.

Episódios frequentes de febre ou infeções; pneumonia de aspiração.

Doença neurológica

Doença cardiovascular

Insuficiência cardíaca ou doença arterial coronária extensa e intratável: com sintomas de dispneia ou dor

Doença neurológica

Deterioração progressiva das funções físicas e/ou cognitivas apesar de terapia otimizada.

Problemas de fala com crescente dificuldade de comunicação e/ou deglutição.

Pneumonias de aspiração recorrentes; dispneia ou insuficiência respiratória.

Paralisia persistente após Acidente Vascular Cerebral com significativa perda de função e incapacidade progressiva.

Outras situações

Deterioração e risco de morrer de outras condições ou complicações irreversíveis; qualquer tratamento disponível terá poucos resultados.

Doença renal

Estádios 4 e 5 de doença renal crónica (TFG < 30 mL/min) com agravamento clínico.

Insuficiência renal com complicações para outras condições clínicas limitantes ou tratamentos.

Indicação para parar ou intolerância à diálise.

Doença hepática

Cirrose com uma ou mais complicações no último ano:

- ascite resistente a diuréticos
- encefalopatia hepática
- síndrome hepatorenal
- peritonite bacteriana
- hemorragias recorrentes de varizes esofágicas

Transplante hepático contraindicado.

<https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-pt/>



A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente em Fim de Vida numa UCUI

15

Avaliar os cuidados atuais e planear os cuidados futuros

- Revisão do tratamento e medicação atuais para garantir que a pessoa recebe cuidados otimizados; polifarmácia minimizada.
- Considerar encaminhamento para um especialista se os sintomas ou problemas forem complexos ou difíceis de tratar.
- Acordar um plano imediato e futuro de cuidados com a pessoa e a sua família. Apoiar os cuidadores.
- Planear com antecedência caso a pessoa esteja em risco de perda da capacidade de decisão.
- Comunicar, coordenar e fazer o registo do plano de cuidados.

SPIC™, Maio 2019

<https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-pt/>

A SPIC-PT é uma ferramenta importante na identificação de doentes com doença crónica, incurável e progressiva sendo de fácil utilização na avaliação de necessidade de cuidados paliativos, podendo ser usada por médicos e enfermeiros de todas as especialidades.



A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente em Fim de Vida numa UCUI

16

IDENTIFICAR SINTOMAS NOS DOENTES COM NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

ESAS (Escala de Avaliação de Sintomas de Edmon)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		ESAS/EV	Caracterização	Notas	STAS
Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior		Dor		
Sem cansaço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior		Dispneia		
													Fadiga			
													Anorexia			
Sem náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior		Obstipação/Diarreia		
													Alterações da boca			
Sem depressão / tristeza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O n pos trist		Disfagia		
													Náuseas/Vômitos			
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O n		Hemorragia		
													Edema/Ascite			
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O n pos		Agitação/Confusão		
O maior apetite possível	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O p		Tristeza		
													Ansiedade			
O melhor bem-estar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior est		Défice neurológico		
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior		Outros		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					

STAS 0 – sem repercussão 1 – nenhuma preocupação 2 – incomodo moderado: limita algumas atividades 3 – incomodo frequente e severo: atividades e concentração afetadas 4 – incomodo continuo: incapaz de pensar outras coisas

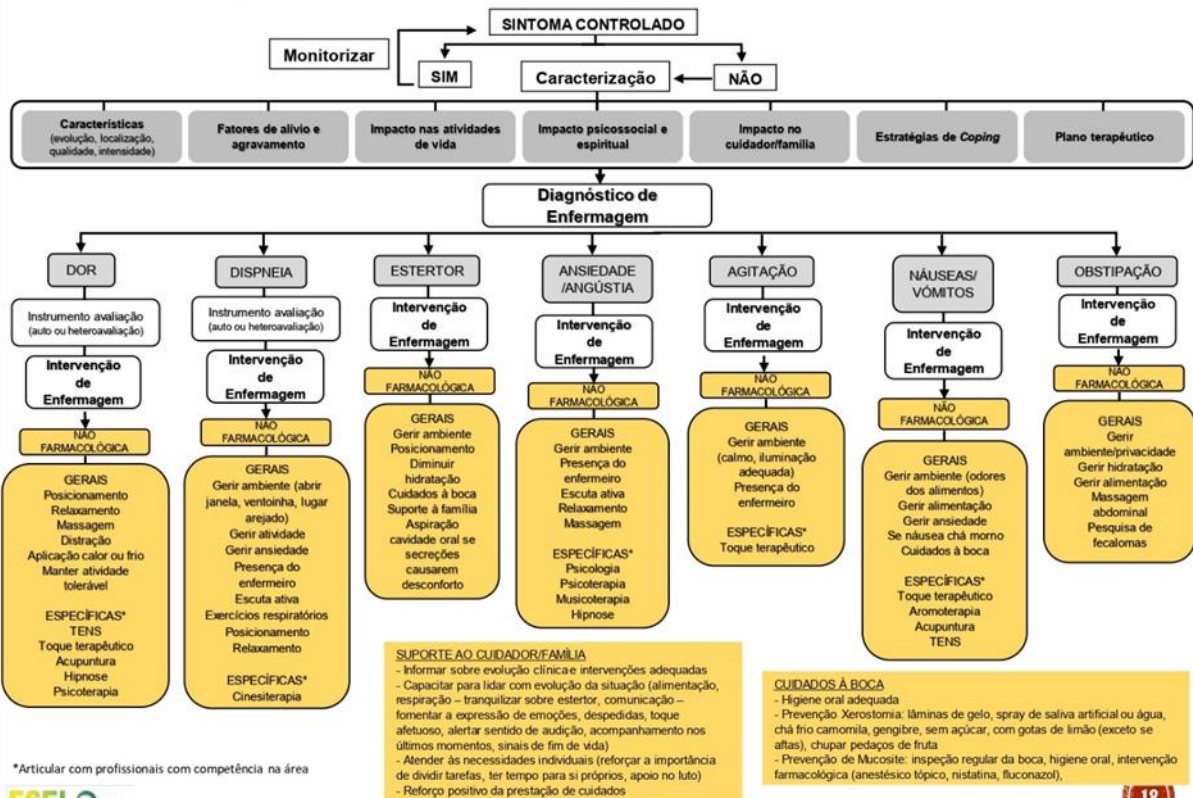


Fonte: Barbosa & Neto (2010), Harstade, Blomberg, benzein & Usituru (2010), Naitani et al (2000), Olegry & Digeuw (2010), www.uqs.br

A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente em Fim de Vida numa UCCI

17

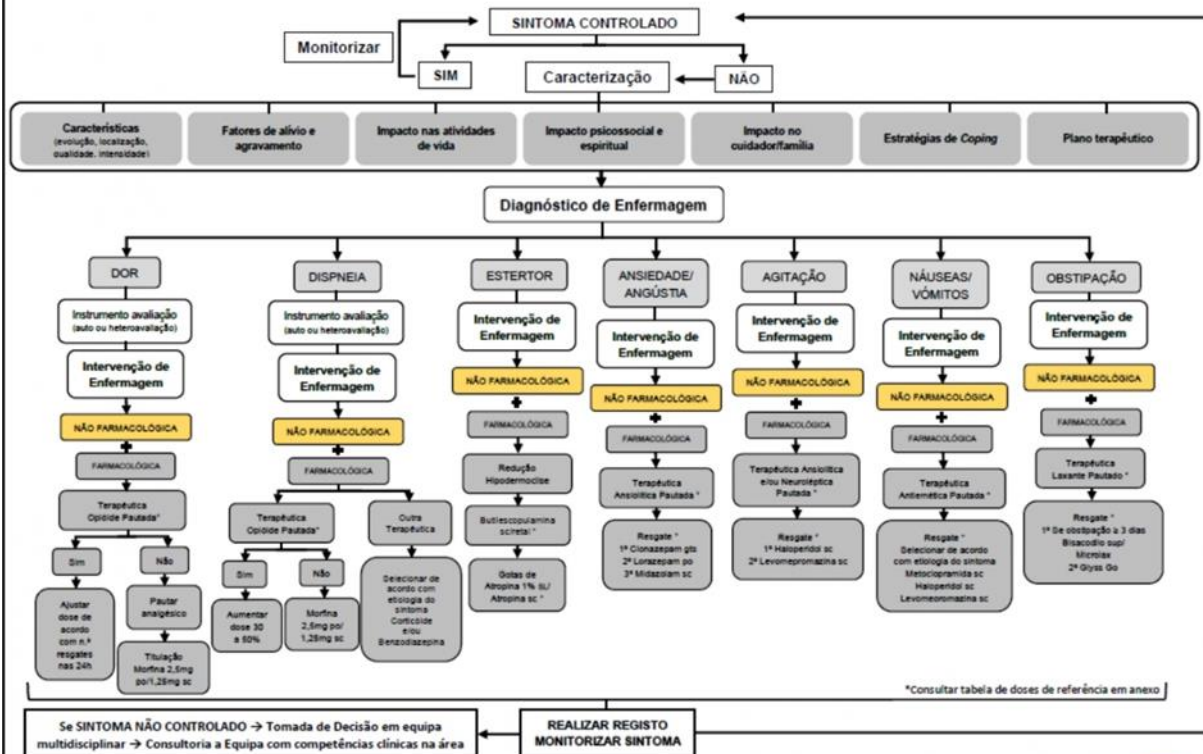
FLUXOGRAMA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTROLO DE SINTOMAS AO DOENTE EM FIM DE VIDA NA UCCI



A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente em Fim de Vida numa UCCI

18

FLUXOGRAMA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTROLO DE SINTOMAS AO DOENTE EM FIM DE VIDA NA UCCI



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abela, J. (2009). Symptom management by a community palliative care team. *Malta Medical Journal*, 21 (4), 12-18.
- Banha, P., Costa, D. & Mendes, I. (2014). Controlo sintomático no doente oncológico: boas práticas de cuidados. *Onco.News*, 25, 32-37.
- CNCP (2019-2020). *Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: Biénio 2019-2020*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/PEDCP-2019-2020-versao-final-10.02.2019.pdf>
- DGS (2016). Relatório de Monitorização e Avaliação dos Rastreios Oncológicos – Portugal – 2016. Acedido a 10/03/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-de-monitorizacao-e-avaliacao-dos-rastreios-oncologicos-portugal-2016.aspx>
- DGS (2017). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Acedido a 8/03/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programas-de-rastreio-oncologico-aumentam.aspx>
- Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro (2012). Lei de base dos Cuidados Paliativos. Diário da República I série, N.º 179 (05/09/2012), 5119-5124.
- Edmonds, P.M., Stuttford, J.M., Penny, J., Lynch, A. M., Chamberlain, J. (1998). Do hospital palliative care teams improve symptom control? Use of modified STAS as na evaluation toll. *Palliative Medicine*, 12, 345-351.
- Harståde, C.W., Blomberg, K., Benzein, E. & Ostlund, U. (2018). Dignity-conserving care actions in palliative care: an integrative review of Swedish research. *Scand Journal of Caring Science*. 32, 8-23.
- Homsí, J. (2006) Symptom evaluation in palliative medicine: patient report vs systematic assessment. *Support Care Cancer*. 14, 444-453.
- Neves, S; Simões, C. & Ferreira, C. (2016). Consultoria em cuidados paliativos: Desafios e implicações para a prática. *Jornal Enfermeiro*, 7, 12-13. Disponível em: www.jornalenfermeiro.pt
- Neto, I. (2010). *Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos*. In A. Barbosa, I. Neto (Ed). Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (43-60). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Neto, I. (2010). *Modelos de Controlo sintomático*. In A. Barbosa, I. Neto (Ed). Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (61-68). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Neto, I. G. (2010). Cuidados Paliativos em pessoas com demência avançada. In A. Barbosa & I. Neto (Ed). Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (p.247-265). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Siegel, M. & Bigelow, S. (2018). Palliative care symptom management in the emergency department: the abc's of symptom management for the emergency physician. *The Journal of Emergency Medicine*, 54, (1), 25–32.



"A borboleta não vive muito. Mas nesse pouco tempo ela transforma muitas vidas. No pouco tempo de vida ela poliniza as plantas, embeleza a natureza e deixa as pessoas mais felizes. Ela é um exemplo de que a vida não se mede só em tempo. A vida também se mede em intensidade"



OBRIGADO



Apêndice XVIII – Resultados da avaliação da 1ª Ação de Formação

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA 1ª AÇÃO DE FORMAÇÃO

Título da Ação: Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente em Fim de Vida na UCCI. **Data da Realização:** 19 /12 / 2019

Gráfico 1 – Nível de Satisfação em relação à formação.

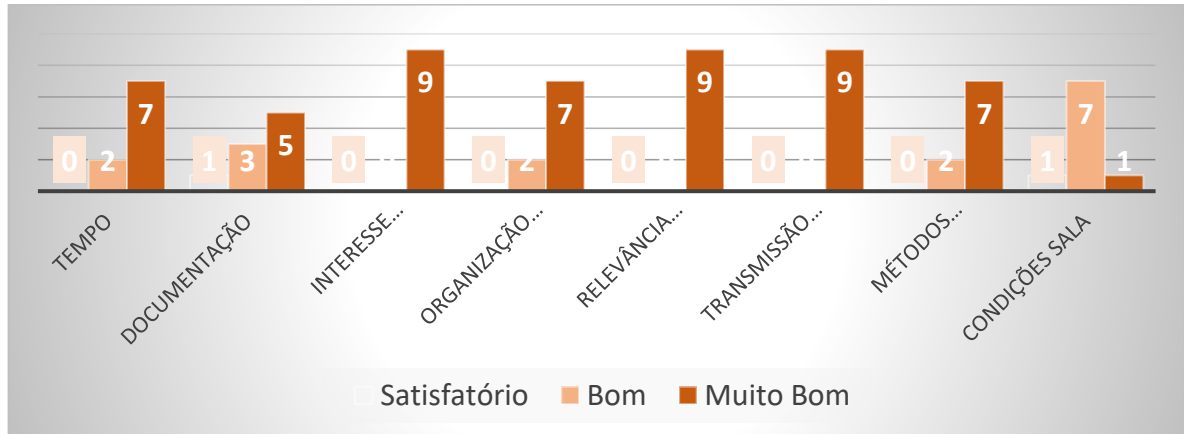


Gráfico 2 – Aspectos Mais Positivos na formação.

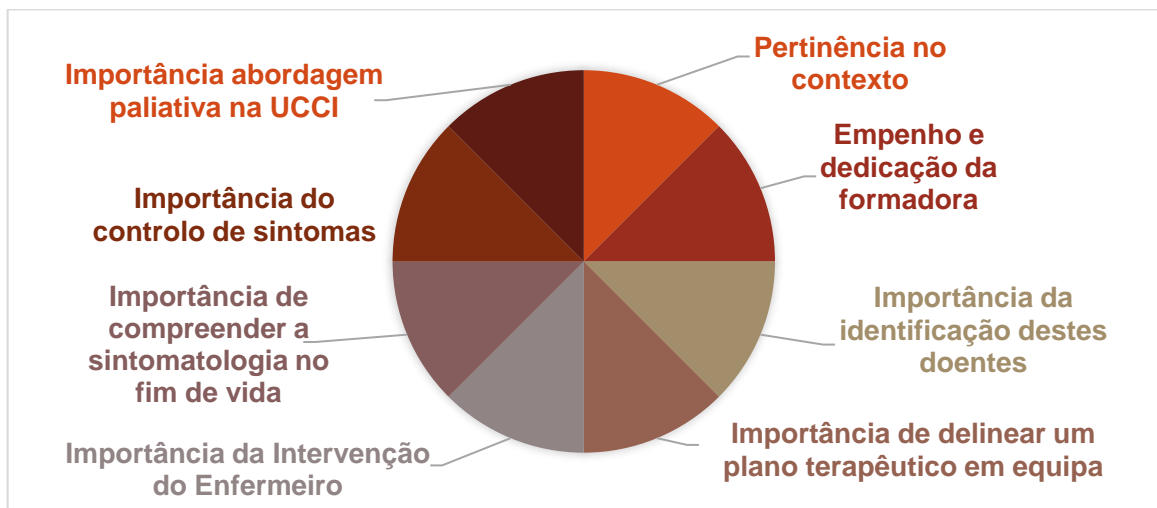
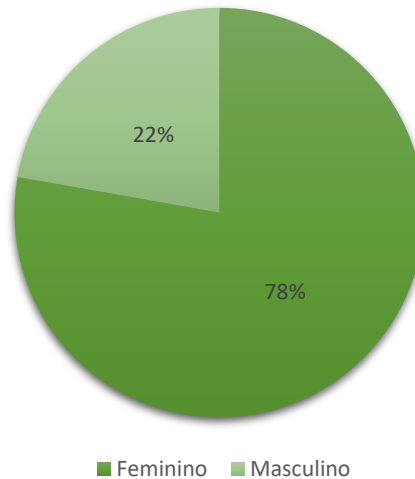


Gráfico 3 – Aspectos Menos Positivos na formação.



Apêndice XIX – Resultados da aplicação da *SPICT-PT*TM

Gráfico n.º 1 - Distribuição de doentes por sexo



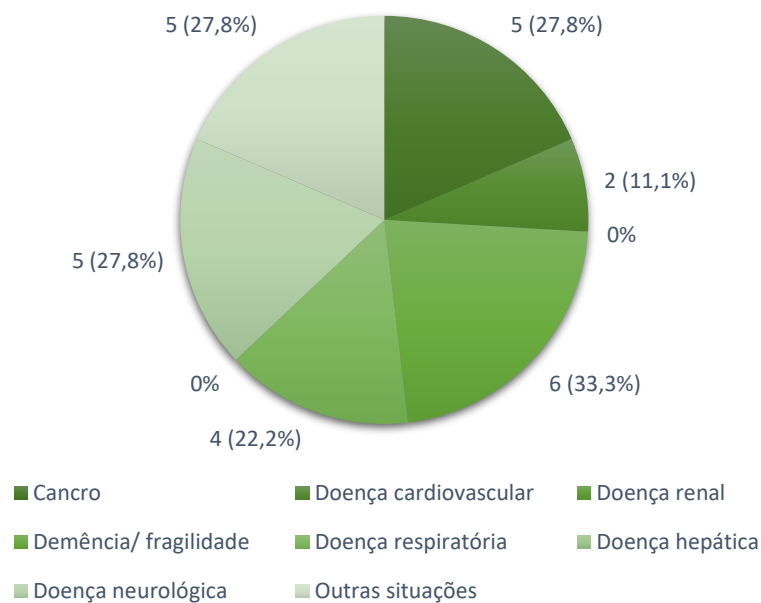
A idade dos doentes identificados, está compreendida entre os 31 e os 93 anos.

Tabela n.º 1 – Doentes com necessidade de Cuidados Paliativos

(N é o número de doentes por tipologia e % a percentagem dos que têm necessidade de CP)

Tipologia	N (%)
ULDM	10 (62,5)
UMD	2 (14,3)
UC	3 (30,0)
QNC	3 (37,5)

Gráfico n.º 2 – Indicadores Clínicos específicos de declínio da SPICT-PT™



Apêndice XX – Apresentação da 2ª Ação de Formação: *ESAS/STAS*
– *Escala de avaliação de sintomas de Edmonton/Escala de*
avaliação da equipa de suporte – Campo de Estágio III

**10º Curso de Mestrado em Enfermagem
Médico-cirúrgica na vertente Oncologia
Unidade Curricular: Estágio com Relatório**

A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente Oncológico em Fim de Vida numa UCCI

ESAS/STAS

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON/ESCALA DE AVALIAÇÃO DA EQUIPA DE SUPORTE

atendimento
av

cuic
uso

enfermeiros

hospital

morte

Campos

Palliative
terminal



Mestranda: Enf.ª Ângela Montez , nº 8844

Enfermeiro Orientador: Enf.º Especialista Miguel Miguel

Campo Estágio III –

16 janeiro 2020



Objetivos da formação



Feedback da última formação



Doentes com necessidade de cuidados paliativos na UCCI



Apresentação da ESAS/STAS



Referências Bibliográficas

CONTEÚDOS



A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente Oncológico em Fim de Vida numa UCCI

OBJETIVOS DA FORMAÇÃO

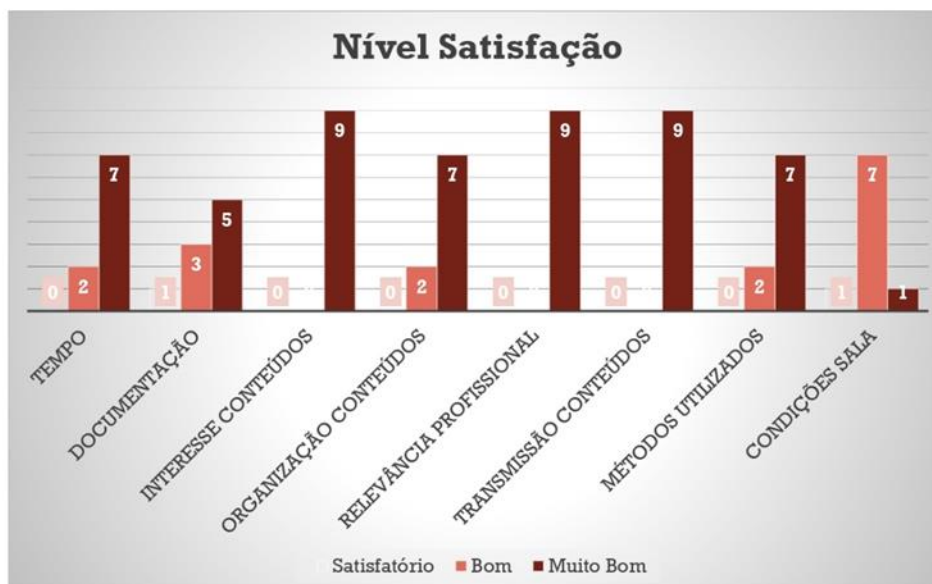
Objetivo geral

- Apresentar a ESAS/STAS aos enfermeiros da UCCI.

Objetivos Específicos

- Conhecer a aplicação da ESAS/STAS na prática de cuidados continuados e paliativos.
- Promover a reflexão sobre aplicação da ESAS/STAS na prática de cuidados continuados e paliativos.

FEEDBACK DA ÚLTIMA FORMAÇÃO



FEEDBACK DA ÚLTIMA FORMAÇÃO

ASPETOS MAIS POSITIVOS



FEEDBACK DA ÚLTIMA FORMAÇÃO

ASPETOS MENOS POSITIVOS



IDENTIFICAR DOENTES COM NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Identificar estes doentes PORQUÊ?

Se formos capazes de identificar melhor os doentes com necessidades paliativas no último ano de vida, qualquer que seja o seu diagnóstico, há boas evidências de que eles têm maior probabilidade de receber cuidados bem coordenados e de alta qualidade.

(The GSF Prognostic Indicator Guidance, 2011; Barbosa & Neto, 2010)



Robert Pope, Images of Cancer, 1991

Antecipar as prováveis necessidades destes doentes

Para que o atendimento certo possa ser prestado no momento certo



A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente Oncológico em Fim de Vida numa UCCI

7

IDENTIFICAR DOENTES COM NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Identificar estes doentes COMO?



Robert Pope, Images of Cancer, 1991

Três questões sugerem que os doentes estão em fim de vida:

1º - A pergunta surpresa: "Ficaria surpreso se este doente morresse dentro de meses, semanas, dias"?

2º - Este doente tem indicadores gerais de declínio? (deterioração, necessidade crescente de cuidados adicionais)

3º - Este doente tem indicadores clínicos específicos de declínio?



A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente Oncológico em Fim de Vida numa UCCI

The GSF Prognostic Indicator Guidance, 2011

8

DOENTES COM NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS NA UCCI

- Identificados 16 doentes com necessidade de cuidados paliativos.
- 9 doentes em tipologia ULDM
- 2 doentes em tipologia de UMDR
- 3 doentes em tipologia UC
- 2 doentes em tipologia QNC
- 5 doentes com Doença Oncológica.
- 6 doentes com Demência em fase avançada.
- 4 doentes com Doença Respiratória.
- 2 doentes com Doença Cardiovascular.
- 5 doentes com Doença Neurológica.
- Idades compreendidas entres os 49 e os 93 anos



Robert Pope, Images of Cancer, 1991

DOENTES COM NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

IX Congresso Nacional CUIDADOS PALIATIVOS
Congresso do IPO-Porto

RNCCI – Utentes com Necessidades Paliativas
Avaliação Sistemática das Necessidades CP

Tipologia	ECCI		UC		UMDR		ULDM		UCP	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	6	33%	2	40%	2	20%	3	16%	4	80%
Quais	NECPAL ESAS EN (Aval Dor) Instrumentos GestCare		NECPAL		NECPAL ESAS		NECPAL ESAS		NECPAL POS SPICT PPS	

Neves, S. (2018, outubro). Necessidades de Cuidados Paliativos em Unidades de Cuidados Continuados Integrados: Perspetiva e Respostas da RNCCI na Região LVT. In IX Congresso Nacional de Cuidados Paliativos e 8º Congresso de Cuidados Paliativos do IPO Porto. APCP com organização do IPO Porto, Porto.

DOENTES COM NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS



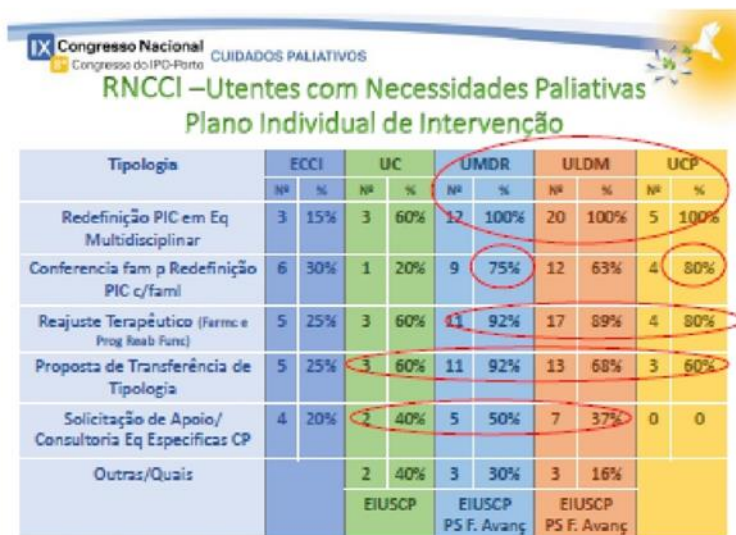
Neves, S. (2018, outubro). Necessidades de Cuidados Paliativos em Unidades de Cuidados Continuados Integrados: Perspetiva e Respostas da RNCCI na Região LVT. In IX Congresso Nacional de Cuidados Paliativos e 8º Congresso de Cuidados Paliativos do IPO Porto. APCP com organização do IPO Porto, Porto.



A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente Oncológico em Fim de Vida numa UCCI

11

DOENTES COM NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS



Neves, S. (2018, outubro). Necessidades de Cuidados Paliativos em Unidades de Cuidados Continuados Integrados: Perspetiva e Respostas da RNCCI na Região LVT. In IX Congresso Nacional de Cuidados Paliativos e 8º Congresso de Cuidados Paliativos do IPO Porto. APCP com organização do IPO Porto, Porto.



A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente Oncológico em Fim de Vida numa UCCI

12

DOENTES COM NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

IX Congresso Nacional CUIDADOS PALIATIVOS
RNCCI – Utentes com Necessidades Paliativas
Plano Indiv

Tipologia	ECCI	
	NR	%
Redefinição PIC em Eq Multidisciplinar	3	15%
Conferencia fam p Redefinição PIC c/famli	6	30%
Reajuste Terapêutico (Farm e Prog Reab Funt)	5	25%
Proposta de Transferência de Tipologia	5	25%
Solicitação de Apoio/ Consultoria Eq Especificas CP	4	20%
Outras/Quais		

IX Congresso Nacional CUIDADOS PALIATIVOS
RNCCI – Utentes com Necessidades Paliativas
Dificuldades no Acompanhamento

Tipologia	ECCI		UC		UMDR		ULDM		UCP	
	NR	%	NR	%	NR	%	NR	%	NR	%
Formação e Treino dos Profissionais	10	50%	3	60%	6	60%	15	79%	0	0%
Gerir sintomas físicos, psicossociais e espirituais	10	50%	0	0%	4	33%	9	47%	0	0%
Gerir expectativas do utente/família/profissionais de saúde	14	70%	3	60%	8	67%	15	79%	3	60%
Apoiar a família/cuidadores	2	10%	2	40%	5	50%	9	47%	1	20%
Acesso a terapêutica específica utilizada em CP (ex: opióides)	14	70%	1	20%	4	40%	9	47%	0	0%
Apoio de equipas específicas em CP	8	40%	1	20%	6	60%	12	63%	0	0%
Transferir o utente para a tipologia de cuidados ajustada às suas necessidades	1	5%	3	60%	7	58%	8	42%	1	20%

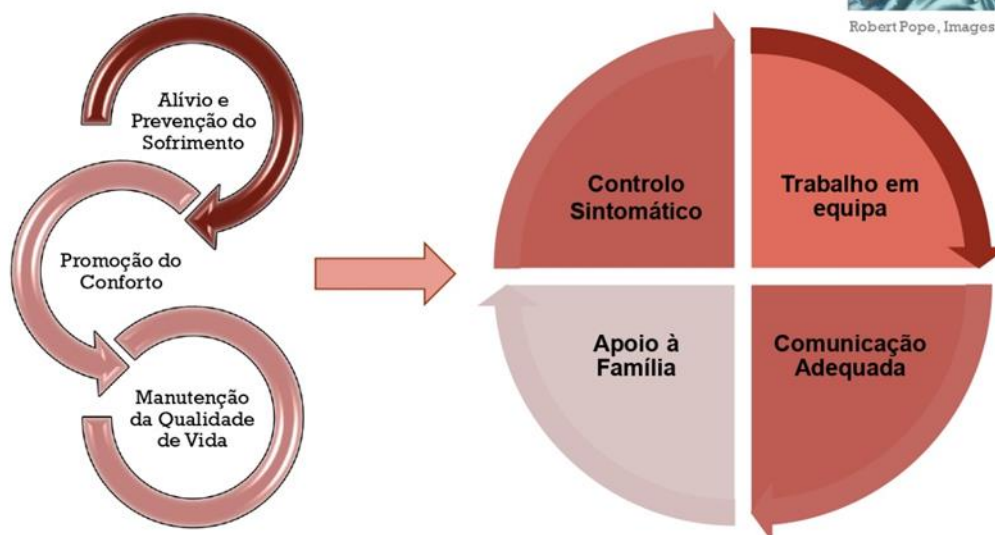
Neves, S. (2018, outubro). Necessidades de Cuidados Paliativos em Unidades de Cuidados Continuados Integrados: Perspetiva e Respostas da RNCCI na Região LVT. In IX Congresso Nacional de Cuidados Paliativos e 8º Congresso de Cuidados Paliativos do IPO Porto. APCP com organização do IPO Porto, Porto.



IDENTIFICAR SINTOMAS NOS DOENTES COM NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS



Robert Pope, Images of Cancer, 1991



Neto, Isabel (2010). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, I. Neto (Ed). Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (43-60). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.



IDENTIFICAR SINTOMAS NOS DOENTES COM NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS



Robert Pope, Images of Cancer, 1991

Avaliar antes de tratar:
identificar a causa,
identificar impacto
psicoemocional e físico,
intensidade e fatores
que condicionam (+-)

Clarificar/explicar as
causas e as medidas
terapêuticas

Não esperar que o
doente se queixe:
observar, questionar,
antecipar sintomas

Adotar estratégias
mistas
(farmacológicas e
não farmacológicas)

Monitorizar sintomas:
Instrumentos de
avaliação
(ESAS/STAS)

Reavaliar, reavaliar,
reavaliar: objetivos
realistas

Neto, Isabel (2010). Modelos de Controlo Sintomático. In A. Barbosa, I. Neto (Ed). Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (61-68). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.



A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente Oncológico em Fim de Vida numa UCCI

15

IDENTIFICAR SINTOMAS NOS DOENTES COM NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS



Robert Pope, Images of Cancer, 1991

ESAS (Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton)

Sem dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior dor possível
Sem cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior cansaço possível
Sem náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea
Sem depressão / tristeza	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	O mais deprimido possível / A maior tristeza possível
Sem ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	O mais ansioso possível
Sem sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	O mais sonolento possível
O maior apetite possível	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	O pior apetite possível
O melhor bem-estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de bem-estar possível
Sem falta de ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior falta de ar possível
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Avaliação – ESAS/STAS

- Tem se sentido
invulgarmente cansado ou
fraco, sem motivo aparente?

- Quão cansado/fraco se
sente?



Fonte: Barbosa & Neto (2010), Harståde, Blomberg, Benzein & Ostlund (2018), Homsí et al (2006), Siegel & Bigelow (2018), www.dgs.pt.

A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente Oncológico em Fim de Vida numa UCCI

16

IDENTIFICAR SINTOMAS NOS DOENTES COM NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS



Robert Pope, Images of Cancer, 1991

	ESAS/EV	Caracterização	Notas	STAS
Dor				
Dispneia				
Fadiga				
Anorexia				
Obstipação/Diarreia				
Alterações da boca				
Disfagia				
Náuseas/Vómitos				
Hemorragia				
Edema/Ascite				
Agitação/Confusão				
Tristeza				
Ansiedade				
Défice neurológico				
Outros				

STAS 0 – sem repercussão 1 – nenhuma preocupação 2 – incomodo moderado: limita algumas atividades 3 – incomodo frequente e severo: atividades e concentração afetadas 4 – incomodo contínuo: incapaz de pensar outras coisas

Intervenção multimodal:
Não Farmacológicas
Farmacológicas

Discutir opções:
Tratamento individualizado
Manutenção do Conforto e
Qualidade de Vida
Controlo Sintomático



Fonte: Barbosa & Neto (2010), Harstade, Blomberg, Benzein & Ostlund (2018), Homsí et al (2006), Siegel & Bigelow (2018), www.dgs.pt.

A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente Oncológico em Fim de Vida numa UCCI

17

IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO



Robert Pope, Images of Cancer, 1991

- Identificar o doente doença crónica incurável e progressiva em fim de vida com necessidade de cuidados paliativos.
- Referenciar o doente doença crónica incurável e progressiva em fim de vida com descontrolo de sintomas à Enfermeira dinamizadora do projeto.
- Avaliação completa dos sintomas descontrolados no doente com doença oncológica em fim de vida.
- Implementação de medidas não farmacológicas.
- Implementação de medidas farmacológicas.
- Registo de todas as medidas de conforto implementadas na TSR – Processos Clínicos, bem como o resultado das intervenções realizadas com o objetivo de poder aferir a aplicabilidade da implementação do projeto.

Implementação das linhas orientadoras propostas



A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente Oncológico em Fim de Vida numa UCCI

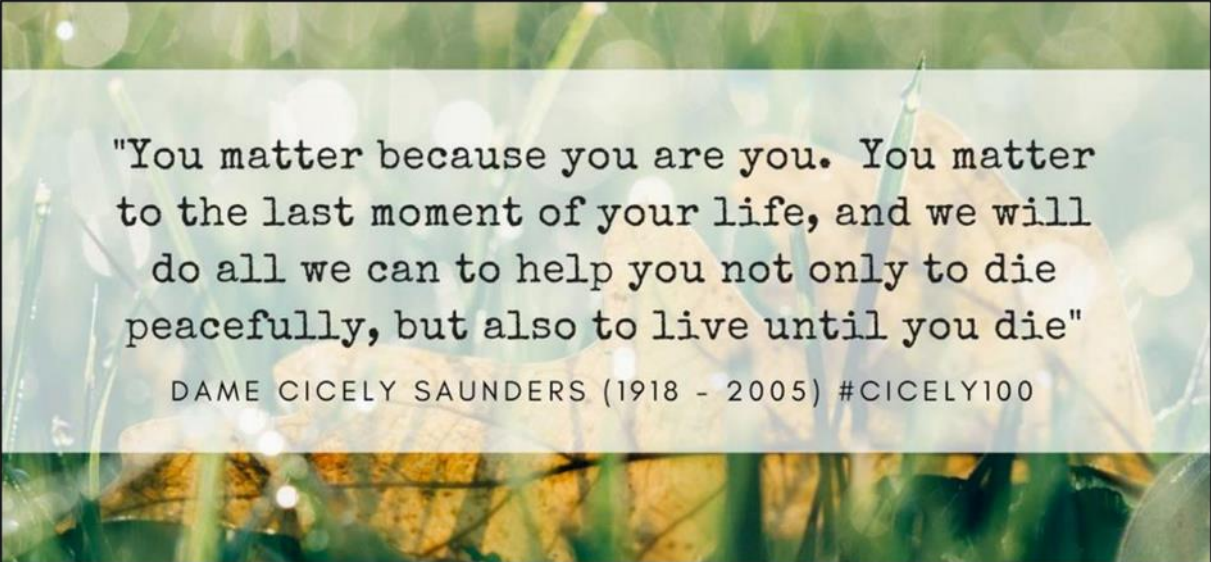
18

GRELHA PARA AUDITORIA DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM NA TSR – CONTROLO DE SINTOMAS

DOENTE	SINTOMA	DIA INTERNAMENTO	AVALIAÇÃO		INTERVENÇÃO REALIZADA					
			SIM	NÃO	NÃO FARMACOLÓGICA			FARMACOLÓGICA		
					Alívio	Tranquilidade	Transcendência	TERAP. BASAL	RESGATE	
C2.1.										
					Físico					
					Psico					
					Espiritual					
					Sociocultural					
C2.2.										
C3.1.										
C4.2.										
C6.1.										
C6.2.										
C7.2.										
C9.1.										
C9.2.										
Q14.1.										
Q19.1.										
C4.1.										
C11.1										
C12.1.										
C8.2.										
C9.3.										

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abela, J. (2009). Symptom management by a community palliative care team. *Malta Medical Journal*, 21 (4), 12-18.
- CNCP (2019-2020). *Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: Biénio 2019-2020*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/PEDCP-2019-2020-versao-final-10.02.2019.pdf>
- Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro (2012). Lei de base dos Cuidados Paliativos. Diário da República I série, N.º 179 (05/09/2012), 5119-5124.
- Edmonds, P.M., Stuttaford, J.M., Penny, J., Lynch, A. M., Chamberlain, J. (1998). Do hospital palliative care teams improve symptom control? Use of modified STAS as na evaluation toll. *Palliativa Medicine*, 12, 345-351.
- Harstade, C.W., Blomberg, K., Benzein, E. & Ostlund, U. (2018). Dignity-conserving care actions in palliative care: an integrative review of Swedish research. *Scand Journal of Caring Science*. 32, 8-23.
- Homsi, J. (2006) Symptom evaluation in palliative medicine: patient report vs systematic assessment. *Support Care Cancer*. 14, 444-453.
- Neves, S. (2018, outubro). Necessidades de Cuidados Paliativos em Unidades de Cuidados Continuados Integrados: Perspetiva e Respostas da RNCCI na Região LVT. In IX Congresso Nacional de Cuidados Paliativos e 8º Congresso de Cuidados Paliativos do IPO Porto. APCP com coorganização do IPO Porto, Porto.
- Neves, S; Simões, C. & Ferreira, C. (2016). Consultoria em cuidados paliativos: Desafios e implicações para a prática. *Jornal Enfermeiro*, 7, 12-13. Disponível em: www.jornalenfermeiro.pt
- Neto, I. (2010). *Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos*. In A. Barbosa, I. Neto (Ed). Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (43-60). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Neto, I. (2010). *Modelos de Controlo sintomático*. In A. Barbosa, I. Neto (Ed). Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (61-68). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Neto, I. G. (2010). Cuidados Paliativos em pessoas com demência avançada. In A. Barbosa & I. Neto (Ed). Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (p.247-265). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Siegel, M. & Bigelow, S. (2018). Palliative care symptom management in the emergency department: the abc's of symptom management for the emergency physician. *The Journal of Emergency Medicine*, 54, (1), 25–32.



"You matter because you are you. You matter to the last moment of your life, and we will do all we can to help you not only to die peacefully, but also to live until you die"

DAME CICELY SAUNDERS (1918 - 2005) #CICELY100



OBRIGADO

Apêndice XXI – Resultados da avaliação da 2ª Ação de Formação

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA 2ª AÇÃO DE FORMAÇÃO

Título da Ação: ESAS/STAS: Escala de avaliação de sintomas de Edmonton/Escala de avaliação da equipa de suporte. **Data da Realização:** 16/ 01/ 2020

Gráfico 1 – Nível de Satisfação em relação à formação.

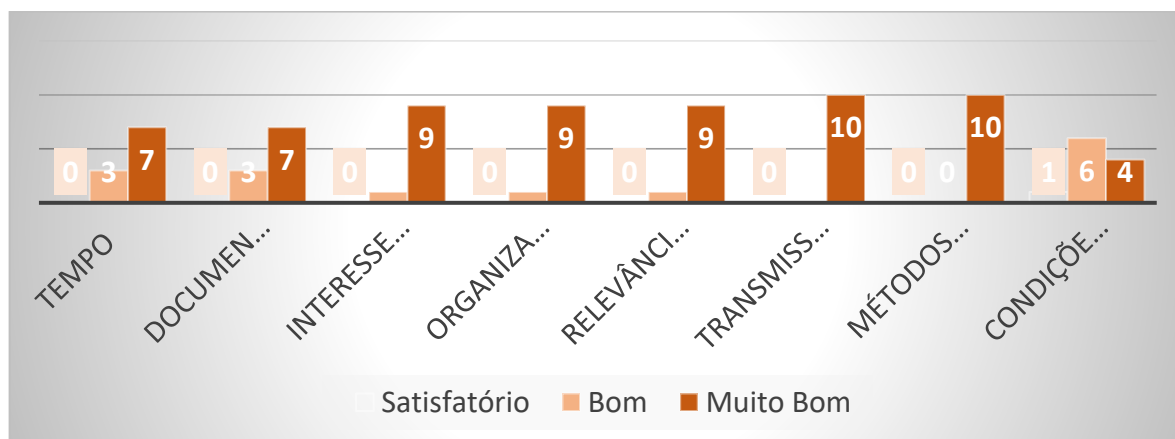
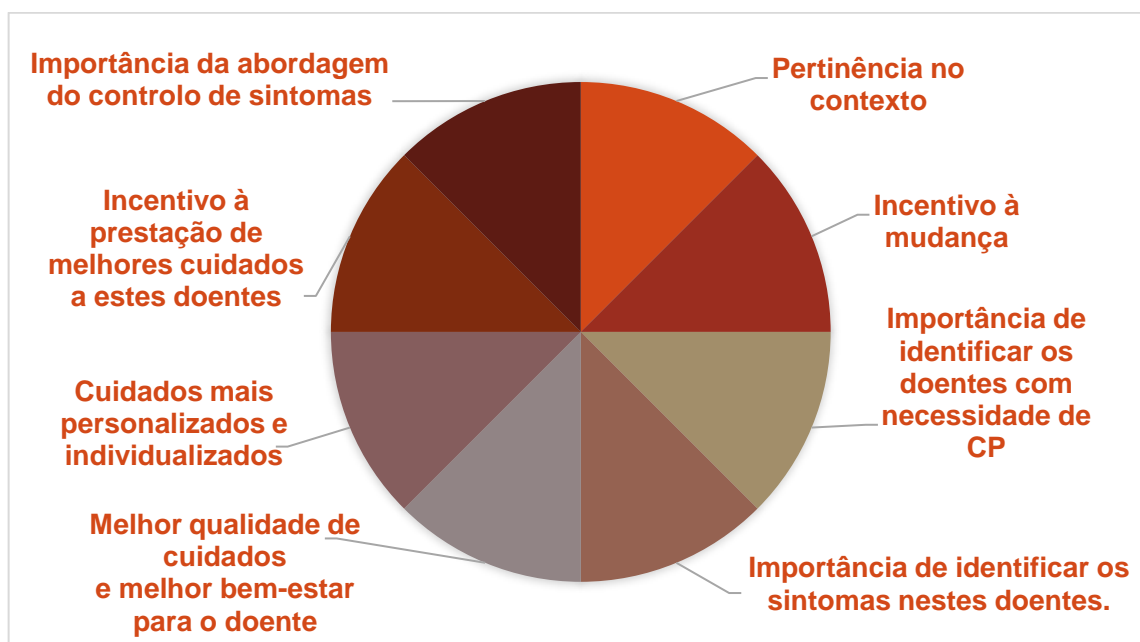


Gráfico 2 – Aspectos Mais Positivos na formação.



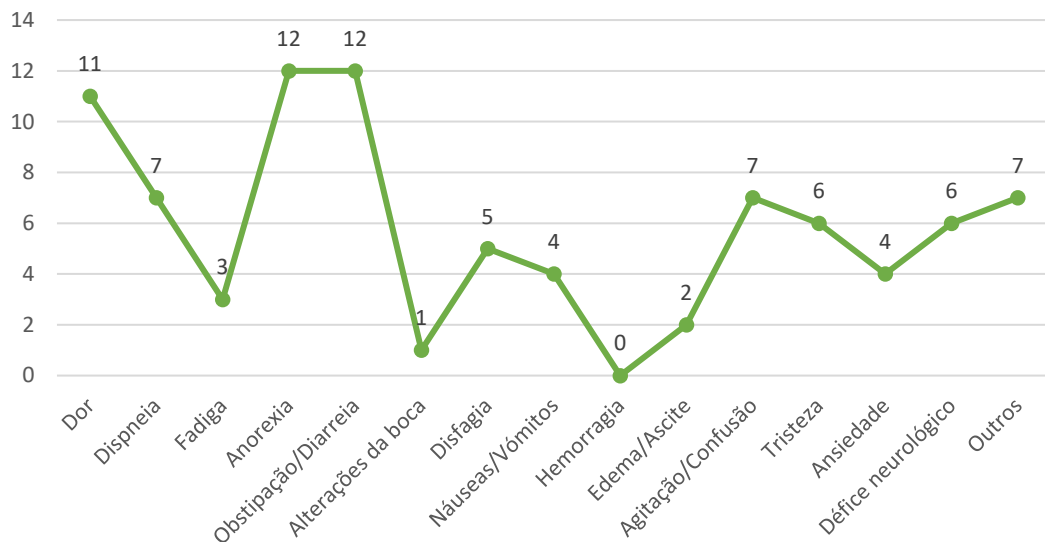
**Apêndice XXII – Resultados da Análise da aplicação da Grelha de
Observação *ESAS/STAS***

RESULTADOS DA ANÁLISE

APLICAÇÃO DA GRELHA DE OBSERVAÇÃO ESAS/STAS

Após o preenchimento da *Grelha de Observação – ESAS/STAS* aos 18 doentes em fim de vida, verificou-se que as repostas dadas pelos doentes a respeito da intensidade dos 15 sintomas (dor, dispneia, fadiga, anorexia, obstipação/diarreia, alterações da boca, disfagia, náuseas/vómitos, hemorragia, edema/ascite, agitação/confusão, tristeza, ansiedade, défice neurológico, outro sintoma) é variável.

Gráfico n.º 1 – Sintomas identificados após aplicação de *ESAS/EV*



Podendo oscilar entre 0 (sem repercussão) e 3 (incomodo frequente e severo: atividades e concentração afetadas), com exceção da tristeza em que o máximo atribuído foi 4 (incomodo contínuo: incapaz de pensar outras coisas), e do edema/ascite que foi 2 (incomodo moderado: limita algumas atividades). De referir que o sintoma de hemorragia não foi identificado por nenhum doente ou enfermeiro (Gráfico n.º 2 e n.º 3).

Gráfico n.º 2 – Intensidade de Sintomas identificados no doente oncológico

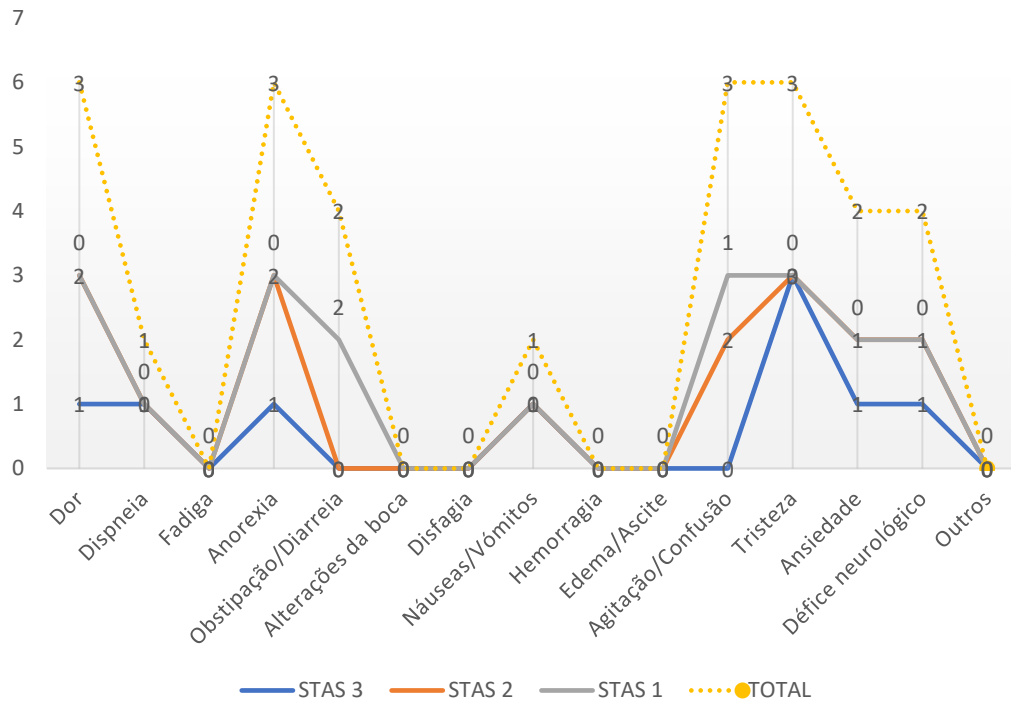


Gráfico n.º 3 – Intensidade de Sintomas identificados no doente não oncológico

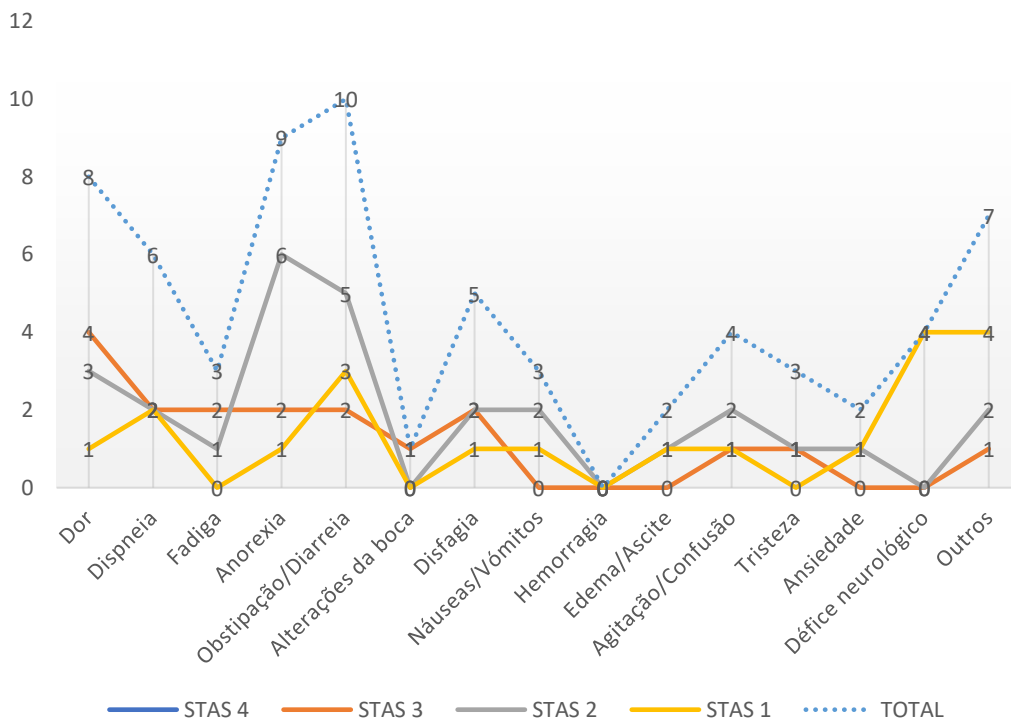


Gráfico n.º 4 – Intensidade de Sintomas no Primeiro Momento

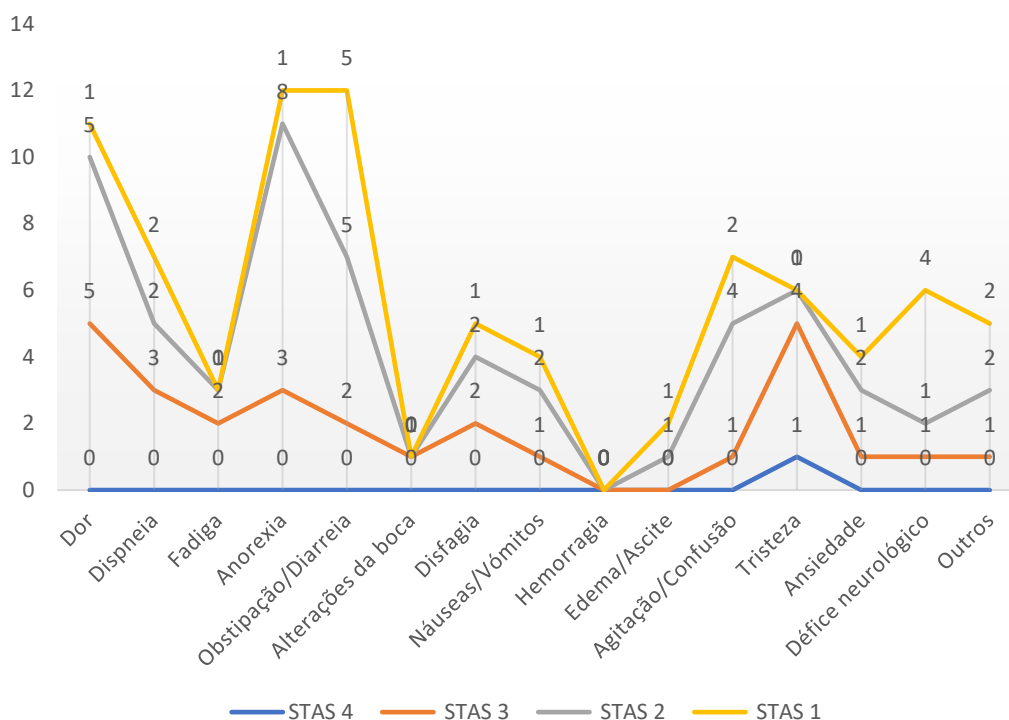


Gráfico n.º 5 – Intensidade de Sintomas no Segundo Momento

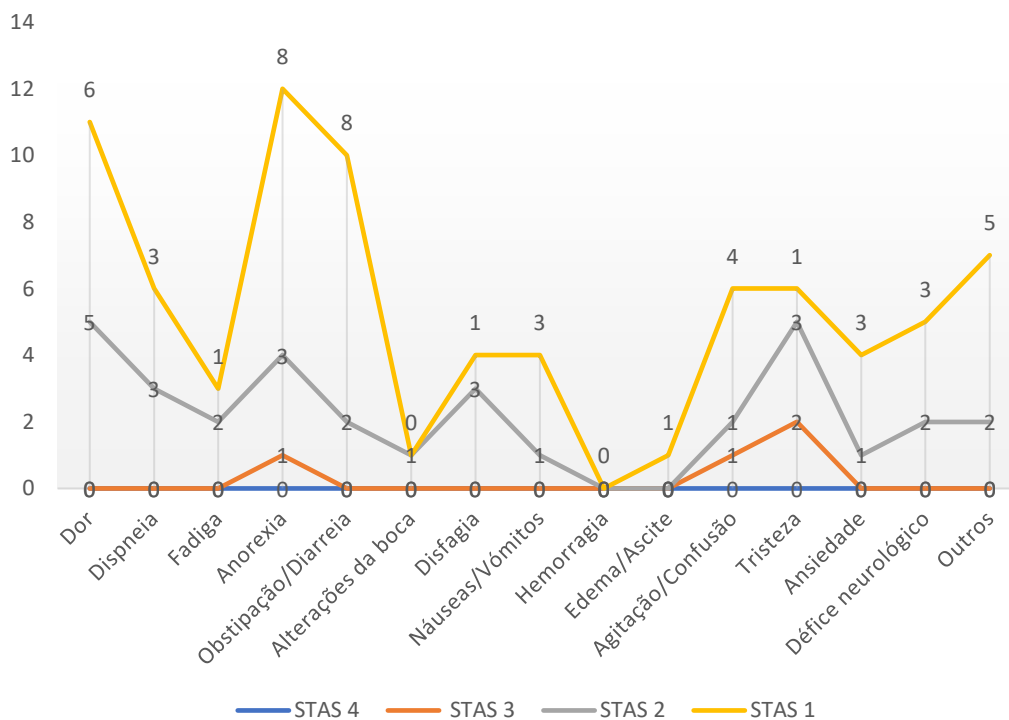


Tabela n.º 1 – Sintomas identificados nos dois momentos de avaliação

Sintomas	1º Momento	2º Momento
Dor	11	11
Dispneia	7	6
Fadiga	3	3
Anorexia	12	12
Obstipação/Diarreia	12	10
Alterações da boca	1	1
Disfagia	5	4
Náuseas/Vómitos	4	4
Hemorragia	0	0
Edema/Ascite	2	1
Agitação/Confusão	7	6
Tristeza	6	6
Ansiedade	4	4
Défice neurológico	6	5
Outros	5	7
Total	85	80

**Apêndice XXIII – Apresentação da 3 e 4ª Ação de Formação:
Controlo de Sintomas do doente em fim de vida numa UCCI –
Campo de Estágio III**

**10º Curso de Mestrado em Enfermagem
Médico-cirúrgica na vertente Oncologia
Unidade Curricular: Estágio com Relatório**

A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente Oncológico em Fim de Vida numa UCCI

**CONTROLO DE SINTOMAS
DO DOENTE EM FIM DE VIDA NUMA UCCI**

atendimento
av

cuic
atenção
enfermeiros

familiars
hospital

morte

sintomas

Paliati

terminal



Mestranda: Enf.ª Ângela Montez , nº 8844

Enfermeiro Orientador: Enf.º Especialista Miguel Miguel

Campo Estágio III –

29 e 30 janeiro 2020



Objetivos da formação



Feedback da última formação



Definições em Cuidados Paliativos



Definições no Controlo de Sintomas



Recomendações no Controlo de Sintomas



Referências Bibliográficas

CONTEÚDOS



A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente Oncológico em Fim de Vida numa UCCI

OBJETIVOS DA FORMAÇÃO

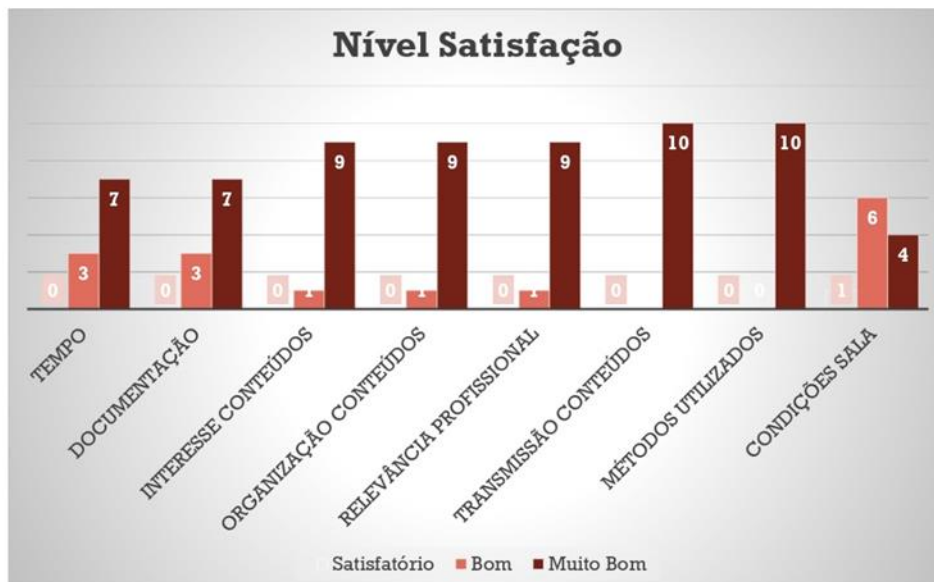
Objetivo geral

- Sensibilizar a equipa de enfermagem e de auxiliares para a temática do Controlo de Sintomas do Doente em Fim de Vida na UCCI.

Objetivos Específicos

- Melhorar os conhecimentos e a segurança da equipa de enfermagem e de auxiliares no controlo de sintomas do doente em fim de vida na UCCI, nomeadamente implementação de medidas de conforto e qualidade de vida.
- Melhorar a prestação de cuidados ao doente em fim de vida maximizando o seu conforto e minimizando o seu sofrimento.
- Promover a reflexão sobre o controlo de sintomas na prática de ao doente em fim de vida na UCCI.

FEEDBACK DA ÚLTIMA FORMAÇÃO



FEEDBACK DA ÚLTIMA FORMAÇÃO

ASPETOS MAIS POSITIVOS



A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente Oncológico em Fim de Vida numa UCCI

5

CUIDADOS PALIATIVOS

Uma abordagem que “visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação impecável e tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais”.

World Health Organization. (2018). WHO Definition of Palliative Care

A essência dos CP implica uma cooperação entre a equipa, o doente e a família e exige respeito mútuo, o que se manifesta por atitudes como: delicadeza no comportamento, honestidade e abertura, capacidade de ouvir e explicar, acordo sobre prioridades e objetivos, discussão das alternativas de tratamento e aceitação da recusa de tratamento.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.



A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente Oncológico em Fim de Vida numa UCCI



Robert Pope, Images of Cancer, 1991

São prestados com base nas necessidades dos doentes e famílias e não apenas com base no seu diagnóstico. Como tal, devem ser introduzidos em fases mais precoces da doença, qualquer que ela seja, quando o sofrimento é intenso, e não apenas em idosos ou pessoas com cancro avançado.

Henriques, C. & Oliveira, N. (2010). Cuidados Paliativos: Situação Nacional, *Nursing*, 266.

Ações Paliativas

“qualquer medida terapêutica, isolada e praticada por profissionais sem preparação específica, sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente.”

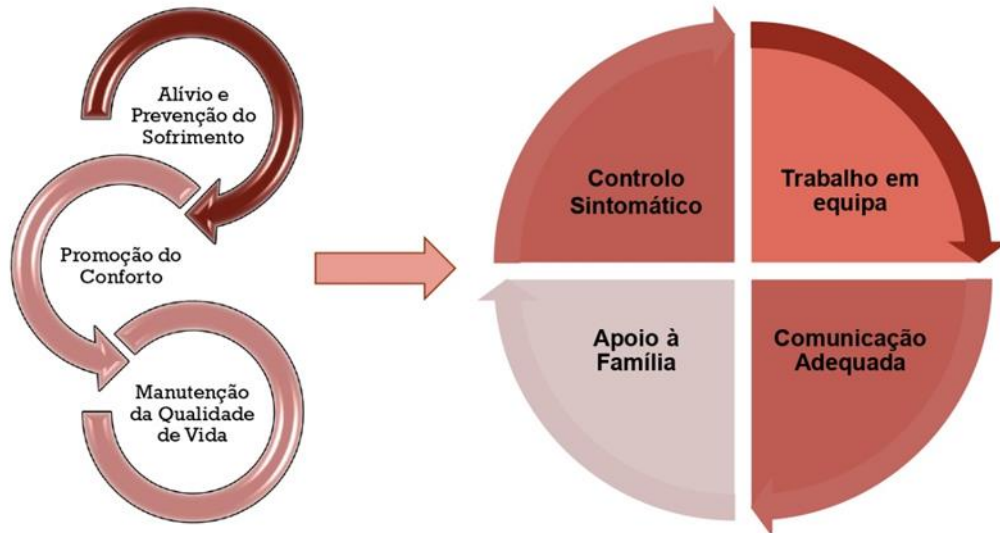
Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro)

6

PRINCÍPIOS CUIDADOS PALIATIVOS



Robert Pope, Images of Cancer, 1991



Neto, Isabel (2010). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, I. Neto (Ed). Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (43-60). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.



A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente Oncológico em Fim de Vida numa UCCI

7

OBJETIVOS DE UMA ABORDAGEM PALIATIVA

- Intervir e Reduzir o sofrimento, através de uma abordagem global e individualizada
- Promover a Dignidade e a Qualidade de Vida
- Respeitar de forma inquestionável o valor da vida humana

Neto, I.G. (2019, novembro). Futilidade Terapêutica. In *III Encontro de Cuidados Paliativos da Serra da Estrela*. Cuidados Paliativos da ULS Guarda com coorganização da Associação Paliar, Seia.

Morrer num Serviço De Medicina Interna: As Últimas Horas de Vida
Dying in Internal Medicine Wards: The Last Hours of Life

Machado, S.; Reis-Pina, P.; Mota, A; Marques, R. (2018). Morrer num Serviço de Medicina Interna: As Últimas Horas de Vida. *Medicina Interna*. 25 (4), 286-292.



Robert Pope, Images of Cancer, 1991

Conclusão: É urgente a necessidade de mudança de paradigma na assistência de doentes vulneráveis. A medicina não deve ter sempre um fulgor curativo, porém deve permanentemente cuidar, respeitando os valores culturais, clínicos e éticos da relação médico-doente. O internista deve nos doentes em fim de vida melhorar o seu controlo sintomático e evitar o recurso a ECD inapropriados e sem qualquer benefício acrescido para a pessoa humana.



A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente Oncológico em Fim de Vida numa UCCI

8

PRINCÍPIOS CONTROLO DE SINTOMAS



Robert Pope, Images of Cancer, 1991

Avaliar antes de tratar:
identificar a causa,
identificar impacto
psicoemocional e físico,
intensidade e fatores
que condicionam (+/-)

Clarificar/explicar as
causas e as medidas
terapêuticas

Não esperar que o
doente se queixe:
observar, questionar,
antecipar sintomas

Adotar estratégias
mistas
(farmacológicas e
não farmacológicas)

Monitorizar sintomas:
Instrumentos de
avaliação
(ESAS/STAS)

Reavaliar, reavaliar,
reavaliar: objetivos
realistas

Neto, Isabel (2010). Modelos de Controlo Sintomático. In A. Barbosa, I. Neto (Ed). Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (61-68). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.



A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente Oncológico em Fim de Vida numa UCCI

9

PRINCÍPIOS CONTROLO DE SINTOMAS



Robert Pope, Images of Cancer, 1991

Avaliar antes de tratar:
identificar a causa,
identificar impacto
psicoemocional e físico,
intensidade e fatores
que condicionam (+/-)

Clarificar/explicar as
causas e as medidas
terapêuticas

Não esperar que o
doente se queixe:
observar, questionar,
antecipar sintomas

**Conhecer primeiro o doente antes de
querer controlar o sintoma.
OUVIR, ESCUTAR, ENTENDER!!
OLHAR, VER COM OLHOS DE VER,
AUSCULTAR, INTERPRETAR!!
TOCAR, PALPAR, PERCUTIR, SENTIR!!**

Adotar estratégias
mistas
(farmacológicas e
não farmacológicas)

Monitorizar sintomas:
Instrumentos de
avaliação
(ESAS/STAS)

Reavaliar, reavaliar,
reavaliar: objetivos
realistas

Neto, Isabel (2010). Modelos de Controlo Sintomático. In A. Barbosa, I. Neto (Ed). Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (61-68). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.



A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente Oncológico em Fim de Vida numa UCCI

10

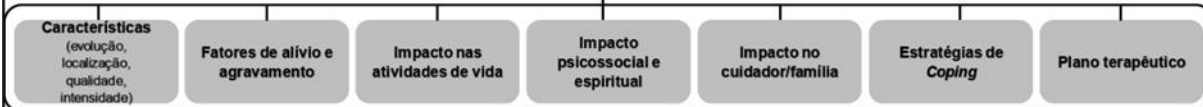
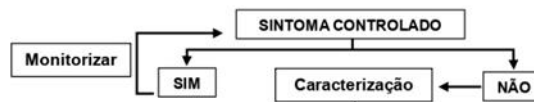
CONTROLO DE SINTOMAS



Robert Pope, Images of Cancer, 1991



- Corrigir o que pode ser corrigido
- Usar tratamentos não farmacológicos além dos farmacológicos
- Prescrever os fármacos profilaticamente para os sintomas persistentes
- Manter o tratamento simples
- Conselhos devem ficar escritos



CONTROLO DE SINTOMAS



Robert Pope, Images of Cancer, 1991

Clusters (aglomerado) sintomas

A definição comumente usada consiste em três ou mais sintomas simultâneos e interrelacionados, com alta probabilidade de ocorrer, sendo encontrados entre doentes com as mesmas características ou situações críticas (p.1013).

Karabulu, N.; Erci, B.; Ozer, N. & Ozdemir, S. (2010). Symptom clusters and experiences of patients with cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (5), 1011-1021.

Para ser considerado em cluster, os sintomas devem ter uma relação mais forte com os restantes sintomas do mesmo cluster do que com os sintomas de outros clusters. É possível identificar cluster de sintomas em doentes oncológicos e não oncológicos.

Dodd et al. (2001a) Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 668-676.

Walsh & Rybicki (2006), que incluíram 1000 doentes consecutivamente referenciados aos CP, (65 anos de idade mediana, múltiplos tumores sólidos, com 26% cancro do pulmão, com múltipla metastização). Da avaliação inicial de 38 sintomas, foi possível identificar 7 clusters.

Walsh, D. & Rybicki, L. (2006). Symptom clustering in advanced cancer. *Supportive care in cancer*, 14, 831-836.



CONTROLO DE SINTOMAS

Clusters (aglomerado) sintomas



Robert Pope, Images of Cancer, 1991

Tabela 1: Cluster de sintomas identificados, com a sua respetiva composição

cluster	nome do cluster	sintomas incluídos
1	cansaço/anorexia-caquexia	cansaço, falta de energia, fraqueza, boca seca, anorexia
2	neuro-psicológico	depressão, ansiedade, problemas ciclo vigília-sono, saciedade precoce, alteração do paladar, perda de peso
3	Gastro-intestinal superior	inchazo, dispepsia, arrotos, tonturas
4	Náusea/vómitos	náusea, vómitos
5	Aero-digestivo	tosse, falta de ar, rouquidão, disfagia
6	Debilidade	edema, confusão
7	Dor	dor, obstipação

Walsh, D. & Rybicki, L. (2006). Symptom clustering in advanced cancer. *Supportive care in cancer* .14, 831-836.

CONTROLO DE SINTOMAS

DOR



Robert Pope, Images of Cancer, 1991

Experiência multidimensional desagradável

Envolve componente sensorial e emocional

Associada a uma lesão tecidual, real ou potencial ou que pode ser descrita de acordo com as manifestações próprias de tal lesão

Fenómeno complexo, subjetivo e individual

Afeta 45 a 85% da população idosa

Reduz a qualidade de vida

Diminui a socialização/aumenta a depressão

Afeta o sono/repouso

Compromisso cognitivo

Deficiência nutricional

IASP – International Association for the Study of Pain

Em mais de 90% dos casos é possível avaliar este sintoma, utilizando métodos simples de avaliação da dor e utilizando corretamente a medicação.

DGS, (2013). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor-pdf.aspx>

CONTROLO DE SINTOMAS

DOR



Robert Pope, Images of Cancer, 1991



Os dados da avaliação são a base para o diagnóstico etiológico da dor, para a identificação dos componentes cognitivos, emocionais e sociais que possam estar a influenciar a vivência da dor, para a prescrição terapêutica e a para a avaliação dos tratamentos prescritos.

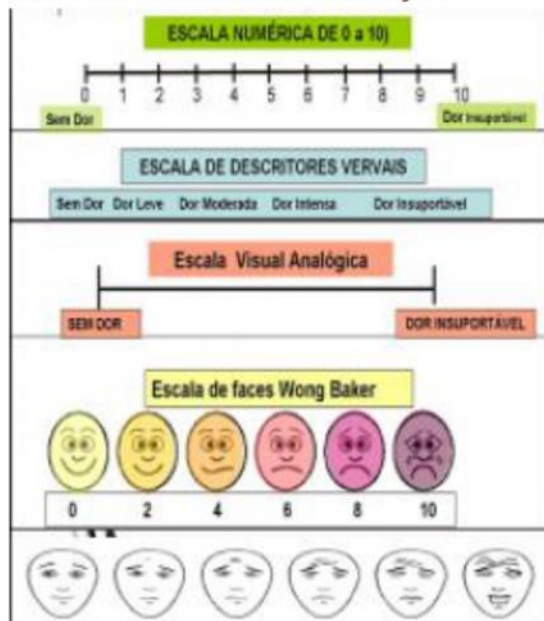
A avaliação eficaz é um fator chave para o seu adequado tratamento.

RECOMENDAÇÕES CONTROLO DE SINTOMAS

DOR – Escalas de Autoavaliação



Robert Pope, Images of Cancer, 1991



O enfermeiro sendo o profissional que mais tempo passa com o doente, pela sua formação e pela sua observação e interação permanente com este, tem um papel preponderante no controlo da dor no doente em fim de vida.

RECOMENDAÇÕES CONTROLO DE SINTOMAS

DOR – Escalas de Heteroavaliação



Robert Pope, Images of Cancer, 1991

ESCALA DO OBSERVADOR

Parece Sem Dor	Parece Conf. C/ Movimento	Parece Desconf.	Parece Sofredor Consolável	Parece Sofredor Inconsolável
----------------	---------------------------	-----------------	----------------------------	------------------------------

Versão Portuguesa PAINAD/PT

Categoria	Item	Pontuação
Respiração independente da vocalização	Normal	0
	Respiração ocasionalmente difícil. Curto período de hiperventilação.	1
	Respiração difícil e ruidosa.	2
	Período longo de hiperventilação. Respiração <i>Cheyne-Stok</i>	
Vocalização negativa	Nenhuma.	0
	Queixume ou gemido ocasional.	1
	Tom de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação.	2
	Chamamento perturbado repetitivo. Queixume ou gemido alto. Choro.	
Expressão facial	Sorridente ou inexpressiva.	0
	Triste. Amedrontada. Sobrancelhas franzidas.	1
	Esgar facial.	2
	Relaxada.	0
Linguagem corporal	Tensa. Andar para cá e para lá de forma angustiada. Irrequieta.	1
	Rígida. Punhos cerrados. Joelhos fletidos. Resistência à aproximação ou ao cuidado. Agressiva.	2
	Sem necessidade de consolo.	0
Consolabilidade	Distraído ou tranquilizado pela voz ou toque.	1
	Impossível de consolar, distrair ou tranquilizar.	2



A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente Oncológico em Fim de Vida numa UCCI

17

RECOMENDAÇÕES CONTROLO DE SINTOMAS

DOR – Escalas de Heteroavaliação



Robert Pope, Images of Cancer, 1991

ESCALA DO OBSERVADOR

Parece Sem Dor	Parece Conf. C/ Movimento	Parece Desconf.	Parece Sofredor Consolável	Parece Sofredor Inconsolável
----------------	---------------------------	-----------------	----------------------------	------------------------------

Versão Portuguesa The Abbey Pain Scale

Categoria	Item	Pontuação
Respiração independente da vocalização	Normal	Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3
	Respiração oca	
	Respiração difi	
	Período longo	
Vocalização negativa	Nenhuma.	Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3
	Queixume ou g	
	Tom de voz ba	
	Chamamento r	
Expressão facial	Sorridente ou i	Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3
	Triste. Amedrc	
	Esgar facial.	
	Relaxada.	
Linguagem corporal	Tensa. Andar r	Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3
	Rígida. Punhos	
	ao cuidado. Ag	
	Sem necessida	
Consolabilidade	Distraído ou tr	Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3
	Impossível de c	



A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente Oncológico em Fim de Vida numa UCCI

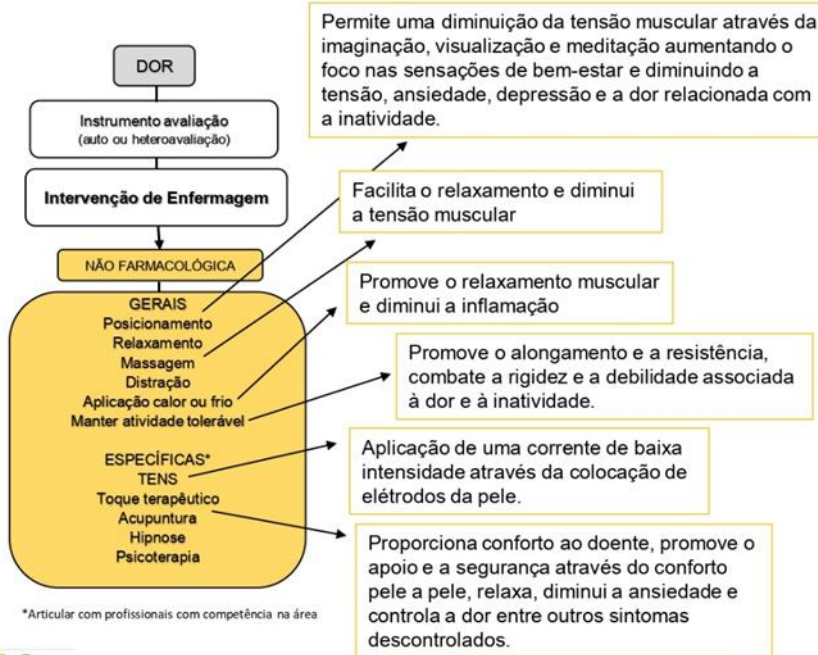
18

RECOMENDAÇÕES CONTROLO DE SINTOMAS

DOR – Medidas não farmacológicas



Robert Pope, Images of Cancer, 1991



*Articular com profissionais com competência na área

As medidas não farmacológicas podem favorecer a sensação do doente assumir o controlo, bem como dos seus cuidadores durante os cuidados diminuindo significativamente a sensação de impotência, uma vez que também estão envolvidos no controlo da dor

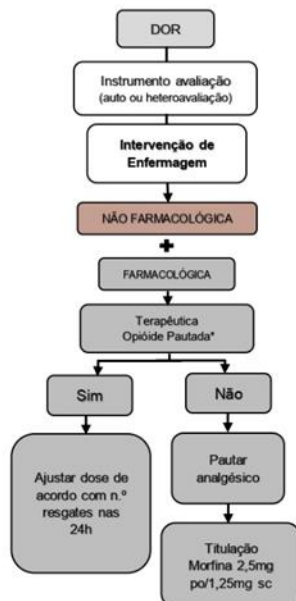


RECOMENDAÇÕES CONTROLO DE SINTOMAS

DOR – Medidas Farmacológicas



Robert Pope, Images of Cancer, 1991



PRINCÍPIOS GERAIS DO TRATAMENTO DA DOR

- Evitar a demora
- Preferir a via oral
- Ter um horário regular
- Utilizar a escada analgésica da OMS
- Administrar dose de resgate para dor irruptiva
- Abordar a dor tendo em conta a vertente física, psicológica, social e espiritual

As doses iniciais de opióides podem não ser eficazes, a doença pode progredir, ou pode-se desenvolver uma tolerância a uma dose estável ao longo do tempo, existindo assim a necessidade de nova titulação.

Barbosa, A. & Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa. Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.



CONTROLO DE SINTOMAS

DISPNEIA



Robert Pope, Images of Cancer, 1991

Sensação subjetiva de falta de ar e dificuldade respiratória. Não se encontra sempre associada a hipoxia, podendo os doentes experimentar hipoxia e dispneia em conjunto ou separadamente.

A sua etiologia no fim de vida é multifatorial variando desde fatores de natureza física e outros de natureza psíquica, social e espiritual.

Para alguns doentes pode ser grave e devastador, afetando significativamente a sua funcionalidade, gerando o medo de “sufocar” e produzindo ansiedade intensa.

Muito ameaçadora!
(ciclo dispneia/ansiedade)

50% dos doentes em situação avançada

Prevalência varia com a doença de base.

DPOC 95%; ICC 61%;
ELA 50%; Demência 70%;
AVC 37%; Cancro até 70%

É muito importante determinar se existe uma causa reversível, suscetível de tratamento específico.

Azevedo, P. (2010). Dispneia. In A. Barbosa, I. Neto (Ed). Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (61-68). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.



A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente Oncológico em Fim de Vida numa UCCI

21

CONTROLO DE SINTOMAS

DISPNEIA – Possíveis causas



Robert Pope, Images of Cancer, 1991

Relacionadas com o cancro

Metástases pulmonares
Linfangite carcinomatosa
Derrame pleural/ pericárdico
Fístula traqueo-esofágica
Paralisia da corda vocal
Secreções
Infecção

Relacionadas com o tratamento — Fibrose induzida pela RT/QT

Outras causas

Asma; DPOC; Fibrose pulmonar; ICC; Tabagismo;
IECA; Regurgitação de conteúdo gástrico



A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente Oncológico em Fim de Vida numa UCCI

22

CONTROLO DE SINTOMAS

DISPNEIA - Avaliação



Robert Pope, Images of Cancer, 1991

Escala Analógica Visual

100mm

Nenhuma Máxima

Escala Numérica

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nenhuma Máxima

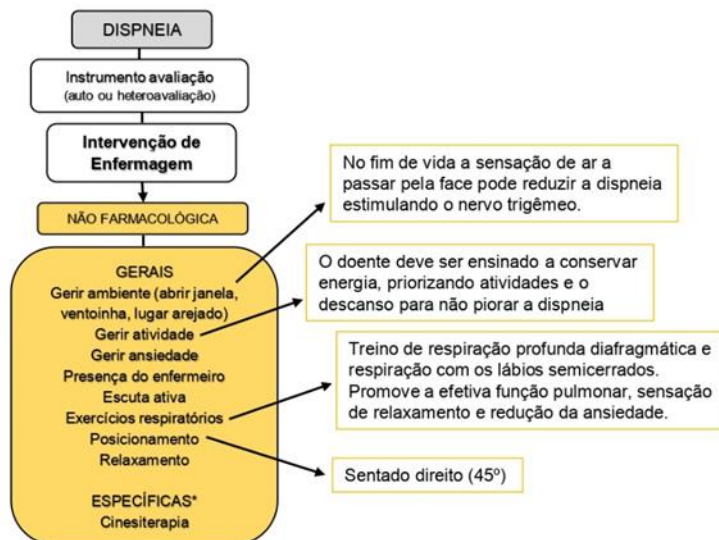


RECOMENDAÇÕES CONTROLO DE SINTOMAS

DISPNEIA – Medidas não farmacológicas



Robert Pope, Images of Cancer, 1991



Validar a experiência de doença do doente e tranquilizar

Fornecer informação e discutir as opções terapêuticas

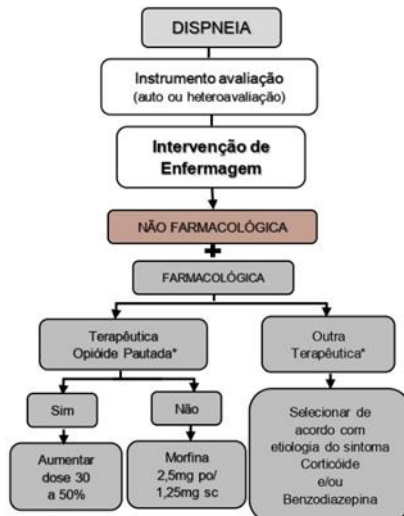
*Articular com profissionais com competência na área

RECOMENDAÇÕES CONTROLO DE SINTOMAS

DISPNEIA – Medidas Farmacológicas



Robert Pope, Images of Cancer, 1991



*Consultar tabela de doses de referência em anexo

PRINCÍPIOS GERAIS

- Tratar as causas reversíveis
- Tentar broncodilatadores (salbutamol)
- Opióides são os fármacos mais úteis para o tratamento.

OXIGÉNIO

- Útil só em alguns casos, não existe evidência que demostre benefício em doentes em fim de vida com SpO₂ > 90%.
- Recomendado em situações de hipoxemia associada a hemoglobina < 10g/L ou DPOC.
- Avaliação percutânea de SpO₂:
 - se < 90%, administrar O₂ por óculos nasais (MF causa claustrofobia e agrava dispneia), tentando atingir uma saturação > 90%
- Se não for possível avaliar a SpO₂:
 - usar oxigenoterapia numa base empírica, ie. se houver melhoria, prosseguir; se não, interromper.
- Na dispneia relacionada com o exercício:
 - administrar oxigénio antes, durante ou depois do exercício



A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente Oncológico em Fim de Vida numa UCCI



CONTROLO DE SINTOMAS

ESTERTOR



Robert Pope, Images of Cancer, 1991

Respiração ruidosa muito frequente nos doentes agónicos

Constitui fonte de grande inquietação para os familiares, que temem que o doente venha a sufocar

Os ruídos são produzidos durante a inspiração e expiração, com a passagem do ar e pela incapacidade que o doente tem de expelir as secreções da orofaringe e traqueia. Não é sinónimo de asfixia.

O doente não tem consciência desta situação.

Estertor surge nas últimas 24 a 48h antes da morte.

Sinal mais comum de degradação física e da morte iminente.

Em 50% dos casos torna-se igualmente aquele em que é passível de se atuar para minimizar o seu desconforto.

É muito importante tranquilizar a família.

Neto, I. (2010). Agonia. In A. Barbosa, I. Neto (Ed). Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (387-400). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa. Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores



A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente Oncológico em Fim de Vida numa UCCI



RECOMENDAÇÕES CONTROLO DE SINTOMAS

ESTERTOR – Avaliação



Robert Pope, Images of Cancer, 1991

Perceber se existe anteriormente **TOSSE**

- Infecção: iniciar antibiótico
- Derrame pleural: drenar; posicionar o doente
- Refluxo esofágico: posicionar o doente; medicação anti refluxo
- Insuficiência cardíaca: tratar
- Inibidor da Enzima de Conversão (IECA): retirar
- Aspiração de secreções salivares: anticolinérgicos

Azevedo, P. (2010). Tosse. In A. Barbosa, I. Neto (Ed). Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (203-212). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.



Victoria Respiratory Congestion Scale (VRCS)

0 = não audível

1= audível apenas junto ao doente

2= claramente audível ao fundo da cama do doente num quarto calmo

3= claramente audível a uma distância de 9,5 m, comparável à distância até à porta do quarto

Back, Jenkins, Blower & Beckhelling (2001)



A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente Oncológico em Fim de Vida numa UCCI

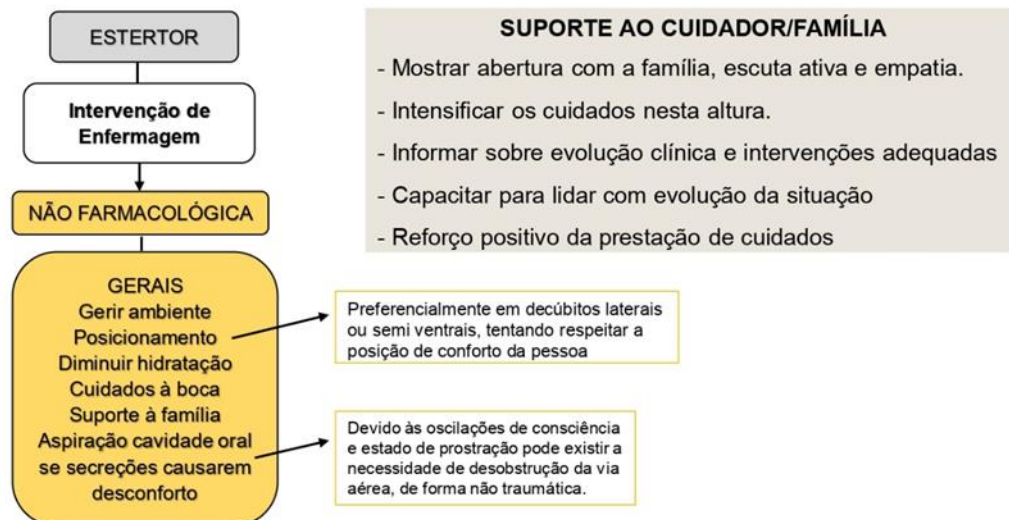
27

RECOMENDAÇÕES CONTROLO DE SINTOMAS

ESTERTOR – Medidas não farmacológicas



Robert Pope, Images of Cancer, 1991



*Articular com profissionais com competência na área



A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente Oncológico em Fim de Vida numa UCCI

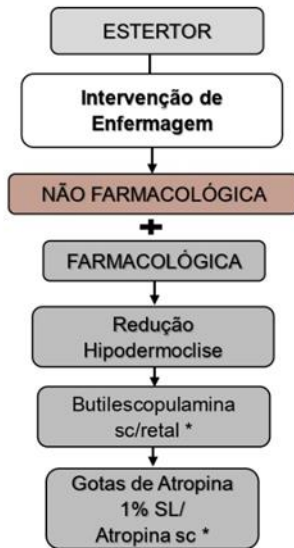
28

RECOMENDAÇÕES CONTROLO DE SINTOMAS

ESTERTOR – Medidas Farmacológicas



Robert Pope, Images of Cancer, 1991



Não sendo a sede causa de desconforto nesta fase e mantendo os cuidados de hidratação da mucosa oral, a hidratação artificial deverá ser reduzida, até limite máximo de 500 ml via SC.

As glândulas salivares são estimuladas pelos nervos colinérgicos, sendo que os anti muscarínicos bloqueiam estes recetores inibindo a formação de secreções brônquicas pelo sistema respiratório, esta medida torna-se satisfatória em 79% dos doentes e refratária em 10% dos mesmos.

*Consultar tabela de doses de referência em anexo



CONTROLO DE SINTOMAS

NÁUSEAS/VÓMITOS



Robert Pope, Images of Cancer, 1991

Náusea é a sensação desagradável que precede o vômito.

A náusea é frequentemente aliviada pelo vômito e pode ser acompanhada por um aumento da atividade do sistema nervoso parasimpático com diaforese, salivação, palidez e diminuição da frequência respiratória

Vômito, ou emese, é a expulsão do corpo, retrógrada e forçada do conteúdo gástrico

Afetam 40-70% dos doentes com cancro

Impacto severo na qualidade de vida: efeitos diretos e indiretos; isolamento social e às refeições; ansiedade por não comer (doente e família)

Pouca evidência na eficácia do tratamento

Querido, A. & Bernardo, A. (2010). Náuseas e Vômitos. In A. Barbosa, I. Neto (Ed). Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (127-144). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa. Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores



RECOMENDAÇÕES CONTROLO DE SINTOMAS

NÁUSEAS/VÓMITOS – Possíveis Causas



Robert Pope, Images of Cancer, 1991

- Problemas GI: estase gástrica ou obstrução intestinal
- Irritação faríngea: infeção por Candida ou dificuldade em expelir secreções
- Fármacos: opióides, antibióticos, AINE's, ferro ou digoxina
- Alterações metabólicas: hipercalcemia, insuficiência renal
- Radioterapia e quimioterapia
- Infeções
- Metástases cerebrais
- Ansiedade ou medo
- Dor
- Obstipação

NÁUSEAS/VÓMITOS – Avaliar

- Distinguir entre vômito, expetoração e regurgitação
- Observar conteúdo e características do vômito: bilis, comida não digerida ou conteúdo fecaloide
- Avaliar separadamente náusea e vômitos
- Averiguar se a náusea está ausente ou persiste após o vômito
 - Rever a terapêutica instituída
 - Examinar a cavidade oral e o abdómen
 - Avaliar possível existência de edema cerebral/hipertensão intra-craniana



A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente Oncológico em Fim de Vida numa UCCI

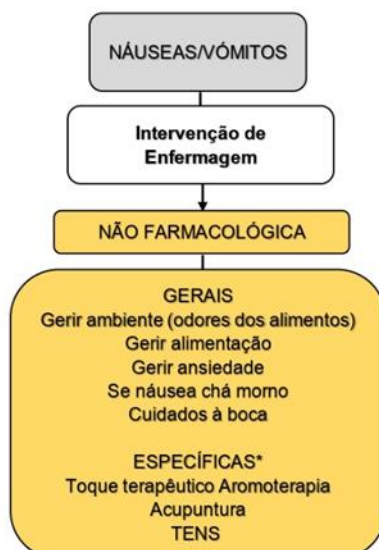
31

RECOMENDAÇÕES CONTROLO DE SINTOMAS

NÁUSEAS/VÓMITOS – Medidas não farmacológicas



Robert Pope, Images of Cancer, 1991



*Articular com profissionais com competência na área

CUIDADOS À BOCA

- Higiene oral adequada
- Prevenção Xerostomia: lâminas de gelo, spray de saliva artificial ou água, chá frio camomila, gengibre, sem açúcar, com gotas de limão (exceto se aftas), chupar pedaços de fruta
- Prevenção de Mucosite: inspeção regular da boca, higiene oral, intervenção farmacológica (anestésico tópico, nistatina, fluconazol).



A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente Oncológico em Fim de Vida numa UCCI

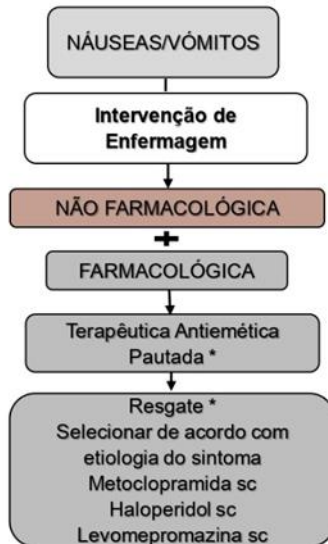
32

RECOMENDAÇÕES CONTROLO DE SINTOMAS

NÁUSEAS/VÔMITOS – Medidas Farmacológicas



Robert Pope, Images of Cancer, 1991



*Consultar tabela de doses de referência em anexo

Considerar avaliação analítica: ureia e creatinina, cálcio, digoxinemia
Considerar investigação imagiológica
Avaliar início dos sintomas

Se vômitos, usar a via subcutânea, rectal ou endovenosa; quando a situação estiver controlada, passar à via oral

CONTROLO DE SINTOMAS – TERAPÊUTICA ÚTIL



Robert Pope, Images of Cancer, 1991

TABELA 1 – TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS UTILIZADOS EM MEDICINA PALIATIVA

SINTOMA	TRATAMENTO FARMACOLÓGICO
Dor	Paracetamol e AINEs; Opióides (Morfina, Fentanilo, Hidromorfona, Buprenorfina) ^{2,15,17} Bifosfonatos (adjuvante na dor óssea metastática) ^{2,15} Amitriptilina, Carbamazepina; Gabapentina, Pregabalina (alternativas) ¹⁵
Depressão	Antidepressivos tricíclicos; Inibidores seletivos da recaptção de serotonina ²
Delírio	Haloperidol; Levomepromazina (agitação intensa); Midazolam (alternativa) ^{13,14,17} Olanzapina, clozapina, quetiapina ¹³
Dispneia	Morfina ^{11,13} Prometazina (2ª linha) ¹¹ Midazolam (se ansiedade) ^{11,13}
Tosse	Codeína ¹³
Estertores	Butilscopolamina; ^{13,14,17} Atropina 1% colírio (por via oral); Octreótido ¹⁷
Xerostomia	Estimuladores farmacológicos: pilocarpina oral ¹³
Anorexia	Corticosteróides, Acetato de megestrol ^{11,13}
Náuseas e vômitos	Hipertensão craniana: Dexametasona Obstrução intestinal: Corticosteróides, Butilscopolamina, Octreótido Origem vestibular: Anti-histamínicos: Prometazina Por opióides: Metoclopramida, Haloperidol, Corticosteróides ^{13,17} Não relacionado com quimio ou radio: Metoclopramida, Domperidona Pós-quimioterapia: Ondansetrom, Corticosteróides, Aprepitant Vômitos antecipatórios: Alprazolam, Lorazepam ¹³
Obstipação	Laxantes de contacto (senosidos, bisacodilo); Laxantes osmóticos (lactulose); Parafina ^{13,16,20} Supositórios de glicerina e bisacodilo; Enemas de azeite, glicerina ou fosfatos ^{13,16,20} Metilnaltrexona ^{13,16,20}

(Rita Oliveira e Marta Ramos; Terapêutica e intervenção farmacêutica em cuidados Paliativos, CIM, 2012)

DOENTES COM NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS NA UCCI

- Identificados 18 doentes com necessidade de cuidados paliativos.
- 10 doentes em tipologia ULDM
- 2 doentes em tipologia de UMDR
- 3 doentes em tipologia UC
- 3 doentes em tipologia QNC
- 5 doentes com Doença Oncológica.
- 6 doentes com Demência em fase avançada.
- 4 doentes com Doença Respiratória.
- 2 doentes com Doença Cardiovascular.
- 5 doentes com Doença Neurológica.
- 5 doentes com Deterioração e risco de morrer de outras condições.
- Idades compreendidas entres os 31 e os 93 anos



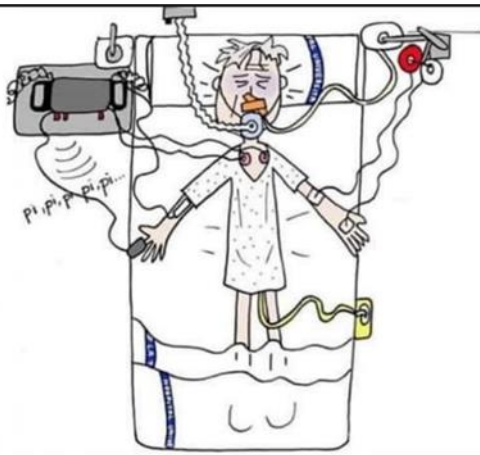
Robert Pope, Images of Cancer, 1991

PROCESSO DE DECISÃO PARTILHADA

- Envolvimento do doente e família no processo de decisão.
- Fornecer informação acerca da evolução clínica.
- Fornecer informação acerca das opções de tratamento.
- Fornecer informação acerca dos riscos/benefícios.
- Incluir valores e preferências do doente.
- Avaliar a compreensão da informação transmitida.
- Conhecer as decisões do doente.
- Trabalhar em Equipa.
- Registrar todo este processo na TSR – Processos Clínicos



Robert Pope, Images of Cancer, 1991



“QUANDO A MORTE É JÁ INCONTORNÁVEL, A FORMA DE MORRER É IMPORTANTE.”

MONICA LALANDA



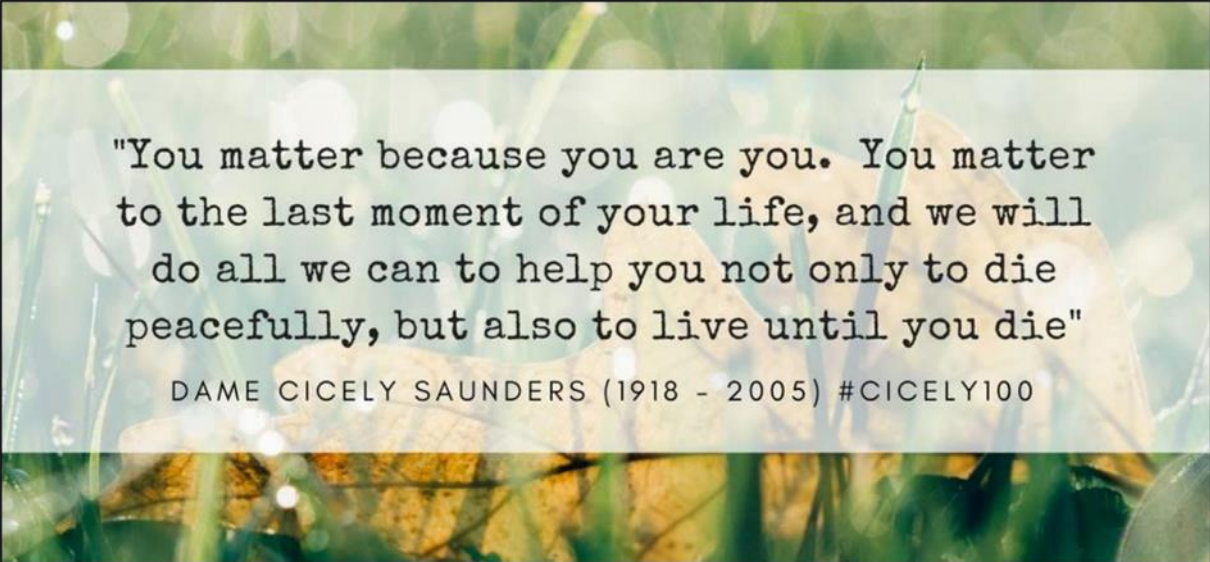
A Intervenção do Enfermeiro no Controlo de Sintomas do Doente Oncológico em Fim de Vida numa UCCI

37

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abela, J. (2009). Symptom management by a community palliative care team. *Malta Medical Journal*, 21 (4), 12-18.
- CNCP (2019-2020). *Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: Biénio 2019-2020*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/PEDCP-2019-2020-versao-final-10.02.2019.pdf>
- DGS, (2013). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-perpcdor-pdf.aspx>
- Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro (2012). Lei de base dos Cuidados Paliativos. *Diário da República I série*, N.º 179 (05/09/2012), 5119-5124.
- Dodd M., Janson S., Facione N., Faucett J., Froelicher E.S., Humphreys J., Lee K., Miaskowski C., Puntillo K., Ranking S. & Taylor D. (2001a) Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing* 33, 668– 676.
- Edmonds, P.M., Stuttaford, J.M., Penny, J., Lynch, A. M., Chamberlain, J. (1998). Do hospital palliative care teams improve symptom control? Use of modified STAS as na evaluation toll. *Paliativa Medicine*, 12, 345-351.
- Harståde, C.W., Blomberg, K., Benzein, E. & Ostlund, U. (2018). Dignity-conserving care actions in palliative care: an integrative review of Swedish research. *Scand Journal of Caring Science*. 32, 8-23.
- Karabulu, N.; Erci, B.; Ozer, N. & Ozdemir, S. (2010). Symptom clusters and experiences of patients with cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 66 (5), 1011-1021.
- Neves, S; Simões, C. & Ferreira, C. (2016). Consultoria em cuidados paliativos: Desafios e implicações para a prática. *Jornal Enfermeiro*, 7, 12-13. Disponível em: www.jornalenfermeiro.pt
- Neto, I. (2010). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, I. Neto (Ed). *Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed* (43-60). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Neto, I. (2010). Modelos de Controlo sintomático. In A. Barbosa, I. Neto (Ed). *Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed* (61-68). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Neto, I. G. (2010). Cuidados Paliativos em pessoas com demência avançada. In A. Barbosa & I. Neto (Ed). *Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed* (p.247-265). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Neto, I.G. (2019, novembro). Futilidade Terapêutica. In III Encontro de Cuidados Paliativos da Serra da Estrela. *Cuidados Paliativos da ULS Guarda com coorganização da Associação Paliar*, Seia.
- Siegel, M. & Bigelow, S. (2018). Palliative care symptom management in the emergency department: the abc's of symptom management for the emergency physician. *The Journal of Emergency Medicine*, 54, (1), 25–32.
- Walsh, D. & Rybicki, L. (2006). Symptom clustering in advanced cancer. *Supportive care in cancer* .14, 831-836.

38



"You matter because you are you. You matter to the last moment of your life, and we will do all we can to help you not only to die peacefully, but also to live until you die"

DAME CICELY SAUNDERS (1918 - 2005) #CICELY100

OBRIGADO

**Apêndice XXIV – Resultados da avaliação da 3ª e 4ª Ação de
Formação**

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA 3ª AÇÃO DE FORMAÇÃO

Título da Ação: Controlo de sintomas do doente em fim de vida numa UCCI.

Data da Realização: 29/ 01/ 2020

Gráfico 1 – Nível de Satisfação em relação à formação.

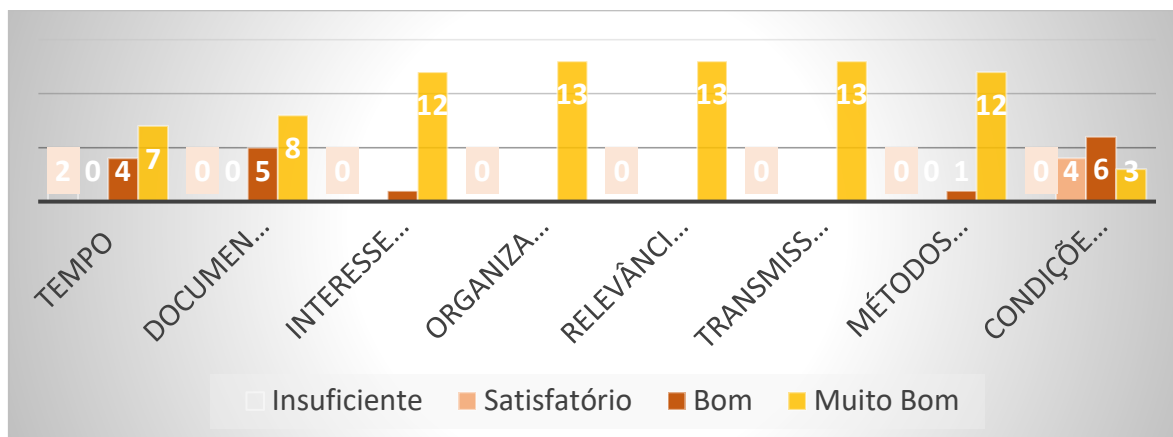


Gráfico 2 – Aspectos Mais Positivos na formação.

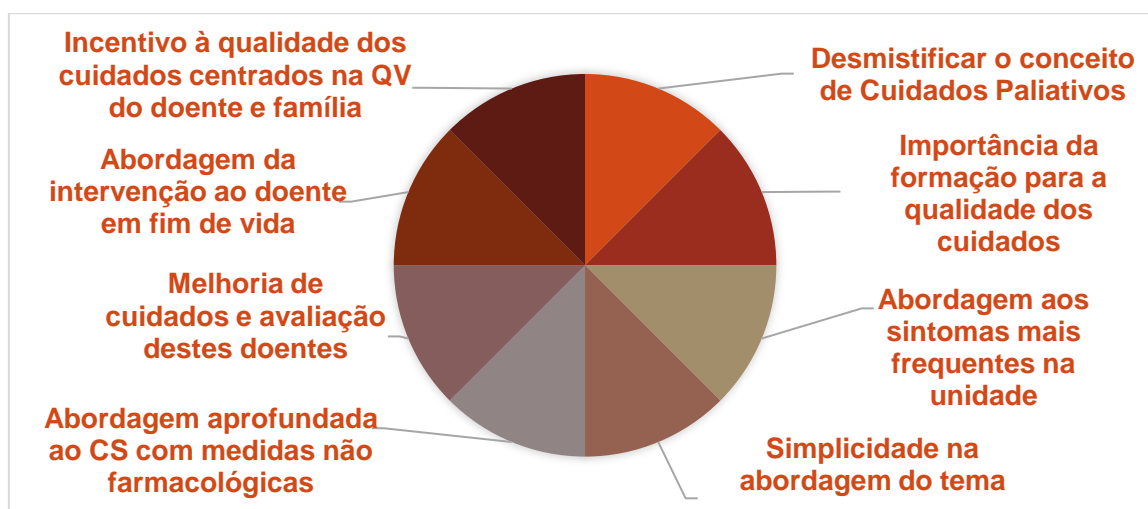
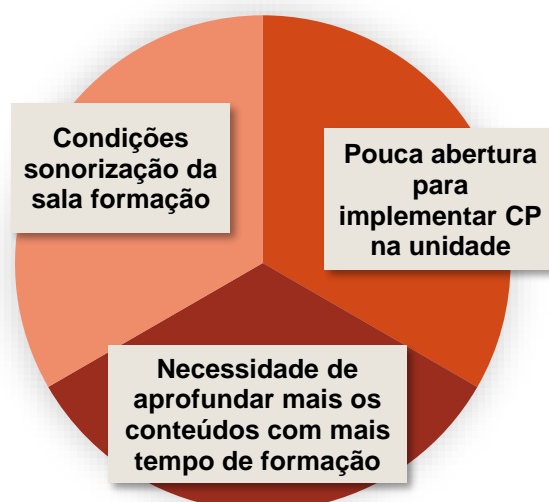


Gráfico 3 – Aspectos Menos Positivos na formação.



RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA 4ª AÇÃO DE FORMAÇÃO

Título da Ação: Controlo de sintomas do doente em fim de vida numa UCCI.

Data da Realização: 30/ 01/ 2020

Gráfico 1 – Nível de Satisfação em relação à formação.

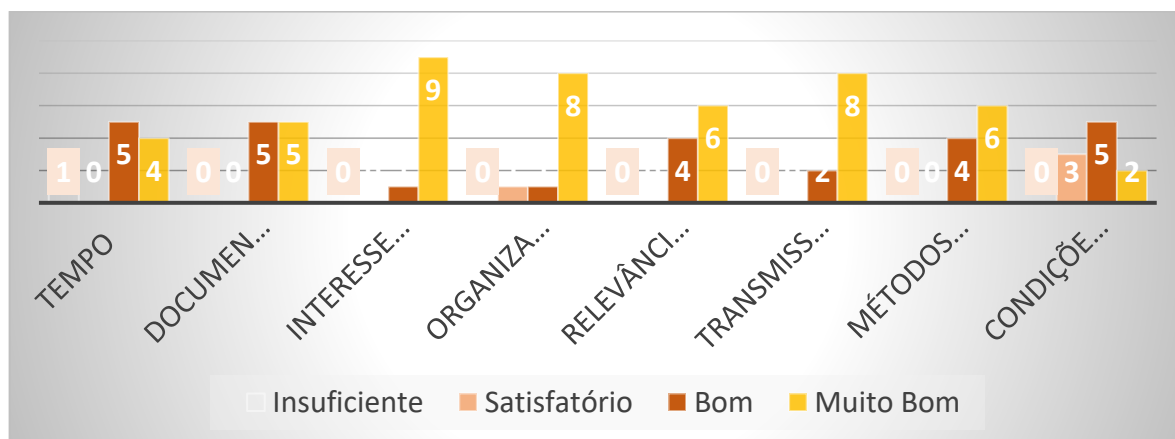
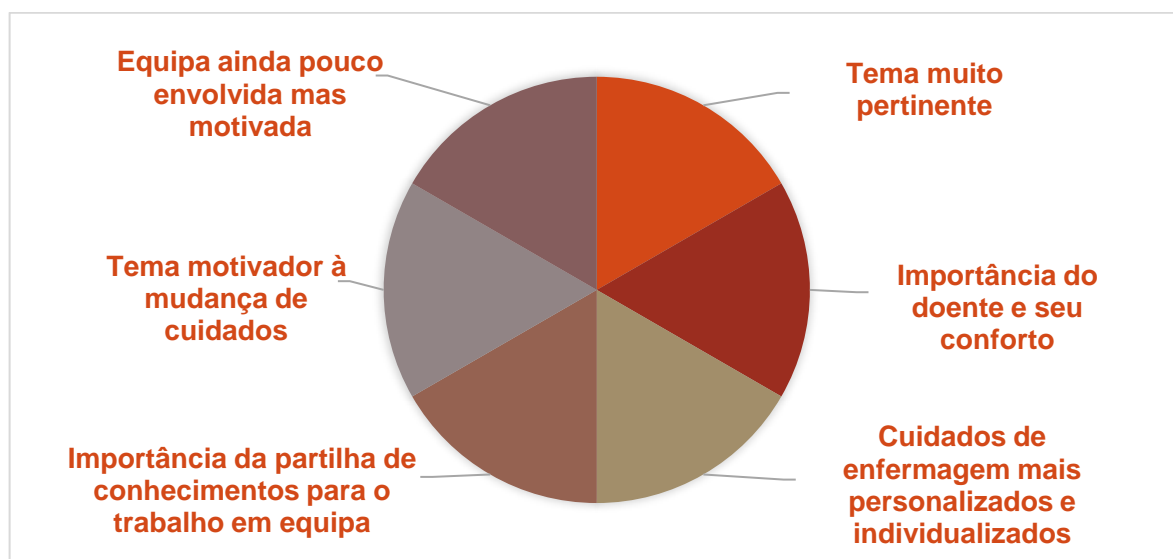


Gráfico 2 – Aspectos Mais Positivos na formação.



**Apêndice XXV – Guia Orientador de Boas Práticas Clínicas:
Controlo de Sintomas ao doente em fim de vida**

1. OBJETIVO E CAMPO DE APLICAÇÃO

Este procedimento tem por objetivo uniformizar e sistematizar procedimentos/intervenções não farmacológicas e farmacológicas fomentando uma maior eficácia, segurança e qualidade para a prestação de cuidados no controlo de sintomas ao doente oncológico e não oncológico em fim de vida, que se encontra internado no Hospital ...

2. RESPONSABILIDADE DA INSTRUÇÃO

Diretor clínico.

3. RESPONSABILIDADE PELA APLICAÇÃO

Médicos e Enfermeiros do Hospital ...

4. MODO DE PROCEDER

a) Descrição

É fundamental saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os múltiplos sintomas que surgem no doente oncológico e não oncológico em fim de vida, de forma adequar os cuidados às necessidades reais do doente, evitando o seu sofrimento e possíveis medidas de obstinação terapêutica.

b) Definições

Doente em Fim de Vida – O período de tempo referido como de fim de vida é aquele em que há expectativa de vida claramente limitada ou reduzida, com incapacidade funcional acentuada, e diz respeito aos últimos 12 meses de vida. A fase terminal de doença refere-se aos últimos 3 a 6 meses de vida. Neste contexto, o objetivo dos cuidados em fim de vida são a maximização do conforto, com particular destaque para a otimização do controlo sintomático (Neto, 2010).

Se formos capazes de identificar melhor os doentes com necessidades paliativas no último ano de vida, qualquer que seja o seu diagnóstico, há boas evidências de que eles têm maior probabilidade de receber cuidados bem coordenados e de alta qualidade. Torna-se importante antecipar as prováveis necessidades destes doentes para que o atendimento certo possa ser prestado no momento certo (Neto, 2010; Thomas, 2011).

De forma a identificar precocemente estes doentes será usado a *SPITC-PT™* (Ferramenta de Indicadores de Cuidados Paliativos e de Suporte) (Anexo 1).

Cuidados Paliativos – São uma abordagem que “visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação impecável e tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais” (WHO, 2018).

A prestação de cuidados na área dos Cuidados Paliativos não se resume apenas a unidades destinadas para tal, na prática seja qual for o contexto a ação dos enfermeiros deve ser “...orientada por uma preocupação efetiva em promover a qualidade de vida, garantir cuidados de acompanhamento e de suporte (básicos e paliativos), com respeito pela dignidade de cada pessoa e no cumprimento das regras da ética e da deontologia profissional” (OE, 2005, p.128).

Ações Paliativas - São “qualquer medida terapêutica, isolada e praticada por profissionais sem preparação específica, sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente”.

Princípios Gerais dos Cuidados Paliativos – Tem por objetivo o Alívio e Prevenção do Sofrimento, a Promoção do Conforto e Manutenção da qualidade de vida sendo suportados por quatro áreas fundamentais: o controlo de sintomas, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa. Estas quatro áreas devem ser encaradas numa perspetiva de igual importância, pois sem o desenvolvimento de alguma delas os cuidados não estão equilibrados.

Controlo de Sintomas – Tem por base a avaliação, o tratamento e a monitorização de sintomas que decorrem de uma doença e acarretam repercussões diretas no bem-estar do doente. A avaliação e controlo dos sintomas estão incluídos nos princípios dos cuidados paliativos, tendo uma grande influência na promoção da qualidade de vida do doente podendo mesmo interferir positivamente no curso da doença.

Um controlo de sintomas adequado só se consegue com um trabalho interdisciplinar e uma adaptação flexível às necessidades múltiplas dos doentes em fim de vida. É imprescindível que toda a equipa de cuidados discuta e assuma os objetivos terapêuticos (Neto, 2010).

Princípios Gerais do Controlo Sintomático – Como princípios gerais para o controlo de sintomas temos:

- Avaliar antes de tratar: identificar a causa, identificar impacto psicoemocional e físico, intensidade e fatores que condicionam (+-);
- Clarificar/explicar as causas e as medidas terapêuticas;
- Não esperar que o doente se queixe: observar, questionar, antecipar sintomas;
- Adotar estratégias mistas (farmacológicas e não farmacológicas);
- Estabelecer prazos para cumprimento dos objetivos terapêuticos e adotar estratégias de prevenção de sintomas que possam surgir (deixar medicação de resgate prescrita);
- Monitorizar sintomas: Instrumentos de avaliação (*ESAS/STAS*);
- Reavaliar, reavaliar, reavaliar as medidas terapêuticas: objetivos realistas;
- Dar atenção aos detalhes.

Instrumento para Avaliação de Sintomas – A avaliação de sintomas deve ser realizada de forma sistemática na admissão e nas evoluções diárias.

Pretende-se que os instrumentos de avaliação sejam rápidos e eficientes para avaliar a presença de múltiplos sintomas, como é o caso da *ESAS (Edmonton Symptom Assessment, System* – avalia nove sintomas do foro físico e psicológico). Para conhecer as avaliações realizadas diretamente pelos doentes de forma a quantificá-las, a *STAS (Support Team Assessment Schedule)* permite a avaliação dos sintomas por terceiros (Anexo 2).

Cluster de sintomas – A definição comumente usada consiste em três ou mais sintomas simultâneos e interrelacionados, com alta probabilidade de ocorrer, sendo encontrados entre doentes com as mesmas características ou situações críticas (Karabulu, et al., 2010). Para ser considerado em cluster, os sintomas devem ter uma relação mais forte com os restantes sintomas do mesmo cluster do que com os sintomas de outros clusters. É possível identificar cluster de sintomas em doentes oncológicos e não oncológicos (Dodd et al, 2001³).

Dor – É uma experiência multidimensional desagradável que envolve uma componente sensorial e emocional estando associada a uma lesão tecidual, real ou potencial ou que pode ser descrita de acordo com as manifestações próprias de tal lesão. É por isso um fenómeno complexo, subjetivo e individual (IASP, 2012).

A dor é muito prevalente no fim de vida entre todos os grupos de doentes, independentemente do diagnóstico primário. Mas afeta 45 a 85% da população idosa reduzindo a sua qualidade de vida.

Os dados da avaliação são a base para o diagnóstico etiológico da dor, para a identificação dos componentes cognitivos, emocionais e sociais que possam estar a influenciar a vivência da dor, para a prescrição terapêutica e para a avaliação dos tratamentos prescritos.

É imprescindível avaliar a dor de forma regular e sistemática, desde o primeiro contacto, pelo menos uma vez por turno e / ou quando o doente manifestou dor procedendo-se à sua reavaliação após instituir medidas. Torna-se fundamental uma avaliação eficaz considerando os seguintes parâmetros: duração; tipo; localização; intensidade; irradiação; fatores de alívio e fatores de exacerbação; necessidade de dose de resgate.

De acordo com a DGS (2013), em mais de 90% dos casos é possível avaliar este sintoma, utilizando métodos simples de avaliação da dor e utilizando corretamente a medicação.

Elaborado por enfermeiro-chefe e enfermeira especialidade/mestrado

Data:

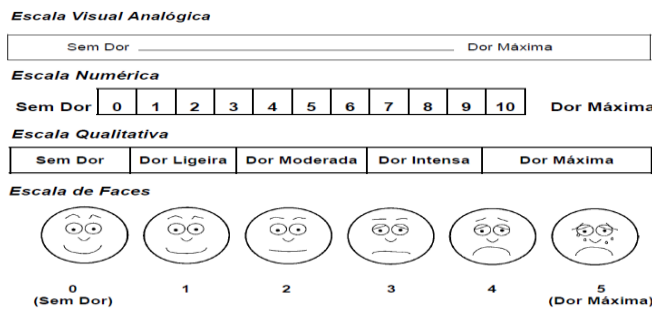
Aprovado por diretor clínico

Data:

Contudo é necessário escolher os instrumentos de avaliação da dor atendendo ao: tipo de dor; idade; situação clínica; estado de orientação da pessoa; propriedades psicométricas; critérios de interpretação; facilidade de aplicação; entre outros.

No nosso contexto serão disponibilizadas escalas de autoavaliação (Escala Visual Analógica (EVA); Escala Numérica (EN); Escala Qualitativa (EQ); Escala de Faces (EF) (Figura 1)), e de heteroavaliação se a pessoa não está orientada (optar pela Escala do Observador (EO) se pessoa tiver alterações do estado de consciência ou défices cognitivos, embora menos precisa; pela PAINAD se pessoa com ≥ 65 anos; ou pela *Abbey Pain Scale* se pessoa adulta com doença oncológica em cuidados paliativos (Figura 2)).

Figura 1: Escalas de Autoavaliação



(Fonte: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9daqc-de-14062003-pdf.aspx>)

Figura 2: Escalas de Heteroavaliação

Escala do Observador (EO)

Parece sem Dor	Parece confortável com movimentos	Parece desconfortável	Parece sofredor consolável	Parece Sofridor Inconsolável
----------------	-----------------------------------	-----------------------	----------------------------	------------------------------

(Fonte: Adaptada da Escala de Dor de Hitchcock)

Versão Portuguesa PAINAD/PT

Categoria	Item	Pontuação
Respiração independente da vocalização	Normal.	0
	Respiração ocasionalmente difícil. Curto período de hiperventilação.	1
	Respiração difícil e ruidosa. Período longo de hiperventilação. Respiração <i>Cheyne-Stok</i> .	2
Vocalização negativa	Nenhuma.	0
	Queixume ou gemido ocasional. Tom de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação.	1
	Chamamento perturbado repetitivo. Queixume ou gemido alto. Choro.	2
Expressão facial	Sorridente ou inexpressiva.	0
	Triste. Amedrontada. Sobrancelhas franzidas.	1
	Esgar facial.	2
Linguagem corporal	Relaxada.	0
	Tensa. Andar para cá e para lá de forma angustiada. Irrequieta.	1
	Rígida. Punhos cerrados. Joelhos flectidos. Resistência à aproximação ou ao cuidado. Agressiva.	2
Consolabilidade	Sem necessidade de consolo.	0
	Distraído ou tranquilizado pela voz ou toque.	1
	Impossível de consolar, distrair ou tranquilizar.	2

(Fonte: Batalha et al. (2012, p.10))

Elaborado por enfermeiro-chefe e enfermeira especialidade/mestrado Data:	Aprovado por diretor clínico Data:
---	---------------------------------------

Versão Portuguesa Abbey Pain Scale

Q1.	Vocalização p. ex. geme, chora, choraminga Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3	Q1	
Q2.	Expressão facial p. ex. apresenta expressão tensa, franze a testa, faz esgares, parece assustado/a Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3	Q2	
Q3.	Alteração da linguagem corporal p. ex. agitação, balança-se, protege uma parte do corpo, isola-se Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3	Q3	
Q4.	Alteração comportamental p. ex. mais confuso, recusa-se a comer, apresenta alteração nos padrões habituais Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3	Q4	
Q5.	Alteração fisiológica p. ex. temperatura, ritmo cardíaco ou tensão arterial fora dos limites normais, transpiração, rubor ou palidez Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3	Q5	
Q6.	Alterações físicas p. ex. lacerações da pele, zonas de pressão, artrite, contracturas, lesões anteriores Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3	Q6	
Some as pontuações das Questões 1 a 6 e registe aqui		VALOR TOTAL DE DOR	

(Fonte: Rodrigues (2013, Apêndice V))

É importante manter a mesma escala de intensidade em todas as avaliações, na mesma pessoa, exceto se a situação clínica justificar a sua mudança.

O enfermeiro sendo o profissional que mais tempo passa com o doente, pela sua formação e pela sua observação e interação permanente com este, tem um papel preponderante no controlo da dor no doente em fim de vida. Sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa (OE, 2008, p.17).

Assim, recomenda-se que após a avaliação do doente se implemente o fluxograma de apoio à intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas ao doente em fim de vida (alínea c)). As **medidas não farmacológicas** são priorizadas, mas aplicadas em complementaridade e não em substituição das **medidas farmacológicas**. Devem ser adequadas à situação clínica do doente, às suas preferências e ao objetivo do tratamento. A Ordem dos Enfermeiros diz-nos que o envolvimento da pessoa no controlo da dor respeita o princípio ético da autonomia (2008, p. 18), por isso, favorecer a sensação do doente assumir o controlo, bem como dos seus cuidadores durante os cuidados, diminuí significativamente a sensação de impotência, uma vez que também estão envolvidos no controlo da dor. A implementação das **medidas farmacológicas** é realizada em colaboração com a equipa médica, antevendo os objetivos de tratamento (terapêutica basal e resgate adequado) do doente.

É fundamental que se cumpram os princípios gerais do tratamento da dor: evitar a demora; preferir a via oral; ter um horário regular; utilizar a escada analgésica da OMS; administrar dose de resgate para dor irruptiva; abordar a dor tendo em conta a vertente física, psicológica, social e espiritual (Pereira, 2010).

Dispneia – É uma sensação subjetiva de falta de ar e dificuldade respiratória. Não se encontra sempre associada a hipoxia, podendo os doentes experimentar hipoxia e dispneia em conjunto ou separadamente (Azevedo, 2010). A sua etiologia no fim de vida é multifatorial variando desde fatores de natureza física e outros de natureza psíquica, social e espiritual. Para alguns doentes pode ser grave e devastador, afetando significativamente a sua funcionalidade, gerando o medo de “sufocar” e produzindo ansiedade intensa. Torna-se por isso, muito importante determinar se existe uma causa reversível, suscetível de tratamento específico.

A prevalência é alta em doentes em situação de doença avançada e com necessidade de cuidados paliativos, por exemplo, no cancro (10-70%), DPOC (90-95%) e ICC (60-88%). A intensidade tende a piorar no final da vida.

Elaborado por enfermeiro-chefe e enfermeira especialidade/mestrado
Data:

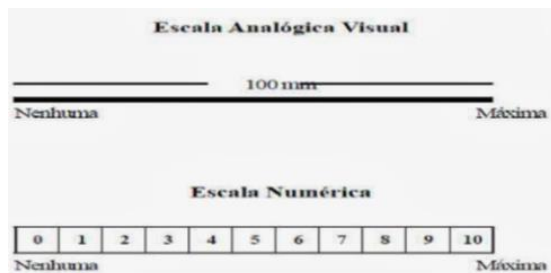
Aprovado por diretor clínico
Data:

A avaliação da dispneia deve seguir a mnemónica: O, P, Q, R, S, T, U e V que compreende: Onset - Início (quando começou, início súbito ou gradual, contínua ou intermitente); Provoking/Palliating - Provocando/Paliar (padrão de aparecimento da dispneia, fatores de alívio e de agravamento); Quality - Qualidade (descrição: “sufocar”, “falta de ar”, “aperto”, “engasgar”, “afogar”, “asfixiar”); Region/Radiation - Região/Radiação (sintomas concomitantes: dor no peito, tosse, expetoração, hemoptises, febre); Severity - Gravidade (Avaliada através de escalas apresentadas em baixo. Questionar o doente: quão grave é esse sintoma.); Treatment - Tratamento (terapêutica e serviços a que recorre em situação de crise; saber se faz alguma terapêutica atualmente, se é eficaz, se tem efeitos adversos; perceber se no passado já tinha tomado terapêutica para a dispneia); Understanding - Compreensão (o que a pessoa e família entendem por dispneia, implicações na sua vida social); Values - Valores (perceber quais os objetivos para o doente viver/controlar este sintoma) (Raymond et al., 2010, p.2).

Para além desta mnemónica é importante avaliar as causas/fatores de stress psico-social-espiritual que podem contribuir para a dispneia (p.ex. o impacto da ansiedade no seu agravamento) e as co morbilidades associadas (DPOC, asma, doença cardíaca, anemia crónica).

A avaliação da intensidade da dispneia realiza-se através de escalas (Figura 3), é importante solicitar ao doente para avaliar o nível da dispneia (quando possível) usando uma escala de avaliação, posteriormente registar o resultado. Questionar também se existem outros sintomas não controlados. Adequando à realidade do nosso contexto iremos usar a Escala Numérica e a Escala Visual Analógica.

Figura 3: Escala de Avaliação de Dispneia



A abordagem da dispneia é análoga à da dor, o enfermeiro avalia-a e identifica-a, estabelecendo um plano de intervenção que compreenda **medidas farmacológicas e não farmacológicas** (alínea c)), em parceria com o doente e restante equipa multidisciplinar.

Estertor – É uma respiração ruidosa muito frequente nos doentes agónicos. É comum os doentes perderem a capacidade de deglutir e expelir as suas secreções orofaríngeas à medida que progridem no processo de morte. O que constitui fonte de grande inquietação para os familiares, que temem que o doente venha a sufocar. Contudo, o doente não tem consciência desta situação e não há nenhuma evidência de que o som/ruído esteja associado a desconforto respiratório. Um componente essencial para tranquilizar os familiares e cuidadores passa por informar sobre evolução clínica e intervenções adequadas, antecipar o que virá acontecer, para tranquilizar e desmistificar o padrão respiratório (Albert, 2017; Neto, 2010; Fielding & Long, 2014; Twycross, 2003).

O estertor é um sintoma comum e esperado no doente em fim de vida, embora a prevalência descrita varie consideravelmente, de 23 a 92%. O estertor pode agrupar-se ao lado da dispneia.

Para a avaliação deste sintoma poderá ser igualmente usada a mnemónica O, P, Q, R, S, T, U e V: Onset - Início (quando começou, há quanto tempo dura, com que frequência ocorre); Provoking/Palliating - Provocando/Paliar (padrão de aparecimento, fatores de alívio e de agravamento, perceber se o doente consegue expelir ou aliviar as secreções com a tosse ou deglutir); Quality - Qualidade (descrição: como é o som/ruído); Region/Radiation - Região/Radiação (perceber se está no peito ou na garganta); Severity - Gravidade (perceber se o doente parece confortável ou incomodado, se o estertor agrava com o posicionamento, se existem outros sintomas associados); Treatment - Tratamento (saber se faz alguma terapêutica atualmente, se é eficaz, se tem efeitos adversos; perceber se no passado

já tinha tomado terapêutica, perceber que tratamentos podem piorar este sintoma: p.ex. hidratação sub-cutânea); Understanding - Compreensão (o que o doente e família entendem por estertor, implicações na sua vida social, perceber se o doente parece angustiado); Values - Valores (perceber quais os objetivos para o doente viver/controlar este sintoma) (BC Centre for Palliative Care, 2019)

Mas, também é possível avaliar a gravidade com recurso à Victoria Respiratory Congestion Scale (2001) (Figura 4) que se baseia na audição do ruído respiratório provocado pelo doente, classificado em 4 níveis: 0- sem ruído audível; 1- audível apenas junto do doente; 2- claramente audível ao fundo da cama do doente, num quarto calmo e 3- claramente audível a uma distância de 9,5 m, comparável à distância até à porta do quarto. Contudo esta escala não se encontra validada para a população portuguesa, pode ser utilizada a ESAS/STAS através do item “outros” e avaliado de 0 a 4.

Figura 4: Victoria Respiratory Congestion Scale

Victoria Respiratory Congestion Scale (VRCS)	
VRCS Score	Observation
0	Congestion absent
1	Congestion audible at 12 inches (30 cm) from patient's chest but not further
2	Congestion audible at the end of the bed but not further
3	Congestion audible at the doorway of the room

(Fonte: https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/07/respiratory_congestion_scale_2018.pdf)

Assim a abordagem ao estertor passa inicialmente por determinar as possíveis causas e realizar a melhor intervenção possível para conforto do doente, se estiver de acordo com os objetivos do tratamento. Ou seja, ao considerar uma abordagem de gestão, equilibrar sempre o malefício de uma possível intervenção contra o provável benefício (por exemplo, se a intervenção exige uma transferência para outro ambiente de cuidados). Torna-se importante estabelecer um plano de cuidados que combine **medidas não farmacológicas e farmacológicas** (alínea c)).

O posicionamento do doente e a elevação da cabeceira a 45º para que não se acumulem secreções é a medida não-farmacológica mais eficaz. Contudo, se o doente parecer angustiado, é imprescindível iniciar a terapêutica antecipadamente. De salientar que a aspiração de secreções pode causar um maior malefício para o doente e não aliviar o estertor, além de aumentar a produção das secreções por estimulação da mucosa, pode promover o vômito, sendo mais um fator de desconforto (BC Centre for Palliative Care, 2019; Braga et al., 2017; Neto, 2010).

Ansiedade/Angústia – A ansiedade pode manifestar-se como um resultado de vários desafios enfrentados pelos doentes em fim de vida. É uma resposta comum à doença limitante de vida, mas pode tornar-se patológica. A incerteza do futuro, o medo dos sintomas descontrolados e a morte podem contribuir para o desenvolvimento da ansiedade em toda a trajetória da doença (Bernardo, Leal & Barbosa, 2010; Kreher, 2016; Kozlov et al., 2019).

A angústia tem por base problemas emocionais antigos ou conflitos interpessoais mal resolvidos. Quando o doente se encontra em situação de fim de vida, normalmente quando já não há um controlo da sua consciência, é comum emergirem memórias problemáticas através da manifestação de agitação, choro ou gemidos (Neto, 2010, p.397).

Sabe-se que a prevalência de sintomas psicológicos permanece alta até a morte. Um relacionamento enfermeiro-doente confiante pode ajudar a minimizar a ansiedade/angústia, além de aumentar a percepção do doente de que o enfermeiro reconhece e valoriza o seu sofrimento (Kozlov et al., 2019).

A intensidade deste sintoma, no doente em fim de vida, será avaliada com recurso à ESAS/STAS.

A ansiedade/angústia pode assim, ser controlada através de suporte e orientação do enfermeiro ao doente e família. No entanto, quando prejudica a função, tanto de curto prazo como de longo prazo os tratamentos podem ser necessários. São por isso implementadas **medidas não farmacológicas e medidas farmacológicas** (alínea c)) para o controlo da ansiedade em doentes com necessidade de cuidados paliativos. Contudo é necessário ter em consideração o grau de comprometimento relacionado com a gravidade da ansiedade e o prognóstico do doente.

Um bom controlo de sintomas, que inclui o controlo eficaz de sintomas psicológicos, é essencial para um cuidado de qualidade no fim de vida.

Agitação – é um estado confusional resultante da queda da função mental num curto espaço de tempo. Pode ser caracterizado por distúrbio da consciência, alteração da cognição ou ter uma etiologia orgânica. A agitação pode estar mais presente nos últimos dias e semanas de vida e muitas das vezes aparece associada ao delirium. Os sintomas que não causam o sofrimento para o doente podem ser controlados de forma conservadora, sem uma intervenção farmacológica (Albert, 2017).

A agitação é um comportamento angustiante e perigoso para todos os envolvidos. É essencial avaliar causas reversíveis ou tratáveis, geralmente são multifatoriais: efeitos adversos da medicação, dor ou desconforto descontrolado, obstipação ou retenção urinária, infeção, alterações metabólicas e nutricionais (hipoglicemia, hipercalemia, hipocalemia, hiponatremia).

A nossa intervenção deve ter em consideração o melhor conforto para o doente fazendo uma revisão detalhada das possíveis causas, melhorar ou eliminar as reversíveis. Na interação com o doente deve-se favorecer a comunicação, promovendo um ambiente tranquilo, o ambiente que rodeia o doente deve transmitir segurança e ser confortável, de forma a prevenir possíveis acidentes, entre outras **medidas não farmacológicas** (alínea c)) que implicam a participação de toda a equipa multidisciplinar, incluindo a família. As **medidas farmacológicas** (alínea c)) devem ser implementadas em parceria com a equipa médica sendo as mais adequadas à situação do doente.

Náuseas/Vómitos – A náusea é a sensação desagradável que precede o vômito. É frequentemente aliviada pelo vômito e pode ser acompanhada por um aumento da atividade do sistema nervoso parassimpático com diaforese, salivação, palidez e diminuição da frequência respiratória. O vômito, ou emese, é a expulsão do corpo, retrógrada e forçada do conteúdo gástrico (Querido & Bernardo, 2010; Twycross, 2003).

As náuseas e vômitos afetam cerca de 40-60% dos doentes que necessitam de cuidados paliativos. Ambos os sintomas, concomitantes ou isolados, podem ser muito perturbadores e angustiantes para o doente e família, tendo um impacto severo na qualidade de vida: efeitos diretos e indiretos; isolamento social e às refeições; ansiedade por não comer (doente e família) (Querido & Bernardo, 2010; BC Centre for Palliative Care, 2019).

Uma avaliação completa da náusea e vômitos é crucial para perceber qual das múltiplas causas potenciou este sintoma, qual a provável fisiopatologia, de forma a escolher o melhor e adequado tratamento consoante o seu mecanismo de ação. Diferentes causas irão exigir intervenções diferentes, para que os sintomas sejam controlados de forma eficaz. Inicialmente instituir **medidas não farmacológicas** (alínea c)) poderá ser útil e eficaz no melhor alívio para náusea leve e moderada e vômitos. Em sintomas graves, é necessário associar as **medidas farmacológicas** (alínea c)).

As causas mais comuns de náusea nos doentes em fim de vida incluem a obstipação, uso de opióides, a quimioterapia, e a obstrução intestinal maligna. Pelo que, as medidas farmacológicas selecionadas para o tratamento devem ter em conta a causa subjacente (Kreher, 2016, p.1118). Contudo é importante avaliar totalmente e considerar todas as causas possíveis, incluindo aquelas que podem exigir tratamentos específicos, em vez de um só anti-emético (p. ex., hipercalemia, gastrite, candidíase oral) (Boland & Boland, 2016, p.30).

O enfermeiro tem aqui um papel preponderante tornando-se essencial uma boa avaliação desde: distinguir entre vômito, expetoração e regurgitação; observar o conteúdo e características do vômito: biliar, comida não digerida ou conteúdo fecaloide; avaliar separadamente náusea e vômitos; averiguar se a náusea está ausente ou persiste após o vômito; avaliar sinais de desidratação, icterícia, infeção (p. ex., febre) ou toxicidade do fármaco. E tentar perceber se será necessário rever a terapêutica instituída; examinar a cavidade oral e o abdómen; e avaliar uma possível existência de edema cerebral/hipertensão intra-craniana.

Ter também em atenção que se existir vômitos, deve ser usada a via subcutânea, rectal ou endovenosa para administração de terapêutica e quando a situação estiver controlada, passar novamente para a via oral.

Obstipação – é definida como “o movimento lento das fezes através do intestino grosso, resultando em movimentos intestinais pouco frequentes e na passagem de fezes secas e duras” (Larkin et al., 2018, p. iv111). Inclui a necessidade de grande esforço para evacuar, a sensação de evacuação incompleta, a dejeção pouco frequente, a flatulência, e a consistência das fezes que varia de pequenos grumos duros para uma grande massa volumosa (BC Centre for Palliative Care, 2019).

A obstipação é muito comum nos doentes com necessidade de cuidados paliativos (32-87%) devido a uma combinação de fatores, incluindo a imobilidade, menor ingestão de alimentos, fibras e líquidos, terapêutica, patologia do intestino e, por vezes hipercalcemia. Afeta 41% dos doentes não-oncológicos, 30-50% dos doentes oncológicos, e 35-70% dos doentes que usam opióides. Contudo é um sintoma difícil de identificar, não só pela natureza subjetiva como pela dificuldade do outro, enfermeiro ou família perceber, para além do próprio doente que o sente e refere (Boland & Boland, 2016; Pacheco, Matos & Madureira, 2010).

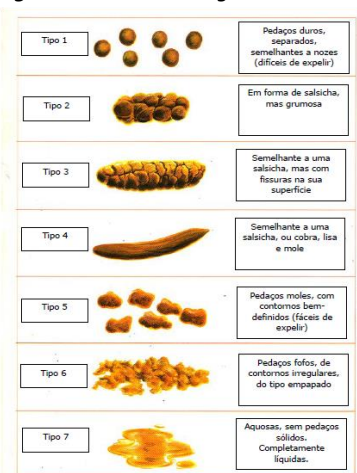
A gestão eficaz da obstipação em cuidados de fim de vida é fundamental, porque este sintoma pode provocar sofrimento significativo através de sintomas físicos, como distensão abdominal, anorexia, náusea e vómitos, mau sabor na boca, língua saburrosa, hemorroidas, fissura anal, dor retal, obstrução intestinal e retenção urinária, bem como o sofrimento psicológico levando a dores de cabeça, agitação e delírio afetando e comprometendo a qualidade de vida destes doentes. De salvaguardar que nos idosos, a obstipação pode estar associada a uma impacção fecal e/ou incontinência fecal, o que pode ser confundido com diarreia. (Albert, 2017; BC Centre for Palliative Care, 2019; Larkin et al., 2018; Pacheco, Matos & Madureira, 2010).

A prevenção da obstipação, a triagem da sua presença e a intervenção precoce podem reduzir o sofrimento do doente, constituindo a base para um controlo adequado e individualizado, por isso, é fundamental adotar uma atitude profilática a fim de antecipar uma obstipação grave (Pacheco, Matos & Madureira, 2010).

A avaliação frequente e regular do padrão intestinal é importante para detetar melhorias ou deterioração nos padrões intestinais, independentemente de o doente estar ou não a realizar um tratamento farmacológico.

Este sintoma pode ser avaliado e monitorizado com recurso à Bristol Stool Form Scale (Figura 5), que já se encontra validada para a população portuguesa, e o seu uso foi considerado significativo para descrever a consistência das fezes dos doentes (Puentes, 2019).

Figura 5: Versão Portuguesa Bristol Stool Form Scale-PT



(Fonte: Puentes (2019, Anexo 9))

Assim, uma intervenção preventiva inclui uma abordagem e avaliação correta do doente (perceber o tempo de obstipação; a relação com a ingestão de fármacos; se já havia história obstipação anterior; se há emissão de gases: despiste de suboclusão ou oclusão total; realizar palpação abdominal: mole, tenso, massas; se há existência de fecalomas), e uma correta implementação de **medidas não farmacológicas** associadas a **medidas farmacológicas** (alínea c)).

Elaborado por enfermeiro-chefe e enfermeira especialidade/mestrado

Data:

Aprovado por diretor clínico

Data:

GUIA ORIENTADOR BOAS PRÁTICAS CLÍNICAS

CONTROLO DE SINTOMAS AO DOENTE EM FIM DE VIDA

Código:

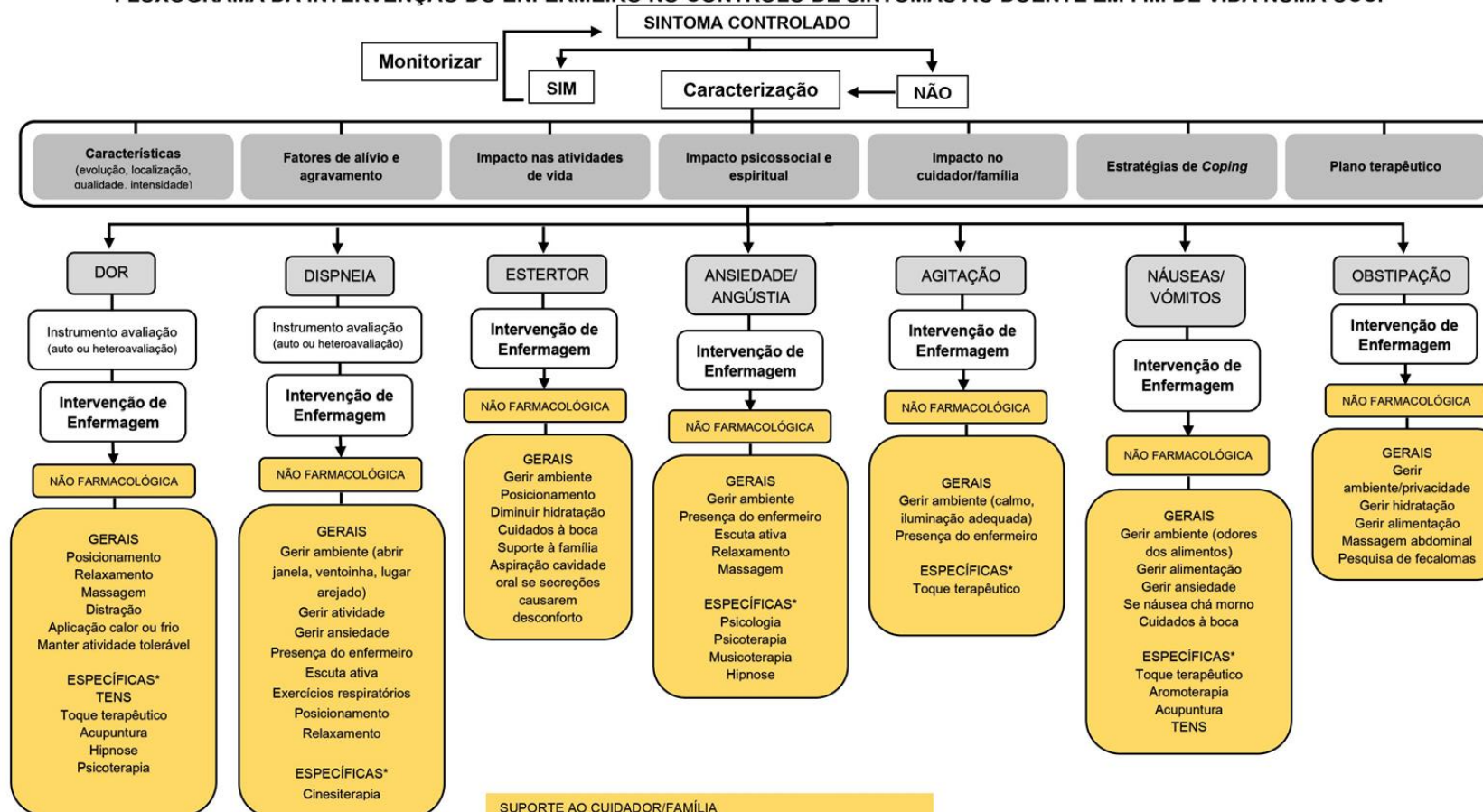
edição:

áginas:

9 de 18

c) Fluxograma de apoio à intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas ao doente em fim de vida (ver Anexo 3)

FLUXOGRAMA DA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTROLO DE SINTOMAS AO DOENTE EM FIM DE VIDA NUMA UCCI



SUPOORTE AO CUIDADOR/FAMÍLIA

- Informar sobre evolução clínica e intervenções adequadas
- Capacitar para lidar com evolução da situação (alimentação, respiração – tranquilizar sobre estertor, comunicação – fomentar a expressão de emoções, despedidas, toque afetuoso, alertas de fim de vida)
- Atender às necessidades individuais (reforçar a importância de dividir tarefas, ter tempo para si próprios, apoio no luto)
- Reforço positivo da prestação de cuidados

CUIDADOS À BOCA

- Higiene oral adequada
- Prevenção Xerostomia: lâminas de gelo, spray de saliva artificial ou água, chá frio camomila, gengibre, sem açúcar, com gotas de limão (exceto se aftas), chupar pedaços de fruta
- Prevenção de Mucosite: inspeção regular da boca, higiene oral, intervenção farmacológica (anestésico tópico, nistatina, fluconazol),

*Articular com profissionais com competência na área

GUIA ORIENTADOR BOAS PRÁTICAS CLÍNICAS

CONTROLO DE SINTOMAS AO DOENTE EM FIM DE VIDA

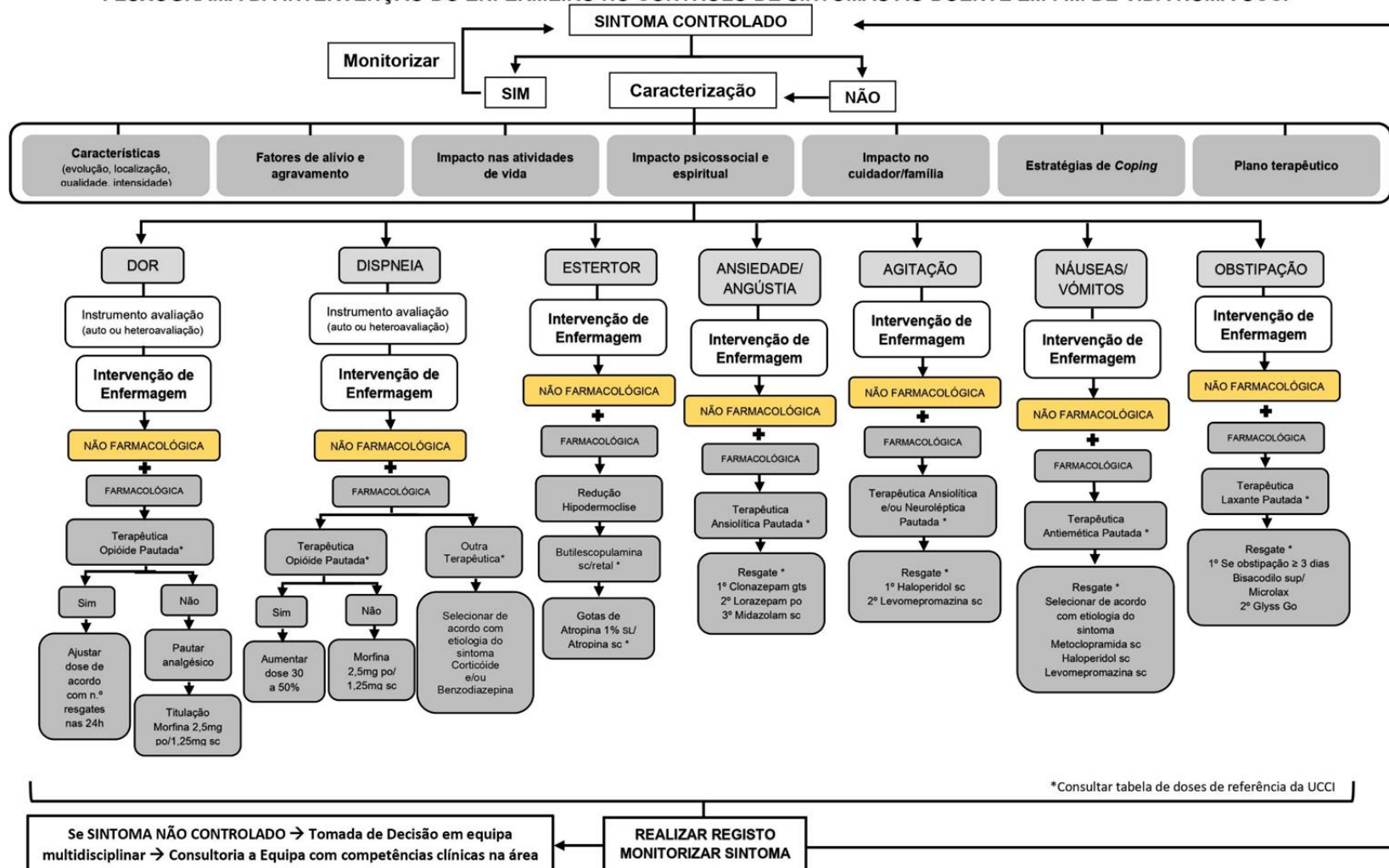
Código:

dição:

áginas:

10 de 18

FLUXOGRAMA DA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTROLO DE SINTOMAS AO DOENTE EM FIM DE VIDA NUMA UCCI



d) Registos

Após o controlo de sintomas deve ser realizado o registo/evidências de todas as medidas de conforto implementadas na TSR – Processos Clínicos, bem como o resultado das intervenções realizadas com o objetivo de poder aferir a aplicabilidade da intervenção.

5. REFERÊNCIAS

Albert, R.H. (2017). End-of-life Care: Managing Common Symptoms. *American Family Physician*. 95(6), 356-361.

Azevedo, P. (2010). Dispneia. In A. Barbosa & I. Neto (Ed). *Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed* (61-68). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.

Batalha, L., Duarte, C., Rosário, R., Costa, M., Pereira, V., Morgado, T. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala *Pain Assessment in Advanced Dementia*. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 7-16. Acedido em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn8/serlIn8a01.pdf>

BC Centre for Palliative Care (2019). B.C. Inter-professional Palliative Symptom Management Guidelines.

Boland, E. & Boland, J. (Eds.) (2016). *A Guide to Symptom Management in Palliative Care* (6ª). Yorkshire e Humber: Health Education England

Braga, B., Rodrigues, J., Alves, M., Neto, I.G. (2017). Guia Prático da Abordagem da Agonia - Practical Guide: Approach to the Period Called Agony. *Medicina Interna*, 24 (1), 48-55. Acedido em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/mint/v24n1/v24n1a15.pdf>

DGS, (2003). A Dor como 5ª Sinal Vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

DGS, (2013). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor-pdf.aspx>

Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E.S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S. & Taylor, D. (2001a) Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*. 33, 668-676.

Fielding, F. & Long, C. O. (2014) The Death Rattle Dilemma. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 18 (9), 466-471.

Larkin, P. J., Cherny, N. I., Carpio, D. La, Guglielmo, M., Ostgathe, C., Scotte, F. & Ripamont, C. I. (2018) Diagnosis, assessment and management of constipation in advanced cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*. 24 (4), iv111-iv125. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0923753419316977?via%3Dihub#bb0025>

Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro (2012). Lei de base dos Cuidados Paliativos. Diário da República I série, N.º 179 (05/09/2012), 5119-5124.

Neto, I. (2010). Modelos de Controlo Sintomático. In A. Barbosa & I. Neto (Ed). *Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed* (61-68). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.

Neto, I. (2010). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In A. Barbosa & I. Neto (Ed). *Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed* (43-60). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro – dos comentários à análise dos casos*. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiroedicao2005.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Cadernos OE. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Pacheco, A., Matos, L. S. & Madureira, M. M. (2010). Obstipação. In A. Barbosa & I. Neto (Ed). Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (43-60). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.

Pereira, J. L. (2010). Gestão da Dor Oncológica. In A. Barbosa & I. Neto (Ed). Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (69-126). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.

Querido, A. & Bernardo, A. (2010). Náuseas e Vômitos. In A. Barbosa & I. Neto (Ed). Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed (127-144). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.

Puentes, J.C.P. (2019). *Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população portuguesa*. (Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/42100>

IASP (2012). International Association for the Study of Pain.

Karabulu, N.; Erci, B.; Ozer, N. & Ozdemir, S. (2010). Symptom clusters and experiences of patients with cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 66 (5), 1011-1021.

Koslov, E., Phongtankuel, V., Prigerson, H., Adelman, R., Shalev, A., Czaja, S., Dignam, R., Baughn, R. & Reid, M. C. (2109). Prevalence, Severity, and Correlates of Symptoms of Anxiety and Depression at the Very End of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*. 58, 80-85. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392419301800>

Kreher, M. (2016). Symptom Control at the End of Life. *Medical Clinics of North America*. 100 (5), 1111-1122. Acedido em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025712516372844?via%3Dihub>

Raymond, V.; Bak, K.; Kiteley, C.; Martelli-Reid, L.; Poling, M.; Cameron, A.; Maddison, G.; Minhas, P. & Stefaniuk, K. (2010). *Symptom management guide-to-practice: dyspnea*. Canada: Cancer Care Ontario.

Rodrigues, A. (2013). *Avaliação da Dor ao Doente Oncológico em Cuidados Paliativos Incapaz de Comunicar*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Thomas, K et al. (2011). The GSF Prognostic Indicator Guidance (PIG). The Gold Standards Framework Centre In End of Life Care CIC. 4th Edition.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores

World Health Organization. (2018). WHO Definition of Palliative Care

6. ANEXOS

a) Anexo 1 – Instrução de Trabalho: Modo de Utilização da SPICT – PT™

b) Anexo 2 - Instrução de Trabalho: Modo de Utilização da ESAS/STAS

c) Anexo 3 – Instrução de Trabalho: Procedimento para aplicação do Fluxograma

1. OBJETIVO E CAMPO DE APLICAÇÃO

A *SPICT-PT™* irá ajudar os profissionais a identificar os doentes com indicadores gerais de deterioração da saúde e sinais/indicadores clínicos de uma ou mais doenças limitantes da vida e posteriormente avaliar os cuidados atuais e planear os cuidados futuros. Este instrumento ajuda a equipa multidisciplinar a decidir qual será a melhor altura de avaliar as necessidades de cuidados holísticos do doente e começar a planear cuidados futuros.

Esta instrução tem como objetivo instruir o enfermeiro a identificar os doentes com necessidades de cuidados paliativos no último ano de vida, que se encontrem internados no Hospital ...

2. RESPONSABILIDADE DA INSTRUÇÃO

Diretor clínico.

3. MODO DE PROCEDER

- a) A aplicação da *SPICT-PT™* deve ser realizada pelo enfermeiro que recebe o doente durante a primeira semana de admissão na unidade.
- b) A *SPICT-PT™* possui 6 indicadores gerais de deterioração da saúde e aumento das necessidades. Eles podem ser usados sozinhos para solicitar uma avaliação ou combinados com os indicadores SPIC de doenças avançadas e progressivas.
- c) Poderia ser usada a pergunta surpresa como uma maneira de identificar os doentes com necessidade de cuidados paliativos, contudo iremos fazer a pergunta: **Existem indicadores clínicos de que a saúde do doente em situação de doença grave e irreversível se está a deteriorar? Se = SIM**, é hora de avaliar as necessidades de cuidados holísticos da pessoa e começar a planear cuidados futuros com o doente e família.
- d) Assim, se existirem 2 ou mais indicadores gerais da *SPICT-PT™* o doente apresenta risco de morte no período de 12 meses.
- e) Posteriormente identificar se o doente tem indicadores clínicos específicos de declínio (cancro; demência/fragilidade; doença neurológica; doença cardiovascular; doença respiratória; doença renal; doença hepática; outras situações).
- f) Após a identificação do doente, será realizada uma revisão do plano de tratamento e terapêutico em data definida para a reunião da equipa multidisciplinar de forma a garantir que o doente receba os cuidados otimizados à sua fase de doença.
- g) Sempre que oportuno será realizada reunião com a família para planear com antecedência as tomadas de decisão futuras.
- h) A *SPICT-PT™* será arquivada no processo clínico do doente e será colocada uma identificação do quadro de doentes de forma a sinalizar que o doente tem necessidade de cuidados paliativos, apenas perceptível para os profissionais que cuidam do doente de forma a manter o anonimato, confidencialidade e respeito legal cumprindo a regulação de proteção de dados.

4. REFERÊNCIAS

Mira, M., Reis-Pina, P. & Barbosa, A. (2019). *Ferramenta de indicadores de cuidados paliativos e de suporte (SPICT-PT™)*. Disponível em: <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-pt/>

Thomas, K et al. (2011). The GSF Prognostic Indicator Guidance (PIG). The Gold Standards Framework Centre In End of Life Care CIC. 4th Edition.



Ferramenta de indicadores de cuidados paliativos e de suporte (SPICT-PT™)

A SPICT™ é um instrumento que permite identificar pessoas em situação de doença grave e irreversível. Permite avaliar a necessidade de cuidados paliativos e fazer o seu planeamento.

Procurar por indicadores gerais de deterioração da saúde

- Internamentos hospitalares não planeados.
- Má performance funcional ou declínio com reversibilidade limitada (pessoa acamada ou em cadeira-de-rodas mais do que 50% do dia).
- Dependente de outros nos cuidados pessoais devido a problemas de saúde físicos e/ou mentais.
- O cuidador precisa de mais assistência.
- Perda ponderal progressiva; permanece abaixo do peso normal; massa muscular diminuída.
- Sintomas persistentes, apesar do tratamento otimizado para as doenças de base.
- O próprio (ou a família) pede cuidados paliativos; escolhe reduzir, parar ou não receber tratamento; deseja focar-se na qualidade de vida.

Procurar por indicadores clínicos de uma ou mais doenças limitantes da vida

Cancro

Deterioração da capacidade funcional devido a cancro progressivo.

Estado físico muito debilitado para tratamentos oncológicos ou tratamento apenas para controlo dos sintomas.

Demência/ fragilidade

Incapacidade de se vestir, andar ou comer sem ajuda.

Redução na ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição.

Incontinência fecal ou urinária.

Incapacidade em manter a interação verbal; pouca interação social.

Quedas frequentes; fratura do fémur.

Episódios frequentes de febre ou infeções; pneumonia de aspiração.

Doença neurológica

Deterioração progressiva das funções físicas e/ou cognitivas apesar de terapia otimizada.

Problemas de fala com crescente dificuldade de comunicação e/ou deglutição.

Pneumonias de aspiração recorrentes; dispneia ou insuficiência respiratória.

Paralisia persistente após Acidente Vascular Cerebral com significativa perda de função e incapacidade progressiva.

Doença cardiovascular

Insuficiência cardíaca ou doença arterial coronária extensa e intratável; com sintomas de dispneia ou dor torácica em repouso ou com esforço mínimo.

Doença arterial periférica grave e inoperável.

Doença respiratória

Doença pulmonar crónica grave: dispneia em repouso ou com esforço mínimo entre as exacerbações.

Hipóxia persistente com necessidade de oxigenoterapia de longo prazo.

Já precisou de ventiloterapia para insuficiência respiratória ou a ventilação é contraindicada.

Outras situações

Deterioração e risco de morrer de outras condições ou complicações irreversíveis; qualquer tratamento disponível terá poucos resultados.

Doença renal

Estádios 4 e 5 de doença renal crónica (TFG <30 mL/min) com agravamento clínico.

Insuficiência renal com complicações para outras condições clínicas limitantes ou tratamentos.

Indicação para parar ou intolerância à diálise.

Doença hepática

Cirrose com uma ou mais complicações no último ano:

- ascite resistente a diuréticos
- encefalopatia hepática
- síndrome hepatorenal
- peritonite bacteriana
- hemorragias recorrentes de varizes esofágicas

Transplante hepático contraindicado.

Avallar os cuidados atuais e planear os cuidados futuros

- Revisão do tratamento e medicação atuais para garantir que a pessoa recebe cuidados otimizados; polifarmácia minimizada.
- Considerar encaminhamento para um especialista se os sintomas ou problemas forem complexos ou difíceis de tratar.
- Acordar um plano imediato e futuro de cuidados com a pessoa e a sua família. Apoiar os cuidadores.
- Planejar com antecedência caso a pessoa esteja em risco de perda da capacidade de decisão.
- Comunicar, coordenar e fazer o registo do plano de cuidados.

Para mais informações e atualizações, registe-se no SPICT website (www.spict.org.uk)

SPICT™, Maio 2019

1. OBJETIVO E CAMPO DE APLICAÇÃO

Identificar os sintomas descontrolados no doente em fim de vida, que se encontre internado no Hospital ...

Monitorizar os sintomas através da utilização do instrumento *ESAS/STAS*.

2. RESPONSABILIDADE DA INSTRUÇÃO

Diretor clínico.

3. MODO DE PROCEDER

a) Definições

Para conhecer as avaliações de sintomas realizadas diretamente pelos doentes, a *ESAS* é um instrumento muito adequado. Consiste num questionário com nove sintomas e um décimo, que o doente pode acrescentar. Permite avaliar os diversos sintomas, e a sua valorização, do ponto de vista do doente. Pelo que deve ser preenchida pelo próprio uma vez que o enfermeiro poderá valorizar um sintoma em relação a outro, e essa não ser a perceção do próprio doente. A cada sintoma é atribuído um valor de 0 a 10 (intensidade máxima).

Contudo, dado o contexto dos nossos doentes este instrumento nem sempre poderá ser preenchido pelo próprio, o que poderia alterar a avaliação dada a cada sintoma. Assim, recorreu-se a um instrumento que permite a avaliação dos sintomas por terceiros, a *STAS* que irá quantificar os sintomas da *ESAS*, sendo classificados de 0 (sem repercussão) a 4 (incomodo contínuo) pelo enfermeiro que abordar o doente. Para tal, foi construída uma grelha de observação com a junção destes dois instrumentos.

b) Recomenda-se a utilização da *ESAS/STAS* no doente em fim de vida com necessidade de cuidados paliativos.

c) Após a observação do doente o enfermeiro, fornece a escala verificando possíveis dificuldades na leitura e registo das respostas pelo doente. Se, se verificar que não há qualquer tipo de dificuldade, o doente preenche a escala e devolve quando terminada.

d) Caso o doente necessitasse de apoio o enfermeiro fica próximo do doente, para leitura das questões e registo das respostas.

e) Caso o doente não tenha condições clínicas para o preenchimento a avaliação será realizada pelo enfermeiro.

f) Após 15 dias da sua aplicação, ou sempre que exista descontrolo de sintomas, será realizada uma nova avaliação e monitorização da intensidade dos sintomas, permitindo verificar se existiu melhoria de sintomas no doente em fim de vida e assim avaliar se as medidas implementadas foram eficazes.

5. REFERÊNCIAS

Edmonds, P.M., Stuttaford, J.M., Penny, J., Lynch, A. M., Chamberlain, J. (1998). Do hospital palliative care teams improve symptom control? Use of modified STAS as na evaluation toll. *Paliativa Medicine*, 12, 345-351.

Neto, Isabel (2010). Modelos de Controlo Sintomático. In A. Barbosa & I. Neto (Ed). *Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed* (61-68). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.

GRELHA DE OBSERVAÇÃO – ESAS/STAS

Nome: _____ Idade: ____ Diagnóstico: _____

Motivo referenciação: _____ Data avaliação: _____

Tabela 1: Registo de avaliação dos sintomas descontrolados no doente em fim de vida.

	ESAS/EV	Caracterização	Notas	STAS
Dor				
Dispneia				
Fadiga				
Anorexia				
Obstipação/Diarreia				
Alterações da boca				
Disfagia				
Náuseas/Vómitos				
Hemorragia				
Edema/Ascite				
Agitação/Confusão				
Tristeza				
Ansiedade				
Défice neurológico				
Outros				

STAS 0 – sem repercussão 1 – nenhuma preocupação 2 – incomodo moderado: limita algumas atividades 3 – incomodo frequente e severo: atividades e concentração afetadas 4 – incomodo continuo: incapaz de pensar outras coisas

1. OBJETIVO E CAMPO DE APLICAÇÃO

Definir o procedimento da aplicação do fluxograma de apoio à intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas ao doente em fim de vida.

2. RESPONSABILIDADE DA INSTRUÇÃO

Diretor clínico.

3. RESPONSABILIDADE PELA APLICAÇÃO

Enfermeiros do Hospital ...

4. MODO DE PROCEDER

- a) O procedimento deve ser iniciado aquando há identificação do sintoma descontrolado (Sim ou Não).
- b) Permitir ao doente e/ou cuidador/família a caracterização de cada um dos sintomas apresentados.
- Características (evolução, localização, qualidade, intensidade);
 - Fatores de alívio e agravamento;
 - Impacto nas atividades de vida diárias;
 - Impacto psicossocial e espiritual;
 - Impacto no cuidador/família;
 - Estratégias de *Coping*;
 - Plano terapêutico.
- c) Se o doente está orientado e comunica verbalmente: aplicar escala de autoavaliação para o respectivo sintoma (por exemplo se dor: Escala Visual Analógica (EVA); Escala Numérica (EN); Escala Qualitativa (EQ); Escala de Faces (EF));
- d) Se o doente não está orientado: aplicar escalas de heteroavaliação para o respectivo sintoma (por exemplo se dor: Escala do Observador (EO) se pessoa tiver alterações do estado de consciência ou défices cognitivos, embora menos precisa; *PAINAD* se pessoa com ≥ 65 anos; ou *Abbey Pain Scale* se pessoa adulta com doença oncológica em cuidados paliativos);
- e) Confirmação que o doente apresenta sintomas descontrolados com necessidade de intervenção da equipa multidisciplinar:
- **Medidas Não Farmacológicas** (Gerais e/ou Específicas)
 - **Medidas Farmacológicas** (estabelecidas em parceria com a equipa médica ou de acordo com protocolos já instituídos):
 - Início ou aumento da terapêutica basal;
 - Administração de terapêutica de resgate usada para cada sintoma (dor, dispneia, estertor, ansiedade/angústia, agitação, náuseas/vómitos, obstipação)
- f) Reavaliar Intervenção:
- Se sintoma controlado monitorizar.
 - Se sintoma não controlado rever intervenções.
 - Se mantiver descontrolo sintomático, tomada de decisão em equipa multidisciplinar e/ou solicitar consultoria a Equipa com competências na área ou peritos.
- g) Registrar a avaliação de sintomas, o diagnóstico estabelecido, as intervenções farmacológica e não farmacológica realizadas e reavaliar os seus efeitos.

Elaborado por enfermeiro-chefe e enfermeira especialidade/mestrado
Data:

Aprovado por diretor clínico
Data:

Apêndice XXVI – Reflexão Crítica do Campo de Estágio III: UCCI



**Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em
Enfermagem Oncológica**

Estágio com Relatório

- REFLEXÃO CRÍTICA -

**CAMPO DE ESTÁGIO III: UNIDADE DE CUIDADOS
CONTINUANOS INTEGRADOS**

Ângela Raquel Simão Montez Nº 8844

Orientador: Professora Doutora Maria Deolinda Luz

Enf.º Orientadora: Enf.º Especialista Miguel Miguel

Lisboa

Fevereiro de 2020

1. UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (CAMPO DE ESTÁGIO III)

Esta reflexão desenvolve-se durante o último período de estágio, da unidade curricular Estágio com Relatório, a partir do confronto com uma situação da prática clínica que desencadeou alguns momentos de reflexão. À semelhança das reflexões já realizadas anteriormente, terá por base o acompanhamento de uma doente com doença oncológica em fim de vida durante a prestação de cuidados.

A situação descrita será analisada tendo por base as etapas do Ciclo Reflexivo de Gibbs (Gibbs, 2013), já utilizado e descrito nas reflexões anteriores.

Esta reflexão vem sustentar algumas das aprendizagens desenvolvidas durante este estágio. Embora, descreve uma situação concreta, fui confrontada com algumas situações, durante o estágio, em que existiu a dificuldade dos profissionais de saúde aceitarem o fim de vida, nomeadamente, os dilemas de suspender ou não, um tratamento, de desistir ou não daquele doente, de prolongar ou não o processo de morrer.

Nesta ordem de ideias, senti a necessidade de explorar a temática, do doente em fim de vida dado ser uma realidade muito frequente da prática clínica que exige aos profissionais de saúde o desenvolvimento de várias competências na área do controlo de sintomas, comunicação com o doente/cuidador/família, bem como a gestão do ambiente.

No sentido de manter a privacidade, o respeito e dignidade da pessoa alvo de cuidados, tal como sustenta o CDE (OE, 2005, artigo 106.º) usarei um nome fictício, Sr.^a F.

1.1. Descrição

A Sr.^a F., de 58 anos, encontra-se nesta unidade desde dezembro de 2019.

Tem o diagnóstico de carcinoma ductal invasivo da mama direita, em estágio IV, presença de metastização cerebral e pulmonar, com nódulo pulmonar no lobo inferior esquerdo, desde há quatro anos. Também com antecedentes pessoais de défice cognitivo marcado e mastectomia total radical direita com linfadenectomia axilar em junho de 2016 e fibromioma intramural uterino subseroso. Realizou QT e mantém seguimento em consulta de Oncologia.

Esteve internada numa instituição hospitalar antes da admissão na RNCCI, por agravamento do estado de consciência, hemiparésia esquerda com 3 dias de evolução e episódios recentes de incontinência urinária.

Foi referenciada à UCCI para apoio nas atividades de vida diárias, apoio na medicação, reabilitação motora e funcional, cuidados médicos e de enfermagem. A doente apresenta-se calma, consciente e orientada na pessoa. Comunicativa e colaborante dentro das suas possibilidades na prestação de cuidados.

Tem apresentado confusão nas últimas semanas, humor deprimido, e episódios de labilidade emocional.

Aquando da aplicação da Grelha de Observação – ESAS/STAS foram também identificados como sintomas descontrolados, dor, dispneia, ansiedade e parestesias ao nível dos membros inferiores.

Apresenta dependência total na maioria das atividades de vida diária (com exceção da alimentação), sendo que na última semana apenas realizou levante para cadeirão, por períodos de 1 hora, ficou confinada ao leito por astenia e fraqueza muscular.

Pele e mucosas descoradas e mediamente hidratadas

Apresenta, incapacidade da marcha, dores generalizadas a nível dos membros inferiores, medicada com transdérmico de Fentanilo.

Após os cuidados de higiene e conforto, aquando do levante para cadeirão a Sr.^a F dirigiu-se a mim, com alguma ansiedade e evidente polipneia, dizendo que tinha muita “falta de ar” (sic), que não se sentia bem, que as dores nas pernas eram muitas, que sentia que estava a “morrer aos poucos” (sic), que não queria tanto sofrimento.

Tentei calmamente falar com a Sr.^a F. mostrando disponibilidade e, ao mesmo tempo, avaliar o descontrolo de sintomas desencadeado pelo levante, percebi que existia uma grande dificuldade em aceitar as suas perdas, sempre que se confrontava com situações de maior dependência, pois sentia-se revoltada, o que lhe causava ansiedade e, consequente, dispneia.

Expliquei-lhe que a sensação de “falta de ar” poderia estar relacionada com o seu medo e ansiedade, pedi-lhe para que respirasse tranquilamente, que lhe iria administrar medicação para controlo da ansiedade e dispneia e que iria solicitar à psicóloga que viesse falar com ela.

Administrei a medicação prescrita em SOS e após o seu consentimento e agrado, a psicóloga teve a sua intervenção, fui vigiando a Sr.^a F, que antes do fim do turno já se sentia mais calma e confortável.

De salientar que durante o período noturno a Sr.^a F., começou também, a apresentar períodos de ansiedade generalizada, associada a episódios de dispneia, com necessidade de realização de medicação prescrita em SOS, com algum efeito.

Estes episódios têm sido mais frequentes nos últimos dias, com necessidade de manter oxigénio por óculos nasais, durante as 24h, e realização de medicação para controlo de sintomas.

A situação da Sr.^a F foi discutida, por duas vezes, em reunião multidisciplinar sendo adequado o plano de cuidados e terapêutico.

Perante o agravamento do quadro clínico e situação evidente de fim de vida, cujos ajustes da medicação não têm sido eficazes, e com o objetivo de evitar idas futuras ao serviço de urgência que só causariam desconforto, ponderou-se a referência para uma unidade de cuidados paliativos (UCP).

1.2. Pensamentos e Sentimentos

Esta situação despoletou em mim, primeiramente, sentimentos de angústia, enquanto enfermeira por, mais uma vez, ser referenciada à UCCI uma doente sem perspetiva de cura, não lhe sendo esclarecido o objetivo dos cuidados com clareza e desmistificados os mitos. O que condicionou, um plano de cuidados e terapêutico que se mostrou ser desadequado à realidade da situação clínica da Sr.^a F.

Por outro lado, um sentimento de coragem, ambição e determinação, encorajador à mudança no paradigma do cuidar o doente em fim de vida. Nomeadamente com a possibilidade de rever o seu plano de cuidados, após a avaliação dos seus problemas/necessidades. Mas também, um sentimento de dever não cumprido, de frustração e desapontamento pela necessidade de encaminhamento para uma unidade especializada, embora tenha percebido que conseguimos promover o bem-estar, conforto e qualidade de vida enquanto esteve internada na UCCI, compreendendo o momento de articular com outros profissionais com competência na área de cuidados paliativos, dado as necessidades mais complexas da Sr. F. Conseguindo desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019) ao perceber a necessidade de negociar com outros prestadores de cuidados de saúde.

Estes sentimentos são vivenciados no meu dia-a-dia, não só nesta situação, mas também, quando me deparo com doentes em situação de fim de vida, e percebo, durante a prestação de cuidados, que os mesmos, julgam estar numa UCCI para reabilitar e curar. Muitas vezes, os doentes vêm mal referenciados e, cabe-nos a nós, desmistificar porque não existe uma recuperação, porque não se sentem a melhorar, porque têm apresentado sintomas descontrolados. O descontrolo da Sr.^a F. era nítido, a sua expressão de ansiedade e medo foi marcante. Ao vivenciar estas situações, em que não são abordadas as necessidades de cuidados paliativos, os seus objetivos, sentimentos de desconforto, angústia e frustração são revividos por mim, mas também pelos meus colegas.

Esta situação levou-me ainda a constatar que por vezes, por estar no meu contexto de trabalho, sinto que estou a ser observada e avaliada pelos meus colegas, no que respeita aos conhecimentos e competências desenvolvidas, quer na prestação de cuidados, quer nas formações realizadas. O que, inicialmente, era confrangedor, revelou-se uma mais-valia, querendo tornar-me um elemento de referência na identificação dos doentes com necessidade de cuidados paliativos, de modo a adequar o plano de cuidados e terapêutico ao doente em fim de vida internado em UCCI

Sinto que a passagem pelos dois campos de estágio anteriores, foi rica em aprendizagens que potenciaram o desenvolvimento de conhecimentos e competências na área dos cuidados paliativos, de forma a conseguir adequar os meus cuidados ao doente em fim de vida numa UCCI. Acredito, que posso fazer a diferença no cuidado destes doentes, promovendo o seu conforto e bem-estar.

1.3. Avaliação

Nesta situação considero que consegui intervir de forma assertiva. Como vertente positiva identifico a possibilidade de adequar o plano de cuidados da Sr.^a F. debatendo-o com a equipa multidisciplinar. Além disso, a minha postura, enquanto enfermeira, pois consegui manter-me calma, e aplicar as competências de comunicação aprendidas e adequadas à situação, tais como a escuta ativa, a compreensão empática, o *feedback* e a esperança realista.

O facto de ter conseguido realizar uma comunicação assertiva, um diálogo verdadeiro, com controlo emocional e capacidade para resolução de problemas foi fundamental para o controlo de sintomas da Sr.^a F., sendo estas características identificadas por Ramos, Sapeta & Neves (2018) quando descrevem a prestação de cuidados perante um doente em fim de vida.

Ter conseguido identificar uma situação de *cluster* de sintomas, na qual a dispneia foi motivada pelo medo e ansiedade e administrar a medicação prescrita em SOS, antes que a situação piorasse, foi muito importante para esta doente. Para além da administração de *morfina* foi também, administrado *lorazepam* conforme recomendado no *Fluxograma – Intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas ao doente em fim de vida numa UCCI*, que se encontra no Anexo IV deste relatório de Estágio, e cuja medicação já se encontrava prescrito em SOS.

O facto de ter solicitado o apoio da psicóloga também foi mencionado pela Sr.^a F. com agrado, referiu que habitualmente não existe esse encaminhamento, tendo agradecido porque se sentiu valorizada, talvez por não querer estar sozinha naquele momento desconfortável, demonstrando alguma empatia, ao considerar ser este elo de ligação essencial para a ajudar no seu processo de doença oncológica em fim de vida.

Contudo, a doença da Sr.^a F encontrava-se em progressão, a cada dia o seu desconforto, o descontrolo de sintomas, a sua angústia era mais evidente. Foi essencial adequar o seu plano terapêutico, e embora tenham sido implementadas intervenções farmacológicas e não farmacológicas, após o surgimento de cada sintoma, chegou a fase em que a nossa equipa não poderia intervir mais, tendo-se articulado a sua transferência para a UCP, com o objetivo de lhe promover conforto e qualidade de vida.

1.4. Análise

A intervenção de um enfermeiro com conhecimento na avaliação do doente em fim de vida torna-se fundamental, tendo em conta que o doente se deve sentir seguro e apoiado nesta fase da sua vida.

De acordo com Goldsmith, Ferrell, Wittenberg-Lyles & Ragan (2013), a falta de diálogo e clareza com o doente pode estar relacionado com o facto dos profissionais de saúde se sentirem desconfortáveis para abordar temas como o fim de vida com o doente e sua família. O que leva a experiências de défice de comunicação, associadas a um sofrimento emocional, angústia e *stress*.

Os cuidados de fim de vida apresentam muitos desafios (como por exemplo, o controlo da dor e do sofrimento) não só para os médicos, mas também para os enfermeiros que cuidam destes doentes 24 horas por dia, bem como para o doente/cuidador/família (Griffiths, 2019). Não sendo discutidos todos os temas de forma clara, é natural, que exista dificuldade na prestação de cuidados a estes doentes, o que dificulta o estabelecimento de uma relação de confiança, a diminuição da ansiedade e a possibilidade de proporcionar conforto e bem-estar ao doente, criando esta sensação de angústia e abandono.

Analisando esta situação, percebo que a comunicação foi importante na avaliação dos problemas/necessidades da Sr.^a F., pareceu-me que se sentia revoltada perante a sua doença, talvez com perda de sentido de vida, devido ao aproximar do fim de vida, sendo normal que a perceção das suas limitações lhe causasse aquele

medo e ansiedade. O objetivo da minha intervenção foi demonstrar uma atitude empática e disponibilidade para escutar, utilizando tom de voz baixo e calmo, clarificando os sentimentos negativos que a Sr.^a F. referia como “*a falta de ar*” e se sentir a “*morrer aos poucos*”, tentando redirecionar o seu discurso para o facto de se ter conseguido levantar e da possibilidade de apoio psicológico.

Para Kolcaba (2003) a dor, náusea, fadiga, a ansiedade, solidão e angústia espiritual são aspetos geradores de desconforto que precisam de ser geridos para que o doente possa alcançar o estado de conforto holístico. Esta situação remete-nos para o contexto psicoespiritual da sua Teoria do Conforto, no qual o doente perante o fim de vida se questiona acerca do sentido da sua vida, sendo imprescindível assegurar a satisfação deste conforto, transmitindo calma e paz, com vista à tranquilidade.

Também Goldsmith, Ferrell, Wittenberg-Lyles & Ragan (2013) referem que ao promover a expressão de sentimentos, os enfermeiros testemunham o sofrimento e validam voz do doente, através da escuta ativa e de mensagens centradas na pessoa identificando e certificando sentimentos.

Na minha opinião, na situação relatada, as intervenções de enfermagem desenvolvidas estiveram de acordo com a abordagem centrada na pessoa, defendida por McCormack & McCance (2006) onde se estabelece um cuidado holístico no qual a interação com o doente é baseada na confiança, compreensão e partilha de conhecimento, tendo em conta as crenças e valores do doente, respeitando a sua vontade.

Na situação da Sr.^a F., há a considerar o descontrolo da ansiedade e da dispneia, que foi facilmente controlado após uma intervenção não farmacológica e farmacológica adequada. Contudo, com a progressão da doença outros sintomas foram identificados, sendo dirigidas, igualmente, intervenções não farmacológicas e farmacológicas para o seu controlo, até ao ponto em que se percebeu que nada mais tínhamos a oferecer. É aqui que surge a minha frustração ficando perturbada com o facto de não conseguir controlar os sintomas da Sr.^a F. e ter de enviá-la para uma unidade especializada. Contudo percebi que ao debatermos a sua situação, em reunião multidisciplinar, conseguimos evitar um futuro de idas ao serviço de urgência propondo a sua transferência para a UCP.

Tal como defende a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP, 2017-2018), os cuidados paliativos, quando aplicados precocemente, trazem benefícios

para os doentes e suas famílias, diminuindo o descontrolo sintomático dos doentes e a sobrecarga dos familiares.

Assim, percebi que não estaria a desistir, nem a abandonar a Sr.^a F., mas a promover o seu conforto, bem-estar e qualidade de vida, nos seus últimos dias de vida. Esta preocupação, também foi vivida pelos meus colegas, falámos posteriormente e questionámos se suspender a reabilitação seria mesmo desistir. Concluímos que nunca encaramos que o facto de estar a promover uma abordagem paliativa, é estar a investir na pessoa sendo essa abordagem promotora do seu conforto. Nesta situação, os meus colegas referiram ainda, que a atitude calma e a tranquilidade que mantive foi benéfica e que a Sr.^a F estava a direccionar toda a sua revolta, pela *“falta de ar e sentir-se a morrer aos poucos”*, pela progressão da sua doença oncológica. Sendo que nesta situação, o objetivo dos cuidados será sempre a maximização do conforto, com destaque para a otimização do controlo de sintomas (Romero et al, 2013; Neto, 2010b).

O controlo de sintomas, tem como objetivo principal a procura do conforto, do bem-estar e o alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual onde as ações terapêuticas se centram nas necessidades do doente em fim de vida e sua família. A intenção terapêutica única será promover a dignidade, aceitar os limites e a morte com a tranquilidade e serenidade possível e não a cura (Sapeta, 2011).

Torna-se importante referir que o modo como as informações são transmitidas, por meio da comunicação verbal e não-verbal, requer especial atenção e cuidado para uma escuta ativa, uma perceção e compreensão, e uma identificação dos problemas/necessidades de modo a planear as intervenções promotoras de conforto (Alvarenga, 2012).

Nesta ordem de ideias, os enfermeiros estão conscientes da necessidade de dar resposta aos problemas/necessidades complexas do doente em fim de vida (Simões & Rodrigues, 2010). Tentando perceber qual a melhor abordagem para o doente, refletido sobre os malefícios e benefícios de cada tratamento, indo ao encontro do referido por Romero et al (2013) em que o plano de cuidados de todos os doentes, deverá ter em consideração a possibilidade de uma abordagem paliativa, mas, sobretudo, nos doentes em fim de vida.

Alvarenga (2012), acrescenta ainda que a mudança de objetivos, nomeadamente o conforto em vez da cura, representam um desafio diário na prestação de cuidados da equipa de saúde, bem como a capacidade de comunicar

com o doente com sinceridade, verdade e sem juízos de valor. Reforçando, que as competências necessárias para cuidar um doente em cuidados paliativos são o controlo de sintomas, o apoio à família e a comunicação com o doente.

Perante a situação descrita e após a mesma ser debatida com a equipa multidisciplinar, posso afirmar que tal como defende Sapeta (2011), o mais importante, perante a necessidade de cuidados complexos, numa doença avançada e incurável, o doente/cuidador/família, deve ser seguido por uma equipa com formação em cuidados paliativos, cujo objetivo será o acompanhamento e conforto do doente em fim de vida, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida, tal como foi conseguido pela nossa equipa com a referenciação da Sr.^a F. à UCP.

Assim, com esta experiência, os sentimentos de angústia, frustração e desapontamento iniciais, transformaram-se em confiança e tranquilidade, tendo desenvolvido uma relação empática com a Sr.^a F., conseguindo, como a articulação da psicóloga e restante equipa, o seu acompanhamento por uma equipa especializada contribuindo esta situação para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

1.5. Conclusão

Twycross (2003) diz-nos que todos os profissionais de saúde têm “(...) a dupla responsabilidade de preservar a vida e aliviar o sofrimento (...)” (p.24), componente essencial para cuidados paliativos de qualidade, através da eficaz prevenção e controlo de sintomas, com o objetivo de minimizar o sofrimento do doente, preservando o respeito pela vida humana (Neto, 2010a; OE, 2015).

Através desta reflexão foi possível perceber que a comunicação na transferência dos doentes dos cuidados curativos para os cuidados paliativos, continua a ser algo visto como desconfortável, e também como uma frustração por parte dos profissionais de saúde, sendo encarado como uma derrota no cuidado ao doente em fim de vida. Assim, foi importante a situação descrita, bem como outras semelhantes que tive a oportunidade de vivenciar neste campo de estágio, desenvolvendo competências de comunicação e relação que melhoram a minha prestação de cuidados centrada no doente, mas também fomentou a partilha de experiências e conhecimento com a minha equipa de trabalho.

Considero que a vivência e análise desta situação, foi importante para o desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista, porque como já referi, permitiu aprofundar a comunicação com o doente em cuidados paliativos e

vivenciar sintomas descontroladas. Constatei que este momento de descontrolo de sintomas, característico do doente em fim de vida, me cativam enquanto enfermeira e futura especialista, acentuando a minha preferência por esta área de cuidados, suportando a minha tomada de decisão num juízo baseado no conhecimento e experiência, ao conseguir integrar os contributos que suscitam a reflexão sobre as decisões tomadas, e deste modo reconhecer a minha competência na área dos cuidados paliativos, conforme preconizado no perfil de competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019). Bem como o desenvolvimento da competência específica do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa no que se refere à avaliação de sintomas no doente, segundo as suas características, priorizando o impacto no próprio, utilizando ferramentas padronizadas, através da adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio desses sintomas, assim como a promoção de intervenções baseadas na evidência junto do doente em fim de vida (OE, 2018). E ao mesmo tempo, “reconhecer que os cuidados paliativos são da responsabilidade de todos os profissionais de saúde, independentemente do ambiente de cuidados” (EONS, 2018, p.32).

Concluindo, a aquisição e desenvolvimento destas competências contribuiu para que no futuro, me sinta mais calma e segura quando me deparar com situações semelhantes, transmitindo tranquilidade ao doente/cuidador/família, mas também confiança à restante equipa multidisciplinar.

Foi importante refletir e questionar as práticas existentes, explorar os medos e receios perante um doente em fim de vida para o qual a nossa UCCI não tinha mais tratamento a oferecer procurando estratégias para a resolução deste problema em equipa. Sabendo que a filosofia dos cuidados paliativos é facilmente implementada por “um grupo de pessoas (médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, ...) que trabalham em equipa, a qual deve estar coletivamente empenhada no bem-estar global do doente e sua família” (Sapeta, 2011, p.74) e que a comunicação surge como uma competência de excelência a desenvolver pelos enfermeiros, para proporcionar cuidados de qualidade.

Esta situação foi pertinente para o meu desenvolvimento pessoal e profissional e proveitosa na medida em que consegui utilizar o *Fluxograma – Intervenção do enfermeiro no controlo de sintomas ao doente em fim de vida numa UCCI* (Anexo IV), de forma rápida e intuitiva, mostrando através de intervenções promotoras de conforto, as intervenções não farmacológicas, e também as farmacológicas, que

podem ser mobilizadas no cuidar o doente em fim de vida, conseguindo demonstrar a sua eficácia e aplicabilidade no contexto da UCCI.

1.6. Planear a ação

Perante a situação descrita, penso que a minha abordagem foi exemplo de um cuidado holístico centrado na pessoa e a comunicação foi essencial no cuidado ao doente em fim de vida.

Foi importante poder fazer parte de uma equipa multidisciplinar que conseguiu gerir e implementar estratégias para lidar com uma situação complexa de uma doente com doença oncológica em fim de vida em evidente progressão, com descontrolo de sintomas, podendo assim sistematizar e refletir acerca das intervenções de enfermagem planeadas e executadas e dos resultados atingidos, tendo como fim, o controlo de sintomas, a diminuição do sofrimento e o aumento da qualidade de vida.

A mobilização de novos conhecimentos e competências, permitiu-me avaliar, rever e planear cuidados individualizados e centrados no doente em fim de vida, sendo o objetivo da intervenção a promoção do bem-estar, do conforto, da qualidade de vida e minimização do sofrimento físico/existencial, oferecendo meios de apoio de ajudam estes doentes a ter uma vida tranquila, com sintomas controlados, vivendo-a plenamente até ao fim.

Referências Bibliográficas

- Alvarenga, M. (2012). *A comunicação na transferência dos cuidados curativos para os cuidados paliativos*. In A. Barbosa, (Coord.). *Investigação qualitativa em Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- CNCP (2017-2018). *Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: Biénio 2017-2018*. Acedido a 24/04/2019. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1-1.pdf
- Gibbs, G. (2013). *Learning by doing: A Guide to Teaching and Learning Methods*. Oxford Brookes University: Creative Commons. Disponível em: <https://thoughtsmostlyaboutlearning.files.wordpress.com/2015/12/learning-by-doing-graham-gibbs.pdf>
- Griffiths, I. (2019). What are the challenges for nurses when providing end-of-life care in intensive care units? *British Journal of Nursing*. 28(16), 1047-1052.
- Goldsmith, Ferrell, Wittenberg-Lyles & Ragan, (2013). Palliative Care Communication in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 17(2),163-167.
- European Oncology Nursing Society (2018). *The EONS Cancer Nursing Education Framewor*. Bruxelas: EONS.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472–479.
- Neto, I. (2010a). *Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos*. In A. Barbosa, I. Neto (Ed). *Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed* (43-60). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Neto, I. (2010b). *Modelos de Controlo sintomático*. In A. Barbosa, I. Neto (Ed). *Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed* (61-68). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro – dos comentários à análise dos casos*. Acedido em 27/04/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_e_dicao2005.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Repe.*
Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_R EPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das Competências Específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.* Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (N.º 135 de 16/07/2018), 19359-1936.
Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 26 de 2019-02-06), 4744 – 4750. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Ramos, V.L.R., Sapeta, A.P. & Neves, S. (2018, outubro). A comunicação de más notícias ao doente em fase paliativa e sua família num serviço de medicina. In *IX Congresso Nacional de Cuidados Paliativos e 8º Congresso de Cuidados Paliativos do IPO Porto*. APCP com coorganização do IPO Porto, Porto.

Sapeta, P. (2011). *Cuidar em Fim de Vida: O Processo de Interação Enfermeiro-Doente*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Simões, R. & Rodrigues, M. (2010). Relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida. *Esc. Anna. Nery* (impr), 14 (3), 485-489.