



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

Relatório de Estágio

**Promoção do Conforto da Pessoa com Cancro de
Cabeça e Pescoço em Fim de Vida e Família –
Intervenção de Enfermagem**

Ana Rita dos Santos Oliveira

**Lisboa
2022**



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

Relatório de Estágio

**Promoção do Conforto da Pessoa com Cancro de
Cabeça e Pescoço em Fim de Vida e Família -
Intervenção de Enfermagem**

Ana Rita dos Santos Oliveira



Orientador: Sandra Cristina da Silva Neves



Lisboa

2022

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

O percurso para elaboração deste relatório foi difícil e só conseguido através do esforço e dedicação pessoal e também devido ao apoio, partilha e dedicação a quem passo a agradecer:

À professora Sandra Neves por toda a sua orientação ao longo deste caminho, pela partilha e reforços positivos.

Às Enfermeiras orientadoras, Enf^a Daniela Galvão, Enf^a Dora Santos e Enf^a Cátia Baptista, pelo acompanhamento e pela ajuda demonstrada em cada campo de estágio.

À minha chefe de serviço e à Enfermeira chefe da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos que sempre acreditaram em mim.

Aos colegas do serviço por todo o carinho, apoio e motivação bem como a ajuda na gestão de horários.

Por último, mas muito especial, à minha família e amigos, sempre presentes em todos os momentos da minha vida, por serem o meu porto seguro onde sempre me ancorei.

A todos, de coração, o meu muito obrigada!

LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS

CCP – Cancro de cabeça e pescoço

CP – Cuidados Paliativos

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EONS – European Oncology Nursing Society

ESAS-R – *Edmonton Symptom Assessment System* revista

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ORL - Otorrinolaringologia

PAC – Planeamento Antecipado de Cuidados

RESUMO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular de estágio com relatório do 3º semestre do 12º Curso de Mestrado/Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente de Enfermagem Oncológica. Exercendo funções num Serviço de Otorrinolaringologia e, contactando diariamente com pessoas com CCP, verifico, após reflexão pessoal, que esta população sofre um enorme impacto no seu conforto, em particular, no fim de vida, sendo uma perceção igualmente partilhada pelos colegas do serviço. Além disso, a equipa de enfermagem refere sentir dificuldades na prestação de cuidados promotores do conforto, nomeadamente, no controlo de sintomas do foro físico, psicológico, social e espiritual a esta população e sua família. Deste modo, com a elaboração deste relatório, pretendo demonstrar o processo de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista na intervenção de enfermagem à pessoa com CCP em fim de vida e sua família, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e promover o seu conforto. Sustentada na metodologia de projeto, realizei três estágios onde, nos dois primeiros, potenciou-se um processo de desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e pessoais para o cuidar da pessoa em fim de vida. No último estágio, apliquei o que foi desenvolvido em termos de competências de enfermeiro especialista bem como capacitei a equipa de enfermagem através da realização de duas formações onde foram apresentadas as intervenções de enfermagem promotoras do conforto à pessoa com CCP em fim de vida e família, conteúdos acedidos através da revisão da literatura e observação da prática de cuidados. Foram ainda elaborados e apresentados um guia orientador de cuidados dirigido aos enfermeiros do Serviço de ORL que será uma ferramenta chave para a prática bem como um protocolo de articulação com a EIHS CP que permitirá estruturar a resposta às necessidades de cuidados paliativos da pessoa com CCP através da parceria entre as equipas de enfermagem dos Serviços ORL – internamento e da EIHS CP, sendo que ambos irão potenciar uma resposta mais precoce e de qualidade pela equipa de enfermagem e contribuir para a promoção do conforto da pessoa em fim de vida e família.

Palavras-chave: pessoa com doença oncológica, cabeça e pescoço, conforto, intervenções de enfermagem e fim de vida.

ABSTRACT

This report was developed within the internship curricular unit with report of the 3rd semester of the 12th Course of Master/Specialty in Medical-Surgical Nursing in the Oncological Nursing field. Performing functions in an Otorhinolaryngologist Service and contacting daily with CCP patients, I verified after a personal reflection, that this population suffers an enormous impact in its comfort, particularly, in the end of life. This perception is equally shared by the co-workers. Furthermore, the nursing team refers to have difficulties in the provision of care that maximize comfort, namely the control of symptoms of the physical, psychological, social and spiritual forum to this population and its family. This way, with the elaboration of this report, I intend to demonstrate the development process of skills of a specialist nurse in the nursing intervention to the person with CCP in end of life and its family, contributing to the improvement of the quality of the provided care and promotion of their comfort. Supported by the project methodology, three internships were made where, in the first two, it was strengthened a development process of technical, relationship and personal skills to the care of a person in end of life. In the last internship, I applied what was developed in terms of skills of specialist nurse as well as I enabled the nursing team through two trainings where it was disclosed the nursing interventions promoters of comfort to the person with CCP in end of life and family, contents assessed through the literature review and observation of practical cares. It was also made and presented a guiding guide of cares addressed to the nurses of the ORL Service which will be a key tool for the practicing as well as an articulation protocol with the EIHSCP, which will allow to organize the answer to the needs of palliative care of the person with CCP through the partnership between the nursing teams of the ORL Services – internment and the EIHSCP, both of which will potentiate an earlier and with more quality action by the nursing team as well as promote the comfort of the person in end of life and its family.

Keywords: person with oncological disease, head and neck, comfort, nursing interventions and end of life

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.1. A pessoa com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida e família	14
1.2. A intervenção do enfermeiro na promoção do conforto da pessoa com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida e família	16
1.3. A Teoria de Conforto de Katherine Kolcaba e o cuidar da pessoa com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida e família.....	21
2. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS	23
2.1. Metodologia do projeto e atividades principais.....	23
2.2. Descrição e análise das atividades desenvolvidas em cada estágio	25
2.2.1 Primeiro estágio realizado no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço/ORL/Endocrinologia	26
2.2.2 Segundo estágio realizado na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	35
2.2.3 Terceiro estágio realizado no Serviço de Otorrinolaringologia	42
3. AVALIAÇÃO.....	48
4. CONCLUSÃO E PERSPETIVAS DE TRABALHO FUTURO.....	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52

ANEXOS

**ANEXO I – Escala Edmontom Symptom Assessment System revista
(ESAS-R)**

APÊNDICES

APÊNDICE I – Revisão *Scoping*

APÊNDICE II - Dados obtidos após aplicação do questionário de diagnóstico aos enfermeiros do Serviço de Otorrinolaringologia

APÊNDICE III – Reflexão crítica sobre uma situação vivenciada segundo Ciclo de *Gibbs*

APÊNDICE IV – Estudo de Caso

APÊNDICE V – Reflexão sobre a estrutura e dinâmica do segundo campo de estágio

APÊNDICE VI – Guião da entrevista e apresentação dos achados obtidos

APÊNDICE VII – Reflexão sobre o papel do enfermeiro em consultoria

**APÊNDICE VIII – 1ª Formação realizada no Serviço de Otorrinolaringologia
“*Promoção do conforto da pessoa com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida e família – intervenção de enfermagem*”**

APÊNDICE IX – Guia orientador de cuidados à pessoa com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida e família – intervenção de enfermagem

APÊNDICE X - “*Parceria para melhor cuidar*” – Protocolo de articulação entre as equipas de enfermagem de Otorrinolaringologia e da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

APÊNDICE XI – 2ª Formação realizada no Serviço de Otorrinolaringologia – Guia orientador de cuidados e Protocolo de articulação

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório do 3º semestre do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente de Enfermagem Oncológica. Este documento apresenta uma descrição e análise reflexiva e crítica, onde espelha todo o trajeto percorrido ao longo da implementação de um projeto de intervenção que potencia o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo por foco a promoção do conforto da pessoa com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida. Deste modo, serão apresentadas as atividades planeadas e desenvolvidas durante os diferentes campos de estágio, sustentadas pela evidência científica mais atual, tendo como referencial teórico de suporte a teoria de Conforto de Katherine Kolcaba, as competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento Nº140/2019) e as específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (Regulamento Nº429/2018) emanadas pela Ordem dos Enfermeiros, as competências descritas para a enfermagem oncológica da European Oncology Nursing Society (EONS, 2018) e as dos descritores de Dublin para o 2º Ciclo que constituem as competências de mestre (Decreto-Lei Nº74/2006).

Este projeto foi desenvolvido tendo por base a metodologia de projeto onde se pretende a realização de uma interligação entre a teoria e a prática, com o objetivo de implementar intervenções dirigidas que contribuam para solucionar o problema identificado, sendo composta pela fase diagnóstica do problema, a planificação das atividades e estratégias, a sua execução, a avaliação e a divulgação de resultados (Ruivo et al., 2010).

Quando surgiu a oportunidade de desenvolver um projeto, em torno de um problema identificado no meu serviço, em otorrinolaringologia, onde exerço há cinco anos, a temática do cuidar da pessoa com cancro de cabeça e pescoço (CCP), em cuidados paliativos emergiu por ser do meu interesse pessoal e profissional. Também foi notório o interesse por parte da equipa de enfermagem manifestado em conversas, testemunhado através da observação e partilha de dificuldades na prática, que são incrementadas pela rotatividade de elementos da equipa de enfermagem. Foi possível verificar que a maior parte dos elementos da equipa está desperto para as necessidades que esta população pode apresentar, mas tem muitas dúvidas em como intervir em determinadas situações, nomeadamente, no fim de vida.

Tem sido alvo da minha reflexão, pelo que identifico a necessidade de intervir no sentido de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a esta população, assim como fomentar a articulação com a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), sendo esta uma das grandes dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem.

A literatura diz-nos ser um desafio à prática de enfermagem, cuidar da pessoa com CCP em fim de vida: pela própria localização anatómica da doença, as consequências do tratamento e evolução da mesma, o impacto na aparência facial, fala, deflutição e respiração

e a nível psicológico, emocional e social o que leva ao comprometimento efetivo do conforto. Sem esquecer o apoio à família, devendo ser priorizados estes focos de intervenção na prática diária do enfermeiro (Bower & Waxman, 2008). A intervenção direcionada à promoção do conforto da pessoa em fim de vida deverá ser uma preocupação central da prática de enfermagem, através da identificação precoce das suas necessidades e sintomas e atuação de forma individualizada e direcionada para o que se depara (Pereira, 2010).

O enfermeiro desempenha um papel importante nos cuidados que presta a esta população, sendo necessário que possua conhecimentos atuais e que desenvolva competências especializadas na área, tal como é esperado de um enfermeiro especialista em oncologia (EONS, 2018; Magalhães, 2009). Sendo notória a pertinência e a importância do desenvolvimento do projeto nesta área, este tem como finalidade promover o conforto da pessoa com CCP em fim de vida e família.

Deste modo, este relatório tem como objetivos: analisar de forma reflexiva o trajeto percorrido para o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica, na área da promoção do conforto da pessoa com CCP em fim de vida e família, demonstrar conhecimentos na área da promoção do conforto da pessoa com CCP em fim de vida e família e avaliar os resultados da implementação do projeto de intervenção.

De inúmeros referenciais teóricos, foi escolhido como suporte a este projeto um que se apresenta bastante pertinente e com aplicabilidade em termos práticos, ou seja, a Teoria de Conforto de Katherine Kolcaba. Esta teoria considera o conforto como o resultado obtido através da aplicação de intervenções de enfermagem para aliviar ou eliminar o *distress*, sendo assim um estado em que todas as necessidades básicas de alívio, tranquilidade e transcendência estão satisfeitas. Estes três estados de conforto são desenvolvidos nos contextos: físico, sociocultural, psicoespiritual e ambiental (Kolcaba, 2003). Está descrito que, em contexto de cuidados de saúde, as necessidades de conforto dos indivíduos em fim de vida que não tenham tido repostas por outros sistemas de suporte, são satisfeitas pelos enfermeiros (Kolcaba, 2003).

Indo além do referencial teórico selecionado, é preconizado, para o desenvolvimento de competências já previamente apresentadas, o planeamento e realização de três estágios em diferentes contextos. O primeiro foi realizado no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço/ORL/Endocrinologia e permitiu observar e contactar com o doente oncológico no seu trajeto de doença, compreendendo como este vivencia a transição de cuidados e tendo como foco o maximizar o conforto da pessoa com doença oncológica avançada e sua família. O segundo estágio, desenvolvido na EIHS CP, permitiu acompanhar a intervenção dirigida às necessidades de conforto apresentadas pelas pessoas em fim de vida e suas famílias. O último estágio, realizado no serviço onde exerço, o Serviço de ORL, permitiu mobilizar e aplicar os conhecimentos e competências desenvolvidas ao longo dos campos de estágio,

melhorando a qualidade dos cuidados prestados a esta população através da sensibilização e capacitação da equipa de enfermagem tendo como objetivo major a promoção do conforto da pessoa e família.

No que diz respeito ao desenvolvimento do relatório, em termos de estrutura, este será composto por uma introdução, uma conclusão e perspectivas de trabalho futuro, ou seja, o que será expetável vir a ser desenvolvido posteriormente. Além disso, constarão 4 capítulos, sendo que o primeiro diz respeito ao enquadramento teórico onde será apresentado o conhecimento mobilizado ao longo da elaboração do projeto, tendo por base a reflexão e interpretação da evidência científica, na área da promoção do conforto da pessoa com CCP em fim de vida e família bem como o referencial teórico sustentado pela Teoria de Conforto de Katherine Kolcaba. Posteriormente, constará um capítulo que diz respeito à execução das atividades propostas, o que foi e como foi realizado e de que forma se relacionam como desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente Enfermagem Oncológica. Seguidamente, será apresentado um capítulo onde consta a avaliação do percurso realizado ao longo da implementação do projeto.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, será apresentado o enquadramento teórico que serviu de suporte ao longo deste caminho, bem como do referencial teórico em que me ancorar. Está dividido em três subcapítulos, sendo que no primeiro serão mobilizados conhecimentos acerca da pessoa com CCP em fim de vida e família com ênfase para as localizações deste tipo de cancro, dados nacionais e internacionais acerca da mortalidade, a evolução do mesmo e a necessidade de alteração da finalidade do tratamento para uma abordagem paliativa. No segundo capítulo, será realçada a importância do cuidar do enfermeiro à pessoa com CCP em fim de vida e família, com a apresentação de intervenções promotoras do conforto sustentadas por evidência científica. O último capítulo pretende realçar a relevância da Teoria de Conforto de Katherine Kolcaba como base de sustentação do projeto e a sua relação com o cuidar da pessoa com CCP em fim de vida e família.

1.1. A pessoa com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida e família

O cancro não é uma doença isolada, sendo uma coleção de muitas doenças que partilham características comuns, por outro lado, também é visto como uma doença de origem genética que, através de mutações, faz com que a célula se multiplique de forma descontrolada (Bower e Waxman, 2008). O CCP, inclui ostumores localizados no lábio, cavidade oral, nasofaringe, orofaringe, hipofaringe, laringe, nariz e seios peri-nasais, glândulas salivares, tiróide e paratiróide e componentes ósseas (American Nursing Society, 2021).

O tratamento deste tipo de cancro é agressivo e doloroso, onde o objetivo principal é a cura ou a remissão da doença, conseguido através do tratamento adotado que, habitualmente, engloba a cirurgia, quimioterapia e radioterapia (Santana e Costa, 2019).

Contudo, apesar dos avanços científico-tecnológicos, o cancro ainda continua a ser das doenças com maior taxa de mortalidade, em particular, o CCP que no ano de 2020 foi responsável por cerca de 510 411 óbitos em todo o mundo (Global Cancer Observatory, 2020). Em Portugal, verificaram-se 1316 óbitos por CCP do total de 30 168 (número total de óbitos por cancro) (Global Cancer Observatory, 2021). A evidência diz-nos que existe um consenso de que o prognóstico do CCP em estadios avançados é pouco favorável, devido à sintomatologia inicial apresentada ser de difícil interpretação e o consequente atraso na procura dos cuidados de saúde (Felippu et al., 2016). Destemodo, poderá ter uma eventual evolução da doença que conduz à limitação das opções de tratamento, diminui a possibilidade de cura e poderá levar à mudança da finalidade do tratamento (Felippu et al., 2016; Santana

e Costa, 2019). O fim de uma terapia curativa não traduz o término ativo dos cuidados, ou seja, existe uma alteração no foco do tratamento, onde se assume como primordial, o controlo da variada sintomatologia bem como a melhoria da qualidade de vida da pessoa e família promovendo o seu conforto, devendo a transição para uma abordagem paliativa ser realizada de forma gradual e progressiva (Santana e Costa, 2019). Estima-se que cerca de 60% dos doentes necessitem de terapia paliativa durante o curso da doença, o que, em muitos casos, surge após cerca de 18,1 meses do diagnóstico inicial (McCammon, 2019). Tanto quando o tratamento é curativo como paliativo, o controlo sintomático é um dos principais desafios da terapêutica devido à agressividade deste tipo de cancro.

Não obstante, a necessidade de cuidados paliativos impera quando ocorre uma mudança nos objetivos e finalidades do tratamento (Santana e Costa, 2019).

Os CP são definidos como:

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

Os cuidados paliativos focam as áreas fundamentais do controlo de sintomas, o apoio à família, a comunicação adequada e o trabalho de equipa (Neto, 2016). Defende-se hoje que, com vista à maximização da qualidade de vida da pessoa, a introdução dos cuidados paliativos se realize tão precocemente quanto possível, ou seja, desde que haja o diagnóstico de uma doença grave e crónica, como o caso do cancro. Deste modo, é preconizado que, no caso de ocorrer um agravamento/evolução desfavorável da doença, se possa intervir através da prestação de cuidados atempados, dando resposta às necessidades da pessoa e família, minimizando o sofrimento destas (Neto, 2016).

Neste seguimento, importa ainda explicitar o conceito de fim de vida adotado neste projeto, sendo descrito como uma situação onde um doente terminal apresenta uma doença avançada, incurável e evolutiva, com elevadas necessidades de cuidados de saúde pelo sofrimento associado e que, em média, apresenta uma sobrevivência esperada de 3 a 6 meses (Neto, 2016).

A enfermagem em cuidados paliativos tem sofrido um enorme desenvolvimento, com uma ênfase clara na importância da combinação do conforto físico, emocional e

espiritual, dos doentes que sofrem de doença avançada, com sintomas de difícil controlo e com sofrimento emocional e existencial associado (EONS, 2018; Magalhães, 2009). Ainda assim, a literatura descreve a importância do investimento contínuo na formação dos enfermeiros para que cuidem de um modo holístico e humanizado, com base na evidência científica mais atual e sejam responsáveis pela formação dos pares (Correia et al., 2017).

Aqui enfatiza-se a necessidade de aprofundar conhecimentos para cuidar da pessoa com CCP, que se revela ser um desafio à prática de enfermagem, devido às necessidades que esta apresenta. Na literatura é possível identificar inúmeras necessidades da pessoa com CCP em fim de vida, nomeadamente, de ordem física, psicológica/emocional, espiritual e socioeconómica pelo que, a intervenção do enfermeiro, será uma mais-valia no restabelecer do bem-estar e qualidade de vida promovendo o seu conforto. São descritas como necessidades físicas, a dor, a dispneia, a disfagia, a hemorragia, as náuseas e vômitos, a xerostomia, a obstipação, a alteração da comunicação e da imagem corporal (esta alteração é transversal a todas as necessidades, tendo um enorme impacto negativo na pessoa e família) (Buga et al., 2018). Como necessidades psicológicas/emocionais, a ansiedade e o sofrimento da pessoa e também da família ou pessoas envolvidas está presente ao longo de toda a trajetória da doença podendo progredir para o desenvolvimento de processos patológicos, como depressão. Em termos socioeconómicos, é referido a alteração de papéis, que ocorre devido à incapacidade da pessoa com cancro e a sua consequência em termos da funcionalidade familiar, a alteração dos rendimentos e os custos associados aos tratamentos de várias ordens, bem como a modificação das próprias relações sociais (Melo e Rocha, 2019; Rabello et al., 2021).

Além da pessoa, a família deve ser sempre, alvo de cuidados pois, tem um importante papel no apoio à pessoa em fim de vida, mas também, porque sofrem o impacto da doença, devendo ser incluída no plano de cuidados do enfermeiro (Neto, 2016). A atenção contínua às necessidades e ao conforto da pessoa em fim de vida e família detém um caráter tão importante como os cuidados prestados em qualquer outra fase da doença (Bower e Waxman, 2008).

1.2. A intervenção do enfermeiro na promoção do conforto da pessoa com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida e família

É evidente a importância do investimento do enfermeiro no que diz respeito, ao aprofundar de conhecimentos e desenvolvimento de competências que potenciem uma prática de cuidados baseada na evidência, focando ao máximo, a promoção do conforto da pessoa em fim de vida e família. Melo e Rocha (2019), reforçam a necessidade de investimento na pesquisa para melhoria da prática de cuidados à pessoa com doença

oncológica em fim de vida, o que contribui para o conforto da mesma, promovendo a sua qualidade de vida nos últimos meses de vida.

No decurso da elaboração do projeto, foi realizada uma revisão da literatura que tinha como objetivo mapear as intervenções de enfermagem que visavam a promoção do conforto da pessoa com CCP em fim de vida e permitindo a integração destas na prática de cuidados dos enfermeiros de ORL (Apêndice I).

Da pesquisa efetuada foi possível identificar inúmeras necessidades da pessoa com CCP em fim de vida, nomeadamente, físicas, psicoespirituais e socioeconómicas. As necessidades físicas conduzem a alterações da respiração, da alimentação, da cavidade oral, dor, alterações da integridade cutânea, hemorragia, alterações da comunicação, da eliminação e da autoimagem (Balfe et al., 2018; Goldstein et al., 2008; Luca et al., 2012; Mady et al., 2018; Mayland e Payne, 2018; Mayland et al., 2021a; Mayland et al., 2021b; Mott e Adams, 2019; Nilsen e Johnson, 2017; O'Sullivan e Higginson, 2016; Sesterhenn et al., 2008).

Luca et al. (2012) reconhecem que uma das principais intervenções a implementar pelo enfermeiro é a avaliação adequada das queixas do utente (após a identificação das necessidades já mencionadas), nomeadamente, através da identificação da queixa/sintoma, explicação das causas da mesma, adoção de estratégia terapêutica mista, monitorização dos sintomas, reavaliação frequente das medidas terapêuticas instituídas, cuidar dos detalhes e estar disponível. Esta intervenção deverá ser realizada sempre numa fase inicial dos cuidados, sendo considerada como prioritária e essencial para se poder prosseguir para as seguintes na ótica de uma prática individualizada do cuidar.

Segundo Sesterhenn et al. (2008) a pessoa com CCP em fim de vida apresenta elevado risco de aspiração e de sufocação, por dispneia súbita, aumento da massa tumoral ou pelo acumular de secreções/criação de rolhões. Para intervir na alteração respirar, são descritas intervenções como: promover tosse eficaz, aspirar secreções, vigiar a respiração e as secreções, podendo ser necessário a realização de uma traqueotomia em contexto de urgência.

Face às alterações da alimentação, a pessoa poderá apresentar disfagia grave/severa o que poderá limitar/impedir a ingestão alimentar via oral. Goldstein et al. (2008) apresenta como intervenções: a otimização da consistência da dieta, orientação para nutricionista ou pedido de apoio da terapia de deglutição, contudo, quando se revelam insuficientes, poderá existir a necessidade de colocação de dispositivo de alimentação entérica, seja sonda nasogástrica ou gastrostomia (após consenso entre equipa multidisciplinar e concordância do utente). É ainda descrita a importância da intervenção do enfermeiro nas náuseas e vômitos, através da otimização de terapêutica e da dieta, se possível, e vigilância do vômito.

As alterações da cavidade oral da pessoa com CCP em fim de vida causadas pelos tratamentos e/ou pela própria progressão tumoral, são geradoras de desconforto, nomeadamente, a xerostomia, a mucosite e a sialorreia. Em termos de intervenções de

enfermagem, Balfe et al. (2018) ressaltam a importância dos cuidados orais através de uma higiene adequada e a vigilância da cavidade oral, sendo também descrito como uma forma de prevenção para o aparecimento de lesões. Face à mucosite, a literatura refere como benéfico aplicar cubos de gelo na cavidade oral, realizar bochechos com lidocaína, nistatina e bicarbonato de sódio, realizar bochechos com clorexidina, mas sem álcool e aplicação de mel (Goldstein et al., 2008). Em relação à xerostomia, é recomendado o uso de saliva artificial, pilocarpina (com uso controlado devido a efeitos secundários), goma sem açúcar e ingestão de alimentos frios para lubrificar a mucosa (Goldstein et al., 2008). O mesmo autor ressalva a importância do uso de anti-colinérgicos para controlo da sialorreia.

A intervenção na dor, dos sintomas mais prevalentes na pessoa em fim de vida, pressupõe, à semelhança dos anteriores, uma correta avaliação e identificação da mesma, para implementação posterior de medidas farmacológicas (tendo conhecimentos sobre a escada analgésica da OMS), em parceria com a equipa médica, e de medidas não farmacológicas, como sejam, as técnicas de relaxamento, imaginação guiada, toque, musicoterapia, massagem terapêutica, entre outras (Goldstein et al., 2008; Luca et al., 2012; Nilsen e Johnson, 2017; Sesterhenn et al., 2008). Sesterhenn et al. (2008) foca a importância da gestão das vias de administração de terapêutica e recomenda que se opte pela via oral, transdérmica e/ou subcutânea em detrimento da endovenosa e intramuscular.

Poderão surgir alterações da integridade cutânea, devido aos tratamentos de quimioterapia e radioterapia realizados que causam fragilidade cutânea e/ou progressão da doença com o aparecimento de feridas tumorais (Goldstein et al., 2008; Sesterhenn et al., 2008). Para a fragilidade cutânea, é recomendada a hidratação da pele com cremes hidrofílicos com aloé vera e/ou ácido hialurónico e evitar os que apresentem lanolina na sua composição e vigiar a pele (Goldstein et al., 2008). No caso das feridas tumorais, importa realizar uma correta avaliação das suas características (tecidos presentes, grau de exsudado, odor, profundidade e a própria localização) e mediante isso, otimizar o tratamento (Sesterhenn et al., 2008). Uma das estratégias direcionadas para o grau de exsudado é o uso de material absorvente (Goldstein et al., 2008; Sesterhenn et al., 2008). Os mesmos autores mencionam que, para feridas muito exsudativas e com odor presente, é recomendada a irrigação com metronidazol e apenas para controlo de odor, é utilizado o carvão ativado e uso de café em grão e aplicar no próprio penso. O uso de ambientadores e de areia para gatos poderá ser uma opção a adotar no ambiente onde a pessoa está inserida, no próprio quarto em ambiente hospitalar ou até mesmo realizar o ensino sobre essa estratégia para o domicílio (Ferris e Bodtke, 2013; Sesterhenn et al., 2008; White e Cutting, 2006).

As alterações da eliminação são frequentes, nomeadamente, da eliminação vesical e intestinal, sendo a segunda a mais referida na literatura (Mayland et al., 2021a). Tal acontece devido ao uso de terapêutica opióide que promove a diminuição da motilidade intestinal e pela limitação na mobilidade da pessoa causada pela astenia e fraqueza. Mayland et al. (2021a)

aludem para a necessidade de implementar intervenções que permitam conhecer o padrão intestinal prévio da pessoa, realizar massagem abdominal, otimizar a terapêutica laxante, vigiar as fezes bem como otimizar a dieta com aumento do consumo de fibras e ingestão hídrica, se possível.

Outra das importantes alterações que a pessoa com CCP experiencia é, em muitos casos, a impossibilidade de comunicar verbalmente devido à localização da doença e a necessidade de ostomia respiratória, o que tem implicações na vivência pessoal, familiar e social (Luca et al., 2012). A que acresce a impossibilidade de utilizar uma cânula fenestrada devido ao aumento de secreções, sendo esta uma situação comum neste estágio da doença, pelo que os autores propõem a adoção de outras estratégias como escrita, a linguagem gestual, mímica labial, listas de símbolos sobre atividades do dia a dia e dispositivos digitais – telemóveis e tablets (Goldstein et al., 2008; Mayland e Payne, 2018; Mayland et al., 2021b).

A hemorragia pode ocorrer na pessoa com CCP em fim de vida. Esta poderá ser de pequeno ou grande volume sendo que, em muitos casos, culminam com a morte pelo que, é importante comunicar de forma clara e assertiva, junto da pessoa e família, a possibilidade de ocorrência de hemorragias e o que fazer, caso surjam no domicílio (O’Sullivan e Higginson, 2016). A literatura identifica intervenções como: otimização de terapêutica com o uso de ácido aminocapróico endovenoso e tópico, realização de compressão manual se o local da hemorragia o permitir, aplicação de crioterapia, colocação de cânula de traqueotomia não fenestrada com cuff insuflado (caso não tenha esse tipo de cânula, se tiver apenas insuflar o cuff) e, no domicílio, uso de toalhas vermelhas e pretas (diminui o confronto visual com o sangue). É fundamental, a evicção de fontes de calor e ingerir dieta fria, se a condição da pessoa permitir a ingestão alimentar (Goldstein et al., 2008; O’Sullivan e Higginson, 2016; Sesterhenn et al., 2008). Deverá ser discutido previamente com a pessoa, se numa situação das referidas, a mesma deseja ser sedada.

O’Sullivan e Higginson (2016) descrevem e alertam, para a importância do planeamento antecipado de cuidados (PAC) na pessoa em fim de vida. O PAC emerge como potenciador da tomada de decisão e autonomia da pessoa, permite conhecer as preferências e vontades da mesma, numa situação de agravamento da sua condição clínica como, por exemplo, perante risco de sufocação ou hemorragia de grande volume, o local de cuidados e o local de morte, devendo estar documentado em processo clínico, por ser um local de fácil acesso à equipa multidisciplinar. O’Sullivan e Higginson (2016) recomendam que esta intervenção seja implementada, o mais precocemente possível, idealmente envolvendo a pessoa doente e família ao longo de todo o processo. Deste modo, é salvaguardada uma prática de cuidados individualizada e tendo presente a pessoa como ser único, mostrando respeito pela mesma.

As alterações da autoimagem conduzem a desfiguração facial devido à realização prévia de cirurgias mutilantes e à própria evolução e progressão da doença (Mott e Adams,

2019). Estes autores recomendam o ensino atempado de estratégias que promovam a componente estética e o embelezamento tais como: uso de gorro, peruca, lenço no pescoço e maquilhagem terapêutica.

As necessidades psicoespirituais da pessoa em fim de vida são, na maior partedas situações, manifestadas por ansiedade, medo, tristeza, sofrimento, desespero e, caso não haja um despiste, identificação e intervenção precoce, poderá conduzir a processos patológicos, como por exemplo, a depressão (Mott e Adams, 2019). De acordo com Mott e Adams (2019) nesta fase de vida têm um risco aumentado de suicídio. Pelo que, Mayland et al. (2021a) e Mayland et al. (2021b) propõem a implementação de intervenções como: fornecer suporte emocional, promover a gestão de emoções, conversar com a pessoa de forma clara e assertiva, percebendo o que esta sabe e o que pretende saber e validando o que foi transmitido, clarificar o conceito de cuidados paliativos, desmistificando o seu significado, se necessário, clarificar desejos, vontades e preferências do utente e questioná-lo sobre o local preferencial de cuidados (ficar documentado, o que remete para o PAC já mencionado anteriormente) bem comopromover o envolvimento familiar. Mady et al. (2018) alertam para a importância de se conhecer a espiritualidade da pessoa e, se se justificar e for vontade desta, encaminhar para apoio espiritual.

Face a alterações sociais, a pessoa com CCP em fim de vida, em muitos dos casos, limita a sua interação social com outras pessoas e isola-se do seu meio social até familiar pois, de acordo com O'Sullivan e Higginson (2016), apresenta dificuldade em expor as alterações corporais visíveis que possam ter ocorrido, tem repugna da sua situação e receio da reação do outro face a si e a própria incapacidade de comunicação verbal. Por outro lado, a nível económico também poderá experienciar alterações significativas, caso esta pessoa seja a fonte de rendimento da família (O'Sullivan e Higginson, 2016).

Por sua vez, a família, também alvo de cuidados a par da pessoa, sofre alterações em todo este processo de doença pois, este irá ter um enorme impacto em termos de uma mudança de papéis e reorganização familiar e delegação de tarefas e processos que nem sempre são vistos como fáceis de encarar/ultrapassar pelos elementos da família. Além do mencionado, é comum surgirem sentimentos de ansiedade, impotência face ao seu familiar doente e sobrecarga do cuidador (principalmente se o cuidador for um elemento da família) (O'Sullivan e Higginson, 2016). De modo a suprir esta necessidade Mayland et al. (2021a), enfatizam a importância da intervenção de enfermagem na identificação destas alterações na família, fornecer suporte emocional, compreender quais as necessidades informativas da família/cuidador, validar a informação transmitida, clarificar desejos, vontades e preferências da família, encaminhar para apoio especializado e auxiliar na definição clara de papéis e responsabilidades envolvendo-a nos cuidados (CNCP, 2021). Esta intervenção tem um carácter muito relevante pois, contribui para a prevenção de crises e, capacita-a de forma a garantir a continuidade de cuidados ao longo da trajetória da doença, (CNCP, 2021).

1.3. A Teoria de Conforto de Katherine Kolcaba e o cuidar da pessoa com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida e família

A relação entre a teoria, a pesquisa e a prática é necessária para a continuidade do desenvolvimento da enfermagem como profissão e como ciência (Bouso et al., 2014). Durante o desenvolvimento do projeto, ancorei-me na Teoria de Conforto de Katherine Kolcaba pois, é um referencial teórico que me auxiliou na prestação de cuidados à pessoa com CCP em fim de vida, facilitando a compreensão daquilo que é o conforto e a importância da intervenção direcionada aos seus vários contextos.

Kolcaba (2003) realizou um trabalho de pesquisa intensiva até chegar ao conceito de conforto pois, até então, era associado apenas ao alívio de sintomas físicos, em particular, a dor. Deste modo, reformulou o conceito de conforto descrevendo-o como a experiência imediata de fortalecimento devido à satisfação de três necessidades, sendo estas, alívio, tranquilidade e transcendência. Estas necessidades são trabalhadas através de uma intervenção dirigida em quatro contextos da experiência humana, ou seja, a nível do conforto físico, psicoespiritual (componente mental, emocional e espiritual da pessoa em si mesma), sociocultural (relação interpessoal, familiar e social incluindo a situação financeira, educação e suporte) e ambiental (condições e influências do ambiente externo) (Kolcaba, 2003). O estado de conforto é conseguido através de uma prática dinâmica pois, os resultados que se obtêm de uma intervenção que promova a satisfação de uma das necessidades, tem influência nas restantes, sendo algo fundamental na pessoa com CCP em fim de vida pois, apresenta diversas necessidades que surgem durante a trajetória da doença e, principalmente, nesta fase em particular.

O contexto físico do conforto assumia um papel principal face aos restantes, nomeadamente, social e ambiental. Contudo, nas últimas décadas, tem-se assistido a uma mudança de comportamento, sendo priorizada uma prática que promova o conforto total ou holístico, onde todos os seus contextos são alvos de intervenção do enfermeiro (Morse et al., 1995). Em particular, é focada a importância de uma prática global na prestação de cuidados à pessoa em fim de vida que apresenta necessidades específicas que vão muito além da dimensão física, onde se destaca o suporte social, o ambiente em que está inserida, a resolução de conflitos e o apoio da família (Novak et al., 2001). Desta forma, depreendemos que o conforto e a sua promoção constituem o foco da prática de cuidados de enfermagem. Indo além do foro físico, o enfermeiro deverá ter capacidade de realizar um planeamento de cuidados onde identifica as necessidades de conforto, delinea e implementa intervenções que visam satisfazer essas necessidades e avalia de modo a verificar os resultados obtidos em termos de conforto e, caso não tenha sido possível, reformula a sua intervenção para que

este seja obtido (Kolcaba, 1995).

Apesar desta teórica se ter focado na alteração do estado de conforto sentido pela pessoa após a intervenção do enfermeiro, refere e reconhece que a importância da profissão, está diretamente relacionada pelo modo como os cuidados são prestados, ou seja, terem criatividade, serem humanizados e baseados/fundamentados em conhecimento científico, em cada contexto particular do cuidar, sendo considerados uma arte. Este referencial teórico sustenta a enfermagem enquanto ciência pois, promove a interação, autonomia e valorização das características que individualizam cada pessoa, o que é potenciador do seu conforto e melhora a sua qualidade de vida (Cardoso et al., 2019).

2. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS

Este capítulo, que se inicia com a apresentação da metodologia utilizada em todo o percurso trilhado para o desenvolvimento do projeto a que se segue a apresentação dos locais de estágios com a respetiva descrição e análise das atividades planeadas e concretizadas e o modo como se relacionam com o desenvolvimento e obtenção das competências de enfermeiro especialista e de mestre.

2.1. Metodologia do projeto e atividades principais

O projeto foi desenvolvido tendo por base a metodologia de projeto definida por Ruivo et al. (2010) que engloba as fases de diagnóstico, planeamento de atividades e tarefas, execução, avaliação e divulgação de resultados. A primeira fase documentada, ou seja, a fase diagnóstica, visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada (Ruivo et al., 2010). Emergem dois conceitos de extrema importância para a elaboração do diagnóstico, ou seja, o problema de saúde e a necessidade. O problema de saúde, é um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo e a necessidade é definida como a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir, sendo, ambos, necessários para solucionar o problema identificado (Ruivo et al., 2010). Deste modo, o problema de saúde identificado foi o défice de conhecimentos dos enfermeiros face ao cuidar da pessoa com CCP em fim de vida e família, a dificuldade na implementação de intervenções que deem resposta às necessidades de conforto alteradas bem como a articulação com a equipa de enfermagem da EIHS CP. Por seu lado, identificou-se como necessidade: aprofundar o conhecimento sobre os cuidados promotores do conforto da pessoa com CCP em fim de vida e família, capacitar os enfermeiros do Serviço de ORL dotando-os de ferramentas que melhorem a qualidade dos cuidados prestados e estabelecer a articulação com a equipa de enfermagem da EIHS CP.

A literatura refere ser essencial capacitar os enfermeiros em termos de formação, em particular, na área do controlo sintomático e na interação familiar, como contributo para a melhoria da qualidade de vida da pessoa em fim de vida e promoção do seu conforto (Vasques, 2013). Para o enfermeiro cuidar diariamente destas pessoas e famílias, com necessidades específicas, tendo em conta a fase da doença em que se encontram, é relevante que invista nesta área para o seu próprio desenvolvimento, tanto pessoal como profissional, o que trará ganhos consideráveis para uma prática humanística, individualizada, numa visão holística, qualificada e diferenciada, com base na evidência científica mais atual, preconizada para uma práxis clínica (Guimarães e Nunes, 2016). Uma boa colheita dos dados no local é fundamental para uma boa política de intervenção e, deste modo, elaborei um instrumento de diagnóstico, ou seja, um questionário, o que permitiu

verificar a pertinência da temática bem como as lacunas específicas em termos do conhecimento dos enfermeiros do Serviço de ORL (Ruivo et al., 2010). Era composto por respostas fechadas e abertas de fácil e brevemente preenchimento. A adesão ao preenchimento foi de 100% (14 enfermeiros) o que permitiu concluir que os enfermeiros consideram a temática muito relevante para a sua prática de cuidados bem como sentem a necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre como intervir com a população referida. Além disso, sugeriam, a realização de ações de formação sobre a temática, a criação de um elo de ligação com a EIHS CP e de que o enfermeiro pudesse realizar uma “pré-referenciação” (os dados obtidos e a sua apresentação gráfica constam no apêndice II). Também foi realizada uma reunião com a enfermeira chefe da EIHS CP para analisar e discutir a viabilidade de uma futura criação de um protocolo de articulação, entre as equipas de enfermagem do serviço de ORL e da EIHS CP, tendo-se obtido feedback positivo.

Segundo Ruivo et al. (2010) a definição de objetivos é um ponto fulcral da planificação e desenvolvimento e, sem estes, teríamos uma “planificação cega”. Assim, foram definidos como objetivos gerais: desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado à pessoa com CCP em fim de vida e família e contribuir para melhoria da qualidade dos cuidados promotores do conforto à pessoa com CCP em fim de vida e família.

Foi realizada uma planificação de atividades que engloba todas as estratégias que foram delineadas para que consiga, finda a realização do projeto, alcançar os objetivos traçados. Destaca-se a elaboração de uma pesquisa bibliográfica segundo a metodologia de revisão *scoping* de acordo com o Joanna Briggs Institute que se revelou muito importante durante o desenvolvimento do projeto, enriquecedor na fundamentação e sustentação das intervenções de enfermagem promotoras de conforto da pessoa com CCP e família preconizadas para a prática de cuidados e que constituíram parte integrante do guia orientador de cuidados à pessoa com CCP em fim de vida e família (Aromataris, 2020).

Para concretização da revisão *scoping*, recorreu-se a motores de busca de acesso disponibilizado pelas universidades, em particular a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Tendo por base a questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem promotoras do conforto da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço em fim de vida?”. Na plataforma EBSCO Host, começou-se por selecionar as bases de dados MEDLINE e CINAHL e foi realizada uma pesquisa inicial com linguagem natural usando os termos “*nursing interventions*”, “*comfort*”, “*otorhinolaryngology cancer*”, “*head and neck cancer*” e “*end of life*” (contempla a 1ª etapa da pesquisa). Seguidamente, procedeu-se à análise dos títulos e palavras-chave dos artigos obtidos e, numa fase posterior, o recurso aos termos MeSH (MEDLINE) e CINAHL *Headings*, o que permitiu a obtenção dos termos de indexação e as palavras-chave a utilizar, as quais foram combinadas com as expressões booleanas OR e AND.

Após realizadas as pesquisas nas bases de dados, os artigos selecionados teriam de

cumprir os seguintes critérios de inclusão: serem de natureza quantitativa, qualitativa e mistos que incluíssem intervenções de enfermagem à pessoa com CCP em fim de vida, revisões da literatura e estudos de caso que identificassem as necessidades da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço em fim de vida, limite temporal de 13 anos, de 2008 a 2021 e serem escritos nas línguas, portuguesa, inglesa e espanhola.

Na base de dados MEDLINE, foram obtidos 15 artigos, destes 2 foram eliminados após leitura do título e resumo e 6 excluídos após aplicação dos critérios de inclusão, sendo que integraram a revisão 7 artigos.

Em simultâneo, foi realizada uma pesquisa na base de dados CINAHL, foram obtidos 19 artigos, 4 foram removidos por estarem repetidos e outros 5 foram excluídos após leitura do título e resumo. Além disso, 6 artigos não cumpriam os critérios de inclusão, ou seja, foram apenas selecionados 4. Destemodo, e findo o processo de seleção, 11 artigos integraram a revisão *scoping*, que se encontra disponível no apêndice I.

2.2. Descrição e análise das atividades desenvolvidas em cada estágio

Prosseguindo a implementação de um projeto, segue-se a fase da execução, onde as tarefas e atividades que foram, previamente, planeadas são realizadas e que aqui passarei a apresentar (Ruivo et al., 2010).

Para alcançar o que foi delineado com vista ao desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica, foram realizados três estágios em três contextos diferentes que proporcionaram experiências enriquecedoras e um corpo de conhecimentos que foram essenciais para a concretização do projeto. O primeiro estágio foi realizado num Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço/ORL/Endocrinologia, o segundo na EIHS CP e o terceiro no local onde exerço funções, no Serviço de ORL – Internamento.

Além do contexto prático, é fundamental a pesquisa e reflexão sobre a prática observada e sobre os cuidados prestados pelo que foi realizada a revisão da literatura, a partilha e discussão com pares e enfermeiros peritos e a reflexão sobre a ação, tendo sido elaborados documentos de análise da aprendizagem com recurso ao ciclo de Gibbs e um estudo de caso.

Carvalho (2003) refere que esta componente da formação, através do ensino clínico, consagra um campo indispensável de apropriação de conhecimento e desenvolvimento de competências, onde o contato com a realidade promove uma atitude crítica e reflexiva. D'Espiney expressa que, algumas profissões, tal como a Enfermagem requerem, *“para que possam começar a ser exercidas, o domínio de um conjunto global de saberes que não dispensam os saberes oriundos da prática”* (D'Espiney, 1996, p. 490). Danski et al. (2017)

reforça a importância de aprofundar o conhecimento e a sua incorporação numa prática transformada e sustentada pela evidência.

2.2.1. Primeiro estágio realizado no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço/ORL/Endocrinologia

O primeiro estágio decorreu no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço/ORL e Endocrinologia de um hospital da Grande Lisboa e teve a duração de 6 semanas. Este serviço presta cuidados a utentes com a patologia oncológica de cabeça e pescoço, para estudo e diagnóstico, tratamento cirúrgico e quimioterapia/radioterapia em regime de internamento, com complicações decorrentes do processo de tratamento e em cuidados paliativos. É constituído por 39 enfermeiros sendo que, 4 são enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Este serviço presta cuidados a utente do foro oncológico e cirúrgico, nas diversas fases da doença, ou seja, iniciando-se pela fase diagnóstica, para tratamento da doença e para suporte, por complicações inerentes a todo o processo, podendo estes utentes ter uma admissão em contexto de urgência. Diariamente, são realizadas várias cirurgias, de grande complexidade, que causam no utente, devido à localização anatómica, enormes alterações da aparência física com limitações a nível psicológico e no ambiente social. Neste serviço, também existem utentes que se encontram em fase de transição de cuidados, ou seja, têm, inicialmente, uma proposta cirúrgica após um diagnóstico estabelecido, mas após ou durante cirurgia é constatada a impossibilidade de progressão operatória devido ao avançar da doença. Quando os tratamentos de carácter curativo se esgotam, deparamo-nos com a mudança de tipologia para cuidados paliativos, onde se assume como fundamental e primordial, o alívio de sintomas de várias ordens e a melhoria da qualidade de vida da pessoa e família (Santana e Costa, 2019).

Para este campo de estágio foi definido como objetivo geral: desenvolver competências de enfermeiro especialista na intervenção de enfermagem à pessoa com CCP em fim de vida e sua família. No que diz respeito a objetivos específicos delineou-se: integrar a equipa de saúde, de forma gradual, tendo em conta a sua estrutura organizacional e funcional; identificar intervenções de enfermagem promotoras do conforto à pessoa com CCP em fim de vida e sua família através da evidência científica e da prática de cuidados e prestar cuidados de enfermagem promotores do conforto à pessoa com CCP em fim de vida e sua família. Face ao primeiro objetivo específico, tinha sido planeada a apresentação do projeto à equipa e a consulta de documentos e normas do contexto clínico. Foi apresentada aos elementos do serviço de quem recebi grande receptividade para colaboração nos cuidados e no meu projeto. Iniciei o meu percurso neste serviço com uma apresentação do projeto, tanto à enfermeira chefe do serviço bem como à enfermeira orientadora, onde expus os objetivos para este estágio e as atividades que pretendia desenvolver, no sentido de promover o conforto à pessoa com CCP em fim de vida e família. Também apresentei o projeto aos

restantes enfermeiros de serviço, em três momentos diferentes, em contexto de passagem de turno, tendo a colaboração, apoio e incentivo destes sido facilitador para a consecução das atividades que tinha proposto. Foi-me apresentado o espaço físico através de uma visita guiada ao serviço. Conhecendo o espaço físico procurei adquirir conhecimento acerca dos documentos e normas institucionais e do serviço e de procedimentos realizados, tendo realizado a consulta destes com o objetivo de me integrar da melhor forma possível à equipa. O serviço é regido pelas normas institucionais e, além disso, apresenta diretrizes próprias que foram elaboradas pelos enfermeiros especialistas, relacionadas com o ensino ao utente, sobre cuidados à ostomia de respiração e sobre os cuidados orais e também sobre estratégias adaptativas de comunicação para o utente com ostomia respiratória. Além do mencionado, também foi necessário adquirir conhecimentos sobre o programa informático hospitalar SClínico® o que, mais tarde, permitiu a prestação de cuidados globais com o respetivo registo de enfermagem. Foi notória a excelência na prática de cuidados diferenciados, sendo evidente um cuidar humanizado, holístico e com uma visão da pessoa como um ser biopsicossocial e espiritual, nunca esquecendo a família e/ou cuidadores, enfatizando a valorização da qualidade de vida, do conforto e do bem-estar (Brito et al., 2014). A prática individualizada permite conhecer integralmente o utente, reconhecer aquilo que são as suas vontades e desejos, identificar as suas necessidades afetadas, a vários níveis, sendo possível uma intervenção dirigida, eficaz e com sucesso, promovendo o conforto da pessoa e família.

Em relação ao segundo objetivo específico, identificar intervenções de enfermagem promotoras do conforto à pessoa com CCP em fim de vida e sua família através da evidência científica e da prática de cuidados, tinha sido planeada a realização da pesquisa bibliográfica através da metodologia de revisão *scoping* (iniciada no semestre anterior), observar a prática de cuidados e dar início à criação de uma *checklist* de intervenções. Deste modo, foi dada continuidade à revisão da literatura tendo sido possível com a mesma identificar intervenções e práticas que se revelam fundamentais na promoção do conforto. A categorização das intervenções identificadas de acordo com o referencial teórico de Kolcaba foi igualmente um contributo para este estágio, revelando-se orientadora na prestação de cuidados promotores do conforto em todos os contextos, permitindo responder holisticamente às necessidades singulares de cada pessoa com quem contatei. Por sua vez, e de forma a operacionalizar a evidencia encontrada e facilitar a sua consulta, numa fase posterior, foi iniciada a construção de uma *checklist* de intervenções. Contudo, a denominação e definição de *checklist* deixou de fazer sentido pois preconizava uma lista de intervenções para preenchimento e com resposta fechada de sim/não e assim, optei por denominar de tabela de intervenções. Além das intervenções oriundas da revisão bibliográfica, também a observação da prática dos enfermeiros e, em particular, dos enfermeiros especialistas e peritos na área, permitiu confrontar as intervenções identificadas na literatura com as que são implementadas na

prática, emergindo intervenções adicionais às previamente identificadas, que por terem demonstrado ser promotoras do conforto nesta população foram integradas na tabela de intervenções, tendo sido dada continuidade ao seu preenchimento no estágio seguinte. Assim, permitiu coligir as intervenções promotoras de conforto que vieram constituir o documento final, que será apresentado neste relatório.

Deste modo, e também tendo como referência a teoria de Kolcaba, foram, inicialmente, identificadas as principais necessidades da pessoa com CCP em fim de vida e família tendo em conta os diferentes contextos, ou seja, físico (alterações na respiração, alterações na alimentação, alterações na integridade cutânea, alterações na cavidade oral, hemorragia, dor, alterações da eliminação, alterações da comunicação e alterações da autoimagem), psicoespiritual (alterações psicológicas/espirituais como a desesperança, sofrimento e angústia), sociocultural (alterações socioculturais – isolamento social, solidão e alteração da identidade e alterações familiares – alterações psicológicas da família, reajuste de papéis familiares, stress do prestador de cuidados, rendimento insuficiente) e ambiental (alterações ambientais – local de cuidados diferente e falta de privacidade). Posteriormente, após identificadas as intervenções foram organizadas de acordo com os contextos propostos por Kolcaba.

Neste campo de estágio, era notória uma prática de cuidados centrada na pessoa como ser biopsicossocial e espiritual, considerando ser uma referência para qualquer enfermeiro. Foi verificada a importância dada pelos enfermeiros à promoção da autonomia do utente sempre que existiam as condições necessárias para que tal ocorresse. Salientando a capacitação da pessoa para o autocuidado, nomeadamente nos cuidados à ostomia respiratória, o que contribuía para que a pessoa e a família desenvolvessem competências que lhes permitiam, mesmo em fim de vida, ir para o domicílio garantindo as condições de segurança, caso fosse algo desejado por ambos. Foi possível testemunhar que a pessoa se sentia capaz de cuidar de si, estando confortável por deter conhecimento e capacidade para realizar os cuidados e, desta forma, era possível uma intervenção global que acarretava efeitos positivos em todos os contextos, o que se traduzia na promoção da autonomia, diminuição da ansiedade e possibilidade de estar no seu local preferencial de cuidados.

Neste estágio foi possível ainda desenvolver estratégias comunicacionais para cuidar da pessoa que inicia a transição para cuidados paliativos, tendo sido possível trabalhar conjuntamente com a pessoa e família a desmistificação do conceito, esclarecer os pilares essenciais desta tipologia de cuidados, os seus objetivos e os eventuais ganhos em saúde, especialmente no conforto para a pessoa e família.

Nestas interações privilegiei como estratégias a mobilização da escuta ativa, do saber-estar tendo o cuidado de escolher um local que garantisse a privacidade e a proteção da intimidade da pessoa, de forma a facilitar a partilha, uma vez que como é referido por Araújo e Silva (2012) estas estratégias revelam-se pertinentes na comunicação com esta população.

Foi ainda possível complementar estas estratégias comunicacionais com outras, sendo que a tomada de decisão sobre qual seria implementada era precedida pela avaliação da capacidade de compressão bem como com o recurso a competências instrumentais da pessoa, em função das quais decidia se adotava estratégias digitais (tablet ou telemóvel, uso de aplicação no telemóvel que permitia que o utente escreva e a escrita é convertida em voz) e/ou analógicas – escrita (quadro branco, caderno), mímica, linguagem gestual, lista de letras e símbolos de atividades básicas, tal como recomendado por Mayland e Payne (2018). Neste âmbito, foi realizada uma reflexão crítica, segundo o ciclo de Gibbs, na qual refleti sobre uma situação vivenciada onde foi evidenciada a importância da comunicação na prática de cuidados do enfermeiro (apêndice III). Nesta abordagem holística, centrada na pessoa, realizei uma análise do contexto social onde está inserida, tendo atendido ao que defende Barbosa (2016), onde sublinha que no processo de admissão do utente, este deve se sentir ouvido e respeitado através de um encontro, de entrega e partilha, onde seja evidenciada uma atitude de escuta ativa inserida num cuidar próximo, sincero e disponível.

Deste modo, numa primeira abordagem, estabeleci o contato também com a família, sempre que possível e, em conjunto, verifiquei as condições para alta e regresso ao domicílio. Uma vez que, como nos refere a literatura, a hospitalização de um membro da família tem um enorme impacto nesta (Dázio et al., 2015). Assim sendo, conduz a uma desorganização familiar, existindo alteração das rotinas, abandono no trabalho, das atividades sociais e de lazer, afastamento de amigos e de outros familiares e redistribuição de papéis, tendo um impacto a nível social, emocional e financeiro. A família é a unidade básica em que crescemos, desenvolvemos e socializamos, onde cada pessoa procura apoio necessário para enfrentar situações de crise e stress com que se deparam ao longo da vida, como por exemplo, numa situação de doença, em particular, de uma doença oncológica (Dázio et al., 2015). Pelo que os enfermeiros devem planear a sua intervenção com o objetivo de apoiar e orientar as famílias para enfrentar situações de stress, tendo presente que cada família se adapta de forma diferente. Como tal, as famílias e cuidadores devem ser sempre incluídos no plano de cuidados (Dázio et al., 2015).

Tive ainda a oportunidade de participar numa conferência familiar, onde estavam presentes vários elementos da equipa multidisciplinar (utente e esposa, enfermeiros, médico e assistente social). A conferência familiar é reconhecida como uma estratégia fundamental de trabalho na intervenção com a família em cuidados paliativos, fomentando à comunicação eficaz tendo em conta a situação da pessoa e família, podendo ser fulcral na consensualização do plano de cuidados, facilitando a adaptação à complexidade da doença (Fineberg, 2010).

O tema principal da mesma prendia-se com o facto de um utente (em transição para cuidados paliativos devido a uma progressão muito rápida da doença e sem possibilidade de tratamento curativo) visivelmente transtornado pelas notícias dos últimos dias, querer ter alta

para domicílio mas, além de não ter autonomia nos cuidados (apresentava ostomia de respiração), vinha a evidenciar deterioração cognitiva nos dias anteriores, o que condicionava a capacidade para tomar decisões e como tal o exercício da sua autonomia. Verificou-se igualmente ausência de suporte familiar que permitisse assegurar a continuidade dos cuidados em segurança. Este foi um momento difícil, tendo sido visível a vulnerabilidade acrescida da pessoa, patente na sua dificuldade em compreender os temas abordados e frustração por não ver a sua vontade ser cumprida. Uma vez que a esposa assumia não poder acolher o utente no domicílio devido às limitações que este evidenciava.

A equipa negociou respostas de cuidados de suporte passíveis de ser integradas em contexto domiciliário, como a equipa de cuidados continuados, o ingresso num centro de dia ou a referenciação para uma unidade de cuidados paliativos. As negociações revelaram-se infrutíferas, pelo que o utente se manteve no internamento, tendo-se verificado, nos dias seguintes, episódios de confusão e tentativas de fuga do serviço. Dado as flutuações cognitivas que o utente apresentava, a equipa multidisciplinar, considerou ser necessário solicitar apoio de outros profissionais para avaliar as capacidades do utente para tomar decisões no âmbito do seu plano de saúde. Foi observado pela psiquiatria que, após avaliação do utente, concluiu a existência de deterioração cognitiva que compromete a tomada de decisão. Foi ainda tentada a articulação com outros recursos de saúde, nomeadamente um internamento psiquiátrico de agudos, contudo, não se revelou viável. Desta forma, foi necessário agilizar o processo no sentido de estabelecimento de um representante de saúde para o utente, tendo o caso sido encaminhado para o ministério público.

Nesta situação em particular, ter-se-ia revelado uma mais-valia se o utente tivesse uma declaração antecipada de vontade, a qual prevê a designação de uma pessoa de referência, designada de representante legal que comprova a vontade do utente quando este não se encontra capaz de prestar o seu consentimento informado, o que teria permitido conhecer e respeitar a sua vontade expressa (Baumrucker et al., 2008). Quando tal não existe, então a equipa multidisciplinar (médicos, assistente social e enfermeiros) com base naquilo que é a melhor evidência científica disponível e em tentativa de colaboração com a família, devem intervir segundo o critério do melhor interesse da pessoa (Shalowitz et al., 2006) garantindo que a sua aplicação revela benefícios efetivos para esta, bem como a limitação quando não existem ganhos claros, tendo em mente o princípio ético da beneficência (Nunes, 2008). Nesta situação, mesmo após desenvolvidas e trabalhadas várias estratégias e utilizados todos os instrumentos disponíveis, não foi possível chegar a um consenso e, neste momento, é colocada a possibilidade de comunicar a situação à Comissão de Ética para a Saúde ou organismos extrainstitucionais com poder judicial (Nunes, 2008). Com o vivenciar desta situação senti necessidade de aprofundar conhecimentos sobre o testamento vital, diretivas antecipadas de vontade e direitos e deveres dos utentes, ética e deontologia em enfermagem, para que em situações futuras similares seja capaz de implementar a resposta

ajustada.

Neste serviço verifiquei a excelente relação existente entre os vários elementos da equipa multidisciplinar, desde enfermeiros, assistentes operacionais e médicos, nutricionista, assistente social e restantes equipas, ou seja, EIHSOP, equipa da dor, equipa de apoio ao tratamento de feridas, bem como os pedidos de apoio a diversas especialidades. É dada uma resposta perentória e em tempo útil, revelando-se uma mais-valia para o sucesso dos cuidados.

No que concerne ao terceiro objetivo, ou seja, prestar cuidados de enfermagem promotores do conforto à pessoa com CCP em fim de vida e sua família procurei, cuidar de utentes em transição para cuidados paliativos ou em fim de vida. Contudo, não era a maior realidade do serviço pelo que, ao longo do estágio, cuidei, de forma mais prolongada, de dois utentes.

A minha intervenção era precedida de uma avaliação previa e global da pessoa, com o objetivo de identificar quais as necessidades passíveis da intervenção do enfermeiro e de que forma poderia promover o conforto desta, claramente fragilizada por todo o processo de doença. Tal como refere, Luca et al. (2012), a importância da avaliação, ou seja, implementar estratégias antes do utente referir queixas, avaliar antes de tratar, explicar as causas dos sintomas, adotar estratégias terapêuticas mistas, com a combinação de medidas farmacológicas e não farmacológicas, monitorizar sintomas, reavaliar regularmente as medidas terapêuticas, cuidar dos detalhes e estar disponível. Para uma avaliação mais criteriosa e concreta, recorri ao uso de um instrumento de avaliação, a *Edmonton Symptom Assessment System revista* (ESAS-R), tendo sido aplicado no contexto de estágio. Esta escala avalia os sintomas apresentados pela pessoa, que traduzem necessidades do foro físico, psicológico, bem-estar, num total de 10 itens, estando o último disponível para ser adicionado um dado (sintoma ou necessidade) que se considere relevante, tendo em conta a fase da doença (Alberta Health Services, 2019).

As necessidades identificadas relacionadas com o contexto físico foram, as alterações da respiração e da alimentação, a dor, bem como da integridade cutânea e alteração da autoimagem. Face às alterações da respiração, a evidência e a observação da prática clínica, referem que a pessoa com CCP em fim de vida poderá apresentar dispneia, risco de sufocação e de aspiração, aumento significativo de secreções e até presença de rolhões, podendo ser necessária a realização de uma ostomia de respiração para garantir a permeabilidade adequada da via aérea. Em termos de intervenções, é importante a monitorização dos sinais vitais, vigiar a respiração e as características das secreções, realizar ensino à pessoa sobre tosse eficaz e promovê-lo caso faça sentido (tendo em conta a individualidade da pessoa que estamos a cuidar) e aspirar a pessoa, caso seja necessário (Luca et al., 2012, Mayland et al., 2021b, Sesterheen et al., 2008). Deste modo, incentivei a pessoa a cuidar da ostomia de respiração, promovendo a sua autonomia e minimizando o

risco de obstrução por aumento de secreções sendo que previamente avalei a capacidade desta para a realização dos cuidados, personalizando o ensino tendo em conta a individualidade da pessoa e família/cuidador.

Face à alimentação, dos utentes que cuidei, um apresentava dispositivo de alimentação entérica por disfagia severa que impossibilitava alimentar-se por via oral e no outro foi identificada uma disfagia moderada para líquidos e reduzida para sólidos pelo que, após pedido de apoio pela terapia da deglutição e realização do respetivo treino de deglutição com alimentos de várias consistências, conseguiu-se obter a consistência tipo néctar/pastoso e o utente conseguia alimentar-se via oral, sem problema. A literatura suporta a prática realizada recomendando que se efetue o treino de disfagia com avaliação da consistência de alimentos, preferencialmente por profissional especializado (Goldstein et al., 2008; Luca et al., 2012). Reforça ainda a importância de orientar para terapia da deglutição, se necessário, bem como vigiar o deglutir e a refeição (Goldstein et al., 2008). O mesmo autor refere que, às refeições o utente deverá estar sentado ou, na sua impossibilidade, com a cabeceira elevada a 90°.

Caso a alimentação não se desenvolvesse de forma positiva, poderia existir a necessidade de introduzir um dispositivo de alimentação entérica. Nesta situação, deveria ser progressivamente abordado com o utente, no caso de agravamento da sua situação clínica, qual a sua vontade face a isso, levando-nos a uma prática que se centra no conceito PAC. Isso foi explicado ao utente, ao longo dos momentos de partilha. Goldstein et al. (2008) refere que se deve ponderar, caso seja benéfico e após debatido com o utente, a família e a equipa multidisciplinar, um dispositivo de alimentação entérica. Todo o PAC pressupõe uma intervenção em termos do conhecimento das vontades e desejos do utente, devendo ficar documentado em notas de evolução de enfermagem, local disponível e acessível a toda a equipa (Goldstein et al., 2008). Assim é possível cuidar indo ao encontro e respeitando as preferências e a individualidade da pessoa, mesmo quando esta já não possua capacidade de decisão, devido à evolução da doença (Goldstein et al., 2008). Deste modo, as seguintes intervenções podem ser inseridas no PAC: conhecer as preferências alimentares do utente e otimizar dieta mediante possibilidades, aproximando-o de um ambiente mais familiar, equacionar, em caso de disfagia, o desejo e a viabilidade de colocação de dispositivo de alimentação entérica, explorar qual o local preferencial de cuidados do utente com dispositivo de alimentação entérica e analisar as condições que promovam um regresso seguro deste a casa (Goldstein et al., 2008), tendo sido implementado na prática de cuidados.

Um dos utentes a quem foram prestados cuidados apresentava dispositivo de alimentação entérica e, por forma a promover a sua autonomia, e por manifestar vontade em aprender, procedeu-se de acordo com as recomendações de Luca et al. (2012) tendo-se avaliado previamente a capacidade do utente e família/cuidador para os cuidados, foi possível constatar que não apresentavam a mesma.

Em relação à dor, é um dos sintomas mais presentes na pessoa em fim de vida

(Strömngren et al., 2002). Após uma avaliação criteriosa desta, foram aplicadas medidas não farmacológicas como a massagem terapêutica, aplicação de frio e relaxamento (Ordem dos Enfermeiros, 2008). A dor foi monitorizada antes da ação, durante e após, através da escala numérica de avaliação da dor, e foi possível obter uma redução significativa na intensidade. A literatura salienta a importância da monitorização da dor com instrumento adequado (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Em muitas situações, foi necessário associar a terapêutica farmacológica (tendo em conta a escada analgesia da OMS, bem como a prescrição terapêutica do utente), recorrendo à analgesia de resgate. Um dos utentes ainda apresentava acesso venoso periférico, embora já não funcionante, tendo sido removido. Após articular com a enfermeira orientadora e equipa médica, foram otimizadas as vias de administração, evitando-se um momento gerador de stress e dor, como seja, a cateterização venosa periférica. Posteriormente, fui verificando que eram priorizadas as vias de administração oral, transdérmica e subcutânea, tal como mantive na minha prática. Segundo Goldstein et al. (2008) e Sesterhenn et al. (2008) deve-se gerir a terapêutica consoante as vias de administração possíveis, evitando as vias endovenosa e intramuscular, cumprir a analgesia pautada (sem antecipar a terapêutica caso o utente apresente queixas álgicas antes do horário da toma) e recorrer aos resgates para a dor sempre que necessário pois, só assim se conseguirá um controlo efetivo da dor.

Procurou-se ainda conhecer e analisar a experiência prévia da pessoa face à dor pois, além de termos maior conhecimento, também permite atuar mais eficazmente, obtendo-se o controlo da dor de forma mais célere.

A pessoa com CCP em fim de vida apresenta inúmeras alterações da integridade cutânea, quer pela necessidade de uso de dispositivos como sejam, a ostomia de respiração ou dispositivo de alimentação entérica, ou pelos próprios tratamentos cirúrgico, quimioterapia e radioterapia e ainda pela própria evolução da doença que, devido à sua localização anatómica têm um impacto significativo na autoimagem da pessoa, podendo ter repercussão, além do contexto físico, também no psicoespiritual e sociocultural (Silva e Castro, 2012). Se apresentar ostomia de respiração, poderão ser ensinadas as seguintes estratégias: colocar lenço no pescoço, roupas coloridas, peruca, gorro, chapéu e maquilhagem terapêutica e uso de perfume (Luca et al., 2012; Mott e Adams, 2019; Sesterhenn et al., 2008). Durante o estágio mobilizei algumas das estratégias referidas pelos autores, nomeadamente, incentivar o uso do lenço e aplicação de perfume.

As intervenções implementadas vão ao encontro do que Kolcaba defende, no sentido em que a intervenção num contexto tem efeitos noutros e, na sua íntegra, promovem o seu conforto total, fundamental na pessoa e família e, em particular, em fim de vida (Kolcaba, 2003).

Também foi possível intervir a nível do contexto psicoespiritual, muito importante para os utentes e que não deve ser descurado pois estes, têm necessidade em se expressar e nem sempre o conseguem fazer devido às alterações da comunicação. Nos momentos de partilha

com os utentes, foi fomentada a expressão de sentimentos e emoções, com recurso a estratégias alternativas da comunicação. A pessoa, durante a trajetória da doença e, em particular, no fim de vida, experiencia inúmeros sentimentos, sendo fundamental que se reforce positivamente a importância da partilha dos mesmos. Nestas intervenções estava a desenvolver as competências específicas para o enfermeiro especialista, cuidando da pessoa e estabelecendo uma relação terapêutica com a mesma através da identificação das suas necessidades e intervindo de forma individualizada (Regulamento Nº429/2018). Por outro lado, também estava no processo de desenvolvimento de competências da EONS, nomeadamente, no fornecer de apoio à pessoa com doença avançada bem como na comunicação através do uso de estratégias adequadas à situação, promovendo a expressão de sentimentos (EONS, 2018). Desta forma, tornou-se muito relevante para o aperfeiçoar da prática de cuidados e, provavelmente, contribuindo para o confortar da pessoa. Foram também questionados face aos medos que apresentavam, tendo estes referido a incerteza face ao futuro e o tempo, nomeadamente o seu limite, o aspeto do futuro que mais temiam. Foi transmitido a disponibilidade da equipa para os apoiar e ajudar no que precisarem e assegurando o não abandono. A literatura refere que se devem identificar sinais de ansiedade: tremor, palpitações, choro fácil, incapacidade de abstração de pensamentos negativos face à doença, incapacidade para se relacionar e conviver, isolamento, fornecer suporte emocional, promover e fomentar à expressão de emoções, prestar apoio emocional, conhecer a espiritualidade da pessoa e fornecer apoio espiritual, se for vontade do utente (Goldstein et al., 2008, Mayland et al., 2021a, Mayland et al., 2021b e Nilsen e Johnson, 2017).

Além da prestação de cuidados, estava planeada a realização de um estudo caso que foi concretizado e que permitiu uma descrição, análise e reflexão crítica acerca dos cuidados prestados pelo enfermeiro a uma pessoa com CCP em fim de vida e família, encontrando-se presente no apêndice IV.

Este local de estágio revelou-se uma mais-valia pois, permitiu a identificação das necessidades da pessoa em fim de vida e da sua família bem como das intervenções e estratégias a aplicar para dar resposta às mesmas.

De uma forma geral, considero ter alcançado os objetivos inicialmente traçados devido à integração plena na equipa, à observação de diversas práticas de cuidados, bem como, a execução de tarefas que tinham sido planeadas e, deste modo, revelou-se uma grande sustentação para o desenvolvimento de competências no caminho para o enfermeiro especialista.

No que concerne às competências comuns do enfermeiro especialista, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, desenvolvi uma prática responsável, demonstrando uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas. Tal como foi explanado previamente, procurei salvaguardar ou garantir o respeito pelos princípios da beneficência e não maleficência e promover a autonomia possível face à condição da pessoa (Regulamento Nº140/2019). No domínio da gestão dos cuidados, foi

possível otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, bem como, agir e intervir junto de outros elementos da equipa multidisciplinar, além disso, atuei também como formador oportuno junto da equipa o que potencia uma resposta do grupo mais favorável. No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, constato deter autoconhecimento consciente de mim enquanto pessoa e enfermeira, na relação terapêutica com o utente e família e, além disso, apresentando uma práxis clínica, sustentada pela evidência e conhecimento mais atual (em particular, devido à realização da revisão *scoping* e pesquisa em temáticas consideradas importantes no decorrer do estágio). Em termos das competências específicas, este estágio permitiu cuidar de pessoas em transição de tratamentos e em fim de vida e suas famílias, através da identificação das suas necessidades intervindo de forma fundamentada ao nível do alívio do sofrimento físico, psicológico, espiritual e social, o que permitiu promover o seu conforto (Regulamento N°429/2018). Também foram desenvolvidas competências nas áreas do conhecimento sobre o cancro, na clarificação dos cuidados paliativos e a sua importância bem como as comunicacionais para cuidar da pessoa em fim de vida tal como preconizado pela EONS para o enfermeiro especialista em enfermagem oncológica (EONS, 2018).

2.2.2. Segundo estágio realizado na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

O segundo estágio, com a duração de 6 semanas, foi realizado na EISHCP, constituída por um grupo multidisciplinar, englobando um corpo médico, de enfermagem, assistente social, nutricionista e psicólogo. Esta equipa procura garantir e suporte às pessoas internadas bem como através de consulta e em contexto domiciliário, com doenças graves, avançadas e incuráveis, e seus familiares, proporcionando-lhes qualidade de vida, dignidade, conforto e cuidados de saúde humanizados, através da prestação de cuidados paliativos de qualidade. Importa referir que dos enfermeiros da EIHSCP, dois são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e existem também outros dois com pós-graduação em cuidados paliativos. Apesar de ter o mesmo objetivo geral do estágio anterior, ou seja, desenvolver competências de enfermeiro especialista na intervenção de enfermagem à pessoa com CCP em fim de vida e sua família, devido à especificidade deste local, as experiências e as aprendizagens foram totalmente diferentes, com contributos para a prática. Neste local de estágio, à semelhança do anterior, pretendi identificar as necessidades específicas da pessoa em fim de vida e da sua família que é acompanhada pela EIHSCP e perceber de que forma dão resposta efetiva às mesmas. Como objetivos específicos foram definidos: integrar a equipa de saúde, de forma gradual, tendo em conta a sua estrutura organizacional e funcional, identificar intervenções de enfermagem promotoras do conforto à pessoa com CCP em fim de vida e sua família através da evidência científica e da prática de cuidados e colaborar nos cuidados de

enfermagem promotores do conforto à pessoa com CCP em fim de vida e sua família.

Face ao primeiro objetivo específico, este estágio iniciou-se com uma visita guiada ao local onde funciona a EIHS CP, que tem o horário das 8h às 20h, nos dias úteis. Além do horário apresentado, existe um contato telefónico permanente, onde uma das médicas, dá resposta, tanto para apoio aos serviços bem como aos utentes e famílias que se encontram nos seus domicílios. Realizei uma apresentação do meu projeto e do que pretendia desenvolver nestas semanas, tanto à enfermeira chefe como aos colegas. À semelhança do estágio anterior, após conhecer a estrutura e dinâmica da equipa e o seu funcionamento, procurei saber mais acerca das normas e diretrizes da mesma, tendo-as consultado de forma a enriquecer este período e me inteirar do que tinha sido desenvolvido até então. Neste objetivo específico, planeei como atividades, desenvolver uma reflexão crítica sobre a estrutura organizacional e funcional do serviço que se encontra presente no apêndice V.

Para alcançar o segundo objetivo específico, observei a prática de cuidados, realizei uma entrevista semi-estruturada a dois enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e concluí a construção da tabela de intervenções.

Numa fase inicial, debrucei-me, particularmente, na observação dos cuidados prestados pelos enfermeiros tentando perceber, quais as necessidades mais prevalentes da pessoa em fim de vida. Verifiquei que, na maior parte dos utentes que tive a oportunidade acompanhar, os focos de atenção dos enfermeiros centravam-se no controlo sintomático. No período da observação os sintomas identificados foram náuseas e vómitos, cansaço e astenia, alterações da cavidade oral (mucosite e xerostomia), obstipação e alterações do padrão do sono. Também estava muito presente na prática dos enfermeiros e médicas, o conceito do PAC, onde eram abordados temas como, o risco de hemorragia (frequente no utente com CCP em fim de vida). Foi possível experienciar num utente acompanhado pela equipa, tendo sido clarificado as formas de intervir na situação, caso esta ocorresse, nomeadamente a possibilidade de sedação, ficando documentada essa informação. Retenho o enorme contributo para a minha prática, que se traduzirá na capacidade de transmitir e promover a tranquilidade e conforto para a pessoa e família, visto estar descrito ser uma das mais difíceis situações da pessoa com CCP em fim de vida (Miguel e Frade, 2019). Também observei que as alterações do foro psicoespiritual assumem uma grande importância, nomeadamente, a ansiedade, inquietação, medo e a depressão. A nível sociocultural, destaco o isolamento, a solidão e a preocupação pela alteração de rendimentos (por incapacidade de exercer a profissão).

Por outro lado, eram muito notórias as necessidades sentidas pela família, de suporte e apoio para encontrar respostas que orientassem os cuidados, nomeadamente, em termos de controlo de sintomas, para uma melhor gestão da doença. Diariamente, através de contato telefónico ou até mesmo presencialmente, eram ensinadas estratégias que visavam ajudar a cuidar da pessoa, aliviando as suas necessidades, mas também as da família, onde destaco a

importância dos ensinamentos e da educação para a saúde estando, deste modo, bem assente a importância da prática do enfermeiro focada na díade, pessoa e família.

Verifiquei que a equipa de enfermagem, para uma melhor avaliação da pessoa, aplica a ESAS-R, o que permite compreender quais as necessidades presentes que carecem de intervenção. A aplicação da escala também auxilia, numa fase posterior, na realização do registo sistematizado no programa informático onde são apresentados os dados obtidos de forma pormenorizada e individualizada, além disso também são acrescentadas outras necessidades de intervenção consideradas relevantes, como por exemplo, a obstipação ou a insónia, bem como a intervenção implementada.

Foram realizadas duas entrevistas semi-estruturadas a dois enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica que revelaram ser uma mais-valia para aprofundar conhecimentos sobre a pessoa em fim de vida (o guião da entrevista e os achados obtidos das entrevistas encontram-se no apêndice VI).

Para melhor apresentação dos resultados obtidos com a aplicação das entrevistas, foi realizada uma análise de conteúdo (Polit e Beck, 2019). Um dos principais aspetos mais reforçados foi a importância dada a uma correta avaliação dos sintomas, tal como evidenciado na literatura, para uma intervenção eficaz e atempada com ganhos em termos do conforto da pessoa (Luca et al., 2012). O termo conforto, que apresenta várias definições, sendo estas “sensação de tranquilidade” e “bem-estar a nível físico, psicoemocional e social, numa visão holística e individualizada da pessoa”. Consubstanciando assim que o conforto é o objetivo maior da intervenção de enfermagem, em CP. Júnior et al. (2019) corrobora o mencionado, enfatizando que, sempre que existe uma transição de cuidados e a cura é impossível, o conforto adquire outro destaque, passando a ser o patamar a alcançar pelos profissionais de saúde. Cuidar da pessoa numa visão holística, como um todo, é uma parte integrante da profissão de Enfermagem, tendo sido algo que retenho e que vem, também, reforçar a minha prática de cuidados.

No que diz respeito à gestão/controlo de sintomas por parte da equipa de enfermagem, foram relatados: a dor, a dispneia severa e astenia. Foram também mencionados o cansaço e a tristeza na ótica de como experiencia a pessoa doente. Tanto a dor como para a dispneia severa são frequentemente referidos e penso que as estratégias a adotar se encontram bem clarificadas e presentes. Face à astenia e cansaço, identificado na escala ESAS-R por fadiga ou falta de energia e presente na pessoa em CP, verifiquei que é um foco de atenção da prática de cuidados do enfermeiro pois, por limitar francamente as atividades do dia a dia, nomeadamente, a marcha e a alimentação de forma autónoma, é necessário, desta forma, uma intervenção direcionada para este sintoma, através de estratégias previamente já apresentadas, permitindo melhorar a autonomia da pessoa, potenciando o seu conforto.

Intervir junto da pessoa na fase final da vida e sua família não é fácil pois, requer um trabalho prévio de construção de uma relação empática, o estabelecimento de uma parceria

de cuidados entre pessoa doente/família e enfermeiro. Esta relação contribui para que a pessoa se sinta segura tendo confiança na equipa que a acompanha o que permitirá a expressão de sentimentos, emoções, desejos e vontades. Desta forma, a equipa consegue intervir de forma dirigida e individualizada dando resposta efetiva àquilo que são as necessidades da pessoa e família. Importa também mencionar o apoio à família e cuidador, fundamentais, para o sucesso do plano terapêutico instituído e, para tal, o enfermeiro deve avaliar as necessidades da família, identificando os seus problemas, intervindo de forma a minorar os mesmos. A existência de um contato telefónico durante as 24 horas era descrito por um dos enfermeiros entrevistados como algo que tranquilizava a família, estando “à distância de uma chamada”.

A elaboração destas entrevistas e a sua análise tiveram um enorme contributo no desenvolvimento de competências para enfermeiro especialista, nomeadamente, no cuidar da pessoa com doença avançada e família, no estabelecer de uma relação terapêutica, através da identificação das suas necessidades e intervindo promovendo a sua autonomia e tomada de decisão, o seu conforto e a sua qualidade de vida (Regulamento N°429/2018) na ótica de uma prática individualizada, focando o apoio à pessoa e família. (EONS, 2018).

Foi possível concluir a elaboração da tabela de intervenções, uma tarefa exaustiva, devido à extensão da informação obtida, tendo esta sido categorizada com base na Teoria de Conforto de Kolcaba. Em relação ao terceiro objetivo específico, apresentei sempre iniciativa e vontade de fazer mais e de prestar cuidados de forma ativa. A minha intervenção neste campo de estágio foi baseada nos quatro contextos definidos por Kolcaba que em muito se assemelham aos pilares definidos pelos CP, ou seja, o controlo sintomático, a comunicação e o apoio à família. Antes de estar com cada utente, procedia a uma consulta do processo clínico como forma de perceber qual a doença que apresentava, a fase em que se encontrava e as potenciais necessidades de cuidados. Ao estar com a pessoa, num primeiro contato, apresentava-me dizendo o meu nome e explicava o motivo por estar naquele local (senti enorme agrado da parte dos utentes e famílias). A minha intervenção consistia, numa fase inicial, na avaliação global da pessoa através, da aplicação do ESAS-R, o que permitia identificar as necessidades de intervenção. Após, iniciava a minha intervenção, já com um plano de cuidados individualizado delineado e partilhado com a enfermeira orientadora, com base no que tinha consultado e sendo reformulado sempre que necessário.

Face ao controlo sintomático, foram identificados como sintomas passíveis de intervenção do enfermeiro, as náuseas e vómitos, tendo sido aplicados os conhecimentos e práticas, mobilizados através da revisão da literatura que foi realizada bem como da observação da prática, nomeadamente, procurar identificar a causa do vômito, o período do dia em que se despoleta e se existe alguma agravante para o mesmo ocorrer, vigiar as características, ou seja, a cor, a quantidade e a presença de cheiro e otimizar a terapêutica anti-emética e procinética, auxiliando na gestão do regime terapêutico com o estabelecimento

da frequência de tomas e alertando para a sua importância, indo ao encontro do que é preconizado por Roila et al. (2016). Verifiquei que o cansaço e a astenia estão muito presentes na pessoa em fim de vida, limitando a sua autonomia e, conseqüentemente, alterando o seu conforto. Assim, a prática adotada regeu-se ao que é recomendado por Sesterhenn et al. (2008), nomeadamente, através do conhecimento acerca das atividades que a pessoa gostava de fazer e, deste modo, dotá-la de ferramentas que permitissem a adaptação às mesmas face à atual condição de saúde como por exemplo, no caso de uma pessoa que gostava de fazer caminhadas de longa distância, ensinar e estimular para deambular em casa, curtos percursos ou mesmo no exterior, caso o seu domicílio o permita.

As alterações da cavidade oral geram na pessoa um grande desconforto, tendo sido verbalizado pelos utentes. Goldstein et al. (2008) preconiza a prestação de cuidados orais diários que se revelaram promotores do conforto da pessoa, independentemente, da existência ou não de alterações. Caso existam, importa identificar qual o tipo de alteração da mucosa oral (xerostomia, mucosite e sialorreia). Cada uma das alterações pressupõe um tipo de estratégias pelo que a correta identificação destas permitirá o alívio de sintomas com vista ao solucionar do problema. Nomeadamente, para a xerostomia, a mais observada, será fundamental fornecer água fria ao utente bem como cubos de gelo para aplicar na cavidade oral, o que irá hidratar a mucosa e reduzir a dor. A evidência recomenda ainda o uso de goma sem açúcar, pilocarpina e saliva artificial, clorhexidina sem álcool, colutório de fluoreto de sódio a 0,2% ou gel fluoreto de sódio 1,1% (situações mais graves) (Goldstein et al., 2008, Palmela, 2010 e Peterson et al., 2015).

A obstipação é uma das queixas mais frequentes e que foram identificadas pelos utentes e, neste sentido, procurei explicar as alterações que ocorrem nesta fase da doença e devido à toma de terapêutica, ensinar e estimular para deambular por curtas distâncias, se possível, ensinar a otimizar a dieta, com alimentos ricos em fibras e aumento da ingestão hídrica, podendo ser necessário orientar para apoio da nutricionista, vigiar o abdómen e as fezes. A prática realizada vai ao encontro do que é descrito pela evidência, nomeadamente, a importância do aumento da mobilidade e ajuste da dieta com aumento do consumo de água (Faria e Santos, 2009). Poderá ser necessário o ajuste de terapêutica laxante e a sua inclusão em esquema diário bem como o recurso a enemas no caso de presença de fecalomas.

É frequente o surgimento de insónia na pessoa em fim de vida, pelo que a intervenção do enfermeiro deverá ir ao encontro da identificação dos padrões de sono prévios, o ambiente que a rodeia e os fatores que desencadeiam alterações do sono, explicar a importância da toma de medicação em SOS, se for necessário e vigiar o sono (Mayland et al., 2021b).

A nível das alterações psicoespirituais, consegui colaborar nos cuidados a pessoas em fim de vida, já acompanhadas há muito tempo pela EISHCP, que por terem pleno alívio de sintomas, referiam sentir-se tranquilas face à situação, encarando-a com um sorriso no rosto. Este tipo de experiência foi muito gratificante, em termos profissionais, mas também

enriquecedor no campo pessoal, em particular, com uma das utentes de ORL com quem tive contato que me referiu, por mimica labial e também por escrita, sentir-se plena como que viria de seguida, sem medo do seu futuro e com plena consciência de que iria partir em breve. De forma serena, esta utente despediu-se de todos os profissionais da equipa, inclusive de mim, esboçando um sorriso e com um brilho no olhar, agradecendo tudo o que lhe tinham feito. Foi possível intervir com a utente, procurando conhecer os seus desejos e vontades. A mesma verbalizou que o seu maior desejo era poder ir passar uns dias com os filhos e netos, mas estava apreensiva em fazê-lo porque tinha receio da reação dos seus netos (por apresentar traqueostomia e gastrostomia). Este desejo foi começando a ser cada vez mais real, a utente e o marido foram estimulados a irem passar uns dias de férias com a família tendo sido reforçado positivamente a sua capacidade para os cuidados, assegurando a garantia de não abandono e relembrando de que dispunham de contato telefónico 24h por dia. Deste modo, acabou por ser possível concretizar os desejos da utente e este momento em família. Nesta interação o tema morte emergiu, se bem que nunca assim designada, uma vez que a utente preferia falar de uma partida próxima, encontrando-se numa fase de luto preparatório, de aceitação e, pela comunicação não verbal, expressava que tinha concluído as etapas de vida mais relevantes para si, tendo tido a oportunidade de se despedir dos que lhe eram significativos. Neste sentido, o sentimento de tranquilidade expresso pela pessoa leva-nos a concluir que esta, aparentemente, atingiu o estado de transcendência que se relaciona com o contexto psicoespiritual, tal como descrito por Kolcaba, o qual é difícil de atingir e muito raramente percecionado, mesmo até nos últimos dias de vida (Kolcaba, 2003). Foi através da relação empática e terapêutica que se estabeleceu confiança com esta família, o que potenciou a expressão de desejos e vontades e também de emoções, tal como deverá ser priorizado na pessoa em fim de vida. Esta intervenção foi promotora de conforto, talvez numa das fases mais difíceis do percurso da doença. Quando pensamos nos cuidados de enfermagem, compreendemos ser inerente a todo o processo do cuidar, o envolvimento e desenvolvimento de relações de ajuda e de confiança. É evidente que, para fortalecer as relações de ajuda, será necessário o contato frequente existindo a possibilidade de espaço de diálogo sobre a vida pessoal e sentimentos, bem como das suas crenças (Zuchetto et al., 2019).

Em termos do contexto sociocultural, um processo de doença gera alterações da dinâmica da pessoa e da própria família, em particular, em situação de doença avançada. É fundamental que o enfermeiro procure conhecer a pessoa e a sua identidade pessoal, bem como reforçá-la, proteger as suas crenças culturais, explorar as suas relações e focar a importância de manter o contato com as pessoas mais próximas, evita o isolamento social e consequente solidão (Balfé et al., 2018; Luca et al., 2012).

Deverá ser incentivada a tomada de decisão pela pessoa e partilhada com a família. Também é importante conhecer qual o papel da pessoa que está doente no seio familiar por

forma a compreender como é que este se está a readaptar a todo o processo, no que diz respeito à redefinição de papéis bem como em termos de ajustes financeiros (Rolland, 1995). Neste sentido, é muito frequente a articulação entre a equipa de enfermagem e o serviço social, sendo realizada logo após o primeiro contato com a pessoa e família. A assistente social inicia também o acompanhamento da pessoa e família, identificando quais as necessidades do foro social procurando apresentar as melhores respostas que se encontram disponíveis sendo também potenciador do conforto e melhoria da qualidade de vida.

Foi realizada uma análise crítica sobre o papel do enfermeiro em consultoria (apêndice VI), uma temática ainda um tanto desconhecida pelo que foi necessário recorrer a pesquisa. A intervenção em consultoria consiste em práticas que contribuem para a satisfação de necessidades da pessoa e família, desmistificação de conceitos pré-concebidos sobre os CP, tanto por parte da pessoa e família, como até pelos próprios profissionais de saúde e a desconstrução de valores enraizados por estes, até no seio hospitalar (Dias et al., 2021). Esta consultoria é realizada por enfermeiros experientes e peritos em CP, através de uma prática baseada na evidência, que possibilita a formação de equipas de enfermagem, a nível interno e externo (Nunes, 2010).

Outra das atividades iniciada neste campo de estágio foi a criação de um protocolo de articulação entre as equipas de enfermagem de ORL e da EIHS CP, facilitando e agilizando o suporte e apoio nos cuidados à pessoa com CCP em fim de vida e famílias, o que poderá traduzir-se em ganhos em saúde para os clientes bem como uma mais-valia para a prática de cuidados. Foi uma das dificuldades manifestadas pelos enfermeiros aquando da fase diagnóstica, ou seja, a incapacidade em articular com os enfermeiros da EIHS CP pois, a referenciação para esta é apenas e só realizada pelo corpo médico sendo, em muitas situações, tardia. Com o apoio das chefias de enfermagem e motivação dos enfermeiros de ambos os serviços, foi iniciada a sua elaboração prevendo-se que seja concluída no último campo de estágio.

Assim sendo, as observações e atividades realizadas bem como a sua análise e reflexão permitiram alcançar os objetivos traçados e, deste modo, desenvolver as competências de enfermeiro especialista inicialmente propostas. No âmbito do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, procurei dar continuidade ao aprofundar os conhecimentos sobre os cuidados à pessoa com CCP em fim de vida e família, permitindo cuidar de forma responsável, agindo, em muitas situações, de forma preventiva, salvaguardando os direitos da pessoa, nomeadamente, de informação e fomentando a sua tomada de decisão e autonomia ao longo do processo de doença. O que também contribuiu para o desenvolvimento de competências no domínio da gestão de cuidados, através de uma prática de cuidados, em equipa, com qualidade e individualizada, gerindo os recursos existentes face à situação e ao contexto com que nos deparamos, promovendo a melhor resposta por parte dos profissionais de saúde. Face ao último domínio, desenvolvimento de

aprendizagens profissionais, manteve o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade enquanto profissional e também enquanto pessoa, destacando a capacidade de avaliação sistematizada focando os quatro contextos de conforto, o aperfeiçoar de estratégias de intervenção junto da pessoa e família, através da relação empática e de ajuda, o fomentar da autonomia, o promover da tomada de decisão e o intervir junto da equipa multidisciplinar, com conhecimento sólido, atual e sustentado. Todo este conhecimento tem-se revelado ser fulcral no desenvolvimento das competências específicas e na construção e consolidação de uma prática baseada na evidência promotora do conforto da pessoa com CCP em fim de vida e família, numa visão holística. Além do referido, penso estar a traçar um caminho que se revela promotor de confiança, sentindo esse reconhecimento por parte da pessoa doente e da própria família bem como dos meus pares. A acrescer ao mencionado, tal como no estágio anterior, este também potenciou o progresso positivo no desenvolvimento das competências de mestre.

2.2.3. Terceiro estágio realizado no Serviço de Otorrinolaringologia

O terceiro e último estágio, com a duração de 6 semanas, foi realizado no meu local de trabalho, ou seja, no Serviço de Internamento de ORL, que engloba todos os cuidados prestados ao utente do foro de ORL durante o processo de doença oncológica ou não oncológica, desde o diagnóstico, a cirurgia e tratamento de quimioterapia e radioterapia com necessidade de internamento e em cuidados paliativos. É composto por três pisos, respetivamente, a consulta/urgência, o bloco operatório e recobro e o internamento.

Foi definido como objetivo geral para este estágio, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados promotores do conforto à pessoa com CCP em fim de vida e sua família. Como objetivos específicos delineou-se divulgar o projeto à equipa de enfermagem, formar a equipa de enfermagem para a promoção do conforto da pessoa com CCP em fim de vida e sua família e implementar intervenções promotoras do conforto à pessoa com CCP em fim de vida e sua família.

Em relação ao primeiro objetivo específico foi realizada a apresentação do projeto à enfermeira chefe do serviço e à enfermeira orientadora (que previamente, já acompanhava o desenvolvimento do projeto) bem como aos restantes enfermeiros, em três momentos, até conseguir alcançar a totalidade da equipa.

Face ao segundo objetivo específico, realizei uma primeira formação, na qual foram trabalhados conceitos centrais relacionados com os cuidados paliativos e as intervenções a adotar na prestação de cuidados que fossem promotores do conforto da pessoa com CCP em fim de vida e família, oriundas da revisão *scoping*, pesquisa bibliográfica e observação da prática (apêndice VIII). Pela impossibilidade de alguns se dirigirem ao hospital no dia e hora estipulados, foi criada a opção da apresentação decorrer também num formato remoto,

através da plataforma Zoom®, o que teve o acolhimento da equipa. Ao longo da formação foi notório o envolvimento, motivação e interesse em estarem presentes. Inicialmente tinha-se previsto realizar a formação para os enfermeiros do internamento, contudo, dado o interesse crescente, dos enfermeiros dos outros setores decidi abranger a todo o Serviço de ORL. Quando abordada a enfermeira chefe sobre a possibilidade de alargar a formação a toda a equipa, a mesma responde com agrado e que seria uma mais-valia para a prática futura, tanto para os enfermeiros recém-formados ou recém integrados no serviço na aquisição de novos conhecimentos bem como para os mais experientes no aprofundar e reavivar de temáticas sobre este tema. Deste modo, realizei a formação intitulada de *“Promoção do conforto da pessoa com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida e família – intervenção de enfermagem”* tendo tido uma adesão de 91,7%, o que perfaz 33 enfermeiros do total de 36. No final desta apresentação, o feedback foi extremamente positivo, mencionaram ter sido um grande contributo para a prática, nomeadamente, pela “aquisição de novos conhecimentos nesta área tão particular e sensível, o que iria, certamente, maximizar o conforto da pessoa com CCP em fim de vida e família” (SIC), mas também por os “capacitar para intervir junto desta população, nesta fase da vida” (SIC).

No que concerne ao terceiro objetivo específico prestei cuidados a utentes que se enquadravam na população estudada. À semelhança do estágio anterior, iniciava com a avaliação da pessoa com recurso à ESAS-R, o que permitia identificar quais seriam os focos da minha intervenção. A utente de quem cuidei, internada por descontrolo algíco e, após realização de exames complementares diagnóstico, foi verificada progressão da doença local e à distância, tendo sido, em reunião multidisciplinar, decidida e realizada a mudança de foco de tratamento para CP. Foi discutido com a equipa médica a importância da referenciação precoce para apoio e seguimento pela EIHS CP, que permitirá realizar um controlo sintomático mais efetivo, fornecer apoio psicológico e delinear um plano de cuidados de acordo com as vontades e desejos da pessoa.

Deste modo, identifiquei as suas necessidades e, numa primeira fase, o descontrolo algíco seria o primeiro foco de atenção, uma vez que referia que a dor oscilava entre moderada a intensa, nunca conseguindo obter o pleno alívio da mesma. Foram introduzidas medidas não farmacológicas, apoio emocional, toque terapêutico, aplicação de frio e ensino sobre o posicionamento anti-álgico bem como farmacológicas com otimização da terapêutica analgésica. Iniciou terapêutica opióide via transdérmica, ficando com resgates para a dor prescritos. Foi realizada uma avaliação e monitorização criteriosas da dor, tendo sido administrados vários SOS e com novo ajuste, foi possível obter um controlo da dor, ao fim de quatro dias. Foram privilegiadas as intervenções dirigidas ao descontrolo sintomático, nomeadamente, ao descontrolo algíco pois, a pessoa referia não conseguir pensar nem falar de mais nada. Posto isto, decidi avançar no plano de cuidados da pessoa definido em conjunto e, uma vez que esta iria ser observada em breve pela EIHS CP, comecei a desmistificar o

conceito de CP e a sua importância nesta fase da doença, estando a promoção da literacia em saúde sobre os cuidados paliativos inserida nos PAC, sendo uma etapa do mesmo. Era notório, e devido aos exames realizados e progressão da doença, os riscos eminentes que poderiam suceder, nomeadamente, o risco de sufocação, aspiração e hemorrágico. Foram proporcionados momentos de partilha com a utente, em lugar mais resguardado promovendo a sua privacidade, posicionando-me (sentada) junto à mesma o que permitiu o contato com o olhar incentivando uma escuta ativa. Esta técnica pressupõe um compromisso com a pessoa, não se trata apenas de escutar, mas sim mostrar disponibilidade face à experiência imediata vivida por esta e habilidade para conseguir ouvir sem interpretar com as suas próprias experiências. Na escuta ativa, o enfermeiro permite que os utentes se expressem ao seu próprio ritmo, promove a autoexploração e potencia a sua capacidade para explicar o problema (Lopes, 2006).

Foi percebido o medo da pessoa em relação à evolução da doença, neste âmbito, foi clarificada a importância de esta expressar as suas vontades e desejos o que permitirá elaborar aquilo que será o seu plano de cuidados futuro. Este plano, ou seja, o PAC, permitirá, mesmo quando a pessoa não tiver capacidade para decidir, que a equipa multidisciplinar cuide da forma que pretendia, salvaguardando as suas vontades e desejos. A utente tinha conhecimento dos riscos futuros o que lhe causava sentimentos de medo e desespero. Foi explicado que, havendo o risco de sufocação, aspiração e de hemorragia, é necessário a existência de um plano alternativo para cuidados, que deveria ser elaborado e estar documentado em local acessível a toda a equipa. A utente manifestou que na última fase da vida pretendia estar hospitalizada/institucionalizada pois, tendo um filho pequeno, não queria que este testemunhasse o que poderia acontecer. Se ocorrer esta situação, pretendia estar medicada, ou seja, sedada, com algo que minimize ou anule a possibilidade de vivenciar estas situações, assegurei-lhe que esta informação iria ser transmitida a toda a equipa, por forma, a todos terem o mesmo conhecimento. Tudo isto foi comunicado à equipa médica e ficou escrito em notas de evolução de enfermagem. A equipa médica também documentou em diário clínico, o que facilita o acesso a quem pretende consultar. Este procedimento está em consonância com a literatura, que orienta para a necessidade de explorar com o utente os seus desejos em caso de hemorragia abundante e deixar escrito em processo clínico bem como discutir/ponderar com a equipa médica a necessidade de sedação paliativa para os casos de hemorragia em grande quantidade (Goldstein et al., 2008, Mayland et al., 2021b, Miguel e Frade, 2019 e Nilsen e Johnson, 2017). Foi possível intervir a nível do conforto ambiental, nomeadamente, ao tentar tornar a sua unidade de cuidados, o mais familiar e próxima possível, tendo a família trazido uma moldura com fotografia do seu filho e a sua almofada preferida (Goldstein et al., 2008).

Com estas intervenções a utente revelou alívio e tranquilidade, sentindo-se escutada e compreendida, tendo os seus desejos sido incorporados na intervenção futura. Deste modo,

ficou patente o advogado por Kolcaba, em que as intervenções em determinado contexto, neste caso, no psicoespiritual, têm influência nos restantes e promovem o conforto através dos estados de alívio e tranquilidade (Kolcaba, 2003).

Ao longo do estágio, foram proporcionados momentos de partilha e análise com os colegas, em particular, durante as passagens de turno, sobre as práticas de cuidados merecedoras da nossa reflexão, nomeadamente, a necessidade de referenciação de uma utente para a EIHSCP, em fase de transição de cuidados e a discussão junto da equipa médica de ORL tendo, posteriormente, sido encaminhada para a equipa. Também foi abordado e debatido em equipa de enfermagem o PAC pois, alguns elementos, referiram sentir dificuldades e ter dúvidas na sua implementação e refletiu-se criticamente sobre as intervenções direcionadas a vários sintomas como, dor, dispneia e disfagia.

Como foi referido ao longo deste relatório, inicialmente, foi elaborada uma tabela de intervenções de enfermagem promotoras do conforto à pessoa com CCP em fim de vida e família (1º e 2º estágios) sustentada pela evidência científica que adveio da revisão da literatura, bem como de pesquisa bibliográfica livre que foi realizada ao longo dos estágios sobre temas que não integraram a *scoping* e que foram emergindo aquando do contato com os doentes e famílias e com os pares, permitindo uma atualização regular da melhor evidência e, ainda, da observação da prática e cuidados. Neste estágio, dei continuidade ao que era pretendido, ou seja, construí um guia orientador dos cuidados à pessoa com CCP em fim de vida e família (presente no apêndice IX) que tem como objetivo promover a melhoria dos cuidados prestados a esta população alvo através da capacitação da equipa de enfermagem do Serviço de ORL. Para mobilização do guia orientador, preconiza-se, numa fase inicial, a aplicação da escala ESAS-R aos utentes de forma facilitar a identificação das necessidades de cuidados e quais os focos principais de intervenção. Apesar de não ser uma escala direcionada à avaliação do conforto, o item 10 dá a liberdade de ser acrescentada uma outra necessidade que poderá ser o conforto por exemplo, o que permite uma monitorização objetivo do mesmo, bem como dos resultados obtidos após a intervenção do enfermeiro. Neste seguimento, o guia está estruturado com base na teoria de conforto de Kolcaba, ou seja, pelo contexto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, sendo identificadas as necessidades e apresentadas as intervenções e recomendações/estratégias a adotar.

Por se ter considerado fundamental assegurar que todas as intervenções implementadas são documentadas no sistema informático em uso na instituição Glinntt®, de modo a garantir a continuidade de cuidados, decidiu-se, tendo por base as intervenções identificadas na revisão *scoping*, pesquisar as que se encontram espelhadas na linguagem classificada, parameterizada para o serviço, tendo-se integrado as mesmas no guia. Não obstante, as intervenções que não se encontraram na linguagem classificada, constituirão igualmente o guia, encontrando-se sinalizadas, acompanhadas pela indicação de que o seu registo deve ser efetuado em notas de evolução de enfermagem.

Após a intervenção, é fundamental que sejam avaliados os resultados e, se necessário, reformular o plano de cuidados. No caso de não ser possível obter os resultados pretendidos, poderá ser necessário proceder à articulação com a equipa de enfermagem da EIHS CP através da aplicação do protocolo desenvolvido “*Parceria para melhor cuidar*” (apêndice X). Este protocolo tem como objetivo estruturar a resposta às necessidades de cuidados paliativos do utente com CCP através da parceria entre as equipas de enfermagem de ORL e da EIHS CP. Por meio da identificação de utentes com CCP que apresentem necessidades do foro físico, psicoespiritual, social e ambiental não satisfeitas, da definição do papel da equipa da enfermagem de ORL no processo de articulação com a equipa de enfermagem da EIHS CP, da orientação do processo de articulação entre equipas e do apoio na *advocacy* realizada pela enfermeira na fundamentação da necessidade de referenciação do utente para a EIHS CP, na discussão multidisciplinar. Deste modo, pretende-se melhorar os cuidados prestados a esta população, maximizando o seu conforto. Para aplicação do protocolo, também é preconizado, numa fase inicial, o uso da escala ESAS-R para identificação das necessidades da pessoa. A razão desta escolha advém do facto de ser a escala utilizada na EIHS CP, o se que traduzirá uma linguagem comum potenciadora do conforto.

Como última atividade foi realizada uma formação aos enfermeiros do Serviço de ORL, em formato presencial e também remoto, onde foram apresentados o guia orientador dos cuidados e o protocolo de articulação bem como explicado a forma da sua utilização (a apresentação encontra-se remetida no apêndice XI). Foram informados de que estariam disponíveis a todos, encontrando-se em dossier próprio, na sala de enfermagem do Internamento de ORL. Finda a apresentação foi efetuada uma avaliação da mesma, com recurso a questões abertas às pessoas que participaram, estas afluíram a pertinência do projeto, contributos do mesmo, foram ainda solicitadas sugestões. Obteve-se um feedback positivo tendo sido verbalizado que, a temática era muito pertinente, os documentos criados serão uma mais-valia para a prática e um contributo para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com CCP em fim de vida e família na promoção do seu conforto. Foram apresentadas como sugestões, realizar a formação e apresentar o projeto a todos os enfermeiros da instituição bem como promover que o protocolo de articulação se estenda a outros serviços do hospital. Além do mencionado, foi dada abertura a sugestões de melhoria e apenas foi verbalizando que estas apresentações deverão ser, no futuro, alargadas ao corpo médico podendo ser essencial e até transformador na visão sobre a pessoa com CCP em fim de vida e família. Foi obtida uma adesão na ordem dos 86,1% (participaram 31 enfermeiros da totalidade 36), o que sugere o interesse e motivação da equipa para esta temática e para o projeto.

Deste modo, penso ter conseguido alcançar os objetivos inicialmente traçados que me permitem caminhar a passos largos para o desenvolver e consolidar de competências na

construção de futura enfermeira especialista. À semelhança de estágios anteriores, desenvolvi competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, através de uma prática sustentada por princípios que promovam os direitos da pessoa e da família, potenciando a autonomia e o poder na tomada de decisão (Regulamento N°140/2019). No domínio da gestão da qualidade, penso que, ter elaborado os documentos apresentados, com base em conhecimentos sólidos e atuais, constituiu uma mais-valia que capacitou os enfermeiros para a melhoria de práticas de cuidados à pessoa e família, e, por conseguinte, promovendo a sua segurança e maximizando o seu conforto. Foco ainda o papel dinamizador na criação destes documentos como sugestões de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e, em particular, da enfermagem oncológica. Em termos da gestão de cuidados, penso ter melhorado a gestão e a otimização da resposta da equipa de enfermagem fomentando a tomada de decisão e autonomia, adequando os recursos às pessoas com quem me deparei garantindo sempre a segurança e a qualidade, favorecendo a melhor resposta do grupo, neste caso, dos enfermeiros do Serviço de ORL. Face ao domínio de desenvolvimento de aprendizagens profissionais, este foi alcançado através do autoconhecimento pessoal e profissional, do investimento em conhecimento científico que permitiu enriquecer a praxis clínica fundamentada, prestando cuidados de qualidade. Por outro lado, sentir ser um elemento facilitador da aprendizagem, algo que a formação realizada em muito contribuiu, sendo reconhecida como pessoa de referência pelos pares, a quem recorriam em momentos da prática que envolviam esclarecer de dúvidas e a necessidade de uma análise crítica e reflexiva sobre os cuidados. Prestei cuidados individualizados, numa visão holística, procurando dar resposta a todas as necessidades da pessoa com CCP em fim de vida e família, o que me possibilitou consolidar as competências específicas do enfermeiro especialista bem como as da EONS (EONS, 2018; Regulamento N°429/2018). Também permitiu desenvolver as competências de mestre, através do aprofundamento e mobilização do conhecimento científico, a reflexão sobre o mesmo e sobre as práticas bem como ter um papel ativo com implicação na prática de cuidados (Decreto-Lei N°74/2006).

3. AVALIAÇÃO

Durante todo o trajeto percorrido, desde a realização dos estágios e o culminar com a elaboração do presente relatório, procurei sempre agir e prestar cuidados tendo por base os direitos da pessoa doente, respeitando-a como ser biopsicossocial e espiritual. Além do mencionado, também regido pelos princípios reguladores da profissão, através do Regulamento para o Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei N°161/1996) e do Código Deontológico para a Prática de Enfermagem, apresentando uma praxis clínica que salvaguarda a intimidade, privacidade e segurança da pessoa e família. Em particular, o artigo 107º, onde é mencionado que o enfermeiro deve respeitar a intimidade da pessoa, salvaguardando a sua privacidade e intimidade (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Na minha prática de cuidados, apresentava-me sempre aos utentes, referindo ser estudante e verbalizando a finalidade dos meus cuidados, bem como solicitando autorização para a observação da prática e intervenção, cuidando da pessoa como ser individualizado e numa visão holística, o que nos leva ao artigo 110º que refere que o enfermeiro deve dar atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família ou comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Também foi evidente, a importância dada ao direito de informação do utente na prática de cuidados, procurando avaliar, em muitas situações, o conhecimento prévio, o que queriam saber e promovendo o consentimento informado, a autonomia e a tomada de decisão sobre a situação. Deste modo, o que foi mencionado respeita o artigo 84º onde o enfermeiro deve respeitar e aceder com responsabilidade e cuidado a toda a informação que o utente deseja saber em termos de plano de cuidados de enfermagem e respeitar e promover o direito ao consentimento informado. Neste seguimento, cuidar da pessoa em fim de vida e família, vai ao encontro do artigo 108º, onde é descrito que o enfermeiro, ao acompanhar a pessoa em diferentes fases da vida, assume os deveres de defender e promover o direito da pessoa na escolha do local bem como de quem quer que a acompanhe naquele momento, respeitando as verbalizações e manifestações face à perda, tanto pela pessoa em fim de vida como pela família (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

A minha prática regeu-se também pelos princípios bioéticos (beneficência, não maleficência, autonomia e justiça) no cuidado à pessoa. Deste modo, os cuidados prestados procuravam a promoção do bem-estar e do conforto da pessoa e família, minimizando e/ou evitando o que fosse potenciador de desconforto, tendo presente os seus valores e as suas preferências (Santiago e Carvalho, 2009). Face ao princípio da justiça, promovendo uma prática que se preze pela distribuição equitativa de bens a todos os de quem cuida, sem nenhum tipo de discriminação, seja social, racial ou outro fator (Santiago e Carvalho, 2009).

Foi elaborada uma análise SWOT que é definida como uma das técnicas mais utilizadas na investigação social, quer na elaboração de diagnósticos, quer em análise organizacional que permite uma reflexão e confrontação entre os aspetos positivos e

negativos ao projeto (Ruivo et al., 2010). Esta análise é composta por um quadro subdividido em quatro quadrantes, sendo estes constituídos por forças, oportunidades, e fraquezas e ameaças o que permite analisar os pontos fortes e fracos do projeto. Como forças, elementos internos e favoráveis ao sistema, identifiquei a própria motivação e interesse pessoal, a motivação da equipa de enfermagem e o apoio da chefe de serviço e a boa relação existente entre a equipa multidisciplinar que poderão ser facilitadores no colocar em prática do protocolo de articulação com a EIHS CP. Como oportunidades, exógenas ao sistema, considero que a relação previa estabelecida com a enfermeira-chefe da EIHS CP revelou ser uma mais-valia à concretização do projeto. Como fraquezas, elementos internos e que poderão ser debilidades ao projeto, destaco a instabilidade da equipa, com a entrada e saída constante de enfermeiros. Face a ameaças, com origem exterior ao sistema, identifiquei o atual contexto pandémico que gera incerteza face à realização de qualquer projeto e, no meu caso em particular, devido à mudança do Serviço para um Serviço Cirúrgico para doentes COVID19 (de janeiro a março), ocorreu uma suspensão do estágio, retomado a meados de março. A continuidade dada a partir desse momento, foi linear, tendo conseguido realizar tudo o que estava planeado.

A elaboração do presente relatório permitiu analisar e refletir sobre todo o percurso traçado e realizado em termos daquilo que foi o processo de aprendizagem e conhecimento face ao cuidar da pessoa com CCP em fim de vida e família. Deste modo, penso ter desenvolvido as competências de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente de Enfermagem Oncológica, nomeadamente, as competências comuns do enfermeiro especialista e as específicas do enfermeiro especialista à pessoa em situação paliativa e as definidas pela EONS para a enfermagem oncológica, tal como inicialmente planeado. Particularizando, os cuidados prestados eram regidos pelos princípios deontológicos da profissão de enfermagem, protegendo os direitos da pessoa e promovendo a sua segurança, privacidade e dignidade tal como preconizado nas competências comuns do enfermeiro especialista, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (Regulamento N.º140/2019). A elaboração de documentos orientadores para a prática, quer seja o guia orientador de cuidados bem como a criação do protocolo de articulação entre as equipas de enfermagem de ORL e da EIHS CP, potenciou o evoluir nas competências do domínio da melhoria da qualidade (Regulamento N.º140/2019). A melhoria na capacidade de gestão de situações, a otimização dos cuidados em termos do processo da tomada de decisão bem como a crescente articulação com a equipa multidisciplinar e fomentação do mesmo na equipa de enfermagem foram fulcrais no evoluir das competências no domínio da gestão de cuidados (Regulamento N.º140/2019). A realização da revisão *scoping*, a pesquisa bibliográfica sobre temáticas que iam surgindo ao longo dos campos de estágio, a elaboração do estudo de caso e de reflexões críticas sobre situações vivenciadas promoveu o desenvolvimento de competências a nível do domínio do desenvolvimento de aprendizagens

peçoais (Regulamento Nº140/2019). Nos diversos campos de estágio, os cuidados que foram prestados à pessoa com CCP em fim de vida e a sua família, suportados pela evidência científica e observação da prática de cuidados, tinham como objetivo, além do estabelecer de uma relação terapêutica com estes, a maximização do seu conforto através de uma intervenção direcionada, nos seus vários contextos, nomeadamente, físico, psicoespiritual, social e ambiental. O que foi mencionado, permite afirmar que desenvolvi competências de enfermeiro especialista à pessoa em situação paliativa através do *“cuidar da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida”* e *“estabelecer relação terapêutica com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/ familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas”* (Regulamento Nº429/2018, p.19360).

Face às competências preconizadas pela EONS para a enfermagem oncológica, é possível afirmar que as mesmas foram alcançadas, através do aprofundar de conhecimentos (revisão *scoping*) e a sua mobilização para a prática de cuidados (EONS, 2018). Além do mencionado, o conhecer a pessoa cuidada, de forma integral, bem como, a sua rede de apoio, permitiu estabelecer uma relação terapêutica, desenvolver um plano individual de cuidados em colaboração com esta e família, potenciando a sua autonomia e o seu poder na tomada de decisão comunicando de forma clara e assertiva e promovendo o conforto na fase final da vida. Também é possível asseverar o autodesenvolvimento e resiliência emocional alcançada na prática de cuidados a esta população. Foi possível o desenvolvimento de conhecimentos focado na pessoa com CCP em fim de vida e família, a sua mobilização para a prática de cuidados e a sua divulgação junto da equipa de enfermagem de ORL através da realização de duas formações. E ainda, a aplicação da evidência científica na resolução de situações complexas permite mencionar a consolidação das competências de mestre (Decreto-Lei Nº74/2006).

Fazendo uma análise retrospectiva a todo este caminho percorrido, penso ter desenvolvido e solidificado a minha prática, que se estrutura num cuidar fundamentado em evidência científica que permite uma tomada de decisão sustentada, a própria reflexão sobre e para a ação e o perceber, neste momento, a sua importância para a profissão. Além disso, o papel dinamizador junto dos meus pares e ainda, o sentimento de ser um elemento de referência para estes. Todo o caminho desenvolvido para a construção da identidade de enfermeiro especialista aproxima-se do enfermeiro perito referido por Benner. Ou seja, este é aquele que consegue identificar respostas inesperadas e antecipar potenciais problemas através de uma compreensão rápida e precisa sobre a situação como um todo e, sendo por isso, consultado pelos seus pares como elemento de referência (Benner et al., 2009).

CONCLUSÃO E PERSPETIVAS DE TRABALHO FUTURO

Findo este percurso, poderei afirmar que se tratou de um processo longo e de muito trabalho e desenvolvimento, sendo balanço final muito positivo. Deste modo, penso que tudo o que foi desenvolvido possa trazer ganhos significativos, através da capacitação da equipa de enfermagem de ORL com impacto na melhoria da prática de cuidados, bem como, possivelmente, na promoção da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com CCP em fim de vida e à sua família com a maximização plena do seu conforto.

A realização dos três estágios em três campos diferentes permitiu um crescimento gradual de aprendizagem, conhecimento e experiência com contributos significativos para a construção da identidade de futura enfermeira especialista. A avaliação inicial da pessoa com CCP em fim de vida e sua família é fundamental para o estabelecer de um plano de cuidados individualizado com base naquilo que são as suas necessidades fulcrais, permitindo intervir de forma eficaz, sendo o resultado da intervenção, a promoção major do conforto. Com o experienciado nos campos de estágio, e com a concretização das atividades planeadas, considero ter proporcionado ganhos efetivos para pessoa com doença avançada e família bem como para a capacitação dos enfermeiros.

Importa referir que, após a elaboração deste relatório, pretendo dar seguimento ao desenvolvimento do trabalho sempre na ótica da melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados. A continuidade do trabalho, o envolvimento nas situações e a reflexão sobre a ação, assumem uma posição de destaque pois, o conhecimento proveniente da experiência e evidência e a capacidade de raciocínio crítico, permitem responder e atuar de forma livre em cada experiência, onde a sua resposta se traduz numa nova forma de conhecimento, que é exetável e sustenta a prática do enfermeiro especialista, e que o poderá tornarnum perito (Benner et al., 2009). Desta forma, quero divulgar os resultados obtidos com a realização da revisão *scoping*. Também pretendo solicitar autorização à direção hospitalar/direção de enfermagem para a inclusão da escala ESAS-R no programa informático hospitalar o que poderá ser facilitador para o registo sistematizado pelos enfermeiros. Nos próximos meses, será colocado em prática o protocolo de articulação entre equipas de enfermagem de ORL e da EIHSCP. Por ter sido uma sugestão dos enfermeiros de ORL, da chefia de enfermagem e por ser uma vontade pessoal, pondero promover a divulgação do conhecimento sobre os cuidados promotores do conforto à pessoa com CCP em fim de vida e família, aos restantes enfermeiros da instituição hospitalar, podendo-se revelar uma mais-valia para a melhoria das práticas a esta população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Cancer Society (2021). Head and Neck Cancer Guide. Acedido em 10/06/2022. Disponível em: <https://www.cancer.net/cancer-types/head-and-neck-cancer/introduction>.

Araújo, M.; Silva, M. (2012). Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46, 626-632.

Aromataris E, Munn Z (Editors) (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. Available from <https://syntesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES20-01> ISBN: 978-0-6488488-0-6.

Balfe, M.; O'brien, K.; Timmons, A.; Butow, P.; O'Sullivan, E.; Goberman-Hill, R.; Sharp, L. (2018). Informal caregiving in head and neck cancer: caregiving activities and psychological well-being. *European journal of cancer care*, 27(2), e12520.

Barbosa, A. (2016). Comunicação. Manual de cuidados paliativos. (3ª ed, p. 487-532). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Baumrucker, S; Sheldon, J.; Stolick, M.; Morris, G.; Vandekieft, G.; Harrington, D. (2008). The ethical concept of "best interest". *Am J Hosp Palliat Care* 25(1):56-62.

Benner, P.; Tanner, C.; Chesla, C. (2009). Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment and ethics. 2ª ed. New York: Springer.

Bouso, R.; Poles, K.; Cruz, D. (2014). Conceitos e Teorias na Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 48(1), 144-148. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000100018>.

Bower, M.; Waxman, J. (2008). *Compêndio de Oncologia*. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN:978-972-771-961-1.

Brito, F.; Costa, I.; Costa, S.; Andrade, C.; Santos, K.; Francisco, D. (2014). Comunicação na iminência da morte: percepções e estratégia adotada para humanizar o cuidar em enfermagem. *Escola Anna Nery*, 18, 317-322.

Buga, S.; Banerjee, C.; Salman, J.; Cangin, M.; Zachariah, F.; Freeman, B. (2018). Supportive care for the head and neck cancer patient. In *Multidisciplinary Care of the Head and Neck Cancer Patient* (pp. 249-270). Springer, Cham.

Cardoso, R.; Caldas, C.; Souza, P. (2019). Uso da teoria do conforto de Kolcaba na implementação do processo de enfermagem: Revisão integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 8(1).

Carvalho, R. (2003). Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos. *Perspectivas*

dos actores. Loures: Lusociência.

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) (2021). Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos. Acedido a 04/04/2022. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>

Correia, S.; Nascimento, A.; Santos, L.; Oliveira, C. (2017). Importância do conhecimento em cuidados paliativos na formação dos académicos de Enfermagem: Revisão Integrativa. Acedido a 17/05/2022. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/cie/article/view/5664/2077>.

Danski, M.; Oliveira, G.; Pedrolo, E.; Lind, J.; Johann, D. (2017). Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 16(2).

Dázio, E.; Alves, C.; Rosado, S.; Filipini, C.; Fava, S.; Lima, R.; Souza, A. (2015). Vivências de familiares frente a situação de hospitalização. *Enfermagem Brasil*, 14(1), 53-60.

Decreto-Lei Nº 74/2006. Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 13.º a 15.º da Lei n.º 46/86, de 14 de outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo), bem como o disposto no n.º 4 do artigo 16.º da Lei n.º 37/2003, de 22 de agosto (estabelece as bases do financiamento do ensino superior). Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República*, I Série A (Nº60 de 24-03-2006), 2242-2257. ELL: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>.

Decreto-Lei Nº/1996. Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I Série A (Nº205 de 04-09-1996), 2959-2962. ELL: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>.

D'Espiney, L. (1996). Formação Inicial/Formação Contínua de Enfermeiros. Uma experiência de articulação em contexto de trabalho. In Canário, R., Estrela, A. & Ferreira, J. (Eds.), *Formação e situações de trabalho* (Vol. 1). Lisboa.

Dias, L.; Viegas, A.; Muniz, R.; Cardoso, D.; Amaral, D.; Carnière, C. (2021). Cuidados paliativos oncológicos: visão de familiares de pacientes acompanhados por uma equipa de consultoria. *J. Health NPEPS*, 1-14.

European Oncology Nursing Society (2018). EONS Cancer Nursing Education Framework. Disponível em: <https://z2y.621.myftpupload.com/wpcontent/uploads/2020/05/EONSCancerNursingFramework2018-1.pdf?time=1602163080>.

Faria, C.; Santos, J. (2009). Guia de Orientação para o Ensino ao Doente Traqueostomizado/Cuidador. *Revista Onco News*.

Felippu, A.; Freire, E.; Silva, R.; Guimarães, A.; Dedivitis, R. (2016). Impact of delay in the diagnosis and treatment of head and neck cancer. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*. 82.

140-143.

Fineberg, I. (2010). Social work perspectives on family communication and family conferences in palliative care. *Progress in Palliative Care*, 18(4), 213-219.

Global Cancer Observatory (2021). Incidence, Mortality and Prevalence by cancer Portugal 2020. Acedido a 01/06/2022. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf>

Global Cancer Observatory (2020). Estimated number of deaths in 2020 by cancer. Acedido a 01/06/2022. Disponível em: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&group_cancer=0&include_nmsc=0&include_nmsc_other=1.

Goldstein, N.; Genden, E.; Morrison, R. (2008). Palliative care for patients with head and neck cancer: "I would like a quick return to a normal lifestyle". *Jama*, 299(15), 1818-1825.

Guimarães, R.; Nunes, J. (2016). Conhecimento do profissional de enfermagem sobre cuidados paliativos em pacientes oncológicos. *Revista InterScientia*, 4(1), 31-36.

Kolcaba, K. (1995) - Comfort as process and product, merged in holistic nursing art. *Journal of Holistic Nursing*. Vol. 13, nº 2, p. 117-131.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company. ISBN: 0-8261-1663-7.

Júnior, A.; Moreira, T.; Florêncio, R.; Souza, L.; Flor, A.; Pessoa, V. (2019). Conforto nos momentos finais da vida: a percepção da equipe multidisciplinar sobre cuidados paliativos. *Rev. enferm. UERJ*, e45135-e45135.

Lei Nº52/2012. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Ministério da Saúde. *Diário da República*. I Série (nº172 de 05-09-2012), 5119-5124. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/52/2012/09/05/p/dre/pt/html>.

Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde.

Luca, M.; Santos, I.; Berardinelli, L. (2012). Características nosológicas de clientes com câncer em cuidados paliativos: autorrelato através da consulta de enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*, 293-299.

Mady, L.; Nilsen, M.; Johnson, J. (2018). Head and Neck Cancer in the Elderly: Frailty, Shared Decisions, and Avoidance of Low Value Care. *Clinics in Geriatric Medicine*, 34(2), 233–244. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.01.003>.

Magalhães, J. (2009). Cuidar em Fim de Vida – Experiência durante a formação inicial de enfermeiros. Lisboa: Coisas de ler. ISBN: 9789898218070.

Mayland, C.; Payne, S. (2018) Head and neck cancer: a marginalised group? *Palliative Medicine*. ISSN 0269-2163.

Mayland, C.; Doughty, H.; Rogers, S.; Gola, A.; Mason, S.; Hubbert, C.; Jack, B. (2021a). A qualitative study exploring patient, family carer and healthcare professionals experiences and barriers to providing and integrating palliative care for advanced head and neck cancer. *Journal of palliative care*, 36(2), 121-129.

Mayland, C.; Ho, Q.; Doughty, H.; Rogers, S.; Peddinti, P.; Chada, P.; Dey, P. (2021b). The palliative care needs and experiences of people with advanced head and neck cancer: A scoping review. *Palliative medicine*, 35(1), 27-44.

McCammon, S. (2019). Concurrent palliative care in the surgical management of head and neck cancer. *Journal of Surgical Oncology*. 120 (1), 78–84. DOI: <https://doi.org/10.1002/jso.25452>.

Melo, A.; Rocha, L. (2019). Cuidados paliativos em câncer de cabeça e pescoço: principais medidas terapêuticas para controle dos sintomas e melhora da qualidade de vida. Acedido em 02/06/2022. Disponível em: <https://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/bitstream/handle/set/2703/cuidados%20paliativos%20cbc-%20revista.pdf?sequence=1>.

Miguel, S.; Frade, A. (2019). Do risco à hemorragia na pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço: como intervir. *Onco. news*, 12(39).

Monteiro, D.; Almeida, M.; Kruse, M. (2013). Tradução e adaptação transcultural do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para uso em cuidados paliativos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34, 163-171

Mott, F.; Adams, K. (2019). Advance care planning and end-of-life issues in head and neck cancer. *Journal of palliative care*, 34(1), 18-20.

Morse, J.; Bottorff, J.; Hutchinson, S. (1995). The Paradox of Comfort. *Nursing Research*, Volume 44 (1), 14-19

Neto, I. (2016). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. 3ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. ISBN: 978-972-9349-22-5.

Nilsen, M.; Johnson, J. (2017). Potential for low-value palliative care of patients with recurrent head and neck cancer. *The Lancet Oncology*, 18(5), e284-e289.

Norma Nº11/2016 (2016). Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto. Direção Geral de Saúde. Disponível em:

http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/12/Norma_011-2016_Ostomizados.pdf.

Novak, B.; Kolcaba, K.; Steiner, R.; Dowd, T. (2001). Measuring comfort in caregivers and patients during late end-of-life care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, Volume 18 (3), 170-180

Nunes, R. (2008) Guidelines sobre suspensão e abstenção de tratamentos em doentes terminais. *Actas do X Congresso Virtual HIV/AIDS*.

Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Percursos*.

Ordem dos Enfermeiros (2005). Código deontológico do enfermeiro – dos Comentários à Análise dos Casos. *Estatuto da OE*.

Ordem dos Enfermeiros (2008). DOR - Guias Orientadores de Boa Prática. Cadernos OE.

O'Sullivan, E.; Higginson, I. (2016). 'I'll continue as long as I can and die when I can't help it': a qualitative exploration of the views of end-of-life care by those affected by head and neck cancer (HNC). *BMJ supportive & palliative care*, 6(1), 43-51.

Palmela, P. (2010). Guidelines para cuidados de saúde oral em doentes oncológicos. Círculo Médico. ISBN 978-989-20-1933-8.

Pereira, S. (2010). Cuidados Paliativos – Confrontar a morte. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Peterson, D.; Boers-Doets, C.; Bensadoun, R.; Herrstedt, J. (2015). Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment, and follow-up. *Annals of Oncology*, 26, v139-v151.

Polit, D.; Beck, C. (2019). Fundamentos de pesquisa em Enfermagem. Porto Alegre: Artmed Editora. ISBN: 9788582714898

Rabello, C.; Silva, R.; Santos, A.; Lima, F.; Almeida, L. (2021). Necessidades Físicas, Emocionais e Socioeconômicas no Pós-tratamento do Câncer de Cabeça e Pescoço: um Estudo Qualitativo. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 67(3).

Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Assembleia da República. Diário da República, 2.ª série (N.º 135 de 16-08-2018), 19359-19370.

ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dicocirurgica.pdf>.

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. Assembleia da República. Diário da República, 2.ª Série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.

Roila, F.; Molassiotis, A.; Herrstedt, J.; Aapro, M.; Gralla, R.; Bruera, E.; Van der Wetering, M. (2016). 2016 MASCC and ESMO guideline update for the prevention of chemotherapy-and radiotherapy-induced nausea and vomiting and of nausea and vomiting in advanced cancer patients. *Annals of Oncology*, 27, v119-v133.

Rolland, J. (1995). Doença Crónica e o Ciclo de Vida Familiar, In Carter, B.; Mcgoldrick, M. *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: Uma estrutura para a terapia familiar* (pp.373-392). Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

Ruivo, M.; Ferrito, C.; Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*. Jan-Mar, Nº15. ISSN 1646 5067.

Santana, N.; Costa, M. (2019) A visão do enfermeiro em relação aos cuidados paliativos em oncologia. São Paulo: Revista científica de enfermagem. 9(27), 99-107. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2019.9.27.99-107>.

Santiago, I.; Carvalho, K. (2009). Princípios da Bioética e o Cuidado na Enfermagem. Acedido a 14-06-2022. Disponível em: <http://cifmp.ufpel.edu.br/anais/1/cdrom/mesas/mesa4/02.pdf>.

Sesterhenn, A.; Folz, B.; Bieker, M.; Teymoortash, A.; Werner, J. (2008). End-of-life care for terminal head and neck cancer patients. *Cancer nursing*, 31(2), E40-E46.

Silva, M.; Castro, E. (2012). Qualidade de vida e auto-imagem de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *Universitas Psychologica*, 11(1), 13-23.

Strömberg, A.; Groenvold, L.; Pederson, A.; Olsen, A.; Sjogren, P. (2002). Pain and other symptoms in palliative cancer care: content validation of self-assessment questionnaire against medical records. *European Journal of Cancer*. 30: 788-794.

Vasques, T. (2013). Percepções dos trabalhadores de enfermagem acerca dos cuidados paliativos. *Revista eletrônica de enfermagem*. Acedido a 14-06-2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.20811>.

Zuchetto, M.; Engel, F.; Medeiros, L.; Hammerschmidt, K.; Schoeller, S. (2019). Empatia no processo de cuidado em enfermagem sob a ótica da teoria do reconhecimento: síntese reflexiva. *Revista Cuidarte*, 10(3).

ANEXOS

**ANEXO I – Escala Edmantom Symtom Assessment System revista
(ESAS-R)**

ANEXO I – Escala Edmontom Symtom Assessment System revista (ESAS-R)

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r)		
Por favor, circule o número que melhor descreve como você está se sentindo agora		
Sem Dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Dor Possível
Sem Cansaço Cansaço = falta de energia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Cansaço Possível
Sem Sonolência Sonolência = sentir-se com sono	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Sonolência Possível
Sem náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
Com apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Apetite Possível
Sem Falta de Ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Ar Possível
Sem Depressão Depressão = sentir-se triste	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Depressão Possível
Sem Ansiedade Ansiedade = sentir-se nervoso	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Ansiedade Possível
Com Bem-Estar Bem-Estar/Mal-Estar = como você se sente em geral	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Mal-estar Possível
Sem _____ Outro problema (por exemplo, prisão de ventre)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior _____ possível

Adaptado de (Monteiro et al., 2013)

APÊNDICES

APÊNDICE I – Revisão *Scoping*

APÊNDICE I – Revisão *Scoping*

TÍTULO: intervenções de enfermagem promotoras do conforto à pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço em fim de vida – *scoping review*.

OBJETIVO: Mapear as intervenções de enfermagem promotoras do conforto à pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço em fim de vida.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO: Quais as intervenções de enfermagem promotoras do conforto da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço em fim de vida?

BACKGROUND

As doenças oncológicas estão acopladas a uma considerável morbidade e mortalidade, especialmente quando diagnosticadas em estadios avançados, apresentando diversa sintomatologia relacionada com o aumento da carga tumoral, com os tratamentos e, associado a isso, fatores de stress de ordem psicossocial. A última fase de vida de um doente oncológico é, normalmente, mais breve e com um maior declínio face à duração desta fase noutras doenças crónicas (Barbosa et al., 2016). Em Portugal, no ano de 2019, a doença oncológica foi responsável por 25% do total de todos os óbitos (INE, 2019).

Em particular, o cancro da Cabeça e Pescoço (CCP) que inclui os tumores localizados no lábio, cavidade oral, nasofaringe, orofaringe, hipofaringe, laringe, nariz e seios peri-nasais, glândulas salivares, tiróide e paratiróide e componentes ósseas (American Nursing Society, 2021). O CCP, em dados de 2018 foi responsável por 350.000 óbitos a nível mundial, revelando-se o sexto cancro mais comum. Em dados nacionais, em 2020, registaram-se 1316 óbitos por CCP (Global Cancer Observatory, 2021).

A demora no diagnóstico e tratamento do CCP, em muitas situações, devido à sintomatologia inicial apresentada ser de difícil interpretação e o consequente atraso na procura dos cuidados de saúde, pode conduzir à evolução para estadios mais avançados, diminuindo a possibilidade de cura e a efetividade terapêutica (Felippu et al., 2016). Mesmo com os atuais avanços em termos tecnológicos e científicos, nem sempre é possível curar, ou seja, quando a doença se apresenta em estadios avançados ou tem eventual evolução, existe uma mudança de abordagem no que diz respeito ao tratamento, imperando a

necessidade de cuidados paliativos (Santana e Costa, 2019). O fim de uma terapia curativa não significa o término ativo do cuidado, ou seja, existe uma alteração no foco do tratamento, devendo esta passagem ser realizada de forma gradual (Santana e Costa, 2019). No CCP, tanto quando a finalidade do tratamento é curativa como paliativa, o controlo sintomático é um dos principais desafios terapêuticos devido à agressividade biológica deste tipo de cancro a nível loco-regional. Estima-se que cerca de 60% dos doentes necessitem de terapia paliativa durante o curso da doença, na maioria dos casos, após 18,1 meses do diagnóstico inicial (McCammon, 2019).

Os cuidados paliativos são definidos como cuidados globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias (Lei nº52/2012). Para esta revisão adotou-se o conceito de pessoa em *fim de vida*, que, é entendido como uma situação onde um doente terminal apresenta uma doença avançada, incurável e evolutiva, com elevadas necessidades de cuidados de saúde pelo sofrimento associado e que, em média, apresenta uma sobrevida esperada de 3 a 6 meses (Neto, 2016). O enfermeiro que cuida de pessoas com CCP em fim de vida desempenha um importante papel pois, é o elo de ligação entre estes, a família e a equipa multidisciplinar (Vieira et al., 2017).

É um desafio trabalhar em cuidados paliativos devido à complexidade de situações que podem surgir as quais dependem da pessoa, da situação clínica, da situação emocional, do estadió da doença, da família, da intervenção de outras equipas terapêuticas e de dilemas éticos, de valores e crenças (CNCP, 2017). A pessoa com CCP em fim de vida apresenta várias necessidades, nomeadamente, as de ordem física, psicológica/emocional, espiritual e socioeconómica pelo que, a intervenção do enfermeiro, será uma mais-valia no restabelecer do bem-estar e qualidade de vida. A literatura descreve como necessidades físicas, a dor, a dispneia, a disfagia, a hemorragia, as náuseas e vómitos, a alteração da comunicação e da imagem corporal (esta alteração é transversal a todas as necessidades, tendo um enorme impacto negativo na pessoa e família (Buga et al., 2018). Como necessidades psicológicas/emocionais, é descrito a ansiedade e o sofrimento da pessoa e também da família ou pessoas envolvidas. Em termos socioeconómicos, é referido a alteração de papéis, que ocorre devido à incapacidade da pessoa com cancro e a sua consequência em termos da funcionalidade familiar, a alteração dos rendimentos e os custos associados aos tratamentos de várias ordens, bem como a modificação das próprias relações sociais (Melo e Rocha, 2019; Rabello et al., 2021). A

satisfação das necessidades da pessoa em fim de vida é promotora do conforto à mesma e à sua família (Vieira et al., 2017). Sendo o conforto definido por Kolcaba como um estado resultante das intervenções de enfermagem para aliviar o *distress*, sendo assim um estado em que todas as necessidades básicas relativas ao estado de alívio, tranquilidade e transcendência estão satisfeitas. Estes três estados de conforto são desenvolvidos nos contextos: físico, sociocultural, psicoespiritual e ambiental (Kolcaba, 2003).

Os autores reforçam a necessidade de investimento na pesquisa para melhoria da prática de cuidados à pessoa com doença oncológica em fim de vida, o que contribui para o conforto da mesma, promovendo a sua qualidade de vida nos últimos meses de vida (Melo e Rocha, 2019).

O objetivo desta revisão assenta ã mapear as intervenções de enfermagem que visam a promoção do conforto à pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço em fim de vida, possibilitando, se possível, a integração destas na prática de cuidados de enfermagem.

Como passo inicial foi realizada uma pesquisa na base de dados do Joanna Briggs Institute (JBI) com o conjunto das palavras-chave: "*nursing interventions*", "*comfort*", "*otorhinolaryngology cancer*", "*head and neck cancer*", "*end of life*" não foram encontradas revisões *scoping*.

METODOLOGIA

A revisão *scoping* é uma abordagem que pretende sintetizar, de um modo mais efetivo e rigoroso, a evidência científica existente, sendo um tipo de revisão que assume como principais objetivos: mapear as evidências existentes que estão na base de uma área de pesquisa, identificando lacunas no que já existe, constituir um exercício preliminar que justifique e informe a realização de uma revisão sistemática da literatura (Peters et al., 2015). Importa referir que este tipo de metodologia não visa analisar a qualidade metodológica dos estudos que são incluídos, dado que o seu objetivo não é encontrar a melhor evidência científica, mas sim, mapear a evidência científica que existe. Sendo a revisão *scoping* de caráter exploratório, deve ser usada a estratégia PCC, população, conceito e contexto. Nesta revisão, **população** foi definida como sendo adultos com doença oncológica de cabeça e pescoço em fim de vida. O **conceito** refere-se às intervenções de enfermagem que promovam o conforto da pessoa com doença oncológica de cabeça e

pescoço em fim de vida. O **contexto** não será aplicável pois, iria limitá-la, uma vez que este tipo de utentes pode ser encontrado em diversos contextos de internamento e não, exclusivamente, nos serviços ou unidades de cuidados paliativos.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Os estudos selecionados serão de natureza quantitativa, qualitativa e mistos que incluam intervenções de enfermagem à pessoa com CCP em fim de vida. Também serão incluídas revisões da literatura e estudos de caso. Revisões *scoping* que identifiquem as necessidades da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço em fim de vida.
- Serão incluídos estudos nas línguas: portuguesa, inglesa e espanhola.
- Será aplicado um período temporal de 13 anos, de 2008-2021.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- Serão excluídos estudos que englobem intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço direcionadas para o processo cirúrgico e tratamentos onde o foco seja uma abordagem de caráter curativa e não em fim de vida. Serão excluídos estudos que envolvam a população pediátrica. Serão excluídos ensaios clínicos.
- Serão excluídos estudos de outras línguas que não sejam em português, inglês e espanhol.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A revisão *scoping* foi realizada de acordo com a metodologia do JBI (Aromataris, 2020). A estratégia de pesquisa implementada encontra-se dividida em três etapas.

A pesquisa realizada nas bases de dados decorreu de 1 a 14 de outubro de 2021.

1ª Etapa: Realização de uma pesquisa com linguagem natural utilizando os termos: "nursing interventions", "comfort", "otorhinolaryngology cancer", "head and neck cancer", "end of life" nas bases de dados MEDLINE e CINAHL.

2ª Etapa: Realização da análise dos títulos e palavras-chave dos artigos o que permitiu a obtenção dos termos de indexação e as palavras-chave a utilizar.

	Linguagem Natural	Termos de indexação MEDLINE	Termos de indexação CINAHL
População – Cancro ORL/Cabeça e pescoço	<i>Otorhinolaryngology cancer</i> <i>Head and neck cancer</i>	<i>Head and Neck cancer</i> (palavra-chave) <i>Head and Neck Neoplasms (MeSH)</i> <i>Otorhinolaryngologic Neoplasms (MeSH)</i> <i>Laryngeal Neoplasms (MeSH)</i> <i>Pharyngeal Neoplasms (MeSH)</i>	<i>Head and Neck cancer</i> (palavra-chave) <i>Head and Neck Neoplasms</i> (título de tema) <i>Otorhinolaryngologic Neoplasms</i> (título de tema) <i>Pharyngeal Neoplasms</i> (título de tema) <i>Laryngeal Neoplasms</i> (título de tema)
Conceitos – Intervenções de enfermagem	<i>Nursing</i> <i>Nursing interventions</i>	<i>Nurs*</i> (palavra-chave) <i>Nursing (MeSH)</i> <i>Nursing Interventions</i> (palavra-chave) <i>Oncology Nursing (MeSH)</i> <i>Nursing care (MeSH)</i> <i>Hospice and Palliative Care Nursing (MeSH)</i> <i>Patient comfort (MeSH)</i> <i>Comforting</i> (palavra- chave)	<i>Nursing</i> (palavra-chave) <i>Nursing Interventions</i> (título de tema) <i>Nursing Practice</i> (título de tema) <i>Oncologic Nursing</i> (título de tema) <i>Nursing care</i> (título de tema) <i>Nurses</i> (título de tema) <i>Hospice and Palliative Nursing</i> (título de tema) <i>Comfort</i> (título de tema) <i>Comfort care (saba ccc – direcionado às nursing</i>

			<i>interventions</i>) (título de tema)
Fim de vida	<i>End of life</i>	<i>Terminal Care</i> (MeSH) <i>End Of Life</i> (palavra-chave) <i>Hospice and Palliative Care Nursing</i> (MeSH) <i>Patient Comfort</i> (MeSH) <i>Terminally ill</i> (MeSH)	<i>Terminal Care</i> (título de tema) <i>End Of Life</i> (palavra-chave) <i>Hospice and Palliative Nursing</i> (título de tema) <i>Hospice Care</i> (título de tema) <i>Comfort</i> (título de tema) <i>Terminally ill patients</i> (título de tema)

Tabela 1 – Palavras-chave e termos de indexação

3ª Etapa: Analisadas as referências bibliográficas dos artigos selecionados por forma a expandir a pesquisa com fontes adicionais.

Foram analisadas referências bibliográficas dos artigos identificados, com o objetivo de encontrar estudos adicionais que pudessem ter interesse para a presente revisão, no sentido em que fossem acrescentados à mesma. Foram recuperados alguns resumos e artigos em texto integral, contudo, não foi adicionado nenhum, por não cumprirem os critérios de inclusão previamente definidos.

Através da estratégia de pesquisa aplicada, foram identificados 34 registos (histórico de pesquisa está presente no Apêndice I). Destes, 4 foram eliminados por se encontrarem duplicados, perfazendo 30. Seguidamente, foram excluídos por leitura do título e resumo, 7 artigos, ficando um total de 23 para avaliação de elegibilidade. Dos referidos, 12 foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão, ou seja, eram relacionados com tratamentos de radioterapia e quimioterapia de carácter curativo, tratamento de radiodermite pós radioterapia curativa, custos de saúde em cuidados paliativos e medicina chinesa em fim de vida direcionado para o corpo médico. Deste modo, foram incluídos 11 artigos na revisão *scoping*. O fluxograma PRISMA seguidamente apresentado descreve, de forma sistemática, o processo de seleção dos estudos (*Figura 1*).

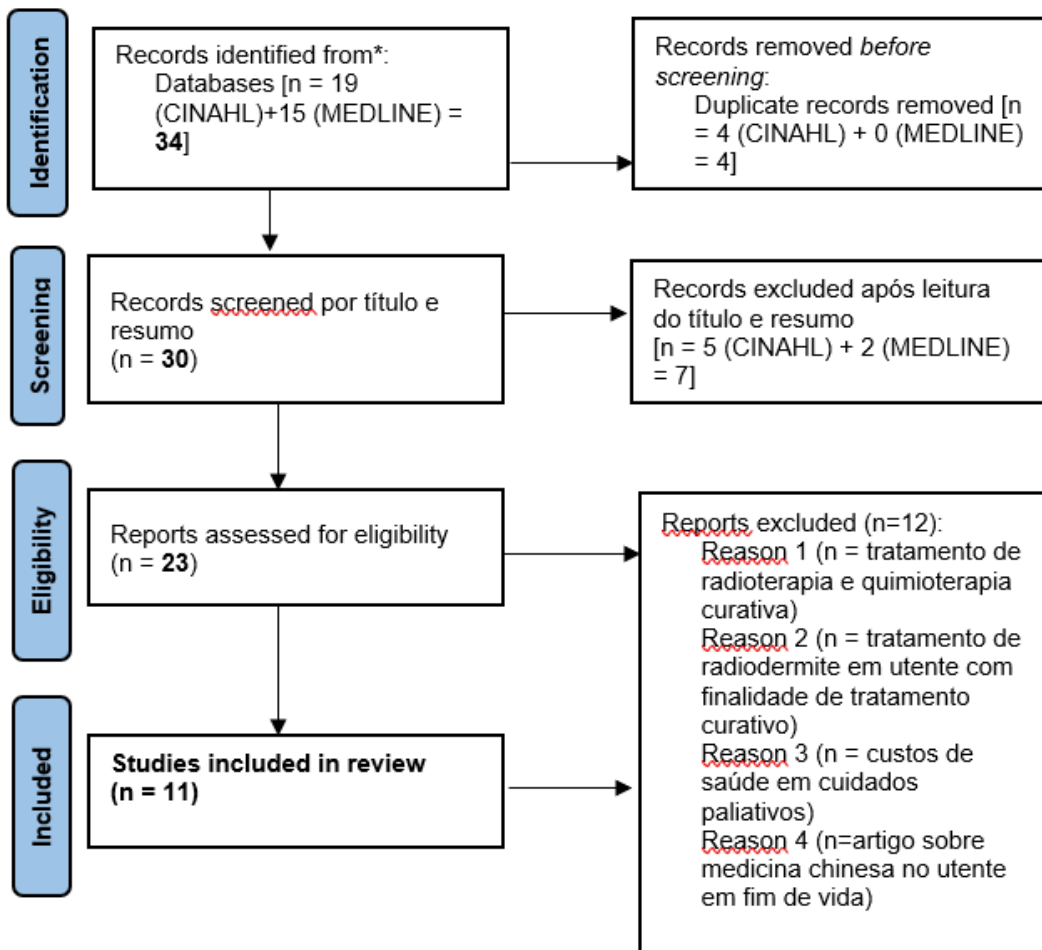


Figura 1 – Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos estudos

EXTRAÇÃO DE DADOS

Após a análise, na íntegra, dos artigos incluídos na revisão *scoping*, foram extraídos dados que dessem resposta ao objetivo e questão de investigação. Foi elaborada uma tabela de extração de dados (Apêndice II - Tabela 2) onde constam, o número do artigo selecionado, o nome dos autores, o ano, o país, os objetivos, a população, a metodologia, os resultados e as referências bibliográficas, dando resposta ao objetivo e questão de investigação definidos.

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Os 11 artigos que integram esta revisão são oriundos dos países: Estados Unidos da América (4), Reino Unido (3), Irlanda (2), Alemanha (1) e Brasil (1). Em termos de metodologia, apresentavam a seguinte: 3 artigos de opinião, 3 estudos qualitativos (estudos de caso e estudo retrospectivo), 3 estudos quantitativos (estudo de coorte), 1 estudo misto e 1 revisão *scoping*. A população identificada são os utentes com cancro de cabeça e pescoço em cuidados paliativos e ainda, um dos artigos, foca além dos utentes mencionados, os cuidadores e os profissionais de saúde. Dos artigos analisados, apenas um estava escrito em língua portuguesa, sendo os restantes na língua inglesa.

Os artigos selecionados foram analisados e organizados através de uma descrição narrativa. Seguidamente, os resultados apresentados serão interpretados de acordo com o foco da intervenção de enfermagem a que se destinam, ou seja, a pessoa, a família e a equipa multidisciplinar.

O cuidar deste tipo de utentes é complexo e desafiante, e com a própria progressão da doença, surgem inúmeras alterações na pessoa e família, que carecem da intervenção do enfermeiro (Balfe et al., 2018).

A pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço em fim de vida apresenta diversas necessidades que surgem devido às alterações que ocorrem e que poderão ser agrupadas pelo seu contexto. Deste modo, aproximamo-nos da teoria de conforto de Kolcaba, que menciona que o conforto da pessoa é alcançado através de uma intervenção que englobe os contextos físico, psicológico, social e ambiental (Kolcaba, 2003). A nível físico, são descritas as alterações: respiratórias, da alimentação, da cavidade oral, a dor, da integridade cutânea, da eliminação, da comunicação, a hemorragia e da autoimagem/desfiguração (Balfe et al., 2018; Goldstein et al., 2008; Luca et al., 2012; O'Sullivan e Higginson, 2016; Mady et al., 2018; Mayland e Payne, 2018; Mayland et al., 2021; Mayland et al., 2021a; Mott e Adams, 2019; Nilsen e Johnson, 2017; Sesterhenn et al., 2008).

Importa referir que, após a identificação de qualquer uma das alterações, previamente mencionadas, é fundamental que se proceda a uma adequada avaliação das queixas do utente, nomeadamente, através da avaliação da queixa/sintoma, explicação das causas das queixas, adoção de estratégia terapêutica mista, monitorização dos sintomas,

reavaliação frequente das medidas terapêuticas instituídas, cuidar dos detalhes e estar disponível (Luca et al., 2012).

No que diz respeito à alteração da respiração, esta pode ser provocada por dispneia e/ou obstrução da via aérea por aumento de massa tumoral ou acumular de expectoração/secreções/rolhões com risco de aspiração e sufocação associados (Sesterhenn et al., 2008). Poderá ser necessário a realização de uma traqueotomia de urgência (Luca et al., 2012; Sesterhenn et al., 2008). É descrito na literatura a importância do vigiar da respiração, o promover da tosse eficaz, o vigiar das secreções e a aspiração de secreções (Sesterhenn et al., 2008). Caso a fase da doença em que a pessoa se encontre, justificar, a realização de ensinamentos sobre os cuidados à traqueotomia, e também à família/cuidador.

Face a alterações da alimentação, é realizada referência à disfagia severa, e nesse caso, a pessoa poderá ter necessidade, após otimização da dieta e orientação para nutricionista, de um dispositivo de alimentação entérica (caso exista consenso entre equipa multidisciplinar, pessoa e família) (Goldstein et al., 2008). É importante o vigiar da refeição e o explorar das preferências alimentares do utente, caso a situação clínica o justifique (Sesterhenn et al., 2008). É mencionado, a náusea e o vômito, pelo que deve ser compreendida a causa dos mesmos, realizar a sua vigilância bem como otimizada a terapêutica.

É referida a fraqueza e astenia como algo muito limitativo do dia-a-dia da pessoa, contudo, se for promotor de conforto para a pessoa, deve ser estimulada para a realização de pequenos exercícios, consoante a tolerância e ganhos para a mesma (Sesterhenn et al., 2008).

Face às alterações da cavidade oral, devido aos tratamentos realizados e à própria evolução da doença, é comum o aparecimento de mucosite, xerostomia e sialorreia bem como a halitose tumoral. As intervenções a adotar para cada uma diferem entre si, exceto na necessidade de vigilância da mucosa oral diariamente e realização de cuidados de higiene oral várias vezes ao dia, se possível, quer pela pessoa quer pela família/cuidador, após serem ensinados e instruídos para isso (Balfe et al., 2018). É descrito na literatura, intervenções específicas dirigidas para a mucosite, sendo estas: aplicar cubos de gelo na cavidade oral, realizar bochechos com lidocaína, nistatina e bicarbonato de sódio, realizar bochechos com clorhexidina mas sem álcool e aplicação de mel (Goldstein et al., 2008). Para a xerostomia, é recomendado o uso de saliva artificial, pilocarpina (com uso controlado devido a efeitos secundários), goma sem açúcar e ingestão de alimentos frios para lubrificar

a mucosa. É referido o uso de anti-colinérgicos para controlo da sialorreia (Goldstein et al., 2008).

Em relação à dor, descrita como mista (nociceptiva e neuropática) e por isso complexa, de difícil tratamento, vários autores referem a necessidade, além de uma correta avaliação, a implementação de estratégias farmacológicas (de acordo com a escala analgésica) e não farmacológicas (massagem, musicoterapia, posição antiálgica, aplicação de calor/frio e técnicas de relaxamento) para um controlo algico mais eficaz (Goldstein et al., 2008; Luca et al., 2012; Nilsen e Johnson, 2017; Sesterhenn et al., 2008). Poderá ser necessária a administração de medicação por via subcutânea, como alternativa à endovenosa e, quando, na situação em particular, a via oral esteja comprometida (Sesterhenn et al., 2008).

Face à integridade cutânea, são mencionadas as alterações da pele tardias como a fragilidade cutânea, pós realização de tratamentos de quimioterapia e radioterapia, e as feridas tumorais (Goldstein et al., 2008; Mayland e Payne, 2018). Em termos de intervenções em relação à pele fragilizada, é referido o uso de cremes hidrofílicos com aloé vera, ácido hialurónico e ácido ascórbico e o evitar de cremes com lanolina (Goldstein et al., 2008; Sesterhenn et al., 2008). Em relação às feridas neoplásicas, adequar o tratamento às mesmas após uma correta avaliação, focando o nível de exsudado, odor (uso de antibioterapia tópica e sistémica - metronizadol, uso de carvão ativado, café em grão ou moído, ambientadores) e dor. Para otimização do ambiente físico é referido o arejamento do espaço físico, o uso de café em grão e de ambientadores.

Em relação à eliminação, é descrita a sua alteração como resultado da própria evolução da doença bem como da terapêutica instituída (por exemplo, opióides) pelo que se torna fundamental, a vigilância da eliminação (vesical e intestinal), vigiar características da urina e fezes e do abdómen (Mayland et al., 2021a). É feita referência à obstipação, comum na pessoa em fim de vida e, deste modo, é importante otimização de uma dieta rica em fibras, se possível, a instituição de terapêutica laxante diária e apoio especializado por nutricionista.

A comunicação é uma das grandes alterações da pessoa com cancro de cabeça e pescoço (Mayland e Payne, 2018). Tem implicações na qualidade de vida e bem-estar, sendo muitas vezes impeditiva do convívio familiar e social. Em muitos casos, há a necessidade de realização de um estoma respiratório para garantia da via aérea (Luca et al., 2012). Existem estratégias que permitem a comunicação verbal, como o uso de cânula fenestrada e a realização do ensino acerca de como falar. Além disso pode ser necessário

referenciar para terapia da fala. Contudo, não é suficiente e, em muitos casos, o aumento de secreções verificado nas pessoas em fim de vida impossibilitam a comunicação total, por vezes, apenas conseguem dar respostas simples e curtas. É fundamental o recurso a estratégias adaptativas para comunicar como a escrita, a linguagem gestual, mímica labial, listas de símbolos sobre atividades do dia a dia e dispositivos digitais – telemóveis e tablet (Goldstein et al., 2008; Mayland e Payne, 2018; Mayland et al., 2021a).

Uma das situações mais complicadas que ocorrem neste tipo de utentes, são as hemorragias, podendo ser de pequeno ou grande volume e que, em muitos casos, culminam com a morte pelo que, é importante comunicar de forma clara e assertiva, junto da pessoa e família, a possibilidade de ocorrência destes episódios e o que fazer, caso surjam no domicílio (O'Sullivan e Higginson, 2016). Uma medida terapêutica possível, é a sedação, no caso de se verificar uma hemorragia de grande volume, sendo necessário a negociação com a pessoa e família desta decisão. O mencionado anteriormente, traduz o que deverá ser a prática do enfermeiro através do planeamento antecipado de cuidados, nomeadamente, face a situações como a que foi referida ou numa situação de risco de sufocação com uma dispneia iminente, previamente discutido com o utente e família, devendo estar documentadas por escrito, as decisões tomadas. Deste modo, a pessoa, estando devidamente informada e esclarecida, poderá decidir os cuidados que deseja receber de acordo com os recursos disponíveis, sendo a autonomia e a tomada de decisão um direito desta (Nilson e Johnson, 2017). É descrito a utilização de ácido aminocapróico, a realização de compressão se o local o permitir, uso de crioterapia, colocar cânula de traqueotomia não fenestrada com cuff insuflado (caso não tenha esse tipo de cânula, se tiver apenas insuflar o cuff) e, no domicílio, uso de toalhas vermelhas e pretas (diminui o confronto visual com o sangue). É fundamental, evitar proximidade de fontes de calor e ingerir comida fria (Goldstein et al., 2008; O'Sullivan e Higginson, 2016; Sesterhenn et al., 2008).

As alterações da autoimagem devido à realização prévia de cirurgias mutilantes e à própria progressão da doença, conduzem a desfiguração facial da pessoa (Mott e Adams, 2019). É essencial o ensino atempado de estratégias que promovam a componente estética e o embelezamento tais como: uso de gorro, peruca, lenço no pescoço e maquilhagem terapêutica.

A pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço em fim de vida, apresenta alterações do foro psicológico manifestadas por sentimentos como a ansiedade, medo, tristeza, sofrimento, desespero, estando documentado a presença de risco de suicídio

aumentado (Mott e Adams, 2019). Embora, seja legítimo o surgimento dos sentimentos referidos devido a todo o percurso menos positivo da doença e tudo o que se encontra envolvido, quando têm implicações e apresenta condicionantes na vida diária, é necessário que se intervenha de forma imediata. Deste modo, é fundamental identificar as alterações psicológicas da pessoa e perceber a fase em que esta se encontra, fornecer suporte emocional, promover a gestão de emoções, conversar com a pessoa de forma clara e assertiva, percebendo o que esta sabe e o que pretende saber e validando o que foi transmitido, clarificar o conceito de cuidados paliativos, desmistificando o seu significado, se necessário, clarificar desejos, vontades e preferências do utente e questioná-lo sobre o local preferencial de cuidados (ficar documentado, o que remete para o planeamento antecipado dos cuidados já mencionado anteriormente) bem como promover o envolvimento familiar (Mayland et al., 2021; Mayland et al., 2021a). Além do mencionado, orientar para apoio especializado como seja a psicologia e a psiquiatria e a otimização de terapêutica Goldstein et al., 2008). É focada a importância da experiência com pares, mediante a situação clínica da pessoa, podendo ser facilitador da aceitação, promovendo a expressão de sentimentos, desejos e vontades sobre a doença na última fase da vida (Mady, et al., 2018; Mayland et al., 2021).

É descrito na literatura a importância de analisar junto da pessoa, após conhecimento da sua espiritualidade, a relevância de orientação para apoio espiritual, caso se revele benéfico para esta (Mady et al., 2018).

No que diz respeito a alterações sociais, devido à evolução da doença oncológica de cabeça e pescoço e as transformações que acarreta, (desfiguração, o compromisso da comunicação, a necessidade de dispositivo respiratório ou de alimentação), leva a que a pessoa se isole do seu mundo em redor, limitando as suas interações sociais, onde evita sair de casa e realizar atividades que lhe davam prazer, o que afeta, de forma grave, a sua qualidade de vida e diminui o seu conforto (Mott e Adams, 2018). Este isolamento deve-se ao facto da pessoa não se sentir bem, nos vários domínios, para estar com outras pessoas e expor as alterações visíveis que possam existir e, por outro lado, pelo medo e receio do estigma social, a repugna da própria pessoa face à doença e a do outro pela pessoa que está doente, que pode comprometer a sua dignidade (O'Sullivan e Higginson, 2016). Deste modo, a intervenção do enfermeiro é fulcral, no sentido em que, permite a reintegração social através de diversas estratégias (estética, diminuindo o receio de enfrentar o outro e de ser rejeitada pelo outro, ajudar a pessoa a encontrar o sentido de vida, a importância de

manter, dentro do possível, o seu dia-a-dia e as suas relações, orientar para apoio especializado, a experiência entre pares, o envolvimento da família) (Mady et al., 2018).

A família, também alvo de cuidados, sofre inúmeras alterações aquando da doença oncológica da pessoa, nomeadamente, alterações de papéis e reestruturação da própria família, delegação de tarefas, alteração do poder económico (dependendo da idade do utente poder-se-á traduzir na redução de uma fonte de rendimento) bem como alterações do foro psicológico, como stress, ansiedade e sobrecarga (sendo referido também a possibilidade de desenvolvimento de depressão) e social (isolamento social, nomeadamente, se for cuidador exclusivo da pessoa) (Mayland et al., 2021). Além disso, a literatura também refere a existência de um sentimento de impotência da família face à pessoa (Sesterhenn et al., 2008). Em termos de intervenções, é fundamental identificar as alterações da família nos diversos domínios, fornecer suporte emocional, compreender quais as necessidades informativas da família/cuidador, validar a informação transmitida, clarificar desejos, vontades e preferências da família, encaminhar para apoio especializado e auxiliar na definição clara de papéis e responsabilidades (Mayland et al., 2021).

No que diz respeito à equipa multidisciplinar, os autores descrevem que a intervenção em cuidados paliativos não é fácil, requer formação e treino, bem como a existência de recursos suficientes para que se consiga uma prática humanizada, dando resposta às alterações físicas, psicologias, sociais e ambientais da pessoa e às alterações da família/cuidador (Nilson e Johnson, 2017). É fundamental realizar a coordenação de cuidados com base nas necessidades do utente e família/cuidador, estabelecendo metas de cuidado.

Os cuidados de enfermagem são fundamentais, na medida em que, minimizam o sofrimento da pessoa em fim de vida e família, promovendo o seu conforto e melhorando o seu bem-estar, dentro daquilo que são os seus focos e é passível da sua intervenção (Sesterhenn et al., 2008).

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Dos resultados apresentados, é possível afirmar que a pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço em fim de vida sofre inúmeras alterações, sendo estas, a nível físico, psicológico, social e ambiental (Luca et al., 2012). Também a família passa por enormes mudanças, com impacto a nível psicológico e social, exigindo reestruturação e

delegação de tarefas e reformulação de papéis. Ambas carecem de uma intervenção precoce de enfermagem e os resultados, previamente, apresentados refletem a importância da mesma.

Importa referir que os autores corroboram entre si no que diz respeito às alterações identificadas na pessoa e família bem como nas intervenções a implementar, contudo, existe algumas que têm maior impacto nestas.

Face a intervenções direcionadas à pessoa, é evidente o foco nas que promovem e garantem um respirar de forma eficaz e que dão resposta às alterações respiratórias.

Os autores que integram esta revisão sublinham a importância dos cuidados orais face às alterações na cavidade oral presentes na pessoa com cancro de cabeça e pescoço, a *European Society for Medical Oncology* concorda com o mencionado, mas acresce para a xerostomia, o uso de colutório de fluoreto de sódio a 0,2% ou gel fluoreto de sódio 1,1% (situações mais graves) e para a mucosite o uso de soluções neutras (bicarbonato de sódio dissolvido em água de 2/2h), salinas (colocar 1/2 colher de chá de sal em 250ml de água para se obter uma concentração de 0,9%, ou uso de solução de cloreto de sódio já preparada) e neutras com salinas (juntar bicarbonato de sódio a cloreto de sódio para neutralizar pH, sendo melhor tolerada (ESMO, 2015; Goldstein et al., 2008). Yu et al., 2020 reforça que o mel e acrescenta a curcumina (ervas chinesas), são substâncias com resultados benéficos, embora descritos na prevenção da mucosite oral (Goldstein et al., 2008; Yu et al., 2020). Também a MASCC corrobora referindo a importância do mel, em particular, na prevenção da mucosite oral (Elad et al., 2020).

Os autores são unânimes, que o papel do enfermeiro no alívio da dor, referido como um dos sintomas mais prevalentes em cuidados paliativos, é fulcral devendo-se começar por uma correta avaliação do sintoma, prosseguindo para uma intervenção adequada, obtendo-se um resultado efetivo que promove o conforto no fim de vida (Mayland et al., 2021a). A avaliação inicial é crucial, devendo ser realizada tendo por base o conceito de dor total pois, na pessoa com doença oncológica, a dor vivenciada vai além da sua dimensão física, afetando a psicológica ou emocional, espiritual e social, o que muitas vezes se traduz, em expressões de negação, revolta, medo e angústia (Oliveira et al., 2017). Sendo nesta abordagem diferenciada que o enfermeiro se destaca, através da seleção e implementação das medidas farmacológicas mais relevantes, mas também, com o complemento das não farmacológicas, onde tem total autonomia, promovendo ao máximo que o controlo da dor se realize de forma eficaz (Goldstein et al., 2008).

O enfermeiro deve implementar na sua praxis clínica, o planeamento antecipado de cuidados e explicar a sua importância no seio da equipa multidisciplinar (O'Sullivan e Higginson, 2016). O planeamento antecipado de cuidados, emerge como potenciador da tomada de decisão e autonomia pela pessoa, permite conhecer as preferências e vontades da mesma, numa situação de agravamento da sua condição clínica (mencionado o risco de sufocação ou hemorragia de grande volume), o local de cuidados e o local de morte, devendo estar documentado em processo clínico, sendo um local de fácil acesso pela equipa multidisciplinar, como tal é recomendada uma intervenção precoce dos cuidados paliativos à pessoa e família. Deste modo, é salvaguardada uma prática de cuidados individualizada e tendo presente a pessoa como ser único, mostrando dignidade e respeito pela mesma. Corroborando o mencionado, den Herder-van der Eerden et al, 2017 descrevem que o planeamento antecipado de cuidados é um elemento-chave na prestação integrada de cuidados paliativos, permitindo à pessoa e família decidir, enquanto ainda tem capacidade para tal, sobre tratamentos e outras escolhas futuras, nomeadamente, as relacionadas com a morte. Este pode ser iniciado em qualquer fase da vida e pode incluir outras pessoas significativas para o indivíduo que, futuramente, poderão participar ou até mesmo substituir o próprio (numa fase mais avançada), no processo de tomada de decisão (Sudore et al., 2017).

Sesterhenn et al., 2008, foca a intervenção do enfermeiro junto da família, sendo fundamental o reconhecer atempadamente das suas necessidades. Não obstante, os artigos que integram esta revisão não fazem referência a um instrumento para a avaliação das necessidades dos familiares, sendo este essencial, pois, como relembram Nilson e Johnson (2015), para que a intervenção de enfermagem à família aconteça de forma efetiva, é necessária uma correta avaliação das alterações familiares.

Os cuidados de enfermagem são fundamentais, na medida em que, reduzem o sofrimento da pessoa em fim de vida e família, promovendo o seu conforto e melhorando o seu bem-estar, dentro daquilo que são os seus focos e é passível da sua intervenção (Sesterhenn et al., 2008). Os autores referem a importância da promoção do conforto, mas não o interligam, diretamente, com a teoria do conforto de Kolcaba. Os resultados apresentados anteriormente, aproximam-se, reforçando a teoria do conforto de Kolcaba que suporta a prática de enfermagem, na medida em que, além de terem sido organizados segundo pessoa, família e equipa multidisciplinar, foram dispostos por contextos: físico, psicológico, social e ambiental (Kolcaba, 2003). Tal como referido na teoria de Kolcaba, onde o conforto é o alcançar do estado de alívio, tranquilidade e transcendência após a

satisfação dos vários contextos, através de uma intervenção intencional, poder-se-á afirmar que será possível alcançar o conforto através da intervenção especializada do enfermeiro, sendo um objetivo e um resultado da prática.

Todos os resultados apresentados são recomendações passíveis de serem aplicadas, a nível nacional, na prática diária de cuidados pelo enfermeiro e, para que isso aconteça, é necessário que este tenha formação e experiência na área dos cuidados paliativos bem como a existência de recursos humanos/materiais suficientes. Segundo o Observatório Nacional de Cuidados Paliativos, 2019, verifica-se uma alocação de recursos humanos deficitária em enfermeiros (e outros profissionais, como médicos) nos locais prestadores de cuidados. Existe uma rede de cuidados paliativos com serviços especializados, mas prestados por enfermeiros generalistas o que, inviabiliza a diferenciação das equipas e com possíveis falsos significados sobre a qualidade dos cuidados prestados (Capelas et al., 2020). Importa também referir que deverá existir um investimento em termos de formação especializada em cuidados paliativos e essa ser documentada nos relatórios anuais de cuidados paliativos (Capelas et al., 2020).

CONCLUSÃO

O objetivo desta revisão *scoping* foi identificar e mapear as intervenções promotoras do conforto à pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço em fim de vida através da análise de 11 artigos, tendo sido alcançado.

Os utentes com cancro de cabeça e pescoço possuem uma grande capacidade de resiliência, força e coragem, pelo que, a intervenção humanizada assume extrema importância (Sesterhenn et al., 2008). Cabe ao enfermeiro, o seu investimento pessoal em termos formativos por forma a prestar os melhores cuidados possíveis, maximizando o conforto da pessoa e família/cuidador, sendo esta uma população sensível e complexa como reportam os artigos analisados, o que se torna um enorme desafio.

Dos resultados obtidos, destacam-se as alterações da pessoa com cabeça e pescoço em fim de vida, sendo estas: do foro respiratório, alimentação, cavidade oral, integridade cutânea, eliminação, hemorragia, comunicação, do foro psicológico, social e ambiental e as intervenções a implementar em cada uma destas. É dado ênfase à intervenção do enfermeiro na satisfação das necessidades geradas pelas alterações

respiratórias, nomeadamente, na dispneia (considerado, a par da dor, os sintomas de maior difícil controlo), na dor e nos cuidados à cavidade oral. Importa também mencionar a importância de uma avaliação precoce dos sintomas para uma intervenção atempada. É descrito as alterações psicológicas e o seu impacto na pessoa e família e o papel do enfermeiro na prevenção de processos patológicos, como seja a depressão. É focada a relevância do planeamento antecipado de cuidados, permitindo conhecer e clarificar as vontades e preferências do utente face ao evoluir da doença, promovendo a sua tomada de decisão e autonomia, devendo essa informação estar documentada em local próprio.

Deve ser promovido o envolvimento da família pois, previne o surgimento de crises e capacitando-os de forma a garantir a continuidades de cuidados ao longo de toda a trajetória da doença (CNCP, 2021).

A família também alvo de cuidados, é foco de intervenção, não devendo ser esquecida, necessitando de uma avaliação adequada das suas alterações, para se puder agir de forma eficaz.

É importante referir que dos resultados obtidos, é essencial que o enfermeiro foque o cuidado à pessoa como ser individualizado pois, as intervenções a adotar deverão ser totalmente direcionadas para as alterações que a mesma apresenta, o que poderá fazer sentido numa fase, noutra poderá não o fazer, devendo estar totalmente desperto para isso.

Identifico a limitação temporal como tendo sido um fator que influenciou o desenvolvimento desta revisão pois, ao se tratar de um trabalho académico e a ser realizado num curto espaço curto, condicionou a realização de uma pesquisa mais extensa.

No futuro, seria pertinente a realização de mais pesquisa e estudos sobre esta temática tão importante pois, ao longo do desenvolvimento da revisão foi evidente que não existiam muitos artigos sobre a intervenção de enfermagem em cuidados paliativos e, em particular, na população de pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Cancer Society (2021). Head and Neck Cancer Guide. Acedido em 25/07/2021. Disponível em: <https://www.cancer.net/cancer-types/head-and-neck-cancer/introduction>.

Aromataris, E.; Munn, Z. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. Austrália: Joanna Briggs Institute. Acedido a 07/07/2021. Disponível em: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>.

Balfe, M.; O'brien, K.; Timmons, A.; Butow, P.; O'Sullivan, E.; Gooberman-Hill, R.; Sharp, L. (2018). Informal caregiving in head and neck cancer: caregiving activities and psychological well-being. *European journal of cancer care*, 27(2), e12520.

Buga, S.; Banerjee, C.; Salman, J.; Cangin, M.; Zachariah, F.; Freeman, B. (2018). Supportive care for the head and neck cancer patient. In *Multidisciplinary Care of the Head and Neck Cancer Patient* (pp. 249-270). Springer, Cham.

Capelas, M.; Coelho, P.; Murinello, A.; Simões, A.; Durão, S.; Afonso, T. (2020). Cobertura e caracterização das equipas e profissionais das equipas de cuidados paliativos. *Observatório Português dos Cuidados Paliativos: relatório outono 2019*, 4-43.

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) (2017). Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos. Acedido em 27/07/2021. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1.pdf.

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) (2021). Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos. Acedido a 04/01/2022. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>

den Herder-van der Eerden, M.; Ewert, B.; Hodiament, F.; Hesse, M.; Hasselaar, J.; Radbruch, L. (2017). Towards accessible integrated palliative care: Perspectives of leaders from seven European countries on facilitators, barriers and recommendations for improvement. *Journal of Integrated Care* (Brighton, England), 25(3), 222-232.

Elad, S.; Cheng, K.; Lalla, R.; Yarom, N.; Hong, C.; Logan, R.; Zur, E. (2020). MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*, 126(19), 4423-4431.

Felippu, A.; Freire, E.; Silva, R.; Guimarães, A.; Dedivitis, R. (2016). Impact of delay in the diagnosis and treatment of head and neck cancer. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*. 82. 140-143.

Global Cancer Observatory (2021). Dados epidemiológicos do cancro em Portugal em 2020. Acedido a 18/07/2021. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf>.

Goldstein, N.; Genden, E.; Morrison, R. (2008). Palliative care for patients with head and neck cancer: "I would like a quick return to a normal lifestyle". *Jama*, 299(15), 1818-1825.

Kolcaba, K. (2003). Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research. New York: Springer Publishing Company. ISBN: 0-8261-1663-7.

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2019). Óbitos por causa de morte. Acedido em 09 de julho de 2021. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008281&selTab=tab0&xlang=pt.

Lei Nº52/2012. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Ministério da Saúde. *Diário da República*. I Série (nº172 de 05-09-2012), 5119-5124. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/52/2012/09/05/p/dre/pt/html>.

Luca, M.; Santos, I.; Berardinelli, L. (2012). Características nosológicas de clientes com câncer em cuidados paliativos: autorrelato através da consulta de enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*, 293-299.

Mady, L.; Nilsen, M.; Johnson, J. (2018). Head and Neck Cancer in the Elderly: Frailty, Shared Decisions, and Avoidance of Low Value Care. *Clinics in Geriatric Medicine*, 34(2), 233–244. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.01.003>.

Mayland, C.; Payne, S. (2018) Head and neck cancer: a marginalised group? *Palliative Medicine*. ISSN 0269-2163.

Mayland, C.; Doughty, H.; Rogers, S.; Gola, A.; Mason, S.; Hubbert, C.; Jack, B. (2021). A qualitative study exploring patient, family carer and healthcare professionals' direct experiences and barriers to providing and integrating palliative care for advanced head and neck cancer. *Journal of palliative care*, 36(2), 121-129.

Mayland, C.; Ho, Q.; Doughty, H.; Rogers, S.; Peddinti, P.; Chada, P.; Dey, P. (2021a). The palliative care needs and experiences of people with advanced head and neck cancer: A scoping review. *Palliative medicine*, 35(1), 27-44.

McCammon, S. (2019). Concurrent palliative care in the surgical management of head and neck cancer. *Journal of Surgical Oncology*. 120 (1), 78–84. DOI: <https://doi.org/10.1002/jso.25452>.

Melo, A.; Rocha, L. (2019). Cuidados paliativos em câncer de cabeça e pescoço: principais medidas terapêuticas para controle dos sintomas e melhora da qualidade de vida. Acedido em 27/07/2021. Disponível em: <https://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/bitstream/handle/set/2703/cuidados%20paliativos%20cbc-%20revista.pdf?sequence=1>.

Morais, S.; Pereira, S.; Oliveira, L.; Carvalho, W.; Costa, A.; Costa, I. (2020). Diagnósticos de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos: revisão integrativa da literatura. *Rev. Pesqui.(Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*, 1233-1240.

Mott, F.; Adams, K. (2019). Advance care planning and end-of-life issues in head and neck cancer. *Journal of palliative care*, 34(1), 18-20.

Neto, I. (2016). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. 3ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. ISBN: 978-972-9349-22-5.

Nilsen, M.; Johnson, J. (2017). Potential for low-value palliative care of patients with recurrent head and neck cancer. *The Lancet Oncology*, 18(5), e284-e289.

Oliveira, N.; Oliveira, S.; Migowski, E.; Riegel, F. (2017). Nurses' role in the non-pharmacological pain treatment in cancer patients. *Revista Dor*, 18, 261-265.

O'Sullivan, E.; Higginson, I. (2016). 'I'll continue as long as I can and die when I can't help it': a qualitative exploration of the views of end-of-life care by those affected by head and neck cancer (HNC). *BMJ supportive & palliative care*, 6(1), 43-51.

Peters, M.; Godfrey, C.; McInerney, P.; Baldini Soares, C.; Khalil, H.; Parker, D. (2015). Methodology for JBI scoping reviews. In *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015*. (pp. 1–24). Adelaide, Australia: The Joanna Briggs Institute.

Peterson, D.; Boers-Doets, C.; Bensadoun, R.; Herrstedt, J. (2015). Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment, and follow-up. *Annals of Oncology*, 26, v139-v151.

Rabello, C.; Silva, R.; Santos, A.; Lima, F.; Almeida, L. (2021). Necessidades Físicas, Emocionais e Socioeconômicas no Pós-tratamento do Câncer de Cabeça e Pescoço: um Estudo Qualitativo. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 67(3).

Santana, N.; Costa, M. (2019) A visão do enfermeiro em relação aos cuidados paliativos em oncologia. São Paulo: Revista científica de enfermagem. 9(27), 99-107. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2019.9.27.99-107>.

Sesterhenn, A.; Folz, B.; Bieker, M.; Teymoortash, A.; Werner, J. (2008). End-of-life care for terminal head and neck cancer patients. *Cancer nursing*, 31(2), E40-E46.

Sudore, R.; Lum, H.; You, J.; Hanson, L.; Meier, D.; Pantilat, S.; ... Heyland, D. (2017). Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(5), 821-832.e821.

Vieira, T.; Oliveira, M.; Martins, E.; Costa, C.; Alves, R.; Marta, C. (2017). Cuidado paliativo ao cliente oncológico: percepções do acadêmico de enfermagem Palliative care to cancer client: the nursing student's perception. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 9(1), 175-180.

Yu, Y.; Deng, J.; Jin, X.; Zhang, Z.; Zhang, X.; Zhou, X. (2020). Effects of 9 oral care solutions on the prevention of oral mucositis: a network meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine*, 99(16).

APÊNDICES

**APÊNDICE I – HISTÓRICO DE PESQUISA REALIZADO NA BASE DE
DADOS CINAHL E MEDLINE**






APÊNDICE I - HISTÓRICO DE PESQUISA REALIZADO NA BASE DE DADOS CINAHL

Search ID #	Termos de pesquisa	Opções de pesquisa	Resultados
S1	"Head and neck cancer" OR (MH "Head and Neck Neoplasms") OR (MH "Otorhinolaryngologic Neoplasms") OR (MH "Pharyngeal Neoplasms") OR (MH "Laryngeal Neoplasms")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	22.040
S2	"Nursing" OR (MH "Nursing Interventions") OR (MH "Nursing Practice") OR (MH "Oncologic Nursing") OR (MH "Nursing Care") OR (MH "Nurses") OR (MH "Hospice and Palliative Nursing") OR (MH "Comfort") OR (MH "Comfort Care (Saba CCC)")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	804.778
S3	(MH "Terminal Care") OR "End of life" OR (MH "Hospice and Palliative Nursing") OR (MH "Hospice Care") OR (MH "Comfort") OR (MH "Terminally Ill Patients")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	60.097
S4	S1 AND S2 AND S3	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	23
S5	S1 AND S2 AND S3	Modos de pesquisa - Booleana/Frase Limitadores - Data de Publicação: 2008-2021	19

0000

Histórico de Pesquisas/Alertas

[Imprimir Histórico de Pesquisas](#) [Obter Pesquisas](#) [Obter os Alertas](#) [Guardar Pesquisas / Alertas](#)

<input type="checkbox"/> Selecionar / Desmarcar todos	Pesquisar com AND	Pesquisar com OR	Eliminar Pesquisas		Atualizar Resultados de Pesquisa
N.º de Identificação de Pesquisa	Termos de Pesquisa	Opções de pesquisa	Ações		
<input type="checkbox"/> S5	 S1 AND S2 AND S3	Limitadores - Data de Publicação: 20080101-20191231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (19) Ver Detalhes Editar		
<input type="checkbox"/> S4	 S1 AND S2 AND S3	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (23) Ver Detalhes Editar		
<input type="checkbox"/> S3	 "end of life" OR (MH "Terminal Care") OR (MH "Hospice and Palliative Nursing") OR (MH "Hospice Care") OR (MH "Comfort") OR (MH "Terminally Ill Patients")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (60,097) Ver Detalhes Editar		
<input type="checkbox"/> S2	 "Nursing" OR (MH "Nursing Interventions") OR (MH "Nursing Practice") OR (MH "Oncologic Nursing") OR (MH "Nursing Care") OR (MH "Nurses") OR (MH "Hospice and Palliative Nursing") OR (MH "Comfort") OR (MH "Comfort Care (Saba CCC)")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (804,778) Ver Detalhes Editar		
<input type="checkbox"/> S1	 "head and neck cancer" OR (MH "Head and Neck Neoplasms") OR (MH "Otorhinolaryngologic Neoplasms") OR (MH "Pharyngeal Neoplasms") OR (MH "Laryngeal Neoplasms")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (22,040) Ver Detalhes Editar		

- Excluídos 4 artigos por serem repetidos, ficando com o total de 15 artigos.
- Pesquisa realizada a 14 de outubro de 2021

HISTÓRICO DE PESQUISA REALIZADO NA BASE DE DADOS MEDLINE

Search ID #	Termos de pesquisa	Opções de pesquisa	Resultados
S1	"Head and neck cancer" OR (MH "Head and Neck Neoplasms") OR (MH "Otorhinolaryngologic Neoplasms") OR (MH "Laryngeal Neoplasms") OR (MH "Pharyngeal Neoplasms")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	100.202
S2	"Nurs*" OR (MH "Nursing") OR "Nursing interventions" OR (MH "Oncology Nursing") OR (MH "Hospice and Palliative Care Nursing") OR (MH "Nursing Care") OR (MH "Patient Comfort") OR "Comforting"	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	921.792
S3	(MH "Terminal Care") OR "End Of Life" OR (MH "Hospice and Palliative Care Nursing") OR (MH "Patient Comfort") OR (MH "Terminally Ill")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	62.041
S4	S1 AND S2 AND S3	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	33
S5	S1 AND S2 AND S3	Limitadores - Data de Publicação: 2008-2021 Modos de pesquisa - Booleana/Frase	15

Histórico de Pesquisas

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados	Ação
S5	S1 AND S2 AND S3	Limitadores - Data de Publicação: 20080101-20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	15	Editar
S4	S1 AND S2 AND S3	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	33	Editar
S3	(MH "Terminal Care") OR "End Of Life" OR (MH "Hospice and Palliative Care Nursing") OR (MH "Patient Comfort") OR (MH "Terminally Ill")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	62,041	Editar
S2	"Nurs*" OR (MH "Nursing") OR "Nursing interventions" OR (MH "Oncology Nursing") OR (MH "Hospice and Palliative Care Nursing") OR (MH "Nursing Care") OR (MH "Patient Comfort") OR "Comforting"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	921,792	Editar
S1	"head and neck cancer" OR (MH "Head and Neck Neoplasms") OR (MH "Otorhinolaryngologic Neoplasms") OR (MH "Laryngeal Neoplasms") OR (MH "Pharyngeal Neoplasms")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	100,202	Editar

- Não se verificaram artigos repetidos.
- Pesquisa realizada a 8 de Outubro de 2021.

APÊNDICE II – TABELA DE EXTRAÇÃO DE DADOS

APÊNDICE II - TABELA DE EXTRAÇÃO DE DADOS

	Artigo	Autores	Ano	País	Objetivo	População	Metodologia	Resultados	Referências bibliográficas
Base de dados CINAHL	1	Mayland, C.; Payne, S.	2018	UK	Identificar necessidades da pessoa com CCP e estratégias de profissionais de CP	Pessoa com CCP em CP	Artigo de opinião	<p>Identificadas necessidades alteradas da pessoa com CCP em CP: o tratamento de feridas malignas, a dor persistente, desfiguração facial, comunicação alterada, necessidades nutricionais complexas, ansiedade e depressão.</p> <p>Estratégias comunicacionais alternativas: tecnologia da informação com uso de dispositivos como tablets e smartphones, linguagem gestual e uso de observações diretas ou cuidadores como medidas indiretas. Ter em conta a situação económica da pessoa pois, se não for previamente avaliada, pode levar à escassez dos recursos disponíveis e, ter em conta literacia da mesma que está a ser cuidada para permitir que a comunicação seja realizada de forma eficaz.</p>	Mayland, C.; Payne, S. (2018) Head and neck cancer: a marginalised group? Palliative Medicine. ISSN 0269-2163
	2	Balfe, M.; O'Brien, K. M.; Timmons, A.; Butow, P.; O'Sullivan, E., Gooberman-Hill, R., & Sharp, L.	2018	Irlanda	Quantificar as atividades de suporte de cuidadores a utentes com CCP e o impacto psicológico do cuidar no cuidador	Cuidadores, profissionais de saúde e utentes com CCP	Estudo de investigação de natureza quantitativa	<p>Utente de CCP com necessidades específicas e complexas.</p> <p>Intervenções específicas no cuidado à pessoa com CCP em CP: gestão de emoções, acompanhamento a consultas, cuidados na alimentação por dispositivo ou no estoma respiratório (se fizer sentido), preparação de comida e gestão de medicação, cuidados orais, e apoio nas alterações da aparência física. Adequar material de apoio e a sua aquisição deve ter em conta as condições socioeconómicas do utente.</p> <p>Os cuidadores apresentam alterações do bem-estar e qualidade de vida quando estão a cuidar de alguém por um período prolongado. Identificar no cuidador/família alterações psicológicas: ansiedade e depressão, fornecer suporte e e/ou encaminhar para terapia alternativa. Ganhos para o cuidador e melhora os cuidados prestados à pessoa.</p>	Balfe, M., O'Brien, K. M., Timmons, A., Butow, P., O'Sullivan, E., Gooberman-Hill, R., & Sharp, L. (2018). Informal caregiving in head and neck cancer: caregiving activities and psychological well-being. <i>European journal of cancer care</i> , 27(2), e12520.
	3	Luca, M.; Santos, I. & Berardinelli, L.	2012	Rio de Janeiro	Identificar características dos clientes com CCP em cuidados paliativos	Utentes com CCP em CP	Estudo quantitativo retrospectivo. Método descritivo, através da técnica de autorrelato estruturado.	<p>Papel do enfermeiro como educador para a saúde, no capacitar para o autocuidado, caso seja solicitado pelo o utente e família, e faça sentido na fase de doença em que a pessoa se encontra. Os utentes com CCP apresentam nova aparência física, podendo desenvolver problemas de convivência social, por se transformar no foco do grupo de convivência.</p> <p>Autoimagem e autoestima afetadas. Sentimento de ser um peso para o outro, com sobrecarga do cuidador, familiar e profissionais de saúde. Diagnóstico realizado em fase avançada da doença sem possibilidade de cura. Nova modalidade de tratamento com objetivo de promover qualidade de vida e controle efetivo dos sintomas, caracterizando o que se denomina como cuidados paliativos.</p> <p>Necessidades da pessoa com CCP em CP: alterações na alimentação (disfagia com mudança da via, dispositivo de alimentação entérica), respiração (estoma respiratório), comunicação e a dor.</p> <p>Utente mantém direito à informação e a autonomia para tomada de decisão.</p> <p>Controlo eficaz de sintomas de ordem biológica, psicológica, espiritual, social e afetiva. Implementar cuidados direcionados para darem resposta ao que se encontra afetado. Implementar antes do utente referir queixas, avaliar antes de tratar, explicar as causas dos sintomas, adotar uma</p>	Luca, M. D. D., Santos, I. D., & Berardinelli, L. M. M. (2012). Características nosológicas de clientes com câncer em cuidados paliativos: autorrelato através da consulta de enfermagem. <i>Rev. enferm. UERJ</i> , 293-299.

							estratégia terapêutica mista, monitorizar sintomas, reavaliar regularmente as medidas terapêuticas, cuidar dos detalhes e estar disponível.	
4	Goldstein, N.; Genden, E., & Morrison, R.	2008	USA	Descrever sintomas do utente com CCP em CP através do relato de um caso real e apresentar intervenções	Utente com CCP em CP	Estudo de natureza qualitativa Estudo de caso	<p>Sintomas mais comuns em doentes paliativos com CCP: DOR – dor mista (neuropática e nociceptiva); Medidas farmacológicas Devido às alterações da cavidade oral e deglutição, a medicação tem de ser prescrita consoante as vias de administração possíveis (a via oral nem sempre é possível; medicação que possa ser triturada para administração via entérica); A dor também pode estar associada a dermatite e fragilidade cutânea pós tratamentos que o utente tenha sido sujeito. Uso de cremes com ácido hialurónico, ácido ascórbico e aloé vera. Uso de cremes hidrofílicos e livres de lanolina.</p> <p>MUCOSITE: provoca alterações no comer, falar e respirar e é causada por sobreinfecção por <i>Candida</i> ou pela flora bacteriana oral. Intervenções: adequação cuidados de higiene oral com lidocaína ou sucralfato; cubos de gelo, mel local. A mucosite grave causa alterações severas que podem levar a desnutrição e desidratação exacerbadas com implicação na qualidade de vida da pessoa. Pode ser necessário o recurso a alimentação por outra via, sem ser a via oral e suporte hídrico através de soroterapia.</p> <p>XEROSTOMIA: A saliva é muito importante para a comunicação, alimentação com humedificação da mucosa oral e para a própria "higienização" da cavidade oral com eliminação de resíduos. Intervenções: Ingerir pequenos goles de água com frequência que lubrifica a cavidade oral; cubos de gelo (podem ser gelados à base de gelo); Uso de goma sem açúcar; pilocarpina em uso controlado devido a efeitos adversos (hiperglicemia, sialorreia e frequência urinária aumentada); saliva artificial.</p> <p>Sialorreia: uso de anticolinérgicos.</p> <p>DISFAGIA: incapacidade temporária ou permanente para se alimentar e até hidratar. Intervenções: adequar consistência da alimentação; referenciar para terapia da deglutição; ponderar alimentação entérica; adequar ingestão calórica.</p> <p>HEMORRAGIA: Uso de toalhas vermelhas ou pretas no caso de o utente estar no domicílio. Explicar à pessoa e familiares/cuidadores a possibilidade de ocorrência da situação.</p> <p>ALTERAÇÕES DA COMUNICAÇÃO: adotar estratégias alternativas à comunicação – uso de mimica e linguagem gestual, escrita, recurso a telemóveis e tablets.</p> <p>ALTERAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA: com o utente e família adotar estratégias que lhe promovam a qualidade de vida e o conforto. referenciar para apoio especializado</p> <p>ANSIEDADE: suporte emocional; psicologia; psiquiatria (gestão terapêutica); psicoterapia; terapia de grupo; envolvimento familiar.</p> <p>DEPRESSÃO: suporte emocional; psicologia; psiquiatria (gestão terapêutica); envolvimento familiar. Recurso a antidepressivos tetracíclicos (mirtazapina, por exemplo, tendo duplo efeito pois, tem como efeito secundário o aumento de peso e, neste tipo de utentes, que apresentam astenia, anorexia e caquexia). Antidepressivos tricíclicos não devem ser usados em utentes com xerostomia devido ao seu efeito anti-colinérgico.</p> <p>AUTOIMAGEM ALTERADA: estratégias de melhoria da autoimagem.</p>	Goldstein, N. E., Genden, E., & Morrison, R. S. (2008). Palliative care for patients with head and neck cancer: "I would like a quick return to a normal lifestyle". <i>Jama</i> , 299(15), 1818-1825.

Base de dados MEDLINE	5	Mayland, C.; Doughty, H.; Rogers, S.; Gola, A., Mason, S., Hubbert, C., ... & Jack, B.	2021	UK	Relatar experiências diretas de pacientes com cancro avançado de cabeça e pescoço, cuidadores familiares e cuidados de saúde, profissionais e as barreiras à integração de cuidados paliativos especializados	Utentes com CCP em CP Cuidadores Profissionais de saúde	Estudo de natureza qualitativa Entrevistas a utentes com CCP em CP cuidadores e profissionais de saúde	O CCP tem complexidades únicas devido aos efeitos sobre a respiração, alimentação e fala . Isso resulta em sintomas prevalentes e diversos com dor complexa, alterações da fala com dificuldades na expressão, necessidades singulares, impactando no envolvimento com a tomada de decisões. Importância do suporte emocional e apoio psicológico à pessoa e família – ter a experiência de pares poderia facilitar a aceitação, conversa aberta e assertiva sobre situação clínica com o clarificar do conceito de cuidados paliativos. Questionar sobre qual o local onde o utente quer receber cuidados de suporte que satisfaçam as suas necessidades Estratégias: definição clara de papéis e responsabilidades; boa comunicação que permita uma melhor transição para CP e apoio psicológico; acesso atempado aos cuidados paliativos As barreiras à integração em CP são descritas como: complexidades únicas do utente com CCP em CP, falta de consenso sobre o momento exato para envolvimento de profissionais especializados em CP e decisões de alto risco que possam comprometer e gerar incerteza face ao resultado do tratamento / dificuldade no momento de tomada de decisão.	Mayland, C. R., Doughty, H. C., Rogers, S. N., Gola, A., Mason, S., Hubbert, C., ... & Jack, B. A. (2021). A qualitative study exploring patient, family carer and healthcare professionals' direct experiences and barriers to providing and integrating palliative care for advanced head and neck cancer. <i>Journal of palliative care</i> , 36(2), 121-129.
	6	Mott, F. & Adams, K.	2019	USA	Analisar o caso de utente com CCP com mudança de abordagem de tratamento para cuidados paliativos	Utentes com CCP em CP	Estudo de natureza qualitativa Estudo de caso	Cancro inoperável e mudança de finalidade de tratamento para cuidados paliativos. Este tipo de cuidados é descrito com melhoria na qualidade de vida, melhor sobrevida e com controlo sintomático . Alterações da pessoa com CCP em CP: náusea, perda ponderal, imagem da pessoa alterada associado ao tipo de cancro ou traqueostomia, alteração da alimentação – entubação nasogástrica e gastrostomia, comunicação comprometida – estigma social e qualidade de vida negativa, limitação da interação social (depressão, risco aumentado de suicídio), investimento em estratégias de melhoria de imagem, melhorar comunicação e clarificar desejos e vontades.	Mott, F. E., & Adams, K. C. (2019). Advance care planning and end-of-life issues in head and neck cancer. <i>Journal of palliative care</i> , 34(1), 18-20.
	7	Sesterhenn, A.; Folz, B.; Bieker, M., Teymoortash, A., & Werner, J.	2008	Alemanha	Descrever as etapas finais do utente com CCP	Utentes com CCP em CP	Estudo de natureza quantitativa Estudo de coorte	Uma das mais desagradáveis e agonizantes formas como uma pessoa pode morrer. Os utentes beneficiam de uma intervenção de enfermagem humanizada pois, são confrontados, não apenas com alterações fisiológicas, mas também psicológicas e de caráter social, envolvendo a componente familiar. O utente com doença oncológica de cabeça e pescoço é dos que requer maior capacidade de resiliência, força e coragem. Necessidade de traqueostomia por dispneia ou para garantia da via aérea por evolução rápida da doença. Pela desnutrição , caquexia, alterações na mastigação e disfagia , necessidade de alimentação entérica, por sonda nasogastrica ou gastrostomia. Ter cânula de respiração com cuff e sem fenestra não possibilita a fonação, mas é indicada para utentes com risco de aspiração (tumores exsudativos, saliva e secreções; risco de refluxo gástrico e má tolerância alimentar por náusea ou má absorção) e as suas respetivas consequências. Estratégias como linguagem gestual, recurso a tablet, telefone e escrita são alternativas que devem ser adequadas à pessoa e às suas capacidades, alteração da comunicação .	Sesterhenn, A. M., Folz, B. J., Bieker, M., Teymoortash, A., & Werner, J. A. (2008). End-of-life care for terminal head and neck cancer patients. <i>Cancer nursing</i> , 31(2), E40-E46.

							<p>Diminuição da mobilidade por astenia e fraqueza – estimular marcha em curtas distâncias e manter atividades sempre que possível e que a pessoa colabore (permitir a inclusão da família).</p> <p>Desfiguração facial (a cirurgia no CCP é mutilante) e progressão tumoral com por edema da face e cervical – intervenção na aparência física (colocar lenço no pescoço, uso de peruca, gorro, outras estratégias).</p> <p>Intervir no odor tem ganhos na promoção do conforto, no caso de existir ferida maligna com cheiro, utilizar estratégias com uso tópico de antibiótico, antibiótico sistêmico, apósitos que controlem o odor com carvão ativado, uso de café.</p> <p>Alterações da cavidade oral, pelos tratamentos ou pela doença. Manter intervenções dirigidas aos cuidados de higiene da cavidade oral, com uso de elixir adequado, vigiar cavidade oral.</p> <p>Aparecimento de hemorragias recorrentes pela invasão tumoral;</p> <p>Alterações psicológicas: choro, desespero, tristeza, alterações de humor. A dor pode ser intensa pelo que é fundamental o seu controlo; Com recurso a opioides fortes (morfina e fentanil) combinados com anti-inflamatórios não esteroides (metamizol magnésico) e terapêutica adjuvante como antidepressivos, benzodiazepinas e corticoesteroides (redução do edema), por exemplo. Medicação administrada por via oral, quando possível, pelo dispositivo de alimentação entérica, via transdérmica e subcutânea. Pode haver necessidade de perfusão contínua via subcutânea.</p> <p>Não esquecer a intervenção junto da família e respetivo ambiente social que também sofrem enorme stress psicológico, angústia e sentimento de impotência. Intervenção do enfermeiro promove o conforto.</p>	
8	Leila J.; Mady, M.; Marci, M.; Johnson, J.	2018	USA	identificar alterações do utente idoso com CCP em CP	Utentes idosos com CCP em CP	Artigo de opinião revista de medicina geriátrica	<p>O utente paliativo com CPC apresenta, muitas vezes, obstrução das vias aéreas, feridas neoplásicas, desidratação, disfagia e hemorragia que altera a qualidade de vida. Alvo de intervenção pelo enfermeiro. Apresentam astenia, fadiga e caquexia.</p> <p>Os cuidados paliativos focam o controlo da dor e gestão de sintomas e o apoio psicossocial e espiritual.</p> <p>A ansiedade e depressão são comuns no doente paliativo devido à alteração da imagem corporal causada pela progressão da doença. Desmistificar junto do utente, os ganhos e a finalidade dos cuidados paliativos, e iniciá-los, o mais precocemente possível, pois, permite dar tempo para reformular o seu sentido de vida podendo aproveitá-la naquilo que são as suas vontade e desejos.</p>	Mady, L. J., Nilsen, M. L., & Johnson, J. T. (2018). Head and Neck Cancer in the Elderly: Frailty, Shared Decisions, and Avoidance of Low Value Care. <i>Clinics in Geriatric Medicine</i> , 34(2), 233–244. https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.01.003
9	O'Sullivan, E.; Higginsin, I	2016	Irlanda	Explorar as opiniões de utentes e cuidadores de pessoas com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida, face ao prognóstico, tomada de decisão e preferências dos cuidados.	Utentes com CCP em CP e cuidadores	Estudo misto Realização de técnicas qualitativas (entrevistas semi-estruturadas – opiniões) e quantitativas (análise de dados demográficos dos utentes)	<p>Cuidar da pessoa com CCP é um desafio, até mesmo para os profissionais de saúde, devido à exacerbação de feridas exsudativas, risco de obstrução das vias aéreas, hemorragia e problemas psicossociais associados a dor crónica, dificuldade em comunicar, desfiguração e comportamentos aditivos.</p> <p>-Necessidades e preferências de informações futuras: relativamente aos sintomas e a problemas potenciais; prognóstico em caso de recorrência / tempo limitado restante; Risco / benefícios de opções de cuidados possíveis – cuidados paliativos</p> <p>Informar: por quem, como, quando.</p> <p>Avaliar a necessidade de informação da pessoa, se total (inclusive o expectável em termos de sobrevivência) ou se estarão melhor com o mínimo de informação possível (ao critério do utente). Os cuidadores querem ser informados na totalidade e, a ausência de informação, é geradora de stress.</p>	O'Sullivan, E. & Higginsin, I. (2016). 'I'll continue as long as I can, and die when I can't help it': a qualitative exploration of the views of end-of-life care by those affected by head and neck cancer (HNC). <i>BMJ supportive & palliative care</i> , 6(1), 43-51.

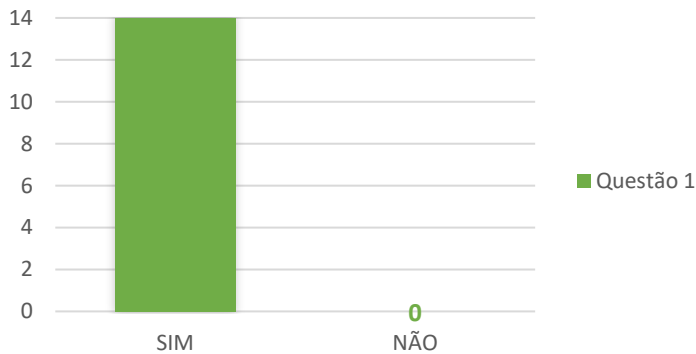
								<p>-Processo de tomada de decisão: os utentes ficam satisfeitos em discutir quem deveria estar envolvido na tomada de decisão. Os utentes sentem capacidade de autonomia para decidir, mas essa mesma tomada de decisão é restringida pela responsabilidade, vulnerabilidade e circunstância (receio de repercussões familiares devido às decisões tomadas). Os cuidadores referem que deve ser o utente a decidir sobre a sua situação clínica, mencionando como sendo uma responsabilidade pessoal. A decisão dos utentes sem capacidade para decidir deve caber à família/familiar de referência.</p> <p>O planeamento antecipado de cuidados detém um caráter muito importante sendo construído ao longo do tempo e composto por aquilo que o utente deseja, as suas vontades, podendo ser posto em prática quando este tiver alteração do estado cognitivo. Quem deve estar envolvido no processo de tomada de decisão? Em caso de o utente de encontrar em declínio cognitivo.</p> <p>Foco preferencial do atendimento - maximizar o conforto; morrer com dignidade. Local de morte preferido – é referido que o morrer em casa permite um melhor acompanhamento e cuidado do utente por parte da família/cuidadores. Os utentes referem ter menos contato com familiares em ambiente hospitalar, pelo que morrer no hospital será mais triste e em solidão.</p> <p>-Barreiras percebidas sobre o morrer em casa e apoios existentes: os utentes referem preocupação sobre a sobrecarga do cuidador, preferencialmente, se for um familiar com idade avançada, com pouco apoio de outros membros da família. Os cuidadores querem cumprir os desejos de quem cuidam embora relatem a sua resistência física, habilidade para enfrentar os aspetos desagradáveis da doença para manter o conforto e a dignidade da pessoa. Os cuidadores têm receio de não conseguir cuidar com qualidade face às necessidades da pessoa. Destacam a importância de saber procurar os apoios disponíveis para conseguir ter acesso aos mesmos. Escasso pessoal que auxilie nos cuidados de suporte no domicílio, nomeadamente enfermeiros.</p> <p>Os cuidadores acham que a qualidade de vida deve ser priorizada na doença avançada, inversamente, os utentes referem a importância de uma intervenção médica continuada, igualando alguns, os cuidados paliativos e de conforto como uma forma desistir ou até mesmo de eutanásia.</p> <p>É focada a necessidade de uma intervenção holística, com uma comunicação aberta e honesta sobre questões-chave como preferências, tomada de decisão e o foco de cuidados pretendido e desejado, reduz a sobrecarga do cuidador, limita intervenções indesejáveis e otimiza o acesso oportuno aos serviços apropriados, promovendo o conforto e a qualidade de vida.</p>	
10	Nilsen, M.; Johnson, J.	2017	USA	Identificar necessidades do utente com CCP em CP com referência à sintomatologia apresentada	Utentes com CCP em CP	Artigo de opinião de revista de oncologia	<p>Alterações na qualidade de vida: depressão e risco de suicídio – abordagem multidisciplinar com apoio psicológico.</p> <p>Disfagia – relacionada com tratamentos e evolução da doença;</p> <p>Dor; Alterações na comunicação; Gestão de sintomas físicos e psicossociais, estabelecer metas de cuidado e coordenação de cuidados com base nas necessidades do indivíduo;</p> <p>Tomada de decisão compartilhada: partilha de informação entre utente/família e profissionais de saúde; desejos, vontades e preferências do utente são tidas em conta para uma prática holística. É descrito que devido</p>	Nilsen, M. L., & Johnson, J. T. (2017). Potential for low-value palliative care of patients with recurrent head and neck cancer. <i>The Lancet Oncology</i> , 18(5), e284-e289.	

							à progressão rápida dos CCP, muitas vezes, esta tomada de decisão não realizada. Os CP além do controlo de sintomas promovem a qualidade de vida e a sobrevida do utente, dando suporte também à família.	
11	Mayland, C., Ho, Q., Doughty, H., Rogers, S., Peddinti, P., Chada, P., ... & Dey, P.	2021	UK	Identificar as necessidades e as experiências paliativas de pessoas com CCP em estadio avançado	Utentes com CCP em CP	Revisão Scoping	<p>Os utentes com cancro avançado de cabeça e pescoço têm uma gama diversificada de necessidades de cuidados paliativos. Uma intervenção especializada que dê resposta às necessidades afetadas, bem como da sua família.</p> <p>O CCP tem complexidades únicas devido à doença afetar de forma expressiva o respirar, o comer, o falar e o aspeto físico, devido à localização anatómica da doença.</p> <p>O utente isola-se do ambiente social, surgindo sintomas depressivos e alterações significativas do estado emocional.</p> <p>Componente física: Dor: descrita como sendo pior consoante a progressão da doença. dor de natureza complexa com controlo com recurso a opióides. Fadiga, perda de apetite e perda ponderal; falta de energia. Disfagia, xerostomia, hemorragia, dispneia, obstipação e alterações no padrão de sono. É mencionado o odor tumoral. São identificadas alterações na comunicação.</p> <p>É evidenciada a importância da intervenção de enfermagem no controlo da sintomatologia. Alterações da comunicação. Utilizar estratégias comunicacionais para garantir que a pessoa e família ficam, efetivamente, informadas e validar o que foi transmitido. Ter em conta as preferências e vontades da pessoa.</p> <p>A média de duração dos sintomas em CP, é referido como sendo nos últimos quatro meses.</p> <p>Bem-estar psicossocial e espiritual: utentes referem tristeza, humor deprimido, medo, preocupação, sentindo-se um “fardo” para a família e cuidadores. Depressão. Agitação e confusão manifestam-se nas últimas semanas de vida. É mencionada a importância do apoio emocional e espiritual. A desfiguração tem um impacto existencial na pessoa.</p> <p>Intervenções nos últimos 12 meses de vida: é descrito a necessidade de controlo algico, o intervir nas alterações relacionadas com a alimentação (disfagia) e respiratórias. Também é referido o impacto da hemorragia na pessoa.</p> <p>Comunicação e tomada de decisão: a comunicação é uma importante área de intervenção porque o utente com CCP experiencia inúmeras alterações que levam ao seu comprometimento. Ter em conta o grau de escolaridade da pessoa.</p> <p>Compreender quais são as necessidades informativas da pessoa e família. Importância da intervenção educativa no cuidar da ostomia de respiração e do dispositivo para alimentação entérica.</p>	Mayland, C. R., Ho, Q. M., Doughty, H. C., Rogers, S. N., Peddinti, P., Chada, P., ... & Dey, P. (2021). The palliative care needs and experiences of people with advanced head and neck cancer: A scoping review. <i>Palliative medicine</i> , 35(1), 27-44.

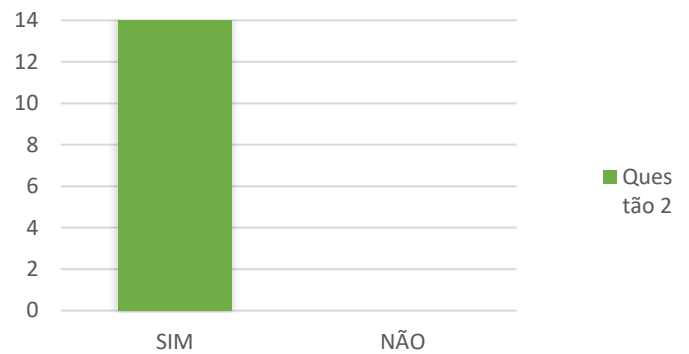
APÊNDICE II - Dados obtidos após aplicação do questionário de diagnóstico aos enfermeiros do serviço de Otorrinolaringologia

APÊNDICE II - Dados obtidos após aplicação do questionário de diagnóstico aos enfermeiros do serviço de Otorrinolaringologia

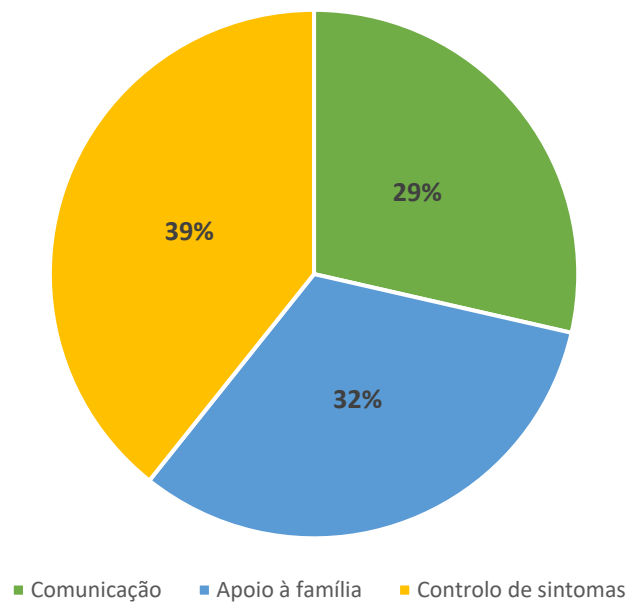
1. Considera a temática dos Cuidados Paliativos relevante para a sua prática de cuidados?



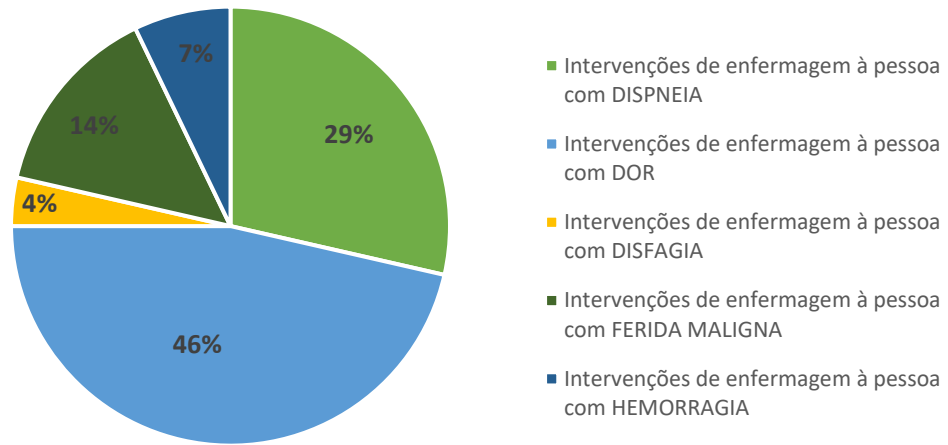
2. Acha pertinente a formação sobre Cuidados Paliativos para a sua prática diária?



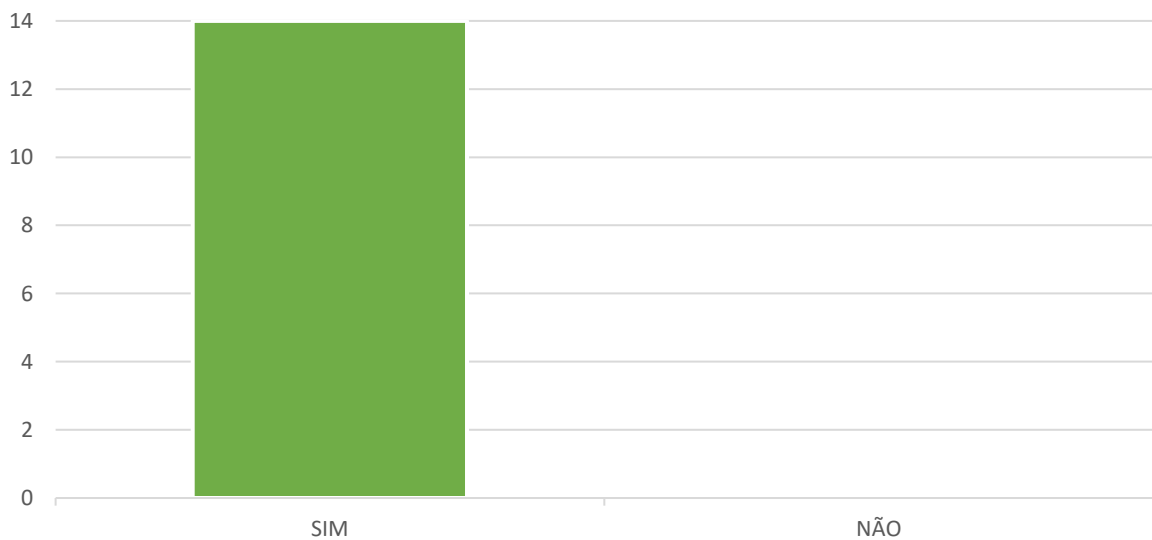
2a. Se sim, em que áreas dos Cuidados Paliativos sente necessidade de formação?



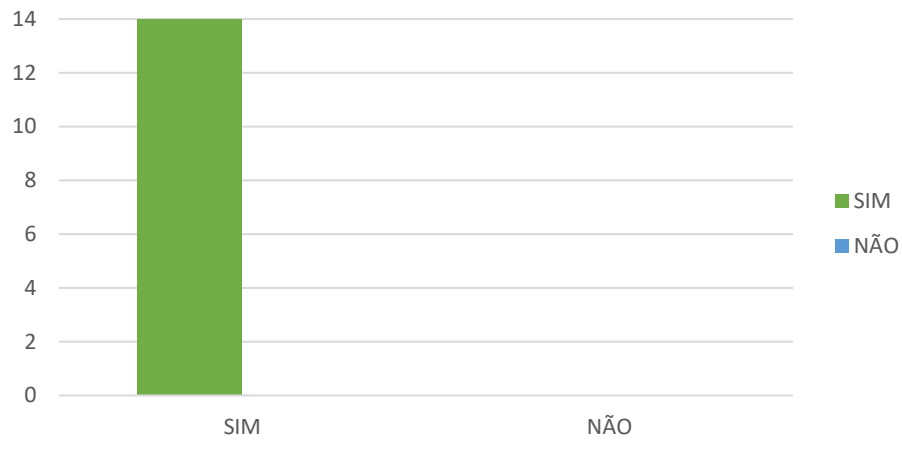
3. Intervenções do enfermeiro para controlo sintomático em Cuidados Paliativos que consideram ser mais importantes



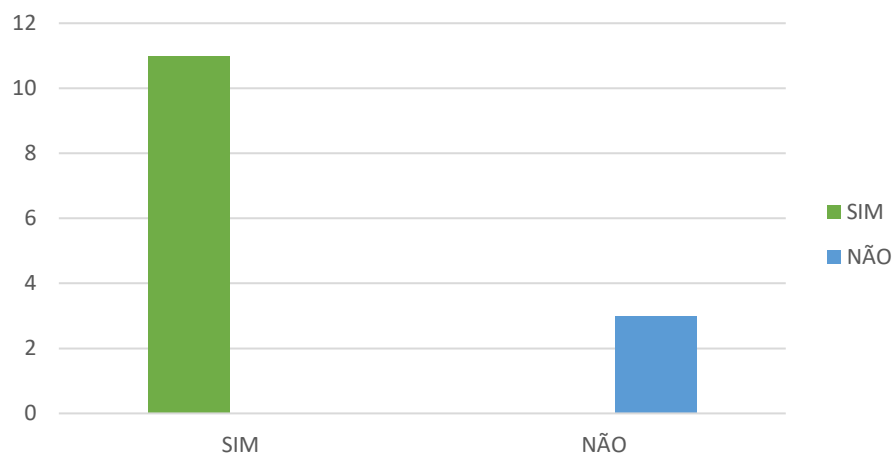
4. A família, sendo o suporte fulcral de qualquer pessoa em processo de doença, a seu ver, considera existir uma necessidade de formação dos enfermeiros para melhoria da prática de cuidados à mesma?



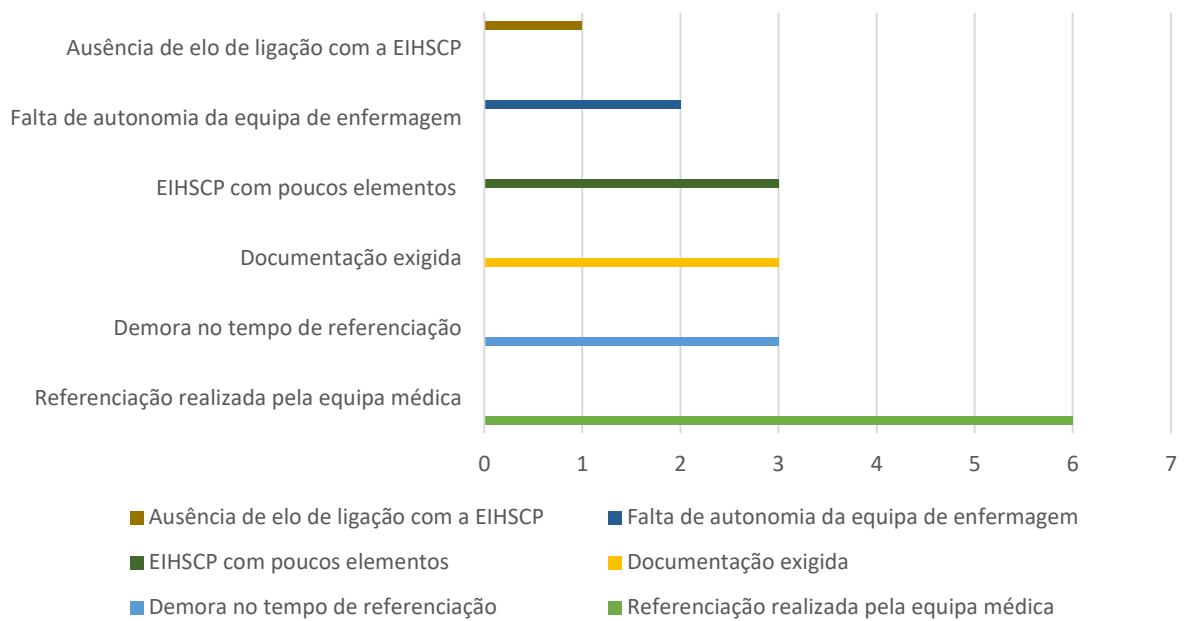
5. Considera que a pessoa com doença oncológica de ORL em fase avançada beneficia com a intervenção da EIHSCP?



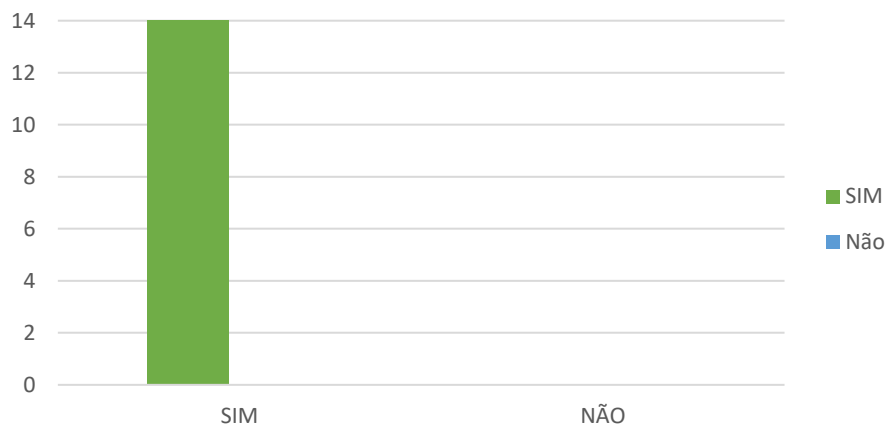
6. Na sua perspetiva, sente dificuldade na referenciação e articulação com a EIHSCP?



6a. Se sim, enumere até 3 dificuldades



7. Sendo enfermeiro (a), considera importante ter uma maior autonomia na referenciação da pessoa com doença oncológica de ORL em fase avançada para a EIHSCP?



8. Sugestões de ações a realizar no âmbito da melhoria da prestação de cuidados à pessoa e família com doença oncológica de ORL em fase avançada.	Ações de formação com temas divididos para esta área;
	Elo de ligação com a EIHSCP;
	Realizar a referência mais cedo e não apenas em fase de dias/horas; Existir acompanhamento desde que o objetivo de tratamento se dirija para os cuidados paliativos;
	O enfermeiro puder realizar uma pré-referência com a EIHSCP.
	Realizar formação sobre controlo sintomático e comunicação

**APÊNDICE III – Reflexão crítica sobre uma situação vivenciada
segundo Ciclo de Gibbs**

APÊNDICE III – Reflexão crítica sobre uma situação vivenciada segundo Ciclo de Gibbs

Na nossa prática diária de cuidados, importa ir um pouco mais além, refletindo acerca das experiências vivenciadas, realçando a importância que apresentam e o que contribuem para a melhoria do cuidado à pessoa e família. Deste modo, o presente documento, pretende apresentar uma situação da praxis clínica acoplada de um pensamento crítico reflexivo e realizada segundo o ciclo de Gibbs. O ciclo de Gibbs engloba várias etapas, sendo estas: descrição, os pensamentos e sentimentos, a avaliação e análise da situação, a conclusão e o planejar da ação (Gibbs, 1988). A experiência que será descrita desenvolveu-se no primeiro local de estágio.

1.1 Descrição da situação

Num dos primeiros turnos que realizei, fui, junto com a minha enfermeira orientadora, como habitualmente, tentar perceber quais seriam os utentes que nos ficariam distribuídos. Desde início, sempre expliquei tanto à enfermeira orientadora, enfermeira chefe e enfermeiras de coordenação quais seriam os utentes que gostaria de estar e prestar cuidados, indo de encontro ao que eram os meus objetivos de estágio, ou seja, cuidar de utentes com doença oncológica de cabeça e pescoço em fim de vida e da sua família.

Ficámos com vários utentes, mas apenas um se enquadrava dentro do que queria. Fiquei responsável pelos cuidados a um utente de 75 anos, já dependente total na satisfação das atividades de vida diária e sem antecedentes de doença significativos, não incluindo o motivo do seu internamento. Era um senhor consciente e orientado, colaborante dentro das possibilidades que apresentava, calmo e bem-disposto. Será chamado de Sr. L., nome fictício e apenas pela inicial, para proteção e privacidade do utente.

Este utente tinha como diagnóstico um carcinoma da região jugal direita e foi submetido a cervicotomia exploratória. Durante a cirurgia, foi verificada a presença de metástases cervicais impossíveis de serem removidas pelo que, a mesma não prosseguiu devido à sua inoperabilidade. Foi realizada traqueotomia para prevenção de complicações futuras devido ao avançar da doença e proteção da via aérea. O caso clínico do utente foi levado a consulta de decisão terapêutica (local de partilha e decisão face à situação clínica dos utentes) e é decidido, após consenso da equipa

multidisciplinar, que existirá uma mudança na finalidade do tratamento, e o que, neste momento é possível oferecer ao utente, são os cuidados paliativos.

Foi marcada uma reunião com a família do utente, os dois filhos que tinha e exposta a situação. É notório que, todos estes acontecimentos, levam a sentimentos de revolta, negação, sofrimento e enorme tristeza. Foi neste momento que consegui intervir. Após esta reunião e saber da atualização face ao estado clínico do utente, consegui ter uma conversa com o mesmo. Fui ter com o Sr. L., perguntei-lhe se me poderia sentar junto a ele, numa cadeira. O mesmo, acena com a cabeça transmitindo uma resposta positiva. Corri as cortinas e ficámos apenas os dois, naquele momento, tentando que nos abstraíssemos do ambiente em redor. Foram realizados ensinamentos acerca das estratégias alternativas para o utente conseguir comunicar (escrita, mímica e linguagem gestual) pois, tinha sido submetido a uma traqueotomia, e ainda não conseguia ter vocalização.

O Sr. L. estava incrédulo face a tudo o que estava a acontecer. O mesmo escrevia *“vou morrer, o que será de mim daqui para a frente? Para onde vou? (sic)”*. Foi tido um diálogo terapêutico com o utente ao longo de mais de uma hora. Numa fase inicial, questionei-lhe o que sentia, pedi-lhe que escrevesse no papel que sentimentos lhe vinham à cabeça. O mesmo escreveu: dor, morte, negação, tristeza. Os mesmos foram explorados, com calma, com o saber estar e dar tempo ao utente. O Sr. L. estava com um fôlego tenso, olhar triste e, era notório, que queria partilhar o que estava a sentir. Embora percebesse que teria de utilizar uma estratégia para quebrar a tensão vivida, no momento. Disse-lhe que a situação que estava a viver não era fácil e que era legítimo se quisesse chorar, libertar os sentimentos que o estavam a invadir, ele tinha esse direito. Ainda lhe referi que, certamente, ele poderia estar a sentir que estava a perder o controlo sobre a sua vida, a perder o seu chão, a pensar que tudo iria acabar em breve e que existiam questões que deveriam ser esclarecidas, nomeadamente, clarificar o conceito de cuidados paliativos que, o mesmo, achava ser sinónimo de sofrimento e, conseqüente, morte.

Foi explicado o que são realmente os cuidados paliativos e, desmistificado, o que muitas pessoas ainda pensam que são. O utente pareceu compreender. Além disso, escrevia que não sabia para onde iria, após ter alta, pois não teria condições de regresso ao domicílio devido à sua esposa não ter capacidade para cuidar dele e o mesmo também não possuía capacidade para aprender os cuidados à traqueotomia bem como ao dispositivo de alimentação entérica (não mencionado, mas o utente já

apresentava disfagia severa pelo que era impossível ser alimentado por via oral, tendo uma sonda nasogástrica).

O Sr. L. escreveu num papel “*Obrigado. Apesar de isto ser difícil, conseguiu diminuir o meu sofrimento. Obrigado*” (sic). Foi abordado com um dos filhos do utente acerca das condições para regresso ao domicílio, o mesmo confirma o que foi dito pelo Sr. L. e reforça não ter condições para dar apoio aos pais. Foi comunicado à assistente social do serviço que, de imediato, começou a procurar alternativas para a alta. Foi decidido em reunião familiar que o utente iria para uma unidade de cuidados paliativos, ficando a aguardar. Duas semanas depois, o utente tem vaga numa unidade e é transferido para lá com acompanhamento de enfermagem. Despedi-me do utente, e enquanto este começa a apresentar uma lágrima no canto do olho, entrega-me um papel e fecha a minha mão, deu a entender que seria para eu ler depois. Nesse papel estava escrito, obrigado por aquela conversa.

1.2 Pensamentos e emoções

Esta situação não foi, de todo, uma situação fácil de encarar. A comunicação parece algo fácil, mas, de todo, não o é, e ainda mais, na situação referida. Enquanto profissionais de saúde é impossível o “desligar” por completo dos problemas dos utentes ainda mais, quando é de tal gravidade. A relação que estabeleci com o Sr. L. foi de partilha, confiança, uma relação de ajuda sincera que permitiu ser um auxílio para este que parecia ter perdido o chão, mas para tal, tive me envolver bastante na situação.

Importa referir que os sentimentos vivenciados pelo Sr. L. eram legítimos tendo em conta o processo de transição que estava a experienciar. Segundo Barbosa, 2012, estas perdas sucessivas (podem ser de variada ordem como, de função, física, por doença, de alguém, ou ainda, do emprego, da casa), desencadeavam vários problemas como afetivos com dor emocional (choro, tristeza, ansiedade, tensão), cognitivos (medo de não se adaptar, de enlouquecer e de entrar em colapso, dificuldade em se concentrar), existenciais (desespero, perda de finalidade e propósito), comportamentais (isolamento e solidão) e somáticos (dispneia, aperto no peito, palpitações, fadiga e falta de energia. O Sr. L. verbalizava que, desde que soube do seu prognóstico, sentia, por períodos, um aperto no peito e palpitações.

No início, também senti algumas palpitações e pensei “será que conseguirei comunicar da forma mais correta, sem agravar a situação e afetar negativamente a

pessoa” (sic). Estava nervosa e ansiosa pois, queria conseguir ajudar aquela pessoa e centrava-me nisso. Ao longo da conversa, esses sentimentos foram sendo reduzidos e, após perceber, a fluidez da mesma, consegui estar com a pessoa e falar, sem qualquer problema. No final, acabei por perceber o sentimento de dever cumprido pois, a minha prática foi benéfica para aquela pessoa.

1.3 Avaliação da situação

No que diz respeito à avaliação, penso ter tido uma postura correta, procurando desenvolver uma relação terapêutica empática com a pessoa, o que contribuiu para uma melhor adaptação a tudo o que esta vivenciava. O meu envolvimento emocional na situação foi algo que me levou a refletir pois, dediquei-me na totalidade àquela situação, agindo com toda a vontade de ajudar aquela pessoa. Não considero que tenha sido prejudicial pois não teve impacto negativo em mim. Dediquei-me ao utente, na totalidade, e aquele momento foi apenas meu e dele, intervindo com o objetivo de que este sentisse que estava ali para o ouvir, ajudar e orientar. É descrito na literatura que é impossível que não ocorra envolvimento emocional entre o enfermeiro e a pessoa. É importante que o mesmo se desenvolva desde que não seja acrescido de uma conotação negativa no enfermeiro (Oliveira et al., 2021).

1.4 Análise da situação

É possível verificar que a minha intervenção foi eficaz na medida em que permitiu a expressão de emoções e sentimentos do utente e tal como, face a mim, foi possível conhecer o outro. Nesta situação em concreto, a existência de tempo e a disponibilidade demonstrada revelaram-se fulcrais.

A comunicação revela-se uma estratégia essencial que habilita o enfermeiro no estabelecimento de uma relação de ajuda terapêutica, que promove a adaptação às crises com que a pessoa cuidada se depara, como no caso mencionado, sendo verificada a importância da mesma. Importa mencionar uma das definições de cuidados paliativos que refere que a comunicação é um dos seus pilares e onde deve existir enorme investimento em termos de formação pelo profissional de saúde, em particular, pelo enfermeiro, pelo tempo que permanece junto dos utentes e pelos cuidados integrais que presta. Assim sendo, segundo Neto, (2010), é estabelecido como pilares fundamentais dos cuidados paliativos, o controlo de sintomas, a

comunicação eficaz (com doente e a sua família, implementando intervenções promotoras da sua dignidade), a prestação de cuidados e apoio a família e o trabalho em equipa interdisciplinar. A comunicação é uma intervenção autónoma de enfermagem que permite integrar cuidados em termos de aspetos psicossociais e espirituais (Brito et al., 2014). Sendo esta, descrita como sendo uma competência muito importante do enfermeiro especialista na vertente de enfermagem oncológica (EONS, 2018).

A situação descrita e analisada, foi promotora do conforto para o Sr. L e, para mim, permitiu que evoluísse na minha práxis, consolidando conhecimentos e práticas que já faziam parte do eu profissional mas, de certo modo, conseguindo intervir do início ao fim, sabendo o que fazer e com o foco bem definido. O conforto é um princípio fundamental da enfermagem em cuidados paliativos. Magalhães, (2009), menciona variados cuidados que potenciam o conforto da pessoa, podendo estes ser: o controlo sintomático, a prestação de cuidados de higiene, os cuidados de beleza, a gestão do ambiente, o acompanhamento da pessoa, as técnicas de relação interpessoal e comunicação como a presença, toque, empatia, compaixão, disponibilidade, expressão de sentimentos. O enfermeiro ao comunicar de forma completa, na íntegra, dá resposta a necessidades da pessoa, promove o significado do eu existencial, o seu bem-estar e qualidade de vida e, além destes, o conforto.

Em termos de evidência científica, são descritas estratégias verbais e não verbais para melhor comunicar em cuidados paliativos. Quanto às verbais: perguntar à pessoa o que sabe sobre a sua doença (foi questionado ao utente, apesar de não estar descrito), perguntar à pessoa como se sente e permitir a expressão de sentimentos, verbalizar disponibilidade para ajudar, conversar e esclarecer dúvidas, perguntar quais as expectativas face ao tratamento paliativo, averiguar quais os interesses e vontades da pessoa, falar com clareza e sinceridade e verbalizar a compreensão de emoções e sentimentos. Quanto a estratégias comunicacionais não verbais: o toque afetivo, estabelecer/manter contato visual, estar ao nível da pessoa (estar sentado), sorrir (limitado com o uso de máscara, embora o olhar diga muito acerca da nossa expressão), proximidade física/presença, escuta ativa, inclinar o corpo para a pessoa, expressão facial positiva, gestos positivos/acenos com as mãos, respeitar o espaço da pessoa e a privacidade, remover obstáculos físicos, partilhar o silêncio e usar um tom de voz amável, suave e baixo (se possível) (Araújo e Silva, 2012). É possível verificar que a prática adotada vai de encontro ao

que é preconizado para aquilo que será uma prática de cuidados de qualidade no comunicar em cuidados paliativos.

1.5 Conclusão da situação e planejar da ação no futuro

Esta experiência deteve uma enorme importância para mim, enquanto pessoa, enquanto enfermeira de cuidados gerais e futura enfermeira especialista. A minha prática permitiu constatar a importância do saber estar, da entrega, da disponibilidade que vai muito além do ter tempo, o conhecer e procurar descobrir o que afeta a pessoa naquele momento e no futuro, a nível pessoal e familiar, os desejos existentes, as vontades, as preocupações, entre outras tantas (contudo, tenho noção que devia ter sido mais explorado). A intervenção integral permite conhecer o outro como um todo, e muitas vezes, ações como escutar, o silêncio, o estar ali, fazem toda a diferença. Posso afirmar que, apesar das circunstâncias não serem as melhores e, a necessidade da mudança de tipologia de cuidados para paliativos, não ser encarada da melhor forma, mas, quando realizada, atempadamente, permite que se obtenham ganhos em termos de bem-estar, qualidade de vida e promoção do conforto ao utente, no tempo que lhe resta, bem como à família que o acompanha.

No futuro, perante uma situação similar pretendo agir de forma semelhante a esta, contudo, sem o receio de um envolvimento em demasia pois, a entrega, a preocupação e ligação criadas são inerentes à parte da prática de cuidados do enfermeiro. Ou seja, é impossível cuidar sem entrega, sem partilha com o outro. Por outro lado, tentar explorar de forma clara e assertiva, as preferências da pessoa e as suas vontades e planos que tem, tentando não afetar negativamente a mesma através do diálogo estabelecido, mas sim orientá-la para a realidade e para aquilo que serão metas plausíveis de atingir, não perdendo o foco daquilo que são os cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, M.; Silva, M. (2012). Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46, 626-632.

Barbosa, A. (2012). Processo de Luto. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. Neto (eds). Manual de cuidados paliativos. (2ª ed, p. 487-532). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Brito, F.; Costa, I.; Costa, S.; Andrade, C.; Santos, K.; Francisco, D. (2014). Comunicação na iminência da morte: percepções e estratégia adotada para humanizar o cuidar em enfermagem. *Escola Anna Nery*, 18, 317-322.

European Oncology Nursing Society (2018). EONS Cancer Nursing Education Framework. Disponível em: <https://z2y.621.myftpupload.com/wpcontent/uploads/2020/05/EONSCancerNursingFramework2018-1.pdf?time=1602163080>.

Gibbs, G. (1988). Learning by doing: A guide to teaching & learning methods. Oxford: Oxford Brookes University.

Magalhães, J. (2009). Cuidar em Fim de Vida. Lisboa: Coisas de Ler.

Neto, I. (2010). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In: Barbosa, A. & Neto, I. Manual de Cuidados Paliativos. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. ISBN: 978-972-9349-22-5.

Oliveira, S.; Barreto, M.; Medeiros, H.; Alves, É. (2021). Enfrentamento emocional de enfermeiros cuidadores de pacientes oncológicos. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 20(1), 83-88.

APÊNDICE IV – Estudo de Caso

APÊNDICE IV – Estudo de Caso

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1.APRESENTAÇÃO DA PESSOA EM ESTUDO	5
2.HISTÓRIA CLÍNICA DA PESSOA EM ESTUDO	7
3.INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM PROMOTORA DO CONFORTO	10
CONCLUSÃO	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

ANEXOS

ANEXO I – *EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM* REVISTA

APÊNDICES

**APÊNDICE I – APLICAÇÃO DA *EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM*
REVISTA AO SR. S.**

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório, do 2º ano do Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem Oncológica, fazem parte a realização de 3 estágios em 3 contextos clínicos com a concretização de objetivos, através da realização de diversas atividades previamente planeadas.

Do primeiro contexto clínico, consta a realização de um estudo de caso usando a metodologia própria de um estudo de caso. Este tipo de estudo rege-se dentro da lógica que guia as sucessivas etapas de recolha, análise e interpretação da informação dos métodos qualitativos, com a particularidade de que o propósito da investigação é o estudo intensivo de um ou poucos casos (Yin, 2005). Tem a vantagem de poder ser aplicado a situações humanas, a contextos contemporâneos da vida real (Meirinhos e Osório, 2016).

O estudo de caso terá como foco a pessoa com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida e família e pretende explorar e analisar de que forma, a intervenção do enfermeiro poderá contribuir para a promoção do conforto, nos seus vários níveis, tão alterado devido ao prognóstico de doença, complicações e incertezas associadas. Assim, identifica-se como principal objetivo explorar/analisar a intervenção dirigida de enfermagem promotora do conforto da pessoa com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida e família. O termo fim de vida é referente a uma situação onde um doente terminal apresenta uma doença avançada, incurável e evolutiva, com elevadas necessidades de cuidados de saúde pelo sofrimento associado e que, em média, apresenta uma sobrevida esperada de 3 a 6 meses (Neto, 2010). Existem inúmeras definições, pelo que o trabalho se desenvolverá em torno da mencionada.

O presente documento será dividido em três partes, sendo estas: apresentação da pessoa em estudo, história clínica da pessoa em estudo e intervenção especializada de enfermagem promotora do conforto. Além do referido, constará a introdução, conclusão e referências bibliográficas.

1. APRESENTAÇÃO DA PESSOA EM ESTUDO

O presente estudo de caso será realizado sobre o utente, Sr. S., inicial de nome fictício para garantia da privacidade do mesmo. Foi pedido o consentimento ao utente para realização do presente estudo, tendo o mesmo aceite. Os dados foram obtidos através de uma entrevista não estruturada, ao Sr. S., realizados outros momentos de partilha com o utente ao longo dos turnos, e também com a esposa, e consulta do processo clínico.

É um utente do sexo masculino, com 51 anos, natural de Cuba, Alentejo, e que reside em Arroios. É instrutor de condução, sendo sócio maioritário da escola de condução, referindo ser a paixão da sua vida. É casado há 15 anos com a Sr^a. A., tendo tido um casamento feliz, com altos e baixos como todos os casais, sendo que esta relação sofreu uma mudança drástica, desde há 10 meses para cá (seguidamente será explorado). Quando casou, a sua esposa já tinha dois filhos de um relacionamento anterior, que o mesmo considera como sejam seus filhos porque foi este que os criou desde crianças, fez parte do seu crescimento. Neste momento, são adultos casados, têm filhos e residem na região do Algarve.

O Sr. S. tem um irmão com o qual não estabelece contato, devido a problemas familiares. A mãe do Sr. S. faleceu há 10 anos após um acidente vascular cerebral. O pai do Sr. S. reside em lar, desde há 1 ano, é insuficiente renal com necessidade de realizar sessões de hemodiálise, 3 vezes por semana, e teve agravamento progressivo da sua dependência física. O Sr. S. visitava-o uma vez por semana na clínica de hemodialise. Não o ia visitar ao lar por receio de encontrar o irmão com quem não tem qualquer contacto. Previamente, o pai do Sr. S. residia com este, onde era cuidado também pela nora. Mas devido a problemas familiares e ao agravar da doença do Sr. S., ingressou em lar e acabou por ficar o seu irmão a ser a pessoa de referência do pai.

O Sr. S. é uma pessoa de raça caucasiana, referindo ser ateu. É independente nas atividades de vida diárias. Tinha como hábitos de lazer realizar viagens com a esposa de carro e aqueles que considerava como seus filhos, pelo seu declarado prazer da condução. Além disso, mencionou ser cliente assíduo dos cafés da sua rua, local onde convivia com os seus amigos, com grande frequência, passando enorme parte do seu tempo, principalmente, ao fim de semana. Algo que não agradava a sua esposa, tal como a mesma me mencionou. Nestas idas ao café existia exacerbação de consumos de álcool (cerveja e whisky) e de tabaco (cigarretas como o utente se

referia, a tabaco de enrolar). A esposa mencionou ter existido consumo de canábis nos últimos meses.

2. HISTÓRIA CLÍNICA DA PESSOA EM ESTUDO

O Sr. S. apresentava como antecedentes pessoais de doença: dislipidemia e anemia. Tinha consumos etanólicos e de tabaco (40 unidades/dia) acentuados.

Este utente apresenta um historial de doença da área de otorrinolaringologia vasto e complexo, com início há 10 anos atrás, em novembro de 2011. Na altura com queixas de odinofagia permanente, disfagia e, conseqüente, perda ponderal, começou a ser seguido por otorrinolaringologia e, devido às queixas, realizou biópsias que confirmaram um carcinoma pavimento celular da orofaringe, T2, N0, Mx. Segundo a American Joint Committee on Cancer, o sistema de estadiamento mais frequente usado para o cancro é o TNM sendo composto por 3 partes chave: T- tamanho do tumor, o N - a existência de gânglios linfáticos afetados e o M - a presença de metástases à distância (American Cancer Society, 2021). O tumor do Sr. S. é consideravelmente pequeno, T2 e referido como *carcinoma in situ* e N0, sem gânglios linfáticos afetados. Quando é referido Mx significa que as metástases à distância são não avaliáveis. Em particular, neste caso, não foi possível avaliar a sua presença, não descartando que as mesmas possam existir.

Os fatores de risco associados ao cancro de cabeça e pescoço estão, maioritariamente, associados a consumos tabágicos e etilismo, bem como exposição ocupacional (longas e intensas exposições ao pó da madeira, produtos químicos utilizados na metalurgia, petróleo, plásticos e indústrias têxteis e amianto), infeções pelo vírus do papiloma humano, má nutrição, refluxo gastroesofágico e ser do género masculino (American Cancer Society, 2021). Os sintomas mais comuns são: disfagia, odinofagia, dispneia súbita, estridor, disfonia, otalgia, perda ponderal significativa e aparecimento de tumefação cervical. Os consumos do Sr. S. identificam-se como as principais causas para aparecimento do tumor e a sintomatologia que apresentava era indicativa deste, com a disfagia, odinofagia e perda ponderal.

O utente foi submetido a exérese da lesão por via oral e esvaziamento ganglionar cervical à direita, em maio de 2012. Realizou radioterapia adjuvante com aparente boa resposta. Manteve-se a ser acompanhado pela equipa médica com exames e consultas regulares. Em setembro de 2016, após tomografia computadorizada cervical, constatam não existirem margens seguras pelo que se decide com consentimento do utente, nova cirurgia, e foi submetido a pelvectomia anterior com enxerto livre de pele. Em outubro de 2016 realiza citologia que revela adenopatia submandibular compatível com metástase do carcinoma inicial. Em janeiro de 2017 é

novamente intervencionado e realiza excisão de cicatriz cervical, esvaziamento submandibular direito e biópsia da lesão do pavimento da boca, sem intercorrências. Realiza braquiterapia adjuvante. Em tomografia computadorizada, de agosto de 2018, é detetada lesão de 4cm na região nasofrontal à direita, sem aparente recidiva no local onde a doença se localizava ao início. Foi mantido em seguimento regular e, em setembro de 2020, é submetido a exérese de quisto da região frontal, exérese de quisto pré-auricular direito e microcirurgia da laringe com exérese de quisto da corda vocal direita (posteriormente, considerado pela anatomia patológica como pólipos da corda vocal).

Em agosto de 2021, numa das consultas de seguimento, refere ter apresentado emissão de sangue pela cavidade oral e dor que localiza na mucosa da cavidade oral à direita. É observada uma lesão ulcerada do pavimento da boca anterior com envolvimento gengival, foi realizada biópsia e é diagnosticado carcinoma pavimento celular invasor do pavimento da boca. Sem evidência de adenopatias à palpação, não referia disfagia [a esposa referiu que *“o S. se engasgava muitas vezes e não queria ver o que estava a acontecer e o que queria dizer, perdeu muito peso, cerca de 20kg”* (sic)] e nunca apresentou dispneia.

Durante todo este tempo, o utente foi incentivado e estimulado a reduzir e a deixar de ter os consumos de álcool e tabaco que, nunca conseguiu, tendo os sempre mantido. Era seguido pela equipa de psiquiatria da mesma instituição e, por vezes, faltava a estas consultas mencionando não necessitar e que conseguiria deixar de beber e fumar por autorrecriação, mas nunca conseguiu. A esposa referiu que, a partir de janeiro deste ano, que coincide com o agravamento do estado geral do pai do Sr. S. e com a ida deste para o lar e o início dos conflitos com o irmão, que os consumos até aumentaram. A esposa mencionou que nunca conseguiu dizer ao marido para parar de beber pois, via o grande sofrimento que estava a passar por causa do seu pai, sendo que estes consumos podem, provavelmente, ter agravado a doença.

É novamente proposto para cirurgia, desta vez, uma muito complexa, indo realizar glossectomia subtotal, mandibulectomia segmentar, retalho livre da escápula e traqueotomia. O Sr. S. assina o consentimento informado. A 22 de outubro de 2021 é submetido a cirurgia, mas quando a mesma é iniciada, constata-se que o tumor tem infiltração da pele sobre a mandíbula a nível central e metástase parotídea a direita com infiltração da pele. Pela metastização parotídea com invasão cutânea, considera-se tratar-se de uma doença inoperável. Foi realizada apenas traqueotomia para manutenção da via aérea e foi colocada sonda nasogástrica.

O caso do utente foi levado à consulta de decisão terapêutica e, em conjunto, a equipa multidisciplinar (otorrinolaringologistas, médico da oncologia médica, psiquiatra, enfermeiro, nutricionista e assistente social), decide que o tratamento será mudado e que, a finalidade do mesmo, serão os cuidados paliativos. O utente poderá ainda fazer quimioterapia paliativa caso aceite.

Foi nesta fase que conheci o utente, no dia em que o mesmo soube que a sua doença era paliativa e, como o mesmo dizia *“já não há nada a fazer, vai tudo acabar em breve” (sic)*.

3. INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM PROMOTORA DO CONFORTO

Na minha primeira abordagem, apresentava-se consciente e orientado, mas com períodos de aparente confusão referindo “*quando tiver alta volto a conduzir*” (sic). Períodos de inquietude, por vezes, ansiedade, fáceis triste e humor deprimido. Atitude cooperante e cordial perante os profissionais de saúde. Apresentava um fáceis triste e humor deprimido.

Hemodinamicamente estável, com ligeira tendência à hipotensão, mas sem sintomatologia associada. Normocárdico. Apirético. Saturação periférica de oxigénio a 94%. Sem queixas álgicas.

Muito emagrecido, com apenas 45kg, asténico, com mucosas descoradas e pouco hidratado.

Apresentava cânula de traqueotomia N^o8.5 fenestrada com cânula interna fenestrada, durante o período diurno (permitia vocalização), e não fenestrada, no período noturno (prevenção da formação de granulomas). Inicialmente, totalmente dependente na prestação dos cuidados traqueais por recusa do Sr. S. em aprender, por negação e revolta face à sua situação clínica. Apresentava secreções mucopurulentas em moderada quantidade com tosse moderadamente eficaz que o permitia expelir, por vezes, com necessidade de aspiração de secreções (SOS). Eram realizados os cuidados traqueais duas vezes por turno e sempre que necessário. Apresentava uma lesão de pressão infra-cânula com cerca de 1x1cm e com tecido desvitalizado.

Tolerava dieta pastosa e ingeria líquidos com espessante, perfazendo consistência tipo mel, por disfagia ligeira para líquidos. Tolera ingerir comprimidos, sem disfagia. Tem uma dieta personalizada com suplementação hipercalórica (no 2^o dia do pós-operatório exteriorizou a sonda nasogástrica e foi iniciada dieta via oral, tendo sempre tolerado).

Autocuidava-se no wc de forma autónoma, com necessidade de incentivo frequente.

Deambulava pelo serviço de forma autónoma, alternando o seu dia entre períodos sentado no cadeirão, deambular pelos corredores e estar na sala de refeições (raramente tinha outras pessoas no período da tarde, então era um local onde este estava sozinho e lhe transmitia bem-estar). Alguns momentos de partilha se desenrolaram nesta sala de refeições. Conseguia promover maior privacidade,

garantir o preservar da sua intimidade e permitia uma melhor abertura à expressão de sentimentos.

Apresentava duas tumefações nas regiões parotídea direita e mentoneana direita, apesar de serem pequenas estavam sob tensão sendo evidente que, eram exteriorizações tumorais e que, a qualquer momento, iriam começar a drenar o conteúdo que tinham.

Após ser informado, da sua situação, pela equipa médica do serviço e pela médica da oncologia médica, o utente desenvolve sentimentos de negação e revolta face à doença, ou seja, não valorizava o que era dito, achando que ia melhorar, mas, por vezes, também referia “*porquê eu?*” (sic). Importa referir que este utente, apresentava períodos de discurso incoerente pelo que também poderia justificar o poder parecer sentimentos de negação/revolta com períodos de confusão identificados. Foi referenciado para a Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos que observou o utente e iniciou visitas diárias. A esposa visitava-o, diariamente, e, nos primeiros dias, este recusou a suas visitas. Referia querer estar sozinho para pensar na vida.

Fiquei, a maior parte do período do estágio, com este utente para me permitir uma maior continuidade dos cuidados. Consegui construir uma relação empática promotora da relação terapêutica com este, desde o primeiro dia.

Pensei bastante naquilo que poderia ser a minha intervenção dirigida que promovesse o conforto deste utente que, da minha avaliação, estaria comprometido. Foi necessário identificar as necessidades específicas de cuidados do Sr. S. que passavam pelas alterações da respiração, da integridade cutânea, da cavidade oral, as psicológicas, sociais e familiares e a intervenção do enfermeiro especialista pretende dar resposta a estas, ajudando e apoiando a família, com objetivo de promover o seu conforto e melhorando a qualidade de vida e bem-estar. Estas necessidades são referidas na literatura como específicas da pessoa com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida (Cocks et al., 2016). A pessoa apresenta necessidades básicas que resultam de uma causa física, da doença, contudo, a intervenção de enfermagem deve ir além disso, e focar que a mesma tem aspirações, desejos e vontades e ir de encontro à sua componente psicológica, espiritual, ambiental e social.

Neste sentido, emerge a teoria do conforto de Kolcaba que refere que, para a construção holística do conforto, é fundamental atender às dimensões físicas, ambientais, psicoespirituais e sociais, baseando-se nas necessidades dos utentes.

Estes desencadeiam respostas holísticas a estímulos complexos, sendo que há um esforço acrescido para encontrar respostas às suas necessidades básicas de conforto, conseguindo atingir um estado de alívio, tranquilidade e transcendência (Kolcaba, 2001).

No que diz respeito à intervenção na componente física que contribui para o alcançar do conforto, importa realizar uma adequada intervenção em termos do controlo de sintomas onde devem ser tidos em conta alguns princípios: avaliar corretamente os sintomas, monitorizar regularmente os sintomas com recurso a escalas, delinear um plano terapêutico misto com medidas farmacológicas e não farmacológicas, incentivar a uma atitude preventiva, adequar a via de administração, optando pela menos invasiva e dolorosa, estabelecer planos de cuidados com o utente e família e estar atento aos detalhes (Twycross, 2003).

Para uma melhor avaliação dos sintomas, é necessária uma monitorização regular dos mesmos e, para tal, foi aplicada uma escala que englobasse a sintomatologia de ordem física, mas também psicológica. A escala selecionada foi a *Edmonton Symptom Assessment System revista* (Anexo I), que avalia sintomas desde a dor, o cansaço, a sonolência, o apetite, a falta de ar, a depressão, a ansiedade, o bem-estar e outro sintoma que possa ser mencionado pelo utente, são 10 itens e cada um pode ser expresso de 0 a 10, sendo 0 sem apresentar a sintomatologia e o 10 a pior possível (Monteiro, 2012). A escala foi aplicada durante quatro turnos seguidos. Obtive sempre as mesmas respostas, ou seja, o Sr. S. não referia queixas álgicas, dizia estar ligeiramente cansado, mensurando o valor de 3, tinha o apetite mantido, sem falta de ar, referia que se sentia ansioso (5/6) e estava receoso de desenvolver um processo de depressivo pois, sentia-se muito triste (5), o bem-estar estava alterado mencionando 4/5. Da primeira à última avaliação revela-se um agravamento ligeiro dos sintomas que coincide com uma alteração evidente na sua componente psicológica (respetivamente, 1º dia: 17; 2º dia: 17; 3º dia: 18; 4º dia:19) (apêndice I). Neste sentido, intervim com o utente através de diversos momentos de partilha e desabafo face àquilo que o deixava triste, com medo e apreensivo e que era potenciador de stress. Articulei com a equipa médica que seguia o utente, verbalizando a necessidade de este ser seguido pela equipa de psicologia e psiquiatria. O utente previamente, em internamento anterior, já tinha sido acompanhado pelo que foi dado reinício a este, tendo o Sr. S. ficado satisfeito por o psiquiatra ser o mesmo e já existir uma relação empática criada entre ambos.

O utente era seguido pela equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos e, após pedido de autorização à mesma e ao utente, consegui estar presente e acompanhar todos os momentos em que vinham observá-lo e conversar com ele. Foi interessante que, esta equipa, em cada abordagem com o utente, aplicava a escala mencionada acima e que também apliquei, sendo os resultados similares.

O utente não referia queixas álgicas, mas era incentivado a realizar toma regular de analgésicos, uma medida preventiva para a dor. O mesmo perdeu o acesso venoso periférico e, visto apenas necessitar de realizar analgesia, fui falar com a equipa médica no sentido de alterar a medicação para *per os*, e a mesma aceita, evitando-se, deste modo, realizar novo procedimento que causasse dor ao utente.

Algo que preocupava o Sr. S. eram as suas “feridas” que questionava, diariamente, se estavam melhores. Foi explicado pela equipa médica e reforçado, por mim, nos momentos em que lhe realizava os tratamentos, que estes tinham o objetivo de promover conforto naqueles locais através da proteção das lesões e controlo de algum exsudado que apresentavam. Foi-lhe explicado que, indo para o domicílio, teria de realizar os pensos durante a semana no centro de saúde. Ao longo do internamento, o utente foi informado por diversos profissionais acerca da sua situação clínica e dos objetivos dos cuidados. No momento, parecia compreender, mas, posteriormente, questionava por diversas vezes o que tinha. O utente verbalizava o desejo de ir para a sua casa e de voltar a conduzir, sendo as vontades mais expressas. Também referia se não poderia realizar tratamentos para “curar” as feridas ou até mesmo ser operado, tendo esperança de ficar curado. Por outro lado, por vezes, mencionava estar preocupado por ter alguma noção que as feridas estariam a crescer e, conseqüentemente, piores.

Neste seguimento, foi necessário intervir, no sentido de perceber o que estaria ao meu alcance e que pudesse permitir a ida do utente para o domicílio, tal como este expetava.

Algo que foi identificado como passível de promover a ida do utente para sua casa, seria a aquisição de autonomia do Sr. S. nos cuidados traqueais. Dos vários momentos de partilha, questiono o utente sobre o porquê já ter recusado, numa primeira abordagem realizada por outro enfermeiro, aprender os cuidados à traqueotomia. Desta vez, o Sr. S. aceita e percebe que, aprendendo, é um ponto positivo com vista à alta para domicílio, como ele tanto queria. O utente apresentava capacidade para os cuidados, transmiti-lhe algumas informações importantes sobre

os mesmos, aceitando a minha intervenção de ensinar. Realizei nova demonstração e iniciámos o treino, várias vezes, tendo ficado praticamente autónomo. Necessitava de algum incentivo pois, nem sempre se lembrava, e supervisão na realização dos mesmos. Tal como referido por Freeman (2011), para a promoção da autonomia do utente nos cuidados à traqueotomia, é necessário informar o utente, demonstrar a técnica, supervisionar a técnica realizada pelo utente e avaliar o conhecimento deste. É verificado que, a prática vai de encontro ao recomendado pela evidência científica. Foi também realizado o ensino acerca dos cuidados orais e da sua importância que o utente parece compreender e começa a realizar várias vezes ao dia.

Questionei-o sobre algo que gostaria de fazer e que lhe desse algum prazer, nomeadamente, o que poderia transpor para aquilo que é o conforto no seu contexto social/ambiental e que conseguisse estar ao meu alcance, o mesmo refere que gostaria de beber um café. Acabei por oferecer um café, várias vezes ao utente, e o mesmo ficava extremamente agradecido, fazendo-o recordar de bons momentos, como dizia. Estes momentos permitiam fortalecer a relação de confiança que estava a ser construída e resultavam numa intervenção promotora do conforto a nível sociocultural e ambiental.

Num dos vários momentos de partilha com o Sr. S abordo-o dizendo se poderíamos conversar um pouco, sobre o que este sabe sobre a sua situação, sobre o que quer saber, sobre o que espera do futuro próximo, como pensa que será a sua vida quando sair dali e que desejos e vontades gostava de realizar. O utente responde-me dizendo que *“sei que tenho uma doença grave. Não conseguiram retirá-la, não entendi bem o porquê. Fizeram-me uma proposta para fazer quimioterapia paliativa, mas recusei, não quero passar por isso, sem retorno nenhum. Quero ir para casa com a minha esposa e aproveitar o que me resta, com ela, com os meus filhos e netos e ver o meu pai. Quero voltar a conduzir e a dar aulas de condução”* (sic). Por vezes, verificava no discurso do utente alguns períodos de confusão pois, a informação que lhe era transmitida nem sempre era retida pelo próprio, sendo necessário a repetição desta diversas vezes. Dizia-lhe que iríamos fazer o melhor que podíamos perante a sua situação, embora não fosse fácil, sendo legítimo o que sentia. Foi aplicado o modelo de comunicação de más notícias de Buckman (SPIKES) que consistiu no que já foi mencionado, ou seja, **S**etting up the interview (tendo pleno conhecimento da informação clínica, sentando-me junto do utente num espaço privado e questionando se poderíamos conversar), **P**erception (questionar o que o utente sabia sobre a doença), **I**nvitation (perceber o que utente queria saber), **K**nowledge (foram sendo

dados tiros de aviso, nomeadamente, que teria de ficar com a traqueotomia, as feridas não iriam fechar e que íamos fazer de tudo para manter os sintomas controlados, desmistificar o significado dos cuidados paliativos na promoção do conforto do utente, dando-lhe a entender que não poderia conduzir pelos riscos associados e pela terapêutica ansiolítica e opioide que fazia e ia validando o que era dito, questionando se percebeu tudo o que foi dito), **Emotions** (era lhe dito que era normal sentir-se triste face a tudo o que estava a acontecer mas reforçava que estava ali para o apoiar) e **Strategy/Summary** (analisar as prioridades do utente e verificar as opções para a alta) (Cruz e Riera, 2016).

Foi convocada uma conferência familiar, estando presentes os seguintes elementos: o utente e a esposa, a médica do utente, a enfermeira de coordenação, eu, tendo me sido cedida autorização para estar presente, a assistente social e a médica e a enfermeira da equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (já estava a seguir o utente). A conferência familiar consiste na realização de uma reunião entre utente, familiares e profissionais de saúde que fazem parte da equipa multidisciplinar (Silva et al., 2018). Esta pretende, através de uma intervenção terapêutica, possibilitar aos utentes e familiares a expressão de vontades e o clarificar de informações num processo interativo de comunicação, que foque as necessidades identificadas permitindo uma prática individualizada. Este tipo de estratégia permite que a pessoa e família adquiram maior confiança na equipa, indo influenciar a adesão destes ao processo terapêutico, proporcionando medidas que diminuam o sofrimento, tao importante em cuidados paliativos. Uma das técnicas utilizadas, ou seja, a escuta ativa, permite o esclarecer de dúvidas, a partilha de sentimentos com conseqüente redução das angústias psicossociais presentes na pessoa e família. A negociação também referida como elemento essencial numa conferência familiar, como componente do processo de comunicação e assimilação do ponto de vista do outro, favorece a tomada de decisão com respeito, sobretudo, pela autonomia do utente. Deste modo, dando-lhe a oportunidade de escolher e optar, cumprindo os princípios dos cuidados paliativos, e atendendo às necessidades de apoio às famílias, evidenciando que a família de ser cuidada, tanto quanto a pessoa.

Inicialmente, foram apresentados os elementos da equipa e explicados os objetivos da conferência familiar. Foi questionado ao Sr. S. o que sabia sobre a sua doença e o que queria saber, quais as suas dúvidas, preocupações e desejos. O mesmo referia que não sabia o que tinha, que queria fazer tratamentos para se curar,

que queria ir para casa e voltar a conduzir (tudo já lhe tinha explicado de diversos modos).

Seguidamente, a esposa foi questionada sobre o que sabia, o que queria saber, quais as suas preferências e a possibilidade de ida do utente para casa. Foi uma reunião bastante longa e a esposa do utente verbalizava que o Sr. S. não tem condições “psíquicas” para decidir o que quer que seja e não se responsabilizava pela sua ida para casa. Foram apresentadas opções como: o apoio domiciliário, indo ao domicílio verificar as tomas de terapêutica e a forma como o utente ia estando, se estava em casa ou se saía (a esposa trabalhava durante o dia todo), o ingresso num centro de dia ou, em último caso, a ida para uma unidade de cuidados paliativos.

Promovendo o respeito pela autonomia do utente e esposa, é verificado que o Sr. S. como a esposa recusam todas as opções apresentadas e referem não ter nenhum suporte familiar nem ninguém que os possa ajudar, dizendo a esposa “os filhos têm a vida deles” (sic). O utente mantém-se, nos dias seguintes, a manifestar vontade de ir para o domicílio, com um episódio de tentativa de fuga. Posto isto, o utente já era seguido pelo psiquiatra da instituição que teve de ser chamado para analisar a situação. O mesmo refere, após observar o utente, que este não tem capacidade de decisão e que a ida para o domicílio poderia pôr em causa terceiros (o utente só verbalizava querer ir conduzir e dar aulas de condução). Não existindo grandes alternativas, o psiquiatra decide articular, com o hospital da área de residência do utente, para um internamento psiquiátrico de agudos, sendo recusado por aquele (o internamento teria como objetivo um maior controlo sintomático que carecia de cuidados pela psiquiatria bem como o atestar pela equipa médica do serviço de psiquiatria, a incapacidade para decidir pelo utente). Foi realizada nova reunião multidisciplinar e é decidido levar o caso deste utente ao ministério público para ser declarado e de forma legal, tratar-se de um utente inimputável. Nesta fase, o utente testa positivo à sars-cov-2, e foi transferido para outro hospital.

Quando existem indicações específicas, ou seja, existência de uma pessoa de referência, designada de representante legal e/ou documento que comprove a vontade do utente (declaração antecipada de vontade), pode ser uma estratégia para se recorrer caso o utente não se encontre capaz de prestar o seu consentimento informado e garante-se que seja respeitada a sua vontade que se encontra expressa (Baumrucker et al., 2008). Quando não existe o que foi anteriormente mencionado, como no caso em questão, não existia uma declaração de vontade, então a equipa multidisciplinar (médicos, assistente social e enfermeiros) com base naquilo que é a

melhor evidência científica disponível e em tentativa de colaboração com a família, devem inferir um modo de atuação sobre a pessoa, segundo o critério do melhor interesse (Shalowitz et al., 2006). Verifica-se que a esposa do utente referiu em reunião que não se queria responsabilizar pelo marido nem assumir a ida deste para o domicílio. Mencionava “*não consigo controlá-lo como deve ser, trabalho durante todo o dia e é um risco ele ficar sozinho tantas horas.*” (sic). Como mencionado, a mesma e o utente recusaram todas as opções apresentadas. As várias opções apresentadas foram sujeitas a avaliação prévia, garantindo que a sua aplicação revelava benefícios efetivos para a pessoa, bem como a sua limitação quando não existia ganhos claros, tendo em mente o princípio ético da beneficência (Nunes, 2008).

Mesmo após desenvolvidas e trabalhadas várias estratégias e utilizados todos os instrumentos disponíveis, não foi possível chegar a um consenso e, neste momento, é colocada a possibilidade de comunicar a situação à Comissão de Ética para a Saúde ou organismos extrainstitucionais como o poder judicial (Nunes, 2008). Será o que irá suceder, posteriormente, com o caso do Sr. S. .

Concluindo, foi notório, e em particular neste caso, o quão é fundamental que o enfermeiro especialista avalie as necessidades, sentimentos e expectativas da pessoa, delineando planos de intervenção individualizados para a pessoa e família, maximizando a autonomia e qualidade de vida, respeitando as perspetivas dos próprios, como seres biopsicossociais e espirituais (Regulamento nº429/2018).

CONCLUSÃO

A realização do presente estudo constituiu todo um desafio ao longo do decorrer deste. O caso escolhido era complexo, encontrando em cada dia que estava com o utente, uma nova informação ou alteração, com necessidade de intervenção permanente. Foi necessário recorrer ao apoio de vários elementos do serviço, corpo de enfermagem, médicos, assistente social, equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos, psicólogo, psiquiatra, nutricionista bem como assistentes operacionais (pedido de observação mais frequente do utente pela ideia de tentativa de fuga nalguns dias), e o contributo de todos estes foi fundamental na promoção do conforto do utente. A intervenção realizada permitiu criar uma enorme relação empática e terapêutica com o utente e também com a esposa, até sentindo ser um elo de ligação entre estes e os elementos da equipa.

O caso do Sr. S. ia além de necessidades do foro físico, envolvendo o que se pretende que sejam os cuidados de enfermagem, holísticos e intervindo na pessoa como ser biopsicossocial, espiritual e ambiental. Foi possível ter uma intervenção especializada de enfermagem de forma completa promovendo o conforto naquilo que são os seus contextos de desenvolvimento tal como mencionado por Kolcaba, na teoria do conforto.

Permitiu que adquirisse novos conhecimentos e habilidades e desenvolver competências que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional enquanto enfermeira generalista e futura especialista. Foi necessário o realizar de pesquisa bibliográfica extra e aplicação daquilo que foi obtido pela revisão *scoping*, onde foi fundamental o esforço e dedicação sobre o caso e as temáticas. Esta situação envolvia questões éticas face à resolução da alta social, desconhecendo as diretrizes associadas pelo que, tive de realizar algum investimento em temas, nomeadamente, quando o utente não tem capacidade de decisão, nem nenhuma declaração que delegue a sua decisão em alguém ou testamento escrito onde verbalize os desejos e vontades. Foi muito importante até para o meu futuro profissional.

É possível verificar que o enfermeiro especialista tem um papel de destaque na medida em que, através da sua intervenção completa e direcionada, consegue promover o conforto da pessoa em fim de vida e família nos seus vários contextos. Tal é mencionado no regulamento do enfermeiro especialista à pessoa em situação paliativa, com o cuidar da pessoa com doença terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos aliviando o sofrimento, maximizando o bem-estar,

conforto e qualidade de vida, sendo verificado ao longo das intervenções realizadas ao Sr. S. e família (Regulamento nº 429/2018).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Cancer Society (2021). Laryngeal and Hypopharyngeal Cancer Early Detection, Diagnosis, and Staging. Disponível em: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8666.00.pdf>.

American Cancer Society (2021). Laryngeal and Hypopharyngeal Cancer Causes, Risk Factors, and Prevention. Disponível em: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8665.00.pdf>.

Baumrucker, S; Sheldon, J.; Stolick, M.; Morris, G.; Vandekieft, G.; HARRINGTON, D. (2008). The ethical concept of "best interest". *Am J Hosp Palliat Care* 25(1):56-62.

Cocks, H.; Ah-See, K.; Capel, M.; Taylor, P. (2016). Palliative and supportive care in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *The Journal of Laryngology & Otology*, 130(S2), S198-S207.

Cruz, C.; Riera, R. (2016). Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. *Diagn. tratamento*, 106-108.

Freeman, S (2011). Care of adult patients with a temporary tracheostomy. *Nursing Standard*. 26(2).49-56.

Kolcaba, K. (2001). Evolution of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research. *Nursing Outlook*, pp. 86,91.

Meirinhos, M.; Osório, A. (2016). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EduSer-Revista de educação*, 2(2).

Monteiro, D. (2012). Tradução e adaptação transcultural do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para uso em cuidados paliativos.

Neto, I. (2010). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. ISBN: 978-972-9349-22-5.

Nunes, R. (2008) Guidelines sobre suspensão e abstenção de tratamentos em doentes terminais. *Actas do X Congresso Virtual HIV/AIDS*.

Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Assembleia da República. Diário da República, 2.ª série (N.º 135 de 16-08-2018), 19359-19370. ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dicocirurgica.pdf>.

Shalowitz, D.; Garrett-Mayer, E.; Wendler, D. (2006). The accuracy of surrogate decision makers: a systematic review. *Archives of Internal Medicine*.

Silva, R.; Trindade, G.; Paixão, G.; Silva, M. (2018). Conferência familiar em cuidados paliativos: análise de conceito. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 206-213.

Yin, R. (2005). Estudo de Caso. Planejamento e Métodos. Porto Alegre: Bookman.

ANEXOS

**ANEXO I – EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM
REVISTA**

ANEXO I – EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM REVISTA

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r)		
Por favor, circule o número que melhor descreve como você está se sentindo agora		
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
Cansaço = falta de energia		
Sem Sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Sonolência Possível
Sonolência = sentir-se com sono		
Sem náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
Com apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Apetite Possível
Sem Falta de Ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Ar Possível
Sem Depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Depressão Possível
Depressão = sentir-se triste		
Sem Ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Ansiedade Possível
Ansiedade = sentir-se nervoso		
Com Bem-Estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Mal-estar Possível
Bem-Estar/Mal-Estar = como você se sente em geral		
Sem _____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior _____ possível
Outro problema (por exemplo, prisão de ventre)		

(Traduzida e adaptada por Monteiro, 2013)

Os resultados da escala variam entre 0 e 100, sendo 0 a ausência de sintomas do foro físico e psicológico e 100 a pior experiência desses mesmos sintomas.

APÊNDICES

**APÊNDICE I - APLICAÇÃO DA *EDMONTON SYMPTOM
ASSESSMENT SYSTEM* REVISTA AO SR. S.**

APÊNDICE I - APLICAÇÃO DA *EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM* REVISTA AO SR. S.

	1º Dia	2º Dia	3º Dia	4º Dia
Dor	0	0	0	0
Cansaço	3	3	3	3
Sonolência	0	0	0	0
Náusea	0	0	0	0
Apetite	0	0	0	0
Falta de ar	0	0	0	0
Depressão	5	5	5	5
Ansiedade	5	5	5	6
Bem-estar	4	4	5	5
TOTAL	<u>17</u>	<u>17</u>	<u>18</u>	<u>19</u>

**APÊNDICE V – Reflexão sobre a estrutura e dinâmica do segundo
campo de estágio**

APÊNDICE VI - Reflexão sobre a estrutura e dinâmica do segundo campo de estágio

O segundo período de estágio decorreu de 22 de novembro de 2021 a 14 de janeiro de 2022 na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos e, a sua denominação ao longo deste documento será por iniciais, EIHS CP. Esta equipa faz parte de um Centro Hospitalar da Região da Grande Lisboa.

A EIHS CP é uma equipa multidisciplinar constituída por: 7 enfermeiras, 3 médicas (duas a tempo completo e uma a tempo parcial, sendo que uma é a coordenadora da equipa), 3 assistentes operacionais, dois psicólogos, duas assistentes sociais e uma administrativa e têm colaboradores como um psiquiatra, uma nutricionista e um assistente espiritual. Esta equipa está em funcionamento das 8 às 20h, nos dias úteis. A equipa de enfermagem é composta por 2 enfermeiros especialistas na área de enfermagem médico-cirúrgica e com formação específica na área dos cuidados paliativos.

A EIHS CP está localizada no piso central do hospital em questão, tendo um espaço próprio com boas instalações, nomeadamente, uma sala de trabalho, uma sala de procedimentos com capacidade para 2 utentes, uma sala de reuniões, um gabinete médico, dois gabinetes de consulta (um do serviço social e outro da psicologia), uma copa e dois wc, um para os utentes e outro para os profissionais.

A EIHS CP presta assistência ao doente internado, consulta externa, atendimento não programado, consulta telefónica e consultoria aos profissionais.

Os cuidados prestados pela equipa destinam-se a pessoas com mais de 18 anos, com processos de doença grave, quer sejam doenças oncológicas, ou crónicas progressivas, degenerativas ou em situações de doença aguda, com elevado sofrimento associado. Estes cuidados podem ser prestados em todas as fases da doença, desde o diagnóstico e a par com os tratamentos, ou seja, a partir do momento em que se verificam necessidades complexas. Existe uma complementação entre os tratamentos e os cuidados paliativos, promovendo o controlo de sintomas, o conforto e a continuidade de acompanhamento.

Esta equipa procura garantir apoio e suporte às pessoas internadas e em consulta externa (tendo de ser precedido de um contato prévio e/ou formulário de apoio disponível na intranet hospitalar com informação clínica anexada, sendo realizado pelo médico assistente) com doenças graves, avançadas e incuráveis, e seus

familiares, proporcionando-lhes qualidade de vida, dignidade e cuidados de saúde humanizados, através da prestação de cuidados paliativos de qualidade. Além do referido, realiza o encaminhamento e articulação com os cuidados de saúde primários e da comunidade, através das equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos, com a rede nacional de cuidados continuados integrados, através das equipas de cuidados continuados integrados e na referenciação para unidades de cuidados paliativos. A missão da EIHSCP supera o mencionado, dispondo de um atendimento não programado onde presta cuidados aos utentes, com caráter urgente, por descontrolo sintomático e também quando existe necessidade da realização de alguns procedimentos, como por exemplo, análises clínicas, reposições iónicas com soroterapia, paracenteses (sendo estes procedimentos realizados pela equipa de cuidados paliativos). É fulcral na medida em que evita uma ida que se planeia ser demorada e desconfortável ao serviço de urgência. Dispõem de uma consulta telefónica através de uma linha que funciona, preferencialmente das 8 às 20h, dando apoio aos utentes, familiares e cuidadores, dando resposta às dúvidas, medos e receios, problemas existentes e pedidos de receituários (realizada por enfermeiros e médica coordenadora). Importa referir que existe um contato telefónico 24h/dia, disponível para situações mais urgentes que é garantido pela médica coordenadora. Além do mencionado, a EIHSCP também dá apoio aos familiares/cuidadores no luto, realizando contato telefónico após o falecimento do utente, envio de carta de condolências e reforçando que os cuidados prestados não terminaram ali, estando disponíveis para os acompanhar, caso necessitem. Importa referir que neste hospital existe uma consulta do luto, que decorre no serviço de psiquiatria.

Foi possível observar em contexto prático, o verdadeiro sentido e significado dos cuidados paliativos. Ou seja, os cuidados paliativos são cuidados globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias. Têm como objetivo principal, promover o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa e família, intervindo através da prevenção e alívio do sofrimento nas suas várias dimensões, quer seja, físico, psicológico, social e espiritual, identificando-os precocemente e realizando um tratamento especializado destes (Lei N°52/2012). A intervenção de enfermagem, nomeadamente, pretende promover o máximo de conforto ao utente, família e cuidador. Nas consultas de primeira vez, é realizada uma avaliação global da pessoa e da família/cuidador (na pessoa cuidada no seu domicílio) de modo que sejam

identificadas as necessidades não satisfeitas, o que permite uma intervenção dirigida, individualizada e eficaz. Esta intervenção revela-se ser promotora de conforto nos seus diversos contextos, sendo conseguida através prestação de cuidados especializados à pessoa e família/cuidador, da realização de ensinamentos sobre diversos temas à pessoa e família/cuidador e orientação para serviços de apoio, caso necessário, assistente social, psicólogo e outras instituições. O conforto também é alcançado através do próprio controlo sintomático, sendo muito importante, a prestação deste tipo de cuidados ser realizada no espaço da equipa.

Importa referir a comunicação, sendo preconizado o dar tempo para intervir com a pessoa, família e cuidadores, através de uma escuta ativa, estar e falar, com disponibilidade. Os utentes e famílias/cuidadores, são informados, logo após o primeiro contato, de que podem telefonar sempre que necessitarem durante o período das 8-20h, quer para falar com a equipa de enfermagem, médico como o encaminhar para assistente social ou psicólogo. E não menos importante, o apoio à família, realizado durante todo o processo de acompanhamento da pessoa/família e, como já foi mencionado, no período de luto, após falecimento da pessoa.

A consultoria aos profissionais é realizada dentro e fora da instituição, por exemplo, a equipas de cuidados continuados, cuidados de saúde primários e outras instituições, como lares. Esta intervenção realizada revela uma enorme importância pois, promove a partilha de conhecimento, formação a profissionais de saúde como enfermeiros e outros, com consequente atualização e melhoria de práticas existentes com ganhos para o utente e família, através da promoção do seu conforto e qualidade de vida e respetiva diminuição do sofrimento (posteriormente, será realizada uma reflexão acerca do papel do enfermeiro em consultoria).

Ao longo da realização deste estágio, neste contexto clínico tão particular, foi muito importante a aquisição e desenvolvimento de competências, nomeadamente, no planeamento antecipado de cuidados, através de uma avaliação global da pessoa e família/cuidador, a identificação mais precoce das necessidades não satisfeitas e a intervenção especializada e dirigida, procurando sempre dar resposta ao que causava sofrimento e desconforto aos mesmos. Após a minha intervenção e da própria EIHS CP, era evidente a relação terapêutica estabelecida entre os envolvidos, um porto seguro onde podiam sempre recorrer caso necessitassem e com ganhos efetivos ao nível do conforto tanto da pessoa como da família/cuidador.

**APÊNDICE VI – Guião da entrevista e apresentação dos achados
obtidos**

APÊNDICE VI – Guião da entrevista e apresentação dos dados obtidos

1. Apresentação do guião da entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

O presente guião irá orientar o desenrolar da entrevista semiestruturada, fazendo parte das atividades a desenvolver do 2º estágio inserido na unidade curricular de Estágio com Relatório do 1º semestre do 2º ano do Curso de Mestrado e Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente de oncologia. Tratando-se de uma entrevista semiestruturada, possui uma estrutura que delinea o que irá suceder, contudo, passível de ser ajustada e alterada, se benéfico em termos de ganhos para a mesma.

Objetivos da entrevista: identificar intervenções de enfermagem promotoras do conforto à pessoa em fim de vida pelo enfermeiro especialista; validar intervenções de enfermagem promotoras do conforto à pessoa em fim de vida pelo enfermeiro especialista de modo a articular com a evidência científica.

1. Caracterização do entrevistado: idade, anos de profissão, especialidade em Enfermagem

2. Qual a sua motivação major para trabalhar com utentes em fim de vida?

3. O que é para si o conceito de conforto?

4. Considera o conforto importante na sua prática de cuidados?

5. Quais as dimensões do conforto que considera mais relevantes?

6. Direcionando para o controlo sintomático, quais considera serem os sintomas de mais difícil controlo na sua prática diária de cuidados?

6.1 Dos sintomas mencionados anteriormente, que intervenções adota na sua prática diária que promovam o conforto da pessoa em fim de vida?

7. Direcionando para a família/cuidador quais as necessidades/dificuldades que verifica que não se encontram satisfeitas na sua prática diária?

8. Que intervenções adota na sua prática de cuidados que deem resposta às necessidades não satisfeitas da família/cuidador mencionadas anteriormente?

_____ Obrigada pela sua colaboração!

2. Apresentação dos dados obtidos após realização da entrevista

1. Caracterização do entrevistado: idade, anos de profissão, especialidade em Enfermagem

E1 – 37 anos, 14 anos, especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente pessoa idosa, trabalha em cuidados paliativos há 4 anos.

E2 – 56 anos, especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente pessoa idosa, trabalha em cuidados paliativos há 12 anos.

2. Qual a sua motivação major para trabalhar com utentes em fim de vida?

E1 – A maturidade profissional trouxe uma noção muito importante sobre a pessoa na sua existência, aliviar o sofrimento nos últimos dias, horas ou minutos de vida. Ver que isso é possível sem acelerar o momento ou sem ignorar esse sofrimento.

E2 – A motivação maior é o cuidar de pessoas, a própria intervenção autónoma do enfermeiro ser mais abrangente e o estabelecimento de uma relação empática com o outro. É ter a capacidade de me colocar no lugar do outro.

3. O que é para si o conceito de conforto?

E1 – O conforto é sobretudo uma auto-percepção de tranquilidade, que se percebe como um bem-estar.

E2 – O conforto é o bem-estar a nível físico, psicoemocional e social, numa visão holística e individualizada da pessoa.

4. Considera o conforto importante na sua prática de cuidados?

E1 – Na verdade cuidar é dar esse conforto em cada palavra, ação e intenção em cada contexto, pessoa e suas pessoas significativas na procura do “seu” conforto.

E2 – Claro que sim, o conforto é o objetivo major da minha prática de cuidados, que passa por todo o controlo sintomático da pessoa e o apoio a esta e à sua família, nos vários níveis já mencionados. O conforto é um conceito muito amplo, abrangente e individual, o que é promotor de conforto para um utente é único e deve ser trabalhado.

5. Quais as dimensões do conforto que considera mais relevantes?

E1 – A dimensão física é sempre uma das principais para que também outras se possam manifestar e seja um conjunto.

E2 – Considero todas as dimensões do conforto importantes, desde o conforto físico, emocional, psicológico, espiritual ao social.

6. Direccionando para o controlo sintomático, quais considera serem os sintomas de mais difícil controlo na sua prática diária de cuidados?

E1 – Na minha humilde opinião profissional, a dor excruciante, a dispneia severa e a confusão são as mais impactantes para o doente, para as pessoas próximas e para quem cuida. Os sintomas refratários a esquema tradicionais são um grande desafio

E2 – Considero que o cansaço e a astenia são os sintomas de mais difícil controlo pelas limitações que causam na vida diária dos utentes. Estes sintomas, são diferentes da dor e dispneia pois, existem imensas intervenções que possamos pôr em prática e, em parte, conseguimos ter algum controlo, algo que não acontece com a astenia e o cansaço. A tristeza também é algo em que é difícil encontrar estratégias que deem suporte aos utentes e famílias.

6.1. Dos sintomas mencionados anteriormente, que intervenções adota na sua prática diária que promovam o conforto da pessoa em fim de vida?

E1 – As medidas terapêuticas são extremamente importantes com uso adequado da melhor via (segura e rápida) e dose; paralelamente todo o envolvimento da situação deve assegurar que a pessoa se sinta segura, criando uma relação de proximidade e confiança, explicando sempre o que vai acontecer o expectável, numa voz tranquila e adequada. Por outro lado, tenta-se promover um ambiente tranquilo, rodeado por quem quer ter ao seu lado, numa posição adequada e confortável.

E2 – Considero fundamental e primordial que se realize, para qualquer sintoma existente, uma correta avaliação e caracterização do mesmo para que se possa intervir de modo eficaz. Em particular, para o cansaço e astenia, a minha intervenção passa pelo ensino à pessoa e família do ajuste das atividades de vida diária à sua condição atual e ir gerindo consoante se sente melhor ou pior. Trabalhar em conjunto com a pessoa e família para encontrar outros caminhos

que suportem as alterações causadas pela evolução da doença, e se necessário, referenciar para serviços de apoio como a psicologia. Em termos de terapêutica, muitas vezes, é prescrito aos utentes o Modafinil que procura melhorar o cansaço e sonolência associada, aumentando o estado de vigília.

7. Direcionando para a família/cuidador quais as necessidades/dificuldades que verifica que não se encontram satisfeitas na sua prática diária?

E1 – A falta de apoio presencial em casa é das grandes dificuldades em gerir o descontrolo sintomático aos seus familiares doentes. Uma ferramenta muito importante acaba por ser o contacto telefónico que garantimos, mas como sabemos não abrange as 24h/dia, nem os 7 dias da semana. Este é sempre atendido e conseguimos à distância com muito empenho, força extrema e coragem por parte dos cuidadores melhorar os doentes em casa.

Mas infelizmente, muitas vezes o INEM e o SU são a alternativa. Estes acabam muitas vezes por tentar responder a situações de que causam desespero, sobrecarga e angústia em não conseguir gerir a situação em casa.

Um outro dos aspetos importantes que um doente acompanhado por uma equipa de saúde neste, caso em cuidados paliativos, tem é ter um plano antecipatório de controlo sintomático para poder tomar decisões informadas e validadas medicamente quando surgirem determinados sintomas expectáveis na situação de doença. Isso é uma grande responsabilidade, mas por outro lado traz tranquilidade em poder ter a perceção de tentar controlar uma situação de descontrolo sintomático em casa. Infelizmente nem sempre é assim tão linear tomar estas decisões e saber administrar e gerir tudo.

E2 – Considero primordial identificar as necessidades da família e verifico que as informativas são as mais prevalentes, ou seja, o saber sobre como cuidar e do que fazer na ótica do cuidar do outro. As famílias procuram, em primeiro lugar, melhorar os cuidados que prestam aos seus utentes e, só depois de isto ser alcançado, é que podemos avançar para outro tipo de necessidades. Nomeadamente, a necessidade de a família ser ouvida, do suporte emocional, mas apenas e só, depois das do seu utente se encontrarem satisfeitas. Da ótica do cuidador familiar, o utente está sempre em primeiro lugar.

8. Que intervenções adota na sua prática de cuidados que deem resposta às necessidades não satisfeitas da família/cuidador mencionadas anteriormente?

E1 - Na pergunta anterior já tento um bocadinho responder a esta pergunta, mas sobretudo explicar cada intervenção, indicação e o que esperar com as mesmas.

A consulta de enfermagem telefónica - teleconsulta sempre disponível no horário de funcionamento em articulação com a equipa multidisciplinar é uma intervenção de muito peso, mas também de grande responsabilidade na tentativa de garantir cuidados em casa apoiando o familiar na prestação e cuidados diretos, administração e terapêutica, execução e algumas técnicas. Por outro lado, a articulação com a equipa de enfermagem da comunidade é uma constante no apoio desses mesmos ensinamentos e técnicas na casa das pessoas. A consultadoria a essas equipas é muito importante e relevante para a família, não se sentirem sozinhas.

A família/cuidador é integrada desde o início em todo o processo assistencial em cuidados paliativos numa abordagem verdadeiramente multidisciplinar, porque a filosofia dos cuidados paliativos pretende responder não só às necessidades da pessoa doente, mas também do seu cuidador/família que normalmente podem ser diferentes e muito individuais. Desde o momento a triagem da referenciação, na primeira consulta, na consulta telefónica, na definição de plano futuro de acompanhamento, bem como no envolvimento de outros profissionais não clínicos – assistente social e psicóloga. Ou seja, toda a estrutura está disponível também para eles.

Reconhecer que o cuidador/família está em exaustão também acaba por ser um ponto importante a referir, dado que as unidades de cuidados paliativos dão resposta a esse aspeto muito pesado.

E2 – A principal prática que adoto para dar resposta às necessidades da família é a intervenção educativa, ao nível do ensinar, sobre os cuidados à pessoa cuidada, o ensino, o reforço e o treino de estratégias para os autocuidados, sobre a alimentação, gestão de medicação entre outros. É dado tempo e disponibilidade à família para esta ser ouvida, face a si, o que sente, como esta a lidar com a situação e como perspetiva o futuro. Além disso, também é realizada a articulação com outros grupos de apoio, serviço social, psicologia, assistente espiritual.

**APÊNDICE VII – Reflexão sobre o papel do enfermeiro em
consultoria**

APÊNDICE VII – Reflexão sobre o papel do enfermeiro em consultoria

Na equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), o enfermeiro realiza consultoria interna e externa. Segundo a literatura, a consultoria é vista numa perspetiva multidisciplinar, onde enfermeiros, médicos, assistentes sociais e psicólogos, com apoio de assistentes espirituais e nutricionistas atuam em conjunto, com o objetivo maior de promover a qualidade de vida possível da pessoa e família, em todas as dimensões, dando enorme enfoque à esfera psicossocial, respeitando a singularidade de cada um. A intervenção em consultoria é assente em práticas que contribuam para a satisfação de necessidades da pessoa e família, desmistificação de conceitos pré-concebidos sobre os cuidados paliativos, tanto por parte da pessoa e família, como até pelos próprios profissionais de saúde e a desconstrução de valores enraizados pelos próprios profissionais de saúde, no seio hospitalar (Dias et al., 2021).

A nível interno, é realizado o apoio às equipas dos próprios serviços hospitalares, quando solicitado, via telefónica ou email (com formulário específico), para dar resposta às necessidades dos utentes e família que se encontrem internados. Numa primeira visita ao serviço, o enfermeiro, médico e assistente social dirigem-se, em conjunto, para uma análise mais ampla da situação da pessoa. Nas visitas de continuidade, verifico a ida apenas do enfermeiro. A avaliação realizada de toda a situação da pessoa permitirá, em muitos casos, a futura referenciação para a continuidade dos cuidados no pós-alta, seja para o domicílio com apoio das equipas de cuidados paliativos como para uma unidade de cuidados paliativos. A nível externo, através da própria consultoria telefónica aos utentes e familiares e dando suporte às equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos, equipas de cuidados continuados integrados (caso a localização não disponha das equipas denominadas anteriormente), unidades de cuidados paliativos, lares e outras instituições. A própria Organização Mundial da Saúde (OMS) refere que a teleconsulta tem enorme importância na medida em que, é possível a prestação de serviços de saúde à distância, por meio de tecnologias da informação e da comunicação, não sendo necessário o profissional de saúde e o utente estarem presentes fisicamente no mesmo local, mas existindo a garantia de acompanhamento deste e família, algo ainda mais fulcral no contexto pandémico que vivemos (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Neste caso, a consultoria em enfermagem é realizada por enfermeiros experientes e peritos em cuidados paliativos, o que lhes confere uma prática clínica suportada pela experiência, conhecimento e formação, que permite formar interna e externamente outras equipas de enfermagem, através da articulação do próprio hospital e, indo mais, além, com as equipas existentes a nível dos cuidados de saúde primários e da comunidade e com a rede nacional de cuidados continuados integrados (Nunes, 2010).

A consultoria intra-hospitalar detém uma enorme importância pois, em cada deslocação aos serviços para observação dos utentes, é feita uma avaliação destes e identificação das necessidades de intervenção juntos dos enfermeiros e também dos próprios utentes. São proporcionados momentos de partilha e discussão com os enfermeiros do serviço, onde é realizada uma análise da prática de cuidados, sendo fomentado o juízo clínico. Da intervenção do enfermeiro em consultoria, também está incluída a formação realizada aos enfermeiros do serviço, após identificadas as lacunas existentes. É dada abertura para colocação de dúvidas, tanto no momento, como à posteriori.

Por ser uma função de enfermagem relativamente recente e, apesar de todos os centros hospitalares ou unidades locais de saúde já possuírem uma EIHSOP que exerce funções de consultoria, segundo dados do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (CNCP, 2021), nem sempre é visto e entendido como uma mais-valia, da ótica do utilizador. No serviço onde exerço funções, já experienciei muitas situações em que a EIHSOP se deslocava ao serviço no sentido de auxiliar/reformular o plano de cuidados do utente bem como fornecer ferramentas à equipa, tanto de enfermagem como médica. Verificava que, nem sempre, era aceite e percebido como algo extremamente positivo para o utente e, claro, para a prática de cuidados pois, surgiam comentários em que estariam a invadir o campo de trabalho de outros provocando alguma reatividade naqueles, sem benefício, sendo juízos que eram formulados sem qualquer fundamento e sem compreender a essência da consultoria. Durante o estágio, tive a oportunidade de colaborar na consultoria a um serviço de medicina e verifiquei o desconhecimento face ao objetivo e finalidade da EIHSOP. Quando chegámos ao serviço, foi-nos questionado o porquê de ali estarmos. Foi esclarecida a missão e a importância da EIHSOP e a forma de como se pode obter o seu apoio. Fiquei incrédula pois, mesmo antes de realizar o estágio na equipa, detinha o conhecimento sobre a sua existência e a sua finalidade, compreendendo de forma clara a sua importância, tanto para os utentes e famílias como para os profissionais. Muitas vezes, no dia-a-dia, considerava que, o facto do pedido de apoio ser realizado pela equipa médica (pensando ser a única forma de contacto possível), era limitativo para a articulação com a EIHSOP e por isso não era realizado entre as equipas de enfermagem.

Enquanto enfermeira considero ser uma mais-valia, na formação e no suporte que é dado e que se encontra disponível, sempre que necessário, melhorando consideravelmente a prática de cuidados. Os utentes em cuidados paliativos encontram-se em diversos serviços de internamento, e sendo cada um deles um ser único, necessita de uma intervenção individualizada e promotora do seu conforto, e o apoio dado pela EIHSOP enriquece e melhora a prática de quem está a cuidar naquele serviço, sendo benéfico para quem é cuidado como para quem cuida. No dia a dia de hoje e, com os atuais rácios de enfermagem existentes, ainda mais importância lhes atribuo pois, acabam por ter um outro foco mais especializado que procura dar resposta a situações específicas do âmbito dos cuidados paliativos, de

variada ordem, seja no auxílio do controlo sintomático, apoio familiar, suporte social, espiritual, entre outros.

Por outro lado, face à consultoria externa, é realizada a articulação permanente com a comunidade permitindo que, o utente mesmo estando a ser cuidado no domicílio, tenha acesso e que sejam garantidos os melhores cuidados de saúde que se encontram disponíveis. A EIHS CP contacta com as equipas da comunidade, sendo apresentada toda a situação clínica da pessoa e família e, em conjunto, procuram encontrar o melhor caminho para dar resposta às necessidades não satisfeitas. Seguidamente, o contato é mantido em ambos os sentidos, havendo sempre a partilha de informação pertinente e comunicação caso haja agravamento da situação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) (2021). Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos. Acedido a 04/04/2022. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>

Dias, L.; Viegas, A.; Muniz, R.; Cardoso, D.; Amaral, D.; Carnière, C. (2021). Cuidados paliativos oncológicos: visão de familiares de pacientes acompanhados por uma equipe de consultoria. J. Health NPEPS, 1-14.

Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. Percursos.

Ordem dos Enfermeiros (2021). Consultas de Enfermagem à distância – guia de recomendações. Consultado a 27/01/2022. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21380/guia-telenfermagem_final.pdf.

APÊNDICE VIII – 1ª Formação realizada no Serviço de Otorrinolaringologia “*Promoção do conforto da pessoa com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida e família – intervenção de enfermagem*”

APÊNDICE VIII – 1ª Formação realizada no Serviço de Otorrinolaringologia “*Promoção do conforto da pessoa com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida e família – intervenção de enfermagem*”



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO
LISBOA NORTE, EPE

Promoção do conforto da pessoa com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida e família – intervenção de enfermagem

Serviço de Otorrinolaringologia – internamento
Enfermeira Chefe: Paula Rodrigues

Ana Rita dos Santos Oliveira
12º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem Oncológica

Enfermeira Orientadora: Cátia Baptista
Professora Orientadora: Sandra Neves

12 abril 2022

1

ÍNDICE

1. Apresentação do projeto
2. Conceitos
3. O conforto! – Teoria de Katharine Kolcaba
4. Intervenções direcionadas ao conforto no contexto físico
5. Intervenções direcionadas ao conforto no contexto psicoespiritual
6. Intervenções direcionadas ao conforto no contexto sociocultural
7. Intervenções direcionadas ao conforto no contexto ambiental
8. Documentos a elaborar
9. Referências bibliográficas

1. APRESENTAÇÃO DO PROJETO

PROBLEMATICA: Promoção do conforto da pessoa com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida e família – intervenção de enfermagem

Interesse/necessidade pessoal e profissional;
Conversas informais;
Reuniões com a chefia do serviço e com da EIHS CP; Questionário de diagnóstico.

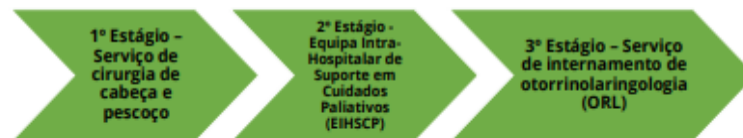
Défice de conhecimento em Cuidados Paliativos (CP); Formação em CP;
Dificuldades no controlo sintomático e apoio à família;
Dificuldade na articulação com a EIHS CP.

A pessoa com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida apresenta inúmeras necessidades, a nível físico, psicológico, social e familiar.
Foco da intervenção do enfermeiro.

(Bower & Waxman, 2008)

TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA

Palavras-chave: conforto, intervenções de enfermagem, cancro cabeça e pescoço e otorrinolaringologia e fim de vida.



3

3

2. CONCEITOS

CUIDADOS PALIATIVOS: cuidados globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias. Têm como objetivo principal, **promover o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa e família**, intervindo através da **prevenção e alívio do sofrimento** nas suas várias dimensões, quer seja, **físico, psicológico, social e espiritual, identificando-os precocemente e realizando um tratamento especializado destes** (Lei N°52/2012).

FIM DE VIDA: entendido como uma situação onde um **doente terminal apresenta uma doença avançada, incurável e evolutiva**, com elevadas necessidades de cuidados de saúde pelo **sofrimento associado** e que, em média, apresenta uma **sobrevida esperada de 3 a 6 meses** (Neto, 2010).

PLANEAMENTO ANTECIPADO DE CUIDADOS: descrito como uma **prática de cuidados que promove a identificação das prioridades e metas dos utentes** com base naquilo que são as suas **vontades e desejos**, sendo fomentada a **tomada de decisão e promovida a autonomia** dos mesmos. Esta prática deve ser realizada **o mais precocemente possível e ficar documentada em local de fácil acesso**, por exemplo: notas de enfermagem (CNCP, 2021).

Cerca de 60% dos doentes necessitam de terapia paliativa durante o curso da doença. Em muitos casos, surge **após cerca de 18,1 meses do diagnóstico** inicial.

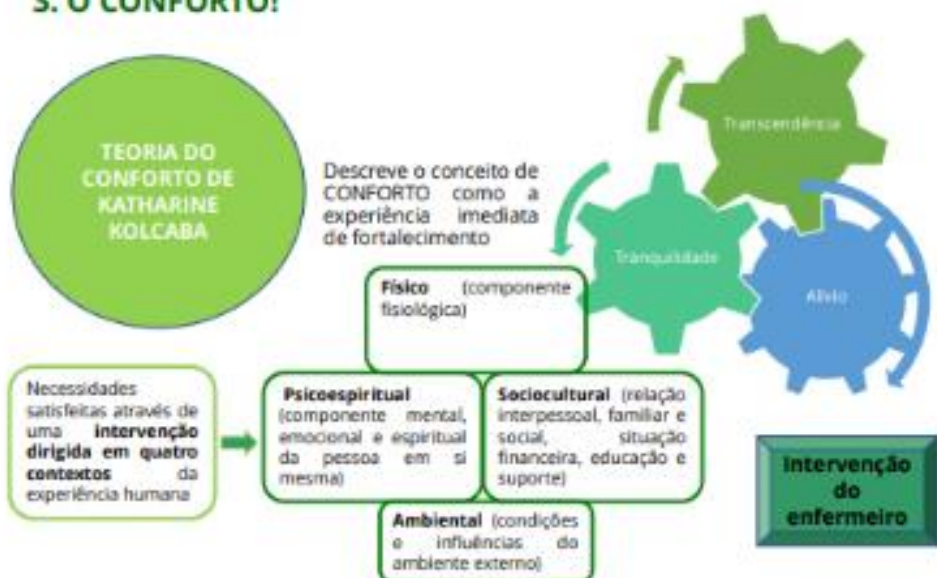
(McCammon, 2019)

Desafio à prática de enfermagem, cuidar da pessoa com CCP em fim de vida: pela própria localização anatómica da doença, as consequências do tratamento e evolução da mesma, o **impacto na aparência facial, fala, deglutição e respiração e a nível do foro psicológico, emocional e social. Sem esquecer o apoio à família.**

(Bower & Waxman, 2008)

4

3. O CONFORTO!



Em contexto de cuidador de saúde, as necessidades de conforto dos indivíduos que não tenham sido repostas por outros sistemas de suporte, são satisfeitas pelos enfermeiros.

(Kolcaba, 2003)

5

4. INTERVENÇÕES DIRECIONADAS AO CONFORTO NO CONTEXTO FÍSICO

- É fundamental a **adequada avaliação das queixas do utente**, nomeadamente, através da avaliação da queixa/sintoma, explicação das causas das queixas, adoção de estratégia terapêutica mista, monitorização dos sintomas, reavaliação frequente das medidas terapêuticas instituídas, cuidar dos detalhes e estar disponível (Luca et al., 2012).



6

4. INTERVENÇÕES DIRECIONADAS AO CONFORTO NO CONTEXTO FÍSICO

ALTERAÇÕES DA RESPIRAÇÃO

Diagnósticos:

- Aspiração, risco de
- Conforto diminuído
- Dispneia atual
- Expetorar comprometido
- Limpeza das vias aéreas comprometida
- Conhecimento sobre a saúde diminuído

Intervenções:

Monitorizar sinais vitais Gerir ambiente físico

Executar (aspiração de secreções) do indivíduo (se presença de secreções espessas ou rolhões, instilar soro fisiológico e aspirar de imediato, a realizar com profissional experiente)

Promover tosse eficaz

Realizar aerossolterapia para humidificar secreções e permitir aspiração mais eficaz;⁽¹⁷⁾

Vigiar secreções

Vigiar a respiração

Se possível, manter cânula dupla não fenestrada e insuflar cuff

Envolver pessoa significativa do indivíduo

Se pertinente, ensinar o utente e família sobre os cuidados traqueais

...

Promover planeamento antecipado de cuidados:

Promover a tomada de decisão do utente, devendo ficar escrito em local acessível a todos (processo clínico do utente);^(12;16;*)

Avaliar se o utente em caso de **dispneia grave** deseja ser traqueotomizado;^(12;16)

Avaliar se o utente deseja ser sedado em caso de dificuldade respiratória/**risco de sufocação**;^(12;16)

Avaliar qual o local preferencial de cuidados do utente;^(12;16;*)

7

4. INTERVENÇÕES DIRECIONADAS AO CONFORTO NO CONTEXTO FÍSICO

ALTERAÇÕES DA ALIMENTAÇÃO

Diagnósticos:

- Cansaço atual
- Conforto diminuído
- Deglutar comprometido
- Ingestão de alimentos diminuída
- Náusea atual
- Vômito atual

Intervenções:

Adequar (consistência) e temperatura dos alimentos

Alimentar o indivíduo

Avaliar a capacidade para deglutir

Se pertinente, ensinar o indivíduo sobre (alimentação entérica) por dispositivo

Gerir (ambiente físico) do indivíduo

Solicitar (apoio) para o indivíduo - nutricionista; terapia de deglutição

Supervisionar o indivíduo a alimentar-se

Vigiar ingestão de alimentos

Vigiar ingestão de líquidos

Vigiar o deglutar do indivíduo

Vigiar vômito

...

Explorar preferências do utente para estimular o apetite;^(8;16;19)

Durante a refeição, elevar cabeceira a 90° ou sentar o utente, se possível;⁽⁴⁶⁾

Otimizar terapêutica anti-emética e procinética;⁽²²⁾

Estimular marcha a curtas distâncias, no serviço de internamento ou, no domicílio, junto à sua casa, se for vontade do utente e se se revelar benéfico para este;⁽²⁵⁾ Conhecer atividades de vida diária que o utente goste e nas quais possa participar;^(25;*)

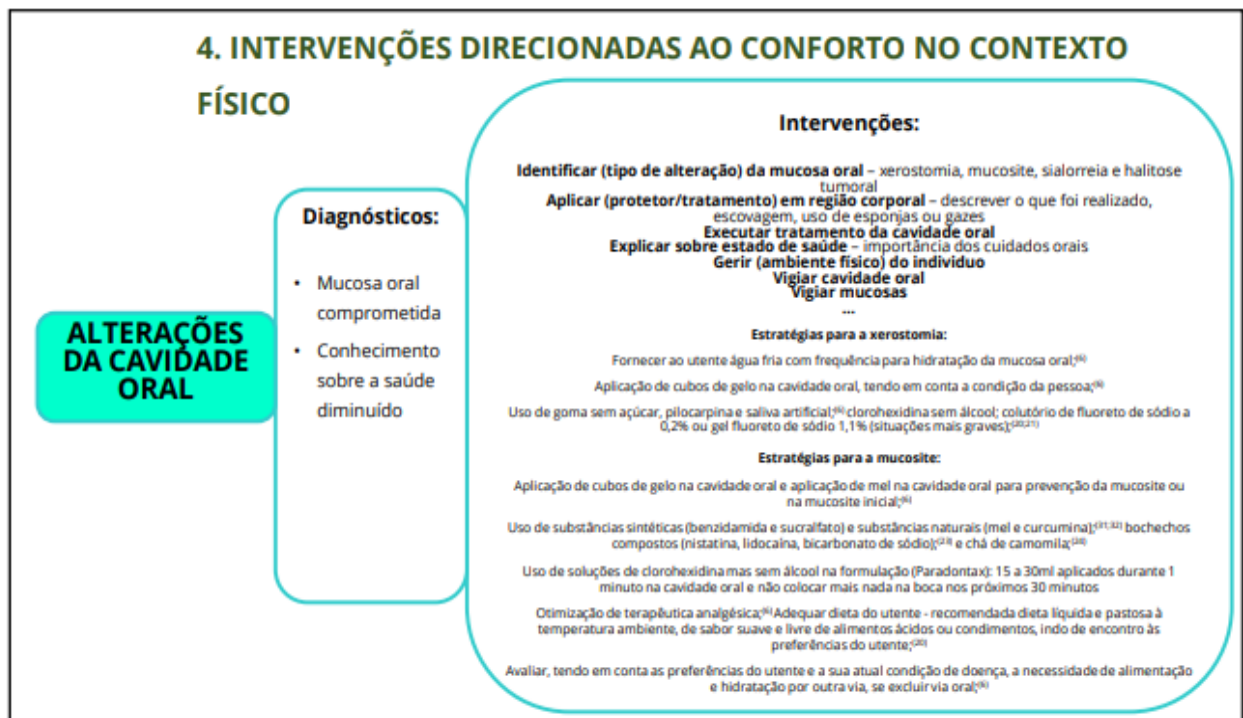
Promover o planeamento antecipado de cuidados:

-Explorar do local preferencial de cuidados do utente com dispositivo de alimentação entérica;^(*)

-Analisar as condições que promovam um regresso seguro do utente a casa;^(*)

-Equacionar, em caso de disfagia, o desejo e a vontade do utente e a viabilidade de colocação de dispositivo de alimentação entérica;⁽⁶⁾

8



9



10

4. INTERVENÇÕES DIRECIONADAS AO CONFORTO NO CONTEXTO

FÍSICO

HEMORRAGIA

Diagnósticos:

- Risco de hemorragia
- Hemorragia da cavidade nasal atual
- Hemorragia da cavidade oral atual

Intervenções:

Explicar sobre estado de saúde - ao utente e família a possibilidade de ocorrência de hemorragia e o que fazer nessas situações: evitar fontes de calor - tarefas que englobam calor, banho com água tédida, evitar exposição solar e ambientes quentes, dieta fria; usar de toalhas vermelhas ou pretas, no domicílio

Envolver pessoa significativa do indivíduo

Escutar o indivíduo

Promover a esperança - expressão de sentimentos e apoio emocional, objetivos realistas e envolver o indivíduo no processo de tomada de decisão

Identificar (fatores desencadeantes) de hemorragia na cavidade nasal/oral

Aplicar dispositivo (de hemostase) - crioterapia ou soro fisiológico 0,9% gelado

Executar técnica de cateterização venosa periférica, se possível

Executar (aspiração de secreções) do indivíduo

Gerir (ambiente físico) do indivíduo

Monitorizar sinais vitais

Monitorizar (cuff) de dispositivo - insuflar cuff de ostomia respiratória, mantendo cânula dupla não fenestrada

Posicionar o indivíduo

Vigiar cavidade oral

Vigiar dor

Vigiar expetoração

Vigiar mucosas

Vigiar perdas sanguíneas

Vigiar (secreções) do indivíduo

Vigiar (respiração) do indivíduo

11

4. INTERVENÇÕES DIRECIONADAS AO CONFORTO NO CONTEXTO

FÍSICO

HEMORRAGIA

Intervenções:

Se hemorragia pela ferida maligna

Realizar tratamento à ferida crónica - aplicar adrenalina topicamente sobre os pontos sangrantes, aplicar penso hemostático à base de gelatina (esponja hemostática de gelatina) e de alginato de cálcio, mantendo o meio húmido;⁽¹⁴⁾

Identificar local de hemorragia - cavidade oral, ostomia de respiração, ferida maligna ou rotura da carótida

Se não tiver cânula com cuff, a mesma deverá ser trocada por elemento preparado da equipa (médico ou enfermeiro), se a situação clínica do utente o permitir;⁽¹⁴⁾

Se tiver cânula fenestrada, colocar a interna não fenestrada, caso não seja possível a substituição por dupla cânula não fenestrada;^(14;25;*)

Gerir terapêutica - antifibrinolítico - ácido aminocapróico;⁽¹⁴⁾

Aplicar ácido aminocapróico em pó ou compressas embebidas na cavidade oral, se hemorragia em pequena quantidade;^(*)

Realizar compressão e adequar face ao local da hemorragia;⁽¹⁴⁾

Realizar ensino ao doente relativamente às características expectáveis da sialorreia e em caso de alteração das suas características, informar os enfermeiros;⁽¹⁴⁾

...

Promover o planeamento antecipado de cuidados:

-Conhecer a vontade do utente face à necessidade de sedação em caso de hemorragia abundante e deixar escrito no processo clínico;^(6;*)

-Discutir junto da equipa médica a possibilidade de tratamento com radioterapia paliativa hemostática;⁽¹⁴⁾

-Discutir/Ponderar com a equipa médica a necessidade de sedação paliativa para os casos de hemorragia em grande quantidade;⁽¹⁴⁾

12

5. INTERVENÇÕES DIRECIONADAS AO CONFORTO NO CONTEXTO PSICOESPIRITUAL

ALTERAÇÕES PSICOESPIRITUAIS

Diagnósticos:

- Ansiedade atual
- Autoestima diminuída
- Conforto diminuído
- Medo atual
- Conhecimento sobre a saúde diminuído

Sofrimento espiritual; Sofrimento existencial

Intervenções:

Escutar o indivíduo - identificar sinais de ansiedade: tremor, palpitações, choro fácil, incapacidade de abstração de pensamentos negativos face à doença, incapacidade para se relacionar e conviver, isolamento;^(6;12;14)

Explicar sobre estado de saúde - Desmistificar e clarificar o conceito de cuidados paliativos;^(8;11;15;19) Avaliar a necessidade de informação do utente, se total ou saber apenas parte da situação;^(16;19) Partilhar informação ao utente e família e validar o que foi transmitido;⁽¹³⁾ Explicar a importância da experiência entre pares, se for vontade deste;^(11;9)

Identificar (causa) de medo

Identificar (fatores desencadeantes) do medo

Monitorizar a ansiedade do indivíduo (Escala de HADS)

Monitorizar a depressão do indivíduo (Escala de HADS)

Orientar o indivíduo - assistente social; grupos de autoajuda (Liga Portuguesa Contra o Cancro - movimento de apoio a pessoas ostomizadas, Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos;⁽¹¹⁾

Promover a esperança - expressão de sentimentos e apoio emocional, objetivos realistas e envolver o indivíduo no processo de tomada de decisão mantendo a sua autonomia; ajudar o utente no preservar do seu sentido de vida

Solicitar (apoio) para o indivíduo - psicologia e psiquiatria; apoio espiritual (conhecendo previamente a espiritualidade do utente)

Vigiar comportamento

Treino de (competências psicossociais) do indivíduo

Otimização de terapêutica;⁽⁵⁾

Promover a experiência entre pares;

...

Promover o planeamento antecipado de cuidados:

-Conhecer as vontades e desejos do utente face ao local preferencial de cuidados na fase final da vida e deixar documentado no processo clínico;^(12;16;9) Promover acesso atempado aos cuidados paliativos através de uma intervenção precoce;⁽¹⁹⁾

13

6. INTERVENÇÕES DIRECIONADAS AO CONFORTO NO CONTEXTO SOCIOCULTURAL

ALTERAÇÕES SOCIOCULTURAIS

Diagnósticos:

- Ansiedade atual
- Autoestima diminuída
- Conforto diminuído

Isolamento do seu ambiente social
Estigma social
Limitação da interação social
Alteração da comunicação
Desfiguração
Alteração da qualidade de vida
Tomada de decisão alterada

Intervenções:

Escutar o indivíduo - Identificar/clarificar vontades, desejos e preferências do utente;^(8;12;14;19)

Envolver pessoa significativa do indivíduo - se for vontade do utente

Explicar sobre o estado de saúde - Ensinar sobre estratégias para melhoria da autoimagem - colocar lenço no pescoço, roupas coloridas, peruca, gorro, chapéu e maquilhagem terapêutica; uso de perfume;^(6;11;20) Explicar ao utente a importância da experiência entre pares, se for vontade deste;^(11;9)

Identificar (fatores desencadeantes) de solidão

Monitorizar a ansiedade do indivíduo (Escala de HADS)

Orientar o indivíduo - articular com assistente social apoios existentes e opções para continuidade dos cuidados no domicílio; grupos de autoajuda (Liga Portuguesa Contra o Cancro - movimento de apoio a pessoas ostomizadas, Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos) - promover reintegração social;⁽¹¹⁾

Promover a esperança - expressão de sentimentos e apoio emocional, objetivos realistas e envolver o indivíduo no processo de tomada de decisão mantendo a sua autonomia; ajudar o utente no preservar do seu sentido de vida

Solicitar (apoio) para o indivíduo - psicologia e psiquiatria

...

Promover a experiência entre pares, através do contato com outros utentes que se encontrem internados com situação clínica semelhante ou através da partilha de vídeos onde sejam visíveis pessoas com alterações da autoimagem plenamente autónomas e adaptadas à sua nova condição;⁽⁹⁾

Promover o planeamento antecipado de cuidados:

-Conhecer das vontades e desejos do utente face ao local preferencial de cuidados na fase final da vida e deixar documentado no processo clínico;^(12;16;9)

14

6. INTERVENÇÕES DIRECIONADAS AO CONFORTO NO CONTEXTO SOCIOCULTURAL

ALTERAÇÕES FAMILIARES

Diagnósticos:

- Ansiedade atual
- Conforto diminuído

Mudança de papéis
Utente cuidado por familiar ou cuidador
Sentimento de impotência do utente face à família
Sentimento de impotência da família face ao utente
Alterações económicas face à ausência do utente
Depressão da família
Sobrecarga da família/cuidador

Intervenções:

Escutar o indivíduo - Identificar/clarificar vontades, desejos e preferências do utente;^(12,14,15) Auxiliar na definição clara de papéis e responsabilidades do utente e família;⁽¹⁷⁾

Envolver pessoa significativa do indivíduo - se for vontade do utente, promover envolvimento de pessoas de referência

Orientar o indivíduo - articular com assistente social apoios existentes e opções para continuidade dos cuidados no domicílio; grupos de autoajuda (Liga Portuguesa Contra o Cancro - movimento de apoio a pessoas ostomizadas, Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos) - promover reintegração social;⁽¹¹⁾

Promover a esperança - expressão de sentimentos e apoio emocional, objetivos realistas e envolver o indivíduo no processo de tomada de decisão mantendo a sua autonomia; ajudar o utente no preservar do seu sentido de vida

Promover (estratégias de coping) do indivíduo - partilha de emoções e apoio à família

Solicitar (apoio) para o indivíduo - nutricionista, psicologia e psiquiatria

....

Escutar a família - Compreender quais as necessidades informativas da família/cuidador;⁽¹⁸⁾ Validar a informação transmitida através de comunicação assertiva;⁽¹⁹⁾ Identificar alterações psicológicas e o modo como a família está a viver a perda antecipada;⁽²⁰⁾ Dar tempo à família e mostrar disponibilidade;⁽²¹⁾

Adequar recursos consoante nível socioeconómico do utente/família;⁽²²⁾

Planeamento antecipado de cuidados:

-Conhecer as vontades e desejos do utente face ao local preferencial de cuidados na fase final da vida e compreender a existência de concordância familiar e deixar documentado no processo clínico;^(12,14,*)

15

7. INTERVENÇÕES DIRECIONADAS AO CONFORTO NO CONTEXTO AMBIENTAL

ALTERAÇÕES AMBIENTAIS

Diagnósticos:

- Conforto diminuído
- Conhecimento sobre a saúde diminuído

Local de cuidados diferente

Intervenções:

Escutar o indivíduo - Conhecer as preferências alimentares do utente e otimizar dieta mediante possibilidades, aproximando-o de um ambiente mais familiar;⁽²⁾

Explicar sobre o estado de saúde - Explicar ao utente estratégias de otimização do ambiente físico - ventilação adequada do local, produtos adsorventes (carvão vegetal, grãos de café ou areia para gatos no quarto do utente) e aromatizadores (velas, produtos naturais como as folhas de eucalipto e alecrim, óleos essenciais, grãos de café e vinagre de cidra);^(4,23,29)

Gerir (ambiente físico) do indivíduo - ambiente calmo, tranquilo e promovendo a sua privacidade; adotar estratégias de otimização do ambiente físico

...

Planeamento antecipado de cuidados:

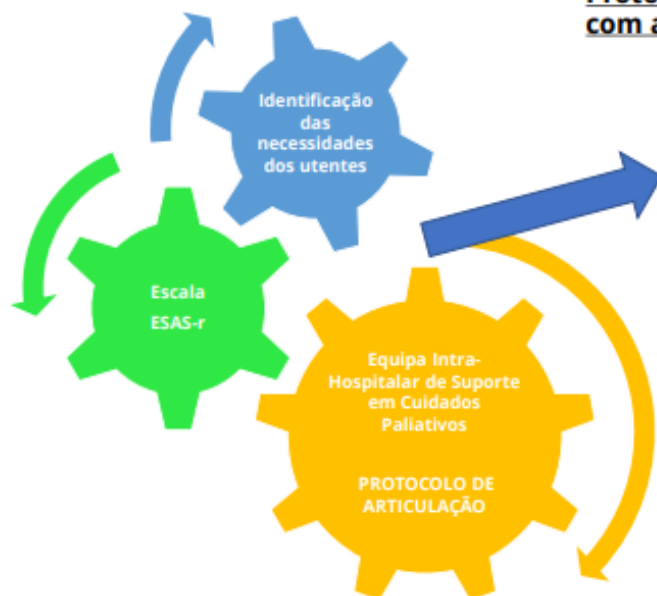
-Conhecer as vontades e desejos do utente face ao local preferencial de cuidados na fase final da vida e deixar documentado no processo clínico;^(12,14,*)

16

8. DOCUMENTOS A ELABORAR

Guia orientador de boas práticas!

Protocolo de articulação do serviço de ORL com a EIHCSP!



Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r)		
Por favor, circule o número que melhor descreve como você está se sentindo agora		
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
Cansaço = falta de energia		
Sem Sono	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Sono Possível
Sono = sentir-se com sono		
Sem náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
Com apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Apetite Possível
Sem Falta de Ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Ar Possível
Sem Depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Depressão Possível
Depressão = sentir-se triste		
Sem Ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Ansiedade Possível
Ansiedade = sentir-se nervoso		
Com Bem-Estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Bem-Estar Possível
Bem-Estar/Mal-Estar = como você se sente em geral		
Sem _____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Outro problema (por exemplo, grido de ventre)		

Será realizada nova formação entre a última semana de Abril e a primeira de Maio/2022, no mesmo formato.

17

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baffe, M.; O'Brien, K.; Timmons, A.; Bulow, P.; O'Sullivan, E.; Goebelman-Hill, R.; Sharp, L. (2018). Informal caregiving in head and neck cancer: caregiving activities and psychological well-being. *European journal of cancer care*, 27(2), e12520.
- Carver, C.; Scheier, M.; Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Faria, C.; Santos, J. (2009). Guia de Orientação para o Ensino ao Doente Traqueostomizado/Cuidador. *Revista Onco Neas*.
- Ferris, F.; Bodke, S. (2013). Management of pressure ulcers and fungating wounds. In: Shuster JL, von Roen JH, editors. *Principles and practice of palliative care and supportive oncology*. 2nd Philadelphia Lippincott William & Wilkins. P.348-66.
- Fradique, E. (2016). Cuidados à boca. In Barboza, A.; Pina, P.; Tavares, F.; Neto, I. (Ed.). *Manual de cuidados paliativos 3^{ed}* (367-376). Lisboa: Faculdade de Medicina de Universidade de Lisboa.
- Goldstein, N.; Genden, E.; Morrison, R. (2008). Palliative care for patients with head and neck cancer: "I would like a quick return to a normal lifestyle". *Jama*, 299(15), 1815-1825.
- Larkin, P.; Cherry, N.; La Carpio, D.; Guglielmo, M.; Oatgahe, C.; Scott, F.; Ripamonti, C. (2018). Diagnosis, assessment and management of constipation in advanced cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 29, 1111-1125.
- Luca, M.; Santos, I.; Berardinelli, L. (2012). Características psicológicas de clientes com câncer em cuidados paliativos: auto-relevo através da consulta de enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*, 200-209.
- Mady, L.; Nilsen, M.; Johnson, J. (2018). Head and Neck Cancer in the Elderly: Frailty, Shared Decisions, and Avoidance of Low Value Care. *Clinics in Geriatric Medicine*, 34(2), 233-244. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.01.003>.
- Marinho, P.; Barboza-Lima, R.; Santos, J.; Santos, D.; Sobral, G.; Vassilievitch, A.; ... Szwed, N. (2021). Mucosite oral relacionada à quimioterapia em pacientes com câncer de mama: uma breve revisão. *Research, Society and Development*, 10(3), e25610313336-e25610313338.
- Mayland, C.; Doughty, H.; Rogers, S.; Gola, A.; Mason, S.; Hubbert, C.; ... Jack, B. (2021). A qualitative study exploring patient, family carer and healthcare professionals' direct experiences and barriers to providing and integrating palliative care for advanced head and neck cancer. *Journal of palliative care*, 36(2), 121-129.
- Mayland, C.; Ho, Q.; Doughty, H.; Rogers, S.; Peddini, P.; Chada, P.; ... Day, P. (2021a). The palliative care needs and experiences of people with advanced head and neck cancer: A scoping review. *Palliative medicine*, 35(1), 27-44.
- Mayland, C.; Payne, S. (2018). Head and neck cancer: a marginalised group? *Palliative Medicine*. ISSN 0269-2163.
- Miguel, S.; Frade, A. (2019). Do risco à hemorragia na pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço: como intervir. *Onco neas*, 12(39).
- Moff, F.; Adams, K. (2019). Advance care planning and end-of-life issues in head and neck cancer. *Journal of palliative care*, 34(1), 18-20.
- Nilsen, M.; Johnson, J. (2017). Potential for low-value palliative care of patients with recurrent head and neck cancer. *The Lancet Oncology*, 18(5), e204-e209.

18

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

17. Norma Nº11/2016 (2016). Indicações Clínicas e Intervenção nas Otolomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto. Direção Geral de Saúde. Disponível em: http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2017/12/Norma_011-2016_Otomizadas.pdf.
18. Ordem dos Enfermeiros (2008). DOR - Guias Orientadores de Boa Prática. Cadernos OE.
19. O'Sullivan, E.; Higginson, I. (2016). 'I'll continue as long as I can, and die when I can't help it': a qualitative exploration of the views of end-of-life care by those affected by head and neck cancer (HNC). *BMJ supportive & palliative care*, 8(1), 43-51.
20. Palmela, P. (2010). *Guiões para cuidados de saúde oral em doentes oncológicos*. Circulo Médico. ISBN 978-989-20-1033-8
21. Peterson, D.; Boers-Doaks, C.; Benaoudou, R.; Herrstedt, J. (2015). Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment, and follow-up. *Annals of Oncology*, 26, v130-v151.
22. Rolia, F.; Molassiotis, A.; Herrstedt, J.; Aspro, M.; Gralla, R.; Bruera, E.; Van der Weering, M. (2016). 2016 MASCC and ESMO guideline update for the prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced nausea and vomiting and of nausea and vomiting in advanced cancer patients. *Annals of Oncology*, 27, v119-v133.
23. Saunders, D.; Epstein, J.; Elad, S.; Allemanno, J.; Bossi, P.; van de Watering, M. (2013). Systematic review of antimicrobials, mucosal coating agents, anesthetics, and analgesics for the management of oral mucositis in cancer patients. *Support Care Cancer*: 3191-207.
24. Schirmer, E.; Ferrari, A.; Trindade, L. (2012). Evolução da mucosite oral após intervenção nutricional em pacientes oncológicos no serviço de cuidados paliativos. *Revista Dor*, 13, 141-146.
25. Sesterhenn, A.; Polz, B.; Bleker, M.; Tejmooortash, A.; Werner, J. (2008). End-of-life care for terminal head and neck cancer patients. *Cancer nursing*, 31(2), E40-E46.
26. University of IOWA Health Care (2017). Head and Neck Protocols – Carotid rupture Precautions. Disponível em <https://medicine.uiowa.edu/lowaprotocols/carotid-rupture-precautions>.
27. Uplle, T.; Triandis, S.; Archer, P.; Searle, A.; Evans, C. (2005). The management of carotid artery rupture. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 262, 555-560.
28. Vieira, T.; Oliveira, M.; Martins, E.; Costa, C.; Alves, R.; Maria, C. (2017). Cuidado paliativo ao cliente oncológico: percepções do académico de enfermagem Palliative care to cancer client: the nursing student's perception. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 9(1), 175-180.
29. White, R.; Cutting K. (2006). Modern exsulate management: a review of wound treatments. *World Wide Wounds*. Disponível em: <http://www.worldwidewounds.com/2006/september/White/Modern-Exsulate-Mgt.html>.
30. WHO (2018). WHO guidelines for the pharmacological and Radiotherapeutic Management of Cancer Pain in adults and adolescents. Geneva: World Health Organization. (c) World Health Organization, 2018.
31. Yu, Y.; Deng, J.; Jin, X.; Zhang, Z.; Zhang, X.; Zhou, X. (2020). Effects of 9 oral care solutions on the prevention of oral mucositis: a network meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine*, 99(16).
32. Zhang, X.; Sun, D.; Qin, N.; Liu, M.; Zhang, J.; Li, X. (2020). Comparative prevention potential of 10 mouthwashes on intolerable oral mucositis in cancer patients: A Bayesian network analysis. *Oral Oncology*, 107, 104751.
33. Monteiro, D.; Almeida, M.; Kruse, M. Tradução e adaptação transcultural do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para uso em cuidados paliativos. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, v. 34, n.2, p. 163-171.

OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO!

APÊNDICE IX – Guia Orientador de Cuidados à pessoa com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida e família – intervenção de enfermagem

Serviço de Otorrinolaringologia

GUIA ORIENTADOR DE CUIDADOS À PESSOA COM CANCRO DE CABEÇA E PESCOÇO EM FIM DE VIDA E FAMÍLIA – INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Abril 2022

Elaborado por: Ana Rita dos Santos Oliveira

Enfermeira gestora: Paula Rodrigues

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. CONSIDERAÇÕES GERAIS PARA UTILIZAÇÃO DO GUIA	4
2. CUIDADOS À PESSOA COM CANCRO DE CABEÇA E PESCOÇO EM FIM DE VIDA E FAMÍLIA	5
2.1 CONTEXTO FÍSICO	5
2.1.1 ALTERAÇÕES DA RESPIRAÇÃO	5
2.1.2 ALTERAÇÕES DA ALIMENTAÇÃO	7
ALTERAÇÕES DA CAVIDADE ORAL.....	8
DOR.....	10
ALTERAÇÕES DA INTEGRIDADE CUTÂNEA	12
ALTERAÇÕES DA ELIMINAÇÃO	13
ALTERAÇÕES DO PADRÃO DE SONO.....	13
HEMORRAGIA	14
ALTERAÇÕES DA COMUNICAÇÃO	16
ALTERAÇÕES DA AUTOIMAGEM	17
CONTEXTO PSICOESPIRITUAL	18
ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS / ESPIRITUAIS.....	18
CONTEXTO SOCIOCULTURAL	20
ALTERAÇÕES SOCIAIS.....	20
ALTERAÇÕES FAMILIARES.....	22
CONTEXTO AMBIENTAL	23
ALTERAÇÕES AMBIENTAIS	23
PROTOCOLO DE ARTICULAÇÃO COM A EIHSCP - “PARCERIA PARA MELHOR CUIDAR”	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

INTRODUÇÃO

A criação do presente guia surgiu de uma necessidade pessoal, profissional e da equipa de enfermagem do serviço de otorrinolaringologia (ORL) – internamento do CHULN, EPE, tendo como objetivo melhorar os cuidados prestados à pessoa com doença de cabeça e pescoço em fim de vida e família através da capacitação da equipa. Assim sendo, este guia apresentará intervenções que visam orientar os cuidados prestados pelos enfermeiros do serviço de ORL a esta população.

A enfermagem em cuidados paliativos tem sofrido um enorme desenvolvimento, com uma ênfase clara na importância da combinação do conforto físico, emocional e espiritual, dos doentes que sofrem de doença avançada, com sintomas de difícil controlo e com sofrimento emocional e existencial associado. O enfermeiro desempenha um papel muito importante nos cuidados que presta a esta população, estando descrito como sendo um cuidar desafiante e que tem um carácter tão importante como o cuidar em qualquer outra fase da doença, pelo que é expetável que possua conhecimentos atuais e que desenvolva competências nesta área (Bower e Waxman, 2008; Buga et al., 2018; EONS, 2018; Magalhães, 2009).

Este guia foi elaborado, tendo como base de sustentação teórica, a teoria de conforto de Katherine Kolcaba, referindo esta que o conforto, a grande finalidade da prática de cuidados do enfermeiro, é a experiência imediata de fortalecimento devido à satisfação de três necessidades, sejam estas, alívio, tranquilidade e transcendência. Estas necessidades são trabalhadas através de uma intervenção dirigida em quatro contextos da experiência humana, ou seja, a nível do conforto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 2003). Importa referir que a família deve ser sempre, além da pessoa, alvo de cuidados, porque tem um importante papel no apoio à pessoa em fim de vida, mas também, porque sofrem o impacto da doença, devendo ser incluída no plano de cuidados do enfermeiro (Neto, 2010).

Deste modo, em termos de estrutura, o guia será composto por uma introdução, as condições gerais para a sua utilização e serão apresentadas as alterações que a pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço em fim de vida e família apresentam e as respetivas intervenções de enfermagem, encontrando-se categorizadas por cada tipo de conforto, tal como referido anteriormente.

CONSIDERAÇÕES GERAIS PARA UTILIZAÇÃO DO GUIA

O enfermeiro deverá realizar uma avaliação inicial do utente e consoante a sua situação clínica, construir um plano de cuidados individualizado, tendo em conta as necessidades de cuidados de conforto com que se depara. Seguidamente, irá proceder à consulta do guia orientador que pretende apresentar/estandardizar as intervenções de enfermagem, padronizar o seu registo e, conseqüentemente, melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Os diagnósticos apresentados bem como as intervenções correspondentes encontram-se escritos em linguagem classificada de acordo com o sistema informatizado hospitalar (Glintt®) para facilitar a consulta dos utilizadores.

Em paralelo, deverá aplicar a *Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS), sendo esta escala utilizada no sentido de avaliar as necessidades apresentadas pela pessoa, do foro físico ao psicológico, ao bem-estar, num total de 10 itens, estando o último disponível para ser adicionado um elemento que se considere relevante, tendo em conta a fase da doença. Existem múltiplas escalas de avaliação do conforto, contudo, de aplicação morosa. Esta foi considerada e selecionada pois, a sua aplicação e avaliação é intuitiva e, após ser adicionado o item do conforto, permitirá, avaliar de forma quantitativa o controlo sintomático global do utente. Importa referir que a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do CHULN (EIHSCP) também aplica a escala acima referida, pelo que é uma mais-valia em termos de consolidação de resultados a escolha desta, obtendo-se uma linguagem universal.

Após recurso às orientações do guia e, caso se verifique, insuficiente, poderá ser necessário aplicar o protocolo de articulação com a EIHSCP (disponível no serviço de ORL). Toda a prática de cuidados do enfermeiro, desde a avaliação inicial, consulta do guia orientador, criação de um plano de cuidados individualizado e direcionado ao controlo eficaz de sintomas de ordem biológica, psicológica, espiritual, social e afetiva⁽⁸⁾, implementação de intervenções e avaliação dos resultados obtidos bem como a realização da articulação com a EIHSCP através da aplicação do protocolo, deverá ficar documentado no processo clínico do utente, nas notas de evolução de enfermagem.

CUIDADOS À PESSOA COM CANCRO DE CABEÇA E PESCOÇO EM FIM DE VIDA E FAMILIA

A pessoa com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida e a sua família apresentam inúmeras necessidades que requerem cuidados prestados por enfermeiros, com o objetivo de promoção do conforto nos seus vários contextos (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental). Seguidamente, serão apresentados os contextos de conforto e as respetivas intervenções, sendo que as que são passíveis de ser identificadas pelo sistema informatizado hospitalar (Glintt®) apresentam-se a negrito e, as restantes, deverão ser escritas em notas de evolução de enfermagem.

CONTEXTO FÍSICO

Face ao contexto físico, fazem parte as **alterações da respiração, alterações da alimentação, alterações da cavidade oral, a dor, alterações da integridade cutânea, alterações da eliminação, alterações do padrão do sono, hemorragia, alterações da comunicação e alterações da autoimagem.**

- **ALTERAÇÕES DA RESPIRAÇÃO**

Como diagnósticos associados às alterações da respiração podem ser identificados os seguintes: **risco de aspiração, conforto diminuído, dispneia atual, expetorar comprometido e limpeza das vias aéreas comprometida.**

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<ul style="list-style-type: none">• Cuidar da higiene da região corporal (ostomia de respiração)• Executar (aspiração de secreções) do individuo• Gerir (ambiente físico) do individuo• Gerir oxigenioterapia• Monitorizar (SpO2) do individuo• Monitorizar (cuff do dispositivo)• Monitorizar (respiração) do individuo• Monitorizar sinais vitais

- **Promover a esperança** - expressão de sentimentos e apoio emocional, objetivos realistas e envolver o indivíduo no processo de tomada de decisão
- **Supervisionar o indivíduo a expetorar**
- **Vigiar (respiração) do indivíduo**
- **Vigiar (secreções) do indivíduo**
- **Vigiar expetoração**
- **Vigiar o indivíduo a tossir**
- Se pertinente, **ensinar o indivíduo sobre ostomia (de respiração)**
- **Envolver pessoa significativa do indivíduo**
- **Supervisionar o indivíduo no cuidar da higiene da região corporal**

Se o utente apresentar ostomia de respiração, com risco de aspiração e com aumento de secreções, manter cânula dupla não fenestrada e com cuff, que deverá ser insuflado; ⁽²⁵⁾
 Realizar aerossolterapia para humidificar secreções e permitir aspiração mais eficaz; ⁽¹⁷⁾
 Instilar soro pela cânula de traqueostomia e aspirar de imediato, no caso de secreções muito espessas ou rolhões; ^(*)

- PROMOVER O PLANEAMENTO ANTECIPADO DE CUIDADOS:

- Promover a tomada de decisão do utente, devendo ficar escrito em local acessível a todos (processo clínico do utente); ^(12;16;*)
- Avaliar se o utente em caso de dispneia grave deseja ser traqueotomizado; ^(12;16)
- Avaliar qual o local preferencial de cuidados do utente; ^(12;16;*)
- Avaliar se o utente deseja ser sedado em caso de dificuldade respiratória/risco de sufocação; ^(12;16)

- **ALTERAÇÕES DA ALIMENTAÇÃO**

Face a alterações da respiração, podem ser identificados os seguintes diagnósticos: **cansaço atual, conforto diminuído, deglutir comprometido, ingestão de alimentos diminuída, náusea atual, vômito atual e conhecimento sobre a saúde diminuído.**

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>Adequar (consistência) e temperatura dos alimentos</p> <p>Alimentar o individuo</p> <p>Avaliar a capacidade para deglutir (Escala de Guss – 1ª fase)</p> <p>Avaliar a capacidade para deglutir (Escala de Guss – 2ª fase)</p> <p>Se pertinente, ensinar o individuo sobre (alimentação entérica) por dispositivo</p> <p>Gerir (ambiente físico) do individuo</p> <p>Posicionar/Supervisionar o individuo a alimentar-se – elevar a cabeceira a 90º ou sentar o utente, se possível</p> <p>Solicitar (apoio) para o individuo – nutricionista; terapia da deglutição</p> <p>Supervisionar o individuo a alimentar-se</p> <p>Vigiar ingestão de alimentos</p> <p>Vigiar ingestão de líquidos</p> <p>Vigiar o deglutir do individuo</p> <p>Vigiar vômito</p> <p>Explorar preferências do utente para estimular o apetite;^(9;16;19)</p> <p>Equacionar, em caso de disfagia, o desejo e a viabilidade de colocação de dispositivo de alimentação entérica;⁽⁶⁾</p> <p>Identificar causa da náusea/vômito;⁽²²⁾</p> <p>Otimizar terapêutica anti-emética e procinética;⁽²²⁾</p> <p>Estimular marcha a curtas distâncias, no serviço de internamento ou, no domicílio, junto à sua casa, se for vontade do utente e se se revele benéfico para este;⁽²⁵⁾</p> <p>Conhecer atividades de vida diária que o utente goste e nas quais possa participar;^(25;*)</p> <p><u>-PROMOVER O PLANEAMENTO ANTECIPADO DE CUIDADOS:</u></p> <p>-Explorar do local preferencial de cuidados do utente com dispositivo de alimentação entérica;^(*)</p> <p>Analisar as condições que promovam um regresso seguro do utente a casa;^(*)</p>

- **ALTERAÇÕES DA CAVIDADE ORAL**

Face a alterações da cavidade oral, poderão ser identificados os seguintes diagnósticos:
mucosa oral comprometida e conforto diminuído.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>Identificar (tipo de alteração) da mucosa oral – xerostomia, mucosite, sialorreia e halitose tumoral</p> <p>Aplicar (protetor/tratamento) em região corporal – descrever o que foi realizado, escovagem, uso de esponjas ou gazes</p> <p>Executar tratamento da cavidade oral</p> <p>Explicar sobre estado de saúde – importância dos cuidados orais</p> <p>Gerir (ambiente físico) do individuo</p> <p>Vigiar cavidade oral</p> <p>Vigiar mucosas</p> <p>Estratégias para a xerostomia:</p> <p>Fornecer ao utente água fria com frequência para hidratação da mucosa oral;⁽⁶⁾</p> <p>Aplicação de cubos de gelo na cavidade oral, tendo em conta a condição da pessoa;⁽⁶⁾</p> <p>Uso de goma sem açúcar, pilocarpina e saliva artificial;⁽⁶⁾ clorhexidina sem álcool; colutório de fluoreto de sódio a 0,2% ou gel fluoreto de sódio 1,1% (situações mais graves);^(20;21)</p> <p>Estratégias para mucosite:</p> <p>Aplicação de cubos de gelo na cavidade oral e aplicação de mel na cavidade oral para prevenção da mucosite ou na mucosite inicial;⁽⁶⁾</p> <p>Uso de substâncias sintéticas (benzidamida e sucralfato) e substâncias naturais (mel e curcumina);^(31;32) bochechos compostos (nistatina, lidocaína, bicarbonato de sódio);⁽²³⁾ e chá de camomila;⁽²⁴⁾</p> <p>Uso de soluções neutras, salinas e associação de neutras com salinas</p> <p><i>Neutras:</i> bicarbonato de sódio dissolvido em água de 2/2h;⁽²⁰⁾</p> <p><i>Salinas:</i> colocar 1/2 colher de chá de sal em 250ml de água para se obter uma concentração de 0,9%, ou uso de solução de cloreto de sódio já preparada;⁽²¹⁾</p> <p><i>Neutras com salinas:</i> juntar bicarbonato de sódio a cloreto de sódio para neutralizar pH (melhor tolerada);⁽²¹⁾</p>

Uso de soluções de clorhexidina mas sem álcool na formulação (Paradontax): 15 a 30ml aplicados durante 1 minuto na cavidade oral e não colocar mais nada na cavidade oral nos 30 min seguintes; não misturar com nistatina por inibir efeito;^(20;21)

Uso de caphosol para prevenção de agravamento de lesões e uso de 4 a 10x por dia, quando após aplicação da escala de avaliação da mucosite a mesma for de grau 3 e 4;⁽⁵⁾

Otimização de terapêutica analgésica;⁽⁶⁾

Adequar dieta do utente - recomendada dieta líquida e pastosa à temperatura ambiente, de sabor suave e livre de alimentos ácidos ou condimentos, indo de encontro às preferências do utente;⁽²⁰⁾

Avaliar, tendo em conta as preferências do utente e a sua atual condição de doença, a necessidade de alimentação e hidratação por outra via, se excluir via oral;⁽⁶⁾

Estratégias para a sialorreia:

Vigiar sialorreia – características e quantidade;^(*)

Administração de anticolinérgicos;⁽⁶⁾

Estratégias para a halitose tumoral:

Realizar cuidados orais frequentes sem clorhexidina (o seu uso apenas está recomendado quando o controlo da placa bacteriana é deficitário);⁽⁶⁾

Explicar ao utente a importância dos cuidados orais na diminuição da halitose tumoral;^(#)

Avaliar impacto da halitose tumoral na pessoa e na relação com familiares;^(#)

- **DOR**

Como diagnósticos associados á dor, preconizam-se a identificação de: **dor atual, conforto diminuído e conhecimento sobre a saúde diminuído.**

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>Avaliar com o individuo a dor crónica</p> <p>Executar técnica de (controlo da) dor</p> <p>Gerir (ambiente físico) do individuo</p> <p>Identificar (causa do desconforto) do individuo</p> <p>Identificar dor</p> <p>Monitorizar dor</p> <p>Monitorizar dor através de escala</p> <p>Monitorizar sinais vitais</p> <p>Vigiar dor</p> <p>Adotar medidas farmacologias e não farmacológicas que promovam o controlo algico;⁽¹⁸⁾</p> <p>Gerir terapêutica prescrita consoante as vias de administração possíveis;^(6;25)</p> <p>Se a via de administração oral não for possível, optar pela via transdérmica em detrimento da intramuscular ou endovenosa, descrito como menos doloroso para o utente;^(25;29)</p> <p>Instituir terapêutica subcutânea prescrita, se necessário, em detrimento de endovenosa, podendo ser em perfusão contínua;⁽²⁵⁾</p> <p>Cumprir prescrição de analgesia pautada;⁽⁶⁾</p> <p>Otimizar toma de analgésicos em SOS, se necessário;^(6;12)</p> <p>Registar sistematicamente as intervenções farmacológicas e não farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico;⁽¹⁸⁾</p> <p>Instruir o utente sobre a necessidade de alertar precocemente os profissionais de saúde para o agravamento da dor, as mudanças no seu padrão, novas fontes e tipos de dor e efeitos colaterais da terapêutica analgésica;⁽¹⁸⁾</p> <p>Instruir e treinar o utente para o auto-controlo na utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas;⁽¹⁸⁾</p> <p>Ensinar o utente acerca dos efeitos colaterais da terapêutica analgésica/opioides;⁽¹⁸⁾</p> <p>Ensinar o utente sobre os mitos que dificultam o controlo da dor;⁽¹⁸⁾</p> <p>MEDIDAS FARMACOLÓGICAS</p>

Terapêutica segundo escala analgésica da OMS;⁽³⁰⁾

- **Dor nociceptiva**

Analgésicos não opióides (paracetamol, AINE's);

Opióides fracos (codeína e tramadol)

Opióides fortes (morfina, hidromorfona, oxicodona, fentanilo, buprenorfina e metadona)

Terapêutica adjuvante: corticoesterioides (dexametasona, metilprednisolona e prednisolona), antidepressivos (amitriptilina e venlafaxina), anticonvulsivantes (carbamazepina) e bifosfonatos (ácido zalendróico);⁽³⁰⁾

- **Dor neuropática** – anticonvulsivantes, antidepressivos tricíclicos e anestésicos locais;⁽³⁰⁾

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

Adotar intervenções não farmacológicas considerando as preferências do utente, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível;⁽⁶⁾

Físicas: aplicação de calor/frio, massagem terapêutica, mobilização, exercício, posição anti-álgica e alternância de decúbitos;^(6;18)

Cognitivo-Comportamentais: musicoterapia, relaxamento e imaginação guiada;^(18;25)

Suporte emocional: escuta ativa (com tom de voz calmo e sereno, o toque e o contacto direto com o olhar demonstra disponibilidade e compreensão, levando à expressão de desejos e preocupações do utente, levando ao relaxamento que conduz a uma melhor avaliação álgica), apoio emocional, toque terapêutico e conforto;^(18;28)

ALTERAÇÕES DA COMUNICAÇÃO

Face a alterações da comunicação, identificam-se os seguintes diagnósticos: **comunicação comprometida e conhecimento sobre a saúde diminuído.**

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Identificar (alteração) da comunicação

Gerir (ambiente físico) do individuo

Explicar ao individuo (a utilização de instrumento/estratégia de comunicação a utilizar)

Identificar com o individuo (instrumentos/estratégias de comunicação) - analógicas – linguagem gestual, mimica facial e labial, quadro branco/caderno para escrita, criação de cartões com atividades do dia a dia para facilitar expressão do utente, lista de letras e símbolos, contato visual e linguagem corporal. **Digitais:** uso de dispositivos eletrónicos – smartphone, tablet e aplicação no telemóvel que permite que o utente escreva e a escrita é convertida em voz, laringe eletrónica;⁽¹³⁾; Ter em conta a literacia do utente e nível socioeconómico

Envolver pessoa significativa do individuo

Comunicar com recurso às competências como: escuta ativa (ouvir, codificar, interpretar e responder), compreensão empática e feedback ;⁽¹⁵⁾

Trocar cânula para fenestrada, se utente com ostomia e se a condição do mesmo o permitir, para permitir fonação;⁽³⁾

Realizar treino de oclusão da cânula para permitir fonação;⁽⁴⁾

Promover a autonomia do utente, se a sua condição o permitir e for vontade deste;⁽⁸⁾

Permitir a reintegração social se for vontade do utente;^(8;15)

ALTERAÇÕES DA ELIMINAÇÃO

Das alterações da eliminação fazem parte os seguintes diagnósticos: **eliminação comprometida, obstipação atual e conforto diminuído.**

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Executar técnica (de massagem) do abdómen

Gerir (ambiente físico) do individuo

Posicionar o individuo

Solicitar (apoio) para o individuo - nutricionista

Vigiar abdómen

Vigiar ingestão de líquidos – incentivar à ingesta hídrica

Vigiar ingestão de alimentos - dieta rica em fibras, tendo em contas preferências do utente

Vigiar fezes

Ajustar dispositivo de eliminação, se necessário

Explicar ao utente as alterações face à eliminação que ocorrem nesta fase da doença;^(*)

Otimizar terapêutica laxante (laxantes osmóticos: movicol, lactulose e sais de sulfato e magnésio ou laxantes estimulantes – sene, bisacodil e picossulfato de sódio) e inserir em esquema diário;⁽⁷⁾

Aplicar supositórios e realizar enemas em caso de impactação fecal (fecalomas);⁽⁷⁾

ALTERAÇÕES DO PADRÃO DO SONO

Os diagnósticos a identificar face às alterações do padrão do sono são: **sono comprometido e conforto diminuído.**

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Escutar o individuo - analisar com o utente os fatores que possam melhorar a qualidade do sono e conhecer o padrão de sono prévio

Gerir (ambiente físico) do individuo

Identificar (fatores desencadeantes de alteração) no sono do individuo

Vigiar sono

HEMORRAGIA

Face à hemorragia, os diagnósticos que deverão ser identificados na elaboração do plano de cuidados são os seguintes: **risco de hemorragia, hemorragia da cavidade nasal atual, hemorragia da cavidade oral atual, conforto diminuído e conhecimento sobre a saúde diminuído.**

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Explicar sobre estado de saúde – ao utente e família a possibilidade de ocorrência de hemorragia e o que fazer nessas situações; evitar fontes de calor – tarefas que englobam calor, banho com água tépida, evitar exposição solar e ambientes quentes, dieta fria; usar de toalhas vermelhas ou pretas, no domicílio; ensinar o utente sobre as características expectáveis da sialorreia e em caso de alteração, informar os enfermeiros;⁽¹⁴⁾

Envolver pessoa significativa do individuo

Escutar o individuo

Promover a esperança - expressão de sentimentos e apoio emocional, objetivos realistas e envolver o individuo no processo de tomada de decisão

Identificar (fatores desencadeantes) de hemorragia na cavidade nasal/oral

Aplicar dispositivo (de hemostase) – crioterapia ou soro fisiológico 0,9% gelado

Executar técnica de cateterização venosa periférica, se possível

Executar (aspiração de secreções) do individuo

Gerir (ambiente físico) do individuo

Monitorizar sinais vitais

Monitorizar (cuff) de dispositivo – insuflar cuff de ostomia respiratória, mantendo cânula dupla não fenestrada

Posicionar o individuo

Vigiar cavidade oral

Vigiar dor

Vigiar expetoração

Vigiar mucosas

Vigiar perdas sanguíneas

Vigiar (secreções) do individuo

Vigiar (respiração) do individuo

Se hemorragia pela ferida maligna - Realizar tratamento à ferida crónica - aplicar adrenalina topicamente sobre os pontos sangrantes, aplicar penso hemostático à base de gelatina (esponja hemostática de gelatina) e de alginato de cálcio, mantendo o meio húmido;⁽¹⁴⁾

Identificar local de hemorragia – cavidade oral, ostomia de respiração, ferida maligna ou rotura da carótida

Se não tiver cânula com cuff, a mesma deverá ser trocada por elemento preparado da equipa (médico ou enfermeiro), se a situação clínica do utente o permitir;⁽¹⁴⁾

Se tiver cânula fenestrada, colocar a interna não fenestrada, caso não seja possível a substituição por dupla cânula não fenestrada;^(14;25;*)

Gerir terapêutica – antifibrinolítico – ácido aminocapróico;⁽¹⁴⁾

Aplicar ácido aminocapróico tópico na cavidade oral, se hemorragia em pequena quantidade ou compressas embebidas no caso de hemorragia da ferida maligna

Realizar compressão e adequar face ao local da hemorragia;⁽¹⁴⁾

Discutir junto da equipa médica a possibilidade de tratamento com radioterapia paliativa hemostática;⁽¹⁴⁾

Discutir/Ponderar com a equipa médica a necessidade de sedação paliativa para os casos de hemorragia em grande quantidade;⁽¹⁴⁾

- PROMOVER O PLANEAMENTO ANTECIPADO DE CUIDADOS:

-Conhecer a vontade do utente face à necessidade de sedação em caso de hemorragia abundante e deixar escrito no processo clínico;^(6;*)

ALTERAÇÕES DA INTEGRIDADE CUTÂNEA

Nas alterações da integridade cutânea são possíveis de ser identificados os seguintes diagnósticos: **ferida crónica atual, ansiedade atual, autoestima diminuída, conforto diminuído e conhecimento sobre a saúde diminuído.**

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Aplicar (protetor/tratamento) em região corporal – hidratar a pele com cremes hidrofílicos com aloé vera, ácido hialurónico e ácido ascórbico; evitar cremes com lanolina

Identificar ferida crónica

Executar tratamento á ferida crónica - adequar tratamento após avaliação previa das caraterísticas da ferida

Explicar sobre estado de saúde

- Estratégias para diminuir odor da ferida tumoral: uso de antibioterapia tópica e sistémica, uso de carvão ativado, café em grão ou moído, ambientadores;⁽²⁵⁾

- Estratégias para diminuir exsudado tumoral: uso de material de penso absorvente, pensos de incontinência);^(#) e uso de antibioterapia tópica e sistémica;⁽²⁵⁾

- Estratégias de otimização do ambiente físico para melhoria do odor – ventilação adequada do local, produtos adsorventes (carvão vegetal, grãos de café ou areia para gatos no quarto do utente) e aromatizadores (velas, produtos naturais como as folhas de eucalipto e alecrim, óleos essenciais, grãos de café e vinagre de cidra);^(4;25;29)

Envolver pessoa significativa do individuo

Monitorizar a ansiedade do individuo (Escala de HADS)

Promover a esperança - expressão de sentimentos e apoio emocional, objetivos realistas e envolver o individuo no processo de tomada de decisão

Vigiar pele

Analisar com a família/cuidador o impacto do odor na relação de proximidade com o utente;^(#)

ALTERAÇÕES DA AUTOIMAGEM

Em termos de alterações da autoimagem, preconiza-se a identificação dos diagnósticos de **ansiedade atual, autoestima diminuída, conforto diminuído, ferida crónica atual** (se existir) e **conhecimento sobre a saúde diminuído**.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Explicar sobre o estado de saúde - Ensinar sobre estratégias para melhoria da autoimagem - colocar lenço no pescoço, roupas coloridas, peruca, gorro, chapéu e maquilhagem terapêutica; uso de perfume;^(8,15;25) Explicar ao utente a importância da experiência entre pares, se for vontade deste;^(11;*)

Envolver pessoa significativa do individuo – envolvimento da família ou pessoas de referência se for vontade do utente

Promover a esperança - expressão de sentimentos e apoio emocional, objetivos realistas e envolver o individuo no processo de tomada de decisão

Solicitar (apoio) para o individuo – psicologia e psiquiatria

Orientar o individuo – assistente social; grupos de autoajuda (Liga Portuguesa Contra o Cancro – movimento de apoio a pessoas ostomizadas, Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos);⁽¹⁾

Promover a experiência entre pares, através do contato com outros utentes que se encontrem internados com situação clínica semelhante ou através da partilha de vídeos onde sejam visíveis pessoas com alterações da autoimagem plenamente autónomas e adaptadas à sua nova condição;^(*)

CONTEXTO PSICOESPIRITUAL

O contexto psicoespiritual engloba as **alterações psicológicas e espirituais** vividas pela pessoa com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida.

ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS/ESPIRITUAIS

Os diagnósticos a identificar face às alterações psicológicas/espirituais são os seguintes: **ansiedade atual, autoestima diminuída, conforto diminuído, medo atual e conhecimento sobre a saúde diminuído**. A par dos mencionados, estão descritos o sofrimento espiritual e o sofrimento existencial, contudo, não são possíveis de ser identificados devido à limitação do sistema informático (poderão ficar descritos em notas de evolução de enfermagem).

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>Escutar o indivíduo - identificar sinais de ansiedade: tremor, palpitações, choro fácil, incapacidade de abstração de pensamentos negativos face à doença, incapacidade para se relacionar e conviver, isolamento;^(6;12;16)</p> <p>Explicar sobre estado de saúde - Desmistificar e clarificar o conceito de cuidados paliativos;^(8;11;15;19) Avaliar a necessidade de informação do utente, se total ou saber apenas parte da situação;^(16;19) Partilhar informação ao utente e família e validar o que foi transmitido;⁽¹⁹⁾ Explicar ao utente a importância da experiência entre pares, se for vontade deste;^(11;*)</p> <p>Identificar (causa) de medo</p> <p>Identificar (fatores desencadeantes) do medo</p> <p>Monitorizar a ansiedade do indivíduo (Escala de HADS)</p> <p>Monitorizar a depressão do indivíduo (Escala de HADS)</p> <p>Orientar o indivíduo – assistente social; grupos de autoajuda (Liga Portuguesa Contra o Cancro – movimento de apoio a pessoas ostomizadas, Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos);⁽¹⁾</p> <p>Promover a esperança - expressão de sentimentos e apoio emocional, objetivos realistas e envolver o indivíduo no processo de tomada de decisão mantendo a sua autonomia; ajudar o utente no preservar do seu sentido de vida</p> <p>Solicitar (apoio) para o indivíduo – psicologia e psiquiatria; apoio espiritual (conhecendo previamente a espiritualidade do utente)</p> <p>Vigiar comportamento</p> <p>Treino de (competências psicossociais) do indivíduo –</p>

Otimização de terapêutica;⁽⁶⁾

Promover a experiência entre pares, através do contato com outros utentes que se encontrem internados com situação clínica semelhante ou através da partilha de vídeos onde sejam visíveis pessoas com alterações da autoimagem plenamente autónomas e adaptadas à sua nova condição;^(*)

-PROMOVER O PLANEAMENTO ANTECIPADO DE CUIDADOS:

-Conhecer as vontades e desejos do utente face ao local preferencial de cuidados na fase final da vida e deixar documentado no processo clínico;^(12;16;*)

-Promover acesso atempado aos cuidados paliativos através de uma intervenção precoce;⁽¹⁹⁾

CONTEXTO SOCIOCULTURAL

Do contexto sociocultural fazem parte das alterações socioculturais e familiares experienciadas pela pessoa com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida e a sua família.

ALTERAÇÕES SOCIOCULTURAIS

Face a alterações socioculturais, é possível identificar os seguintes diagnósticos: **ansiedade atual**, **autoestima diminuída** e **conforto diminuído**. Além dos referidos, é possível identificar os que se seguem, contudo, deverão ficar descritos em notas de evolução enfermagem: isolamento do seu ambiente social, estigma social, limitação da interação social, alteração da comunicação, desfiguração, alteração da qualidade de vida e tomada de decisão alterada.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Escutar o indivíduo - Identificar/clarificar vontades, desejos e preferências do utente;^(9;12;16;19)

Envolver pessoa significativa do indivíduo – se for vontade do utente

Explicar sobre o estado de saúde - Ensinar sobre estratégias para melhoria da autoimagem - colocar lenço no pescoço, roupas coloridas, peruca, gorro, chapéu e maquilhagem terapêutica; uso de perfume;^(8;15;25) Explicar ao utente a importância da experiência entre pares, se for vontade deste;^(11;*)

Identificar (fatores desencadeantes) de solidão

Monitorizar a ansiedade do indivíduo (Escala de HADS)

Orientar o indivíduo – articular com assistente social apoios existentes e opções para continuidade dos cuidados no domicílio; grupos de autoajuda (Liga Portuguesa Contra o Cancro – movimento de apoio a pessoas ostomizadas, Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos) - promover reintegração social;⁽¹⁾

Promover a esperança - expressão de sentimentos e apoio emocional, objetivos realistas e envolver o indivíduo no processo de tomada de decisão mantendo a sua autonomia; ajudar o utente no preservar do seu sentido de vida

Solicitar (apoio) para o indivíduo – psicologia e psiquiatria

Promover a experiência entre pares, através do contato com outros utentes que se encontrem internados com situação clínica semelhante ou através da partilha de vídeos

onde sejam visíveis pessoas com alterações da autoimagem plenamente autónomas e adaptadas à sua nova condição;(*)

-PROMOVER O PLANEAMENTO ANTECIPADO DE CUIDADOS:

-Conhecer das vontades e desejos do utente face ao local preferencial de cuidados na fase final da vida e deixar documentado no processo clínico;*(12;16;*)

ALTERAÇÕES FAMILIARES

Os diagnósticos a identificar que melhor se relacionam com as alterações familiares são: **ansiedade atual** e **conforto diminuído**. À semelhança do que foi apresentado anteriormente, existem mais diagnósticos que emergem, contudo, não são passíveis de ser identificados pelo sistema informatizado pelo que, poderão ser mencionados em notas de evolução de enfermagem: mudança de papéis, sentimento de impotência do utente face à família, sentimento de impotência da família face ao utente, alterações económicas face à ausência do utente, depressão da família e sobrecarga da família/cuidador.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Escutar o indivíduo - Identificar/clarificar vontades, desejos e preferências do utente;^(9;12;16;19) Auxiliar na definição clara de papéis e responsabilidades do utente e família;⁽¹¹⁾

Envolver pessoa significativa do indivíduo – se for vontade do utente, promover envolvimento de pessoas de referência

Orientar o indivíduo – articular com assistente social apoios existentes e opções para continuidade dos cuidados no domicílio; grupos de autoajuda (Liga Portuguesa Contra o Cancro – movimento de apoio a pessoas ostomizadas, Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos) - promover reintegração social;⁽¹⁾

Promover a esperança - expressão de sentimentos e apoio emocional, objetivos realistas e envolver o indivíduo no processo de tomada de decisão mantendo a sua autonomia; ajudar o utente no preservar do seu sentido de vida

Promover (estratégias de coping) do indivíduo – partilha de emoções e apoio à família

Solicitar (apoio) para o indivíduo – nutricionista, psicologia e psiquiatria

Escutar a família - Compreender quais as necessidades informativas da família/cuidador;⁽¹⁹⁾

Validar a informação transmitida através de comunicação assertiva;⁽¹⁹⁾ Identificar alterações psicológicas e o modo como a família está a vivenciar a perda antecipada;⁽¹⁹⁾ Dar tempo à família e mostrar disponibilidade;⁽¹⁵⁾

Adequar recursos consoante nível socioeconómico do utente/família;^(1;13)

-PLANEAMENTO ANTECIPADO DE CUIDADOS:

-Conhecer as vontades e desejos do utente face ao local preferencial de cuidados na fase final da vida e compreender a existência de concordância familiar e deixar documentado no processo clínico;^(12;16;*)

CONTEXTO AMBIENTAL

No contexto ambiental serão apresentadas as alterações ambientais sentidas pela pessoa com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida.

ALTERAÇÕES AMBIENTAIS

Das alterações ambientais fazem parte os seguintes diagnósticos: **conforto diminuído** e **conhecimento sobre a saúde diminuído**.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Escutar o indivíduo - Conhecer as preferências alimentares do utente e otimizar dieta mediante possibilidades, aproximando-o de um ambiente mais familiar;^(*)

Explicar sobre o estado de saúde - Explicar ao utente estratégias de otimização do ambiente físico – ventilação adequada do local, produtos adsorventes (carvão vegetal, grãos de café ou areia para gatos no quarto do utente) e aromatizadores (velas, produtos naturais como as folhas de eucalipto e alecrim, óleos essenciais, grãos de café e vinagre de cidra);^(4;25;29)

Gerir (ambiente físico) do indivíduo - ambiente calmo, tranquilo, promovendo a sua privacidade

-PLANEAMENTO ANTECIPADO DE CUIDADOS:

-Conhecer as vontades e desejos do utente face ao local preferencial de cuidados na fase final da vida e deixar documentado no processo clínico;^(12;16;*)

PROTOCOLO DE ARTICULAÇÃO COM A EIHS CP – “PARCERIA PARA MELHOR CUIDAR”

Além de todas as intervenções apresentadas, poderá ser necessária a aplicação do protocolo “Parceria para melhor cuidar” (protocolo de articulação entre equipas de enfermagem de ORL e da EIHS CP). Sempre que se aplique, deverá ser adicionada a intervenção: **executar contato para continuidade de cuidados. Também deverá ficar registado** em notas de evolução de enfermagem o que foi delineado com a EIHS CP, os resultados **obtidos e a sua avaliação e os planos futuros, com vista à referenciação do utente para esta equipa, caso se analise como fundamental e promotora de conforto.**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Balfe, M.; O'brien, K.; Timmons, A.; Butow, P.; O'Sullivan, E.; Gooberman-Hill, R.; Sharp, L. (2018). Informal caregiving in head and neck cancer: caregiving activities and psychological well-being. *European journal of cancer care*, 27(2), e12520.
2. Carver, C.; Scheier, M.; Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
3. Faria, C.; Santos, J. (2009). Guia de Orientação para o Ensino ao Doente Traqueostomizado/Cuidador. *Revista Onco News*.
4. Ferris, F.; Bodtke, S. (2013). Management of pressure ulcers and fungating wounds. In: Shuster JL, von Roen JH, editors. Principles and practice of palliative care and supportive oncology. 2ªed Philadelphia Lippincott William e Wilkins. P.348-66.
5. Fradique, E. (2016). Cuidados à boca. In Barbosa, A.; Pina, P; Tavares, F.; Neto, I. (Ed.). Manual de cuidados paliativos 3ªed (367-378). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
6. Goldstein, N.; Genden, E.; Morrison, R. (2008). Palliative care for patients with head and neck cancer: "I would like a quick return to a normal lifestyle". *Jama*, 299(15), 1818-1825.
7. Larkin, P.; Cherny, N.; La Carpia, D.; Guglielmo, M.; Ostgathe, C.; Scotte, F.; Ripamonti, C. (2018). Diagnosis, assessment and management of constipation in advanced cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 29, iv111-iv125.
8. Luca, M.; Santos, I.; Berardinelli, L. (2012). Características nosológicas de clientes com câncer em cuidados paliativos: autorrelato através da consulta de enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*, 293-299.
9. Mady, L.; Nilsen, M.; Johnson, J. (2018). Head and Neck Cancer in the Elderly: Frailty, Shared Decisions, and Avoidance of Low Value Care. *Clinics in Geriatric Medicine*, 34(2), 233–244. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.01.003>.
10. Marinho, P.; Barbosa-Lima, R.; Santos, J.; Santos, D.; Sobral, G.; Vassilievitch, A.; ... Sawada, N. (2021). Mucosite oral relacionada à quimioterapia em pacientes com câncer de mama: uma breve revisão. *Research, Society and Development*, 10(3), e25610313338-e25610313338.
11. Mayland, C.; Doughty, H.; Rogers, S.; Gola, A.; Mason, S.; Hubbert, C.; ... Jack, B. (2021). A qualitative study exploring patient, family carer and healthcare professionals' direct experiences and barriers to providing and integrating palliative care for advanced head and neck cancer. *Journal of palliative care*, 36(2), 121-129.

12. Mayland, C.; Ho, Q.; Doughty, H.; Rogers, S.; Peddinti, P.; Chada, P.; ... Dey, P. (2021a). The palliative care needs and experiences of people with advanced head and neck cancer: A scoping review. *Palliative medicine*, 35(1), 27-44.
13. Mayland, C.; Payne, S. (2018) Head and neck cancer: a marginalised group? *Palliative Medicine*. ISSN 0269-2163.
14. Miguel, S.; Frade, A. (2019). Do risco à hemorragia na pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço: como intervir. *Onco. news*, 12(39).
15. Mott, F.; Adams, K. (2019). Advance care planning and end-of-life issues in head and neck cancer. *Journal of palliative care*, 34(1), 18-20.
16. Nilsen, M.; Johnson, J. (2017). Potential for low-value palliative care of patients with recurrent head and neck cancer. *The Lancet Oncology*, 18(5), e284-e289.
17. Norma Nº11/2016 (2016). Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto. Direção Geral de Saúde. Disponível em: http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/12/Norma_011-2016_Ostomizados.pdf.
18. Ordem dos Enfermeiros (2008). DOR - Guias Orientadores de Boa Prática. Cadernos OE.
19. O'Sullivan, E.; Higginson, I. (2016). 'I'll continue as long as I can, and die when I can't help it': a qualitative exploration of the views of end-of-life care by those affected by head and neck cancer (HNC). *BMJ supportive & palliative care*, 6(1), 43-51.
20. Palmela, P. (2010). Guidelines para cuidados de saúde oral em doentes oncológicos. Círculo Médico. ISBN 978-989-20-1933-8
21. Peterson, D.; Boers-Doets, C.; Bensadoun, R.; Herrstedt, J. (2015). Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment, and follow-up. *Annals of Oncology*, 26, v139-v151.
22. Roila, F.; Molassiotis, A.; Herrstedt, J.; Aapro, M.; Gralla, R.; Bruera, E.; Van der Wetering, M. (2016). 2016 MASCC and ESMO guideline update for the prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced nausea and vomiting and of nausea and vomiting in advanced cancer patients. *Annals of Oncology*, 27, v119-v133.
23. Saunders, D.; Epstein, J.; Elad, S.; Allemano, J.; Bossi P, van de Wetering, M. (2013). Systematic review of antimicrobials, mucosal coating agents, anesthetics, and analgesics for the management of oral mucositis in cancer patients. *Support Care Cancer*. 3191–207.
24. Schirmer, E.; Ferrari, A.; Trindade, L. (2012). Evolução da mucosite oral após intervenção nutricional em pacientes oncológicos no serviço de cuidados paliativos. *Revista Dor*, 13, 141-146.

25. Sesterhenn, A.; Folz, B.; Bieker, M.; Teymoortash, A.; Werner, J. (2008). End-of-life care for terminal head and neck cancer patients. *Cancer nursing*, 31(2), E40-E46.
26. University of IOWA Health Care (2017). Head and Neck Protocols – Carotid rupture Precautions. Disponível em <https://medicine.uiowa.edu/iowaprotocols/carotid-rupture-precautions>.
27. Upile, T.; Triaridis, S.; Archer, P.; Searle, A.; Evans, C. (2005). The management of carotid artery rupture. *European Archives of Oto-RhinoLaryngology*, 262, 555–560.
28. White, R.; Cutting K. (2006). Modern exsudate management: a review of wound treatments. Word Wide Wounds. Disponível em: <http://www.worldwidewounds.com/2006/september/White/Modern-Exudate-Mgt.html>.
29. WHO (2018). WHO guidelines for the pharmacological and Radiotherapeutic Management of Cancer Pain in adults and adolescents. Geneva: World Health Organization, (c) World Health Organization, 2018.
30. Yu, Y.; Deng, J.; Jin, X.; Zhang, Z.; Zhang, X.; Zhou, X. (2020). Effects of 9 oral care solutions on the prevention of oral mucositis: a network meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine*, 99(16).
31. Zhang, X.; Sun, D.; Qin, N.; Liu, M.; Zhang, J.; Li, X. (2020). Comparative prevention potential of 10 mouthwashes on intolerable oral mucositis in cancer patients: A Bayesian network analysis. *Oral Oncology*, 107, 104751.

**APÊNDICE X – “*Parceria para melhor cuidar*” – Protocolo de
Articulação entre as equipas de enfermagem de
Otorrinolaringologia e da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em
Cuidados Paliativos**

	SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA INTERNAMENTO	
MANUAL DE SERVIÇO	CAPÍTULO: ORIENTAÇÕES	
PARCERIA PARA MELHOR CUIDAR – PROTOCOLO DE ARTICULAÇÃO ENTRE AS EQUIPA DE ENFERMAGEM DE OTORRINOLARINGOLOGIA E DA EQUIPA DE INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS		
Elaborado por: <i>Ana Rita Oliveira</i>	Revisto por: Enf. ^{as} Gestoras	Aprovado em: Enf. ^a. Diretora ____/____/____
Próxima Revisão:		

1. DEFINIÇÃO

O protocolo é composto por diversas etapas que estruturam um processo de articulação entre as equipas de enfermagem dos serviços: Otorrinolaringologia (ORL) – internamento e Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP).

2. OBJETIVO

Estruturar a resposta às necessidades de cuidados paliativos do utente com cancro de cabeça e pescoço através da parceria entre as equipas de enfermagem dos serviços de Otorrinolaringologia (ORL) – internamento e da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP).

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar utentes com cancro de cabeça e pescoço com necessidades do foro físico, psicoespíritual, social e ambiental não satisfeitas;
- Definir o papel da equipa da enfermagem de ORL no processo de articulação com a equipa de enfermagem da EIHSCP;
- Orientar o processo de articulação entre equipas;

- Apoiar a *advocacy* da enfermeira na fundamentação da necessidade de referenciação do utente para a EIHS CP, na discussão multidisciplinar.

3. FINALIDADE

Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao utente com doença oncológica de cabeça e pescoço em fim de vida e sua família.

4. ÂMBITO

O protocolo aplica-se a utentes com doença oncológica de cabeça e pescoço em fase de transição de tratamento curativo para paliativo, com necessidades do foro físico, psicoespiritual, social e ambiental não satisfeitas (já acompanhados ou não pela EIHS CP), quando a intervenção convencional instituída pela equipa de enfermagem de ORL se demonstra insuficiente para dar resposta às necessidades de conforto do utente e família.

5. RESPONSABILIDADE

- Enfermeiros do Serviço de ORL;
- Enfermeiros da EIHS CP;
- Numa fase inicial, designada de piloto (3 meses) cabe ao enfermeiro elo de referência do protocolo “Parceria para melhor cuidar” a responsabilidade do processo de articulação com a EIHS CP, posteriormente, pretende-se que esta etapa do protocolo seja assumida pelo enfermeiro responsável pelo utente.

6. PRINCÍPIOS ESPECÍFICOS

Os cuidados paliativos (CP) são definidos como cuidados globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias. Têm como objetivo principal, promover o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa e família, intervindo através da prevenção e alívio do sofrimento nas suas várias dimensões,

quer seja, físico, psicológico, social e espiritual, identificando-os precocemente e realizando o tratamento especializado destes (Lei Nº52/2012).

Com a criação deste protocolo, pretende-se obter uma resposta às necessidades não satisfeitas do utente e família, que passará pela articulação entre a equipa de enfermagem de ORL e a equipa de enfermagem da EIHS CP e posterior sensibilização da equipa médica do serviço de ORL para a necessidade de referenciação para a EIHS CP. Deste modo, os enfermeiros do serviço de ORL irão identificar utentes com cancro de cabeça e pescoço em fase de transição de tratamento curativo para paliativo. Serão identificados utentes com necessidades do foro físico, psicoespiritual, social e ambiental não satisfeitas, que não se encontrem referenciados para a EIHS CP bem como os já referenciados, sempre que a intervenção standard instituída pela equipa de enfermagem de ORL se demonstra insuficiente para dar resposta às necessidades de conforto do utente e família. No caso dos utentes já acompanhados pela EIHS CP, será dada continuidade ao plano individual de cuidados já estabelecido. A identificação das necessidades do utente será realizada através da aplicação da escala *Edmonton Symptom Assessment Scale* revista (ESAS-R), (anexo 1). Esta escala permite avaliar diversos sintomas de ordem física e psicossocial, num total de 10, sendo estes, dor, cansaço, sono, náusea, apetite, dispneia, ansiedade, depressão e bem-estar, existindo a possibilidade de serem adicionados outros no item 10, como o conforto por exemplo, estando todos, os sintomas mencionados, frequentemente presentes em utentes em cuidados paliativos (Silva et al., 2017). Além do exame físico e anamnese realizadas pelo enfermeiro, a aplicação deste instrumento é fundamental na análise do conforto global destes utentes de forma objetiva (cada sintoma é graduado de 0 a 11, sendo o 0 a ausência do sintoma e o 11 a presença do sintoma com a pior intensidade possível). (Alberta Health Services, 2019). A atenção contínua às necessidades e ao conforto da pessoa em fim de vida e família detém um caráter tão importante como os cuidados prestados em qualquer outra fase da doença (Bower e Waxman, 2008).

Será realizada a articulação entre as equipas de enfermagem de ORL (através do elo de referência definido) e a equipa de enfermagem da EIHS CP. É exetável que esta parceria permita uma intervenção, de forma continuada, precoce e em tempo útil para o utente e família, de forma a minorar o seu sofrimento e promover o conforto ajustado às necessidades atuais nas suas múltiplas dimensões. Se desta parceria for identificada a necessidade de acompanhamento pela EIHS CP,

a referenciação para a mesma é efetuada pela equipa médica, através do preenchimento do formulário disponível na intranet institucional. Rececionada a referenciação, a EIHS CP observa o utente, propõe um plano individual de cuidados multidisciplinar e mantém o acompanhamento, de acordo com as necessidades. O acompanhamento poderá ocorrer em regime de internamento hospitalar, de ambulatório ou encaminhamento para outras equipas, mantendo-se a continuidade de cuidados no pós-alta, como por exemplo o regresso ao domicílio com apoio das equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos, equipas de cuidados continuados integrados, ou na impossibilidade de regresso ao domicílio, o processo de transferência para unidades de cuidados paliativos outra tipologia de cuidados ajustada às necessidades do utente. Todo este continuum é fundamental na promoção do conforto a este e à sua família.

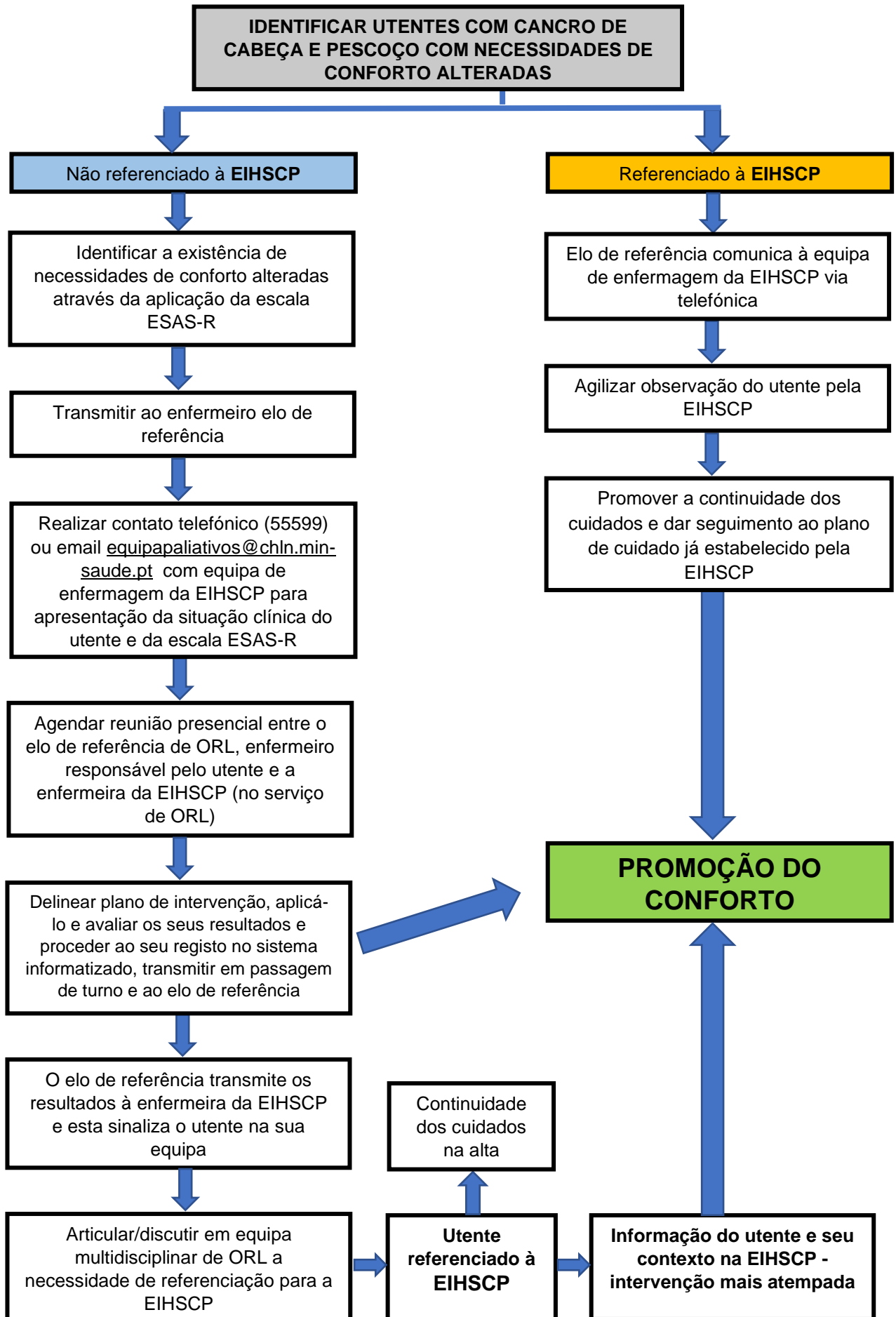
7. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

- Realizar consulta do *Guia Orientador de Cuidados ao utente com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida e família* para melhorar a qualidade e efetividade dos cuidados prestados.
- Identificar utentes com cancro de cabeça e pescoço com necessidades de conforto do foro físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental que não se encontrem referenciados para a EIHS CP e os utentes que já são acompanhados pela EIHS CP, através da consulta do histórico clínico em sistema informático hospitalar;
- O enfermeiro responsável pelo utente procede à aplicação da escala ESAS-R para identificação dos sintomas presentes e das necessidades de cuidados associadas do utente;
- O enfermeiro responsável pelo utente comunica ao enfermeiro elo de referência do serviço de ORL as necessidades do utente identificadas com recurso à ESAS-R;
- O enfermeiro elo de referência contata com o interlocutor da equipa de enfermagem da EIHS CP, por via telefónica (55599) ou email (equipapaliativos@chln.min-saude.pt), para apoio na satisfação das necessidades identificadas no utente e família/cuidador, visando a implementação de cuidados promotores de conforto, tendo em consideração

o que já foi identificado anteriormente (utente com necessidades de conforto não satisfeitas). A informação mínima a transmitir à enfermeira da EIHS CP deverá incluir: o nome do utente e o número do processo hospitalar, resumo breve da situação clínica e as necessidades de intervenção após aplicação da ESAS-R;

- O enfermeiro de referência agendará, o mais precocemente possível, a reunião presencial com a enfermeira da EIHS CP (o interlocutor privilegiado da equipa de enfermagem da EIHS CP será definido pela enfermeira gestora ou a enfermeira coordenadora) para discussão do caso, fomentando o juízo clínico e a tomada de decisão;
- Nessa reunião, estará presente o enfermeiro elo de referência bem como o enfermeiro responsável pelo utente que irá implementar as intervenções sugeridas/planeadas, avaliar os resultados das mesmas e documentar essa informação em notas de enfermagem no sistema informatizado (Sistema Glinntt®). Posteriormente, informará o enfermeiro elo de referência do resultado obtido;
- O enfermeiro elo de referência transmitirá à EIHS CP os resultados obtidos;
- O enfermeiro responsável pelo utente em conjunto com o enfermeiro elo de referência transmitem a informação da abordagem paliativa em equipa multidisciplinar, abordando a possibilidade de referenciação, para a EIHS CP, pela equipa médica do serviço de ORL;
- A enfermeira da EIHS CP sinaliza o utente na respetiva equipa em simultâneo.
- Sempre que necessário podem ser gerados novos contactos, observação e reunião entre as equipas;
- A continuidade de cuidados do utente no pós-alta é assegurada pela EIHS CP, se o mesmo tiver sido referenciado para a equipa pelo médico assistente;
- O enfermeiro elo de referência do protocolo “Parceria para melhor cuidar” procede ao registo da atividade (nº de doentes referenciados à EIHS CP; nº de doentes que integram o protocolo; nº de interações de parceria);
- O enfermeiro elo de referência ao protocolo faz relatório de atividade a cada 3 meses no primeiro ano, passando depois a periodicidade anual.

8. FLUXOGRAMA



9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alberta Health Services (2019). Edmonton Symptom Assessment System – Revised (ESAS-r). Administration manual. Division of Palliative Care Medicine, Department of Oncology, University of Alberta.

Bower, M.; Waxman, J. (2008). *Compêndio de Oncologia*. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN: 978-972-771-961-1.

de Nascimento, J. (2017). Avaliação da dor em paciente com câncer em cuidados paliativos à luz da literatura. *Saúde & ciência em ação*, 3(1), 11-26.

Lei Nº52/2012. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Ministério da Saúde. *Diário da República*. I Série (nº172 de 05-09-2012), 5119-5124. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/52/2012/09/05/p/dre/pt/html>.

Silva, A; Conceição, M.; de Oliveira Fontes, P.; Ferrari, Y.; Barros, A. (2017). Escala de Edmonton nos Cuidados Paliativos. In *Congresso Internacional de Enfermagem* (Vol. 1, No. 1).

ANEXO I – ESCALA ESAS-R

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r)		
Por favor, circule o número que melhor descreve como você está se sentindo agora		
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
Cansaço = falta de energia		
Sem Sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Sonolência Possível
Sonolência = sentir-se com sono		
Sem náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
Com apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Apetite Possível
Sem Falta de Ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Ar Possível
Sem Depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Depressão Possível
Depressão = sentir-se triste		
Sem Ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Ansiedade Possível
Ansiedade = sentir-se nervoso		
Com Bem-Estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Mal-estar Possível
Bem-Estar/Mal-Estar = como você se sente em geral		
Sem _____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior _____ possível
Outro problema (por exemplo, prisão de ventre)		

Adaptado de (Monteiro et al., 2013)

**Apêndice XI – 2ª Formação realizada no Serviço de
Otorrinolaringologia – Guia Orientador de Cuidados e Protocolo de
Articulação**

Apêndice XI – 2ª Formação realizada no serviço de otorrinolaringologia – Guia orientador de cuidados e Protocolo de articulação



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO
LISBOA NOROESTE, I.P.E.



Promoção do conforto da pessoa com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida e família

Serviço de Otorrinolaringologia – Internamento
Enfermeira Chefe: Paula Rodrigues

Ana Rita dos Santos Oliveira
1ª Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Enfermagem Médico-
Cirurgia na Opção de Enfermagem Oncológica

Enfermeira Orientadora: Cátia Baptista
Professora Orientadora: Sandra Neves

5 maio 2022

1

ÍNDICE

- 1. Guia Orientador de Cuidados à pessoa com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida e família – intervenções de enfermagem
 - 1.1 Considerações gerais para a sua utilização
 - 1.2 Escala EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SCALE REVISTA - ESAS-R
 - 1.3 Fluxograma
- 2. **PARCERIA PARA MELHOR CUIDAR** – Protocolo de articulação com a EIHSCP
 - 2.1 Definição e Objetivo geral
 - 2.2 Objetivos específicos
 - 2.3 Âmbito e Responsabilidade
 - 2.4 Fluxograma do protocolo de articulação
 - 2.5 Considerações finais
- Referências bibliográficas

2

2

1. Guia Orientador de Cuidados (GOC) à pessoa com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida e família – intervenções de enfermagem

1.1 Considerações gerais para a sua utilização

Objetivo do GOC: melhorar os cuidados prestados à pessoa com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida e família através da capacitação da equipa de enfermagem do serviço de Otorrinolaringologia;

No guia serão apresentadas propostas de intervenções de enfermagem de acordo com as necessidades alteradas da pessoa, suportadas pela revisão *Scoping* elaborada, observação da prática e validação com enfermeiros peritos na área:

- Intervenções presentes no programa informático Glintt® em linguagem classificada;
- Intervenções não presentes no programa informático Glintt®;
- Sugestões ou recomendações para a prática;

Avaliação inicial da pessoa com a aplicação da escala ESAS-R;

Fluxograma para utilização do GOC.



3

3

1. Guia Orientador de Cuidados (GOC) à pessoa com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida e família – intervenções de enfermagem

1.2 Escala **EDMONTON SIMPTOM ASSESSMENT SCALE REVISTA - ESAS-R**

- Constituída pelos sintomas apresentados pela pessoa, que traduzem necessidades do foro físico, psicológico, bem-estar, num total de 10 itens, estando o último disponível para ser adicionado um dado (sintoma ou necessidade) que se considere relevante, tendo em conta a fase da doença;
- Escala de heteroavaliação do utente; o enfermeiro pode auxiliar no preenchimento da escala;
- Escala de aplicação rápida;
- É possível ser adicionado o *dado conforto* que será avaliado pelo utente, permitindo uma monitorização objetiva do mesmo;
- Escala aplicada pela EIHSCP pelo que se traduzirá numa linguagem comum entre equipas de enfermagem (ORL e EIHSCP).

4

4

1. Guia Orientador de Cuidados (GOC) à pessoa com cancro de cabeça e pescoço em fim de vida e família - intervenções de enfermagem

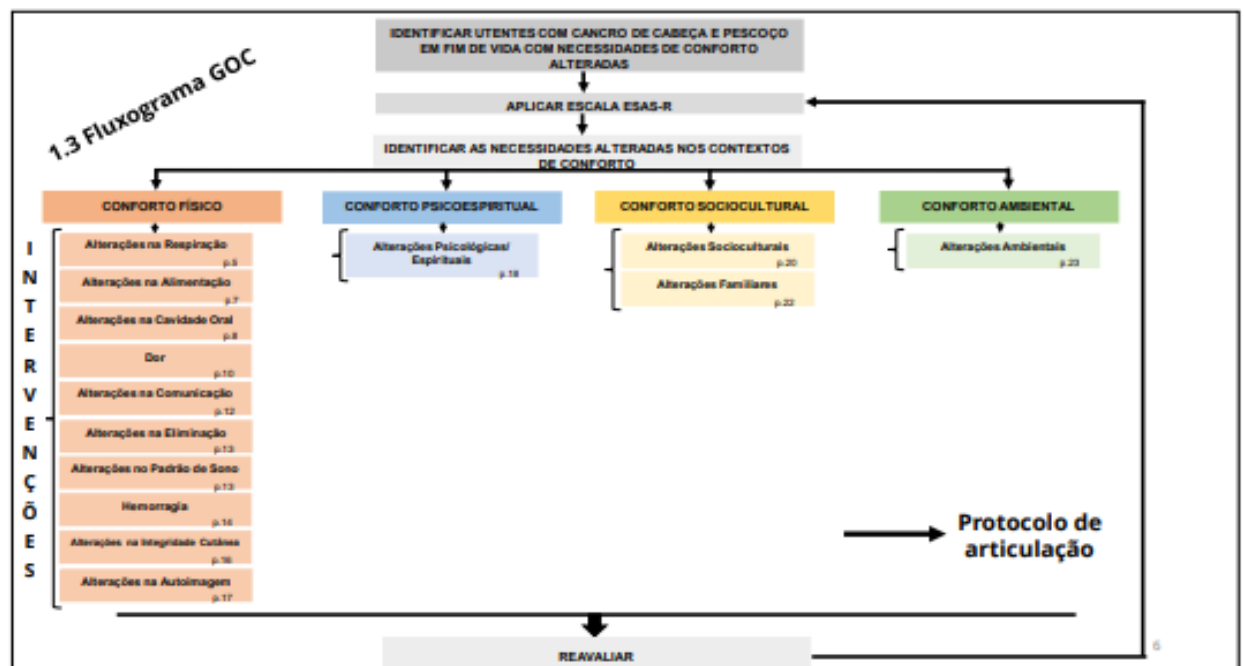
1.2 Escala EDMONTON SIMPTOM ASSESSMENT SCALE REVISTA - ESAS-R

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r)		
Por favor, circule o número que melhor descreve como você está se sentindo agora		
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
Cansaço = falta de energia		
Sem Sono	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Sono Possível
Sono = sentir-se com sono		
Sem náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
Com apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Apetite Possível
Sem Falta de Ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Ar Possível
Sem Depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Depressão Possível
Depressão = sentir-se triste		
Sem Ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Ansiedade Possível
Ansiedade = sentir-se nervoso		
Com Bem-Estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Mal-estar Possível
Bem-Estar/Mal-Estar = como você se sente em geral		
Sem _____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior _____ possível
Outro problema (por exemplo, prurido de ventre)		

(Adaptado de Nascimento, 2017)

5

5



6

2. PARCERIA PARA MELHOR CUIDAR – Protocolo de articulação com a EIHS CP

2.1 Definição e Objetivo geral

Definição: Processo de articulação entre as equipas de enfermagem do serviço de Otorrinolaringologia (ORL) e da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHS CP);

Objetivo: Estruturar a resposta às necessidades de cuidados paliativos do utente através da parceria entre as equipas de enfermagem do serviço de Otorrinolaringologia (ORL) e da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHS CP) em consultadoria.

		DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA INTERMEDIÁRIO
MANUAL DE SERVIÇO		CAPÍTULO ORIENTAÇÕES
PARCERIA PARA MELHOR CUIDAR – PROTOCOLO DE ARTICULAÇÃO ENTRE AS EQUIPAS DE ENFERMAGEM DE OTORRINOLARINGOLOGIA E DA EQUIPA DE INTRA-HOSPITALAR DE SUORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS		
Elaborado por: Ana Rita Oliveira Pádua Brás	Revisão por: Euf. T. Oliveira Paula Rodrigues André Elias	Aprovado por: Euf. T. Oliveira Ana Paula Fernandes 

1. DEFINIÇÃO

O protocolo é composto por duas etapas que estruturam um processo de articulação entre as equipas de enfermagem do serviço de Otorrinolaringologia (ORL) – Intermediário e da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHS CP).

2. OBJETIVO

Estruturar a resposta às necessidades de cuidados paliativos do utente através da parceria entre as equipas de enfermagem do serviço de Otorrinolaringologia (ORL) – Intermediário e da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHS CP) em consultadoria.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar utentes com doença oncológica de cabeça e pescoço com necessidades do foro físico, psicoespiritual, social e ambiental não satisfeitas;
- Definir o papel da equipa da enfermagem de ORL no processo de consultadoria com a equipa de enfermagem EIHS CP;
- Orientar o processo de articulação entre equipas;
- Apoiar a influência da enfermeira para referência do utente à EIHS CP na discussão multidisciplinar.

7

7

2. PARCERIA PARA MELHOR CUIDAR – Protocolo de articulação com a EIHS CP

2.2 Objetivos específicos

- Identificar utentes com cancro de cabeça e pescoço com necessidades do foro físico, psicoespiritual, social e ambiental não satisfeitas;
- Definir o papel da equipa da enfermagem de ORL no processo de consultadoria com a equipa de enfermagem EIHS CP;
- Orientar o processo de articulação entre equipas;
- Apoiar a influência da enfermeira para referência do utente à EIHS CP na discussão multidisciplinar.

8

8

2. PARCERIA PARA MELHOR CUIDAR – Protocolo de articulação com a EIHSOP

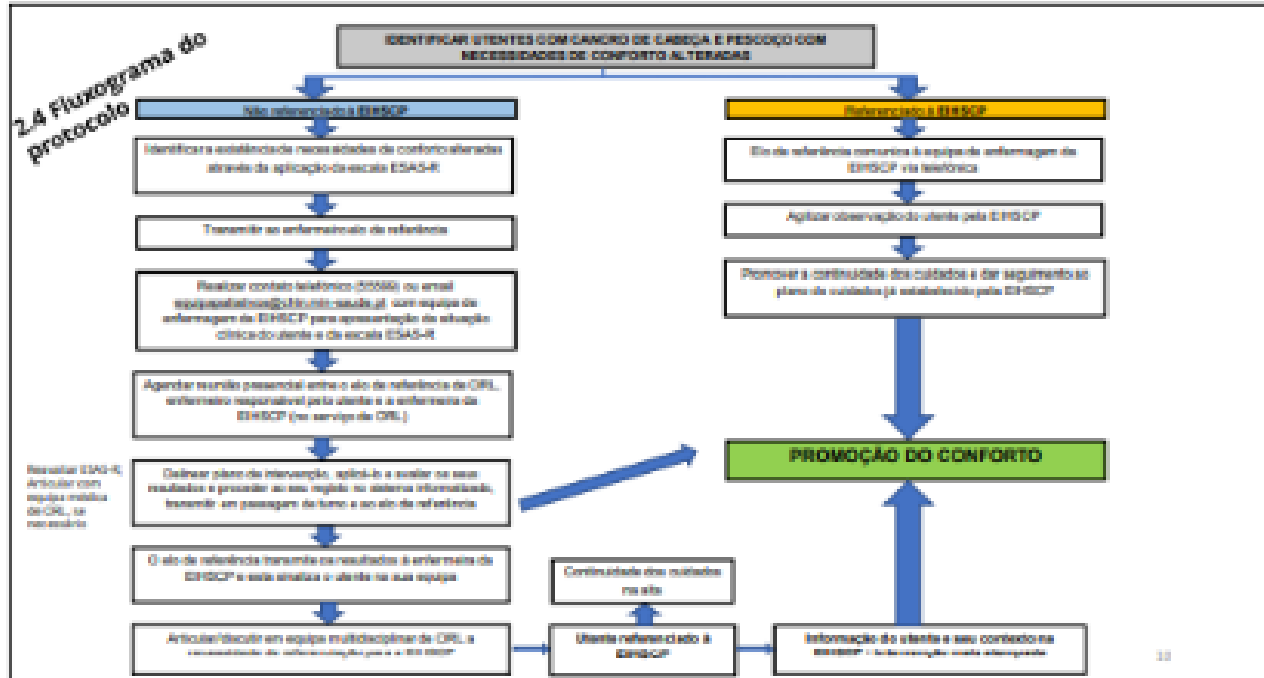
2.3 Âmbito e Responsabilidade

Aplica-se a utentes com cancro de cabeça e pescoço em fase transição de tratamento curativo para paliativo com necessidades do foro físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental não satisfeitas (que sejam ou não acompanhados pela EIHSOP) quando a intervenção convencional instituída pela equipa de enfermagem de ORL se demonstra insuficiente para dar resposta às necessidades de conforto do utente e família;

- Enfermeiro responsável pelo utente no turno;
- Enfermeiro elo de referência ao protocolo;
- Enfermeiro definido pela equipa de enfermagem da EIHSOP;
- Numa fase inicial, designada de piloto (3 meses) cabe ao enfermeiro elo de referência do protocolo "Parceria para melhor cuidar" a responsabilidade do processo de articulação com a EIHSOP; posteriormente, pretende-se que esta etapa do protocolo seja assumida pelo enfermeiro responsável pelo utente.

9

9



10

PARCERIA PARA MELHOR CUIDAR – Protocolo de articulação com a EIHS CP

2.5 Considerações finais

Sempre que se acione o protocolo, deverá ser adicionada a intervenção: **executar contato para continuidade de cuidados;**

Deverá ficar registado em notas de evolução de enfermagem o que foi delineado com a EIHS CP, os resultados obtidos e a sua avaliação (se necessário, aplicar novamente a ESAS-R) e os planos futuros, com vista à **referenciação do utente para esta equipa, caso se considere como fundamental e promotor de conforto.**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ballo M, O'Brien K, Tomson A, Burns P, O'Sullivan E, Goodman-Hill R, Sharp L. (2018) Informal caregiving in head and neck cancer: caregiving activities and psychological well-being. *European journal of cancer care* 27(2), e1020.
2. Caron C, Cohen M, Wiersma W. (1998) Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 74(2), 240-256.
3. Faria C, Gomes J. (2005) Guia de Orientação para o Ensino ao Sistema Troceno/Intestinal/Coloidal. *Revista Nova Vida*.
4. Ferris F, Baltes G. (2001) Management of pressure ulcers and fungating wounds. In: *Quintanilha, van Room P, editors. Principles and practice of palliative care and supportive oncology*. 2nd Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, P. 388-66.
5. Fontes B. (2018) *Guia de Orientação para o Ensino ao Sistema Troceno/Intestinal/Coloidal*. Faculdade de Medicina de Universidade de Coimbra.
6. Galvão M, Mendes B, Morrison R. (2008) Palliative care for patients with head and neck cancer? Would like a quick return to normal? *Supportive Care* 24(10), 1018-1025.
7. Larkin P, Chang N, Le Grange D, Gallagher M, O'Connell C, Irvine P, Spence C. (2018) Diagnosis, assessment and management of constipation in advanced cancer. *BMJ Clinical Practice Guidelines*. *Annals of Oncology* 29, w1111-w120.
8. Lima M, Santos J, Bernardini L. (2012) Características sociológicas de doentes com câncer em cuidados paliativos autênticos através do consulto de enfermagem. *Rev. enferm. UFPE* 46(8), 241-249.
9. Maly K, Niles M, Johnson J. (2018) Head and Neck Cancer in the Elderly. *Health Care Decisions, and Assistance of Low Value Care*. *Clinics in Geriatric Medicine*, 34(2), 230-244. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.01.003>
10. Martins P, Fernandes L, Gomes J, Santos J, Sobral C, Vasconcelos A, ... Santos N. (2017) Modelo analítico-relacional à qualidade em cuidados paliativos em doentes com cancro de mama: uma revisão teórica. *Research, Society and Development* 14(3), e201621334-e201621334.
11. Mayland C, Douglas R, Rogers C, Dale A, Niles M, Robinson C, ... Jari B. (2017) A qualitative study exploring patient, family carer and healthcare professional views on experiences and barriers to providing and integrating palliative care for advanced head and neck cancer. *Journal of palliative care* 33(2), 121-129.
12. Mayland C, Ho Q, Douglas R, Rogers C, Peckham P, Choudhry P, ... Day P. (2014) The palliative care needs and experiences of people with advanced head and neck cancer: a coping review. *Palliative medicine*, 18(1), 27-34.
13. Mayland C, Payne C. (2018) Head and neck cancer: a marginalized group? *Palliative Medicine* 32(4), 226-230.
14. Miguel C, Pardo A. (2015) De quem é a responsabilidade na prestação de cuidados paliativos de suporte a pessoas com cancro? *Revista de Enfermagem UFPE* 49(1), 12-19.
15. Moly P, Adams K. (2016) Advance care planning and end-of-life issues in head and neck cancer. *Journal of palliative care*, 32(1), 14-20.
16. Niles M, Johnson J. (2017) Potential for low value palliative care of patients with recurrent head and neck cancer. *The Lancet Oncology*, 18(1), e204-e205.
17. Norma V1 12010 (2018) Indicações Clínicas e Intervenções Dietéticas/Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto. *Diagnóstico Geral de Saúde*. Disponível em: http://www.arquivosonline.pt/legis/consultas/legis/2020/12/Norma_V1_12010_Determina.pdf.
18. Ordem dos Enfermeiros (2008) *Guia de Orientações de Boa Prática*. Coimbra: OE.
19. O'Sullivan E, Higgins L. (2016) 'We're tired as long as we can, and the when it isn't help it' a qualitative exploration of the views of end of life care by those affected by head and neck cancer (HNC). *BMJ Supportive & Palliative Care*, 6(1), 43-51.
20. Palombi P. (2018) *Guia de Orientação para o Ensino ao Sistema Troceno/Intestinal/Coloidal*. Coimbra: Médica. ISBN 978-989-26-1003-4
21. Peterson D, Burns-Davis C, Remondino R, Hancock J. (2015) Management of oral and gastrointestinal mucosal injury. *ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment, and follow-up*. *Annals of Oncology* 26, w19-w25.
22. Roca R, Wiersma W, Wiersma W, ... (2001) 'The Health and Well-being of Patients with Head and Neck Cancer: A Qualitative Study of the Experiences of Patients and Their Families'. *Journal of Palliative Care*, 17, w19-w25.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

23. Gundersy, D., Spence, J., Blot, L., Mlemani, J., Ross, P., van de Weyer, M. (2015). Systematic review of antimicrobials, mucosal coating agents, analgesics, and analgoids for the management of oral mucositis in cancer patients. *Support Care Cancer*, 23(9), 2407.
24. Gilmore, E., Pinaric, A., Trindade, L. (2012). Análise de mucosite oral após intervenção nutricional em pacientes oncológicos no serviço de cuidados paliativos. *Revista Dor*, 13, 140-146.
25. Gosselink, A., Fok, B., Bales, M., Tegenbreder, A., Wempe, J. (2008). End-of-life care for terminal head and neck cancer patients. *Cancer nursing*, 22(2), E40-E46.
26. University of Illinois Health Care (2017). Head and Neck Protocols - Cancer Inpatient Protocols. Disponível em <https://medline.illinois.edu/healthcare/healthcareprotocols/cancerinpatientprotocols>.
27. Iggle, T., Trumble, L., Jenkin, P., Scarle, A., Burns, C. (2005). The management of laryngeal entry exposure. *European Archives of Otorhinolaryngology*, 262, 555-560.
28. White, R., Curing, K. (2006). Modern analgesia management: analysis of current treatments. *Head & Neck Wounds*. Disponível em <http://www.orthobooks.com/2006/specialty/White/ModernAnalgesiaMgt.html>.
29. WHO (2018). WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of Cancer Pain in adults and adolescents. *Cancer*. World Health Organization, (3) World Health Organization, 2018.
30. Fu, Y., Deng, J., Jin, A., Zhang, J., Zhang, X., Zhou, X. (2020). Effect of throat care solutions on the prevention of oral mucositis: a network meta-analysis of randomized-controlled trials. *Medicine*, 99(6).
31. Zhang, X., Sun, D., Qin, H., Hu, M., Zhang, J., Li, X. (2020). Comparative prevention potential of 10 mouthwashes on irritable oral mucositis in cancer patients: a Bayesian network analysis. *Oral Oncology*, 102, 104751.
32. Alberta Health Services (2019). Edmonton Symptom Assessment System - Revised (ESAS-r). Administration manual. Division of Palliative Care Medicine, Department of Oncology, University of Alberta.
33. de Nascimento, J. (2017). Análise de dor em pacientes com câncer em cuidados paliativos à luz da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(1), 11-26.

13

13

OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO!

14

14