

**CARACTERIZAÇÃO DOS SINTOMAS E CUIDADOS PRESTADOS AO DOENTE TERMINAL NOS ÚLTIMOS TRÊS DIAS DE VIDA, NUM SERVIÇO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR**

Maria Isabel Monteiro Pinto

Relatório Final De Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Orientação Científica:

Professor Doutor Carlos Pires Magalhães

Bragança, julho de 2022



Pinto M. I. M. Caracterização dos sintomas e cuidados prestados ao doente terminal nos últimos três dias de vida, num serviço de internamento hospitalar.

Relatório Final de Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde.

Instituto Politécnico de Bragança. Bragança 2022.

*“O período de maior ganho em conhecimento e experiência é o período mais difícil da vida de alguém”.*

Dalai Lama

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu marido e aos meus filhos a ajuda incondicional e o permanente encorajamento.

Muito obrigada ao meu orientador, pela possibilidade de aprendizagem, que permitiu a realização deste trabalho e por todos os reforços positivos.

Obrigada às minha amigas de mestrado, que inúmeras vezes incitaram o caminhar em frente.

A todos um Bem-Haja

## **Resumo**

**Enquadramento:** Num hospital de agudos, o atendimento é direcionado essencialmente para a vertente curativa, pelo que nem sempre é possível atender às necessidades dos que padecem de uma doença terminal, acabando muitas vezes por falecer no serviço, sem que lhes seja facultado o devido cuidado, inúmeras vezes de caráter paliativo.

**Objetivo:** Caracterizar os cuidados prestados ao doente terminal, nos últimos três dias de vida, num serviço de internamento hospitalar.

**Metodologia:** Estudo descritivo simples, retrospectivo, de cariz quantitativo. A recolha de informação foi efetuada a partir dos processos individuais de 32 doentes falecidos num serviço de Medicina Interna. O instrumento de recolha de dados utilizado foi construído e utilizado por Delgado (2012), tendo sido concebido com base no Protocolo de Liverpool Care Pathway (LCP – versão 12).

**Resultados:** A amostra em estudo é predominantemente do sexo feminino, com média de idade de 89 anos, admitida pelo serviço de urgência, a residir em casa própria, com dependência em grau elevado nos autocuidados. Respeitante à sintomatologia mais observada nos três últimos dias de vida, aferiu-se que foi a dispneia (46,9%), estertor/respiração ruidosa (40,6%) e dor (37,5%). Os analgésicos assumem uma posição de destaque, no que concerne às intervenções farmacológicas. No que tange às intervenções não farmacológicas, a maioria continua ativa durante todo o período de tempo, salientando-se a monitorização e os exames complementares de diagnóstico, mais especificamente as análises sanguíneas (62,5%). Intervenções de Enfermagem que contemplam o cuidado com a pele, eliminação intestinal e urinária foram transversais ao processo de finitude, almejando a satisfação das necessidades e conforto do doente.

**Conclusão:** Apesar da irreversibilidade clínica, muitas vezes são praticadas intervenções que não coadunam com as autênticas necessidades do doente em fase terminal, o que inviabiliza a prestação de cuidados que promovam o conforto e a qualidade de vida, nesta fase tão peculiar do ciclo vital.

**Palavras-chave:** Cuidado, doente terminal, cuidado paliativo, serviço de internamento.

## **ABSTRAT**

**Background:** In an acute hospital, care is essentially directed towards the curative aspect. Therefore, it is not always possible to meet the needs of those suffering from a terminal illness. As a result, some frequently end up dying in the service, without being provided with the proper care, often times of a palliative nature.

**Objective:** To characterize the care provided to the terminally ill patient, in the last three days of life in an inpatient service.

**Methodology:** A simple descriptive study, of a retrospective, quantitative nature. The compilation of information was carried out from the individual files of 32 patients who died at an Internal Medicine service. The data collection instrument used was built and used by Delgado (2012), having been designed based on the Liverpool Care Pathway Protocol (LCP – version 12).

**Results:** The study sample is predominantly female, with an average age of 89 years, admitted by the emergency room, living in their own home, with a high degree of dependence for self-care. Regarding the symptoms most observed in the last three days of life, it was demonstrated to be dyspnea (46.9%), rattle/noisy breathing (40.6%) and pain (37.5%). Analgesics assume a prominent role concerning pharmacological interventions. With regard to non-pharmacological interventions, most remain active throughout the period of time in question, with emphasis on monitoring and complementary diagnostic tests, more specifically blood tests (62.5%). Nursing interventions that include skin care or intestinal and urinary elimination were transversal to the finitude process, aiming to satisfy the patient's needs and comfort.

**Conclusion:** Despite the clinical irreversibility, interventions that do not match the authentic needs of the terminally ill patient are often carried out. This makes it impossible to provide care that promotes comfort and quality of life, in this very peculiar phase of the life cycle.

**Keywords:** Care, terminally ill, palliative care, inpatient service.

## ABREVIATURAS E/OU SIGLA

CAM -Confusion ssesment method

CP- Cuidados Paliativos

DSR - Delirium rating scale

LCP - Protocolo de Liverpool Care Pathway

ESAS - Edmonton Symptom Assessment System

OE – Ordem dos Enfermeiros

MDAS -Memorial delirium assessmente scale

p. – Página

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

# Índice

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	1
<b>1 - Cuidados paliativos - Perspetiva histórica, conceitos e princípios</b> .....	2
<b>2 - Níveis e fases da prestação de cuidados paliativos</b> .....	6
<b>3 - Desafios de Enfermagem e Pilares da prática assistencial em Cuidados Paliativos</b> .....	8
<b>4 - Contextualização da temática nas intervenções e competências de especialista e mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica</b> .....	35
<b>CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	39
<b>1 - METODOLOGIA</b> .....	40
<b>1.1 - Tipo de estudo</b> .....	41
<b>1.2 - População e amostra</b> .....	41
<b>1.3 - Instrumento de recolha de dados</b> .....	42
<b>1.4 - Considerandos e compromissos éticos</b> .....	43
<b>1.5 - Procedimentos de análise dos dados</b> .....	44
<b>2 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	45
<b>3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	55
<b>CONCLUSÃO DO ESTUDO</b> .....	64
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	66
<b>ANEXOS</b> .....	74
<b>ANEXO I – Relatório de Estágio</b> .....	75
<b>ANEXO II - Instrumento de Recolha de Dados</b> .....	99
<b>ANEXO III - Autorização para a aplicação do Instrumento de Recolha de Dados</b> .....	109
<b>ANEXO IV - Autorização da comissão de ética para a realização do estudo</b> .....	111
<b>ANEXO V – Comprovativo de submissão de artigo numa revista de enfermagem</b> .....	113

## INDÍCE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Fase de prestação dos Cuidados Paliativos.....	6
<b>Figura 2</b> - Escala analgésica da Organização Mundial de Saúde.....	21
<b>Figura 3</b> - Efeitos adversos do uso de opióides .....	22
<b>Figura 4</b> - Protocolo de Spikes.....	29
<b>Figura 5</b> - Sintomas observados.....	49
<b>Figura 6</b> - Outras medidas prescritas após decisão de medidas de conforto nas últimas 72h.....	51
<b>Figura 7</b> – Tempo decorrido desde a última prescrição até à morte.....	52

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caraterização sociodemográfica.....	45
Tabela 2. Avaliação inicial.....	47
Tabela 3. Intervenções farmacológicas nas últimas 72 horas.....	50
Tabela 4. Intervenções não farmacológicas.....	54

# INTRODUÇÃO

Num enquadramento de envelhecimento paulatino das populações, aumento da longevidade da pessoa e cronicidade das patologias, urge falarmos em cuidados ao doente em fim de vida. A crescente esperança de vida e a incidência das doenças crónicas, conduz invariavelmente a que uma grande parte dos óbitos ocorra em ambiente hospitalar.

Ross (2017) alega que, aumenta o número de anciãos e com isto o número de vítimas de tumores e doenças crónicas, associados à velhice, o que se traduz invariavelmente no acréscimo da morte dos mesmos, em instituições de saúde.

Para Neto (2020) o doente terminal pode ser percecionado como “(...) aquele que tem em média, um prognóstico esperado de três a seis meses de vida” (p.20).

Todavia, a doença terminal e a própria morte, são eventos que causam instabilidade quer familiar, quer no âmbito de uma equipe multidisciplinar.

Gomes (2017), aponta que para o doente, família e equipe multidisciplinar revela-se como crucial atender às necessidades em circunstâncias de terminalidade, citando-nos:

Estas necessidades passam pelo doente ser reconhecido como pessoa, pela reconciliação com a própria vida, pela busca do sentido das coisas, pela esperança, entre outras, permitindo o estabelecimento de uma ligação entre o doente, que necessita de ser ajudado e a pessoa que ajuda (p.105).

Ora, é inequívoco que na grande maioria das vezes a doença terminal acarreta uma mudança na orgânica familiar. Atente-se que a pretensão de manter a vida e a procura da cura, poderão ser substituídos, nesta fase tão peculiar, pelo controlo sintomático e pela personalização dos cuidados. Invariavelmente, o enfermeiro, assume aqui um papel preponderante. Torna-se vital a existência de um vínculo entre a equipe de saúde e o doente e família, de modo que o doente sinta o aconchego, amparo e serenidade, elementos tão necessários nesta etapa.

Gomes (2017) enfatiza ainda que “No ato de cuidar e na relação de ajuda profissional, o percurso de aceitação progressiva da morte, o mínimo de sofrimento físico e existencial e preservação da dignidade do doente, são as ações mais corretas.” (p.101).

Ross (2017) alega que a morte pode ser encarada como um acontecimento assustador, acompanhada por um receio coletivo.

Esta condição pode conduzir a um afastamento por parte do enfermeiro, escudando-se contra situações que lhe possam causar mau estar e confronto perante a sua própria finitude. Assim sendo, torna-se imperioso, que além de uma bagagem técnica e científica, este profissional de saúde seja capacitado com um conjunto de competências do fórum interpessoal que lhe permitam lidar de forma saudável com a última fase da vida.

Consultando o Código Deontológico do Enfermeiro, da Ordem dos Enfermeiros (2015), artigo 87, podemos demonstrar que cabe a este, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, o dever de defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem nesta etapa do ciclo vital; respeitar e fazer respeitar as exteriorizações relativas à perda, manifestadas quer pelo doente, família ou pessoas significativas; respeitar e fazer respeitar o corpo do doente após a sua morte.

Num hospital de agudos, o atendimento é direcionado essencialmente para a vertente curativa, pelo que nem sempre é possível atender às preocupações, angústias e sofrimento dos que padecem de uma doença terminal, acabando muitas vezes por falecer no serviço, sem o acompanhamento dos seus entes. Questionamo-nos como terão sido os cuidados aos doentes terminais, internados num serviço de medicina de um hospital da zona norte de Portugal, nas últimas setenta e duas horas que antecederam a sua morte. Neste sentido, pretendeu-se com o presente estudo, definir os sintomas mais frequentes, bem como caracterizar as intervenções farmacológicas e não farmacológicas relativas aos últimos três dias que antecederam a morte do doente terminal.

O presente trabalho de investigação encontra-se dividido em duas partes, sendo que a primeira, capítulo I, expõe o estado da arte sobre o tema. Aqui, discorre-se acerca de matérias que se iniciam com a abordagem da perspetiva histórica, conceitos e princípios dos Cuidados Paliativos, prosseguindo para os níveis e fases da prestação destes cuidados, aossando os pilares da prática assistencial em Cuidados Paliativos, inferindo sobre os desafios/papel da Enfermagem nesta tipologia de cuidados e terminando com a contextualização da temática nas intervenções e competências de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Este capítulo, ostenta a fundamentação teórica do presente trabalho, sucedendo-se-lhe o Capítulo II, no qual se exhibe a componente da investigação empírica. Neste ponto, abordar-se-ão as questões metodológicas que convergem para o tipo de estudo, a população e amostra utilizadas, o instrumento de recolha de dados, assim como os considerandos e compromissos éticos. Secundariamente, prosseguiremos para a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos, culminando na conclusão do estudo.

A Unidade Curricular de Estágio com relatório é constituída por duas componentes: a componente clínica e a componente investigacional. Relativamente à componente clínica esta foi desenvolvida

nos seguintes serviços: Serviço de Urgência, Pré-Hospitalar e Serviço de Medicina Intensiva. No **anexo I** do presente Relatório Final, apresenta-se o Relatório do Desenvolvimento de Competências Especializadas em Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizado no final da referida componente clínica. Aquando da realização da prática clínica, incrementou-se a consciência da problemática que deu origem ao presente estudo.

# **CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **1 - Cuidados paliativos - Perspetiva histórica, conceitos e princípios**

Num período em que a longevidade da população é gradativamente maior e nos confrontamos com doentes cada vez mais velhos, portadores de patologias crónicas e incuráveis em que o primordial objetivo da medicina é a cura, torna-se por vezes laborioso precisar se estamos perante a fase terminal da vida.

Os cuidados de saúde dirigidos ao doente terminal compreendem uma panóplia de variadas formas. Para Vicente (2016), estes cuidados intitulam-se, de um modo geral, de Cuidados Paliativos. Os mesmos, eclodem em Inglaterra em meados dos anos setenta, como Movimento Moderno dos Cuidados Paliativos e são dirigidos por Cicely Saunders, que concebe o primeiro Hospice.

Os Cuidados Paliativos, despontam da carência de cuidados dirigidos aos doentes em fim de vida, sendo o principal propósito a promoção da qualidade de vida do doente em fase terminal.

No sistema de saúde português, os Cuidados Paliativos surgem na época de 90, do século XX, pelo que, em 2004, a direção geral de saúde, emana o Programa Nacional de Cuidados Paliativos e reconhece-os como sendo de primado enfoque.

Em 2012, a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei nº 52/2012, de 5 de setembro) confere aos cidadãos o seu direito ao acesso aos Cuidados Paliativos.

A Organização Mundial de Saúde (2011), invoca que os Cuidados Paliativos são:

(...) uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e suas famílias que enfrentam o problema associado a doenças que ameaçam a vida, por meio de prevenção e alívio do sofrimento, através da identificação precoce e avaliação impecável e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. Cuidado paliativo: afirma a vida e encara a morte como um processo natural; não pretende apressar nem adiar a morte; usa uma abordagem de equipe para atender às necessidades de pacientes e suas famílias, incluindo luto (...) (p.6).

Também a Lei nº 52/2012, de 5 de setembro declara que:

Cuidados Paliativos são cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente da 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 sociais e espirituais ( p.5119).

De forma similar, Alves et al. (2019) defende que, os cuidados paliativos podem ser encarados como uma atuação multidisciplinar que potencia a qualidade de vida dos doentes e famílias que se deparam com patologias ameaçadoras de vida, pela prevenção e alívio do sofrimento, através de uma precoce identificação dos problemas, de uma correta avaliação, tratamento da dor e outras afeções do âmbito biopsicossocial e espiritual.

Corroborando com esta linha de pensamento, Neto (2020) preconiza que os Cuidados Paliativos se assumem como uma orientação na prestação de cuidados, tendo como essencial finalidade a promoção da maior qualidade de vida possível, a autonomia e dignidade, recorrendo a cuidados que centrem a sua atuação no doente e valores que lhes são inerentes, quando a cura já não é alcançável, independentemente do prognóstico, da doença ou da idade.

A autora alega que estes cuidados são dotados de elevado rigor científico, utilizam ferramentas científicas, pelo que devem coexistir no atual sistema de saúde. Devem ter como alicerce uma abordagem holística e integral do sofrimento do doente, atendendo às diferentes necessidades, sejam elas de caráter físico, psicológico, social ou espiritual.

De realçar que estes cuidados, afirmam a vida e aceitam a morte como um processo natural, pelo que não coaduna neste contexto a pretensão de antecipá-la, causá-la, pela eutanásia, ou protelá-la no decorrer da obstinação terapêutica. Assim, as intervenções devem pretender o máximo de conforto, sem recurso a medidas agressivas, inúteis ou desajustadas.

Segundo Neto (2020), ainda que as primeiras equipas de cuidados paliativos tenham emergido no nosso país há cerca de duas décadas, inúmeras pessoas creem que estes “servem

para ajudar a morrer, intervindo apenas nos últimos dias de vida, ou até que apressam a morte, que apenas servem para oferecer amor e carinho, e que pouco podem oferecer pelo doente” (p. 18).

Para a autora, torna-se assim evidente que estas concepções deturpadas acerca da temática, em parceria com a escassez de serviços apropriados e de excelência, conduzem invariavelmente a um entrave de acesso a tais cuidados de saúde.

Por vezes, a relutância, em aceitar o evoluir da doença e a aproximação do fim, favorece a demora no processamento de finitude por parte do doente, ainda que já inserido nesta realidade. Prado et al. (2019), vem destacar a importância do alívio do sofrimento na fase que precede a morte, facultando cuidados que colmatem as necessidades que nem sempre são expressas. O autor adverte ainda para o facto de que são poucos os doentes que podem usufruir deste tipo de cuidados, uma vez que raramente têm consciência da sua situação atual e do seu prognóstico.

Para Neto (2020), na essência dos cuidados paliativos está a “verdadeira aliança terapêutica entre a equipa de saúde e pessoa doente, em que a primeira ajuda o doente a ajudar-se” (p.16). Ora, segundo a autora, esta convenção implica que o profissional de saúde seja dotado de um elevado respeito pelo outro, rigor, honestidade, capacidade de escuta, habilidade em explicar as opções terapêuticas, delinear objetivos e acatar a recusa de tratamentos.

Assim sendo, este pensamento remete-nos para a valorização da autonomia do doente, pelo que Neto (2020), evidencia “não de forma absoluta e isolada, mas enquadrada numa perspetiva de interdependência decorrente da nossa condição humana e valorizando também outros princípios éticos fundamentais, como o da beneficência e da não maleficência” (p.16).

Corroborando com esta temática, Nunes (2020), alega que “na saúde, a realização de qualquer ato requer informação e consentimento (...) E a pessoa precisa de informação clara, objetiva e verdadeira, quando quer ser informada” (p.49).

A autora defende ainda que a veracidade do discurso constitui um meio para que a pessoa possa efetivamente tomar decisões, baseada no respeito da sua autonomia, uma das facetas do respeito pela dignidade humana. Relembremos Orselli et al. (2020), que relata que:

A vida deve ser defendida a qualquer custo e ter seu valor de indisponibilidade oponível erga omnes enquanto se for possível viver bem, entretanto, se for o desejo da pessoa não mais viver por conta do sofrimento causado por uma doença ou outra

forma de sofrimento degenerativo, não há que se falar em indisponibilidade da vida, pois se manteria a vida contra a vontade do próprio titular. A partir do momento em que não mais é possível viver bem, não há mais sentido em se defender a indisponibilidade da vida, sendo que ela levará a um final indigno. Deve-se, sim, ser defendida a autonomia da pessoa, a liberdade e a integridade no tocante a escolha de seu morrer bem (p.102).

Note-se que a informação constitui um alicerce da tomada de decisão do doente e este direito à informação está salvaguardado no artigo 37º, nº1, da Constituição da República Portuguesa (2005) “Todos têm o direito (...), de informar, de se informar e de ser informados, sem impedimentos nem discriminações” (p.36); no Código Civil, artigo 573, referente à obrigação de informação, referindo que “A obrigação de informação existe, sempre que o titular de um direito tenha dúvida acerca da sua existência ou do seu conteúdo e outrem esteja em condições de prestar as informações necessárias”; na alínea e, Base 2, Lei n.º 95/2019, Diário da República, relata-se que todas as pessoas têm o direito “A ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar” (p.56).

Também Neto (2020), partilha da opinião de que a prática dos Cuidados Paliativos deve respeitar irrefutavelmente o “valor da proteção e a inviolabilidade da vida humana” (p.25). Este valor constitui a sustentação para a promoção da dignidade, característica subjacente à condição humana, que não se extingue em casos de sofrimento e, ou vulnerabilidade. Para a autora supracitada, “A promoção e a preservação da dignidade em fim de vida e da própria autonomia não pode recorrer a práticas que, para pretensamente eliminar o sofrimento, eliminam a pessoa que o experimenta, como a eutanásia ou o suicídio assistido” (2020, p.25). Nesta linha de pensamento, nos Cuidados Paliativos, a morte é encarada como um processo natural, impreterível, não instigado, pelo que são adotadas medidas que promovam o alívio sintomático, todavia não ocasionem a morte daquele que o vivencia, ou que com o intuito de protelar o seu sofrimento.

## 2 - Níveis e fases da prestação de cuidados paliativos

Para Marques & Silva (2018), a prestação de Cuidados Paliativos pode inserir-se em três níveis, pelo que se consideram as ações paliativas, os cuidados paliativos gerais e os cuidados paliativos especializados.

Nas ações paliativas preconizam-se cuidados que coadunam com os princípios e filosofia dos cuidados paliativos e são desenvolvidos num serviço não especializado. Assim, procura-se o alívio do sofrimento, o controlo sintomático e uma comunicação assertiva com o doente, família e outros profissionais. As ações paliativas estão ao dispor de todos os profissionais de saúde, sendo pertinente possuírem formação básica em Cuidados Paliativos.

Nos Cuidados Paliativos gerais, a prestação destes cuidados é assegurada por profissionais, que apesar de os Cuidados Paliativos não constituírem o cerne da sua atividade profissional, são detentores de competências e conhecimentos neste âmbito.

Nos Cuidados Paliativos especializados estamos perante a prestação de cuidados desenvolvidos por equipas e serviços diferenciados e de elevada qualidade. Os profissionais são dotados de formação específica na área e dedicam-se predominantemente a este tipo de cuidados. No que concerne às fases da prestação de Cuidados Paliativos, as autoras sintetizam esta temática da seguinte forma (figura 1):

**Figura 1 – Fases da prestação de Cuidados Paliativos**

	<b>Duração</b>	<b>Mobilidade</b>	<b>Intenção do tratamento</b>	<b>Princípios</b>
<b>Reabilitativa</b>	Meses / Anos	Mantida	Restaurar autonomia; controlo sintomático	Possibilidade de tratamentos agressivos
<b>Pré-terminal</b>	Semanas / Meses	Limitada	Qualidade de vida possível; controlo sintomático	Apoio social
<b>Terminal</b>	Dias / Semanas	Acamado, a maior parte do tempo	Máximo conforto	Expectativas realistas; reduzir impacto da doença
<b>Final</b>	Horas / Dias	Essencialmente acamado	Cuidados ativos de conforto	Valorizar; aceitar; aliviar

Marques e Silva (2018, p.1)

De acordo com a fase na qual se encontra o doente - reabilitativa, pré-terminal, terminal ou final, os cuidados e os objetivos podem ser diferentes. Marques e Silva (2018) aponta que “estes cuidados, por si só, têm um impacto positivo no decurso da doença e contribuem para a redução da possibilidade de luto patológico, pelo que deverão ser iniciados tão precocemente quanto possível, assim que as opções curativas se vão desvanecendo” (p.1)

Igualmente, Capelas et al. (2018) reitera que a identificação e a referenciação precoce dos doentes com necessidades paliativas são cruciais para que estes possam, oportunamente, usufruir de uma intervenção efetiva, no entanto, a falta de formação e de informação dos profissionais podem constituir elementos que impeçam o processo da referenciação precoce.

Sabe-se que, a prática dos Cuidados Paliativos, está em constante evolução e devir. Segundo Capelas et al. (2018), estes pressupõem cinco princípios chave: Cuidados compreensivos (que satisfaçam todas as necessidades do doente/família, de uma forma holística, e não resumam tão somente à componente física); Cuidados integrados (oferta organizada em todos os serviços do sistema de saúde); Qualidade (atendendo ao binómio efetividade e eficiência); Acessibilidade universal (isonomia na acessibilidade, apoio e integração no sistema de saúde) e Valores de compaixão e comprometimento em cuidar de pessoas que apresentem vulnerabilidade e fragilidade.

Assim, preconiza, que para assegurar os princípios supracitados, é fundamental a substituição de um modelo fracionado, extemporâneo, que apenas responde a crises ou agudizações, maioritariamente centrado na doença (muitas vezes apenas oncológica), cuja intervenção ocorre essencialmente nos últimos dias de vida, por um novo modelo. Este, por seu turno, deverá considerar uma intervenção precoce, ser integrado e planeado. Deverá ainda, canalizar a sua atenção para a pessoa e a doença não oncológica, almejando tempos medianos de sobrevivência de vinte e quatro meses, com uma satisfatória identificação dos doentes em todas as fases de prestação de cuidados, com ajustada gestão dos casos e planeamento dos cuidados, de forma avançada.

### **3 - Desafios de Enfermagem e Pilares da prática assistencial em Cuidados Paliativos**

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), OE (2015), assevera que a Enfermagem

É a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (p.99).

Todavia, Souza et al. (2020) adverte que “Abordar o cotidiano da prática assistencial de enfermagem é difícil, principalmente quanto ao cuidado a pacientes em fase terminal, que engloba uma série de outras particularidades e exige atenção multiprofissional” (p.4).

Nesta linha de pensamento, facilmente assomamos que existe toda uma panóplia de características subjacentes ao cuidar de enfermagem dirigido ao doente em fase terminal, pelo que Góis et al. (2019) menciona “O cuidado dos enfermeiros diante do processo de morte exige mais do que conhecimentos técnicos, exige uma busca pelo autoconhecimento que moldem e transformem o cuidado, de modo a amenizar o sofrimento psíquico e emocional que o ato de repetição deste facto do cotidiano pode levar” (p.49).

Também Piredda et al. (2019) reitera que para cuidar de alguém em fim de vida é fundamental que o enfermeiro extrapole para além das suas convicções, almejando a satisfação das necessidades do doente.

Por seu turno, Gomes et al. (2017), explica-nos que a prestação de cuidados ao doente em fim de vida pode tornar-se uma ação diligente para todos os intervenientes, dado o acometimento físico e psicológico que a situação acarreta. Deste modo, reitera que é crucial a escora dos profissionais de saúde e mais adianta que “A relação de ajuda é um elemento decisivo na atividade dos enfermeiros, desempenhando um papel central na resposta às necessidades concretas do doente em fim de vida e sua família (...) o enfermeiro estabelece uma relação de ajuda quando faz com que o doente sinta que existe para ele” (p.98).

Carneiro et.al (2021), reitera “Dedicar tempo e atenção àqueles que certamente não vão curar e aplicar o nosso esforço àqueles que estão na iminência da morte é certamente oportunidade cimeira para exercício humanizante (...)” (p.6).

Os conceitos e princípios que norteiam os Cuidados Paliativos, enquanto autênticos cuidados de saúde, refletem-se na prática quotidiana dos profissionais que os prestam. Para Neto (2020), estes cuidados assumem-se de elevado rigor, humanismo e cientificidade encontrando-se embasados em quatro pilares essenciais: o controlo sintomático, a equipa multidisciplinar, a comunicação e o apoio à família.

Para Gomes et al. (2017), a prática dos Cuidados Paliativos deve basear-se no controlo primoroso dos sintomas de ordem física, psicológica, social e espiritual. Assim, a autora defende que “os princípios do controle destes sintomas baseiam-se em avaliar antes de tratar, explicar as causas dos sintomas, (...) adotar uma estratégia terapêutica mista, monitorizar os sintomas, reavaliar regularmente as medidas terapêuticas, cuidar dos detalhes e estar disponível” (p.100).

Neto (2020), adianta que um indevido controle sintomático, para além de maximizar o sofrimento, poderá potenciar o avanço da doença. Considera ainda que primordial fase do alívio de sintomas passa por uma primorosa avaliação da sua etiologia.

Freire (2017) define sintoma como uma “perceção somato-psíquica em resposta a um estímulo nóstico, real ou potencial” (p.13). Segundo a autora, o sintoma reveste-se de caráter subjetivo, uma vez que tem que ser caracterizado pelo sujeito, tendo em linha de conta os seus estados de ânimo, significações, meio envolvente e adaptabilidade à circunstância.

A autora citada, relembra também que, em Cuidados Paliativos, os sintomas, encontram-se presentes em grande escala, podendo alterar de forma negativa a qualidade de vida do doente e família. “São múltiplos e combinados, evolutivos e cambiantes, têm caráter multidisciplinar e causas multifatoriais” (p.13).

Desta forma, preconiza que para controlar os sintomas, é crucial adotar uma estratégia personalizada, gradativa e planeada para cada doente, passando por:

- Pesquisar os sintomas de maneira ordenada (com recurso a listas de sintomas ou escalas como ESAS ou POS-S);
- Avaliar sempre antes de tratar (pormenorizar o sintoma – localização, intensidade, duração, tipologia, fatores desencadeantes e de atenuação, sintomas correlacionados, repercussão no estado emocional do doente e nas atividades de vida diária);
- Ponderar a realização de técnicas de meios complementares de diagnóstico em função das finalidades delineadas para o doente;

- Tratar atendendo ao processo etiopatológico e de acordo com o propósito terapêutico determinado para o doente;
- Adotar uma atitude preventiva e de alerta no que diz respeito aos possíveis efeitos secundários;
- Trabalhar com espírito de equipa, inserido no seio multidisciplinar;
- Manter o doente, a família e a equipa esclarecida.

Corroborando com o referido, Neto (2017), assevera que “o correto tratamento de um sintoma, desde logo tem por base a sua correta avaliação e valorização pela equipa multidisciplinar, numa abordagem centrada no paciente”, pelo que “a avaliação do sintoma é o passo crucial para o bom tratamento” (p. 2). De modo a satisfazer esta condição, também a autora sintetiza os princípios subjacentes ao controle sintomático, sendo eles:

- Aferir acertadamente os sintomas (“Avaliar”, “Avaliar”, “Avaliar”);
- Monitorizar frequentemente os sintomas, preferencialmente fazendo-se valer de escalas;
- Traçar um plano terapêutico misto, que contemple ações farmacológicas e não farmacológicas;
- Fomentar uma atitude preventiva, elaborando um esquema terapêutico com medicação periódica e em SOS;
- Apropriar a via de administração, favorecendo a menos invasiva;
- Definir planos de cuidados com o doente e família;
- Atentar aos pormenores do plano de tratamento.

Como se pode verificar, o controlo sintomático, em Cuidados Paliativos, ocupa uma posição de relevo, todavia há um período em que a exacerbação dos sintomas existentes ou o aparecimento de novas manifestações requerem igualmente uma prática assistencial ajustada, sendo denominada de fase de agonia.

Braga et al. (2017), caracteriza o período de agonia como sendo aquele que se reporta às últimas horas ou dias de vida, podendo em situações excecionais alongar-se até aos doze dias, em contexto de doença irreversível e avançada. Aqui, surgem alterações clínicas, fisiológicas, a presença de novos sintomas e/ ou a agudização dos que já existiam. Segundo a autora, esta fase reporta-se a um subgrupo dos doentes em situação paliativa e terminal.

Para Areia et al. (2017), com base na Sociedad Española de Cuidados Paliativos, conceitua-se que um doente entra na fase terminal quando reúne os seguintes requisitos:

- Estamos perante o diagnóstico de uma patologia avançada, progressiva e incurável;
- Assim que, todas as atitudes terapêuticas, previamente desenvolvidas, fracassaram no retorno da progressão da doença;
- No momento em que o doente vivencia outra sintomatologia, ou afeção severa de comprometimento multifatorial;
- Quando existe uma significativa repercussão emocional no doente, família e profissionais de saúde, resultante da chegada da morte, implícita ou explicitamente;
- Estamos perante um prognóstico de vida menor que seis meses.

Assim, a autora supracitada argumenta que “a fase agónica ou agonia integra a fase terminal da doença e corresponde ao período em que se verifica o declínio das funções vitais do doente, culminando com a sua morte em horas ou dias ...” (Areia et al., 2017, p.140).

Neto (2020, p.60) afirma, de forma similar que “Os últimos dias de vida, a chamada fase de agonia, estão entre as situações de maior intensidade (...)” e que esta fase “(...) pode fazer pressupor que se trata de um período de inevitável e expectável intensificação do sofrimento”.

Para Braga et al. (2017)

O período de agonia compreende as últimas horas ou dias de vida, em que, no contexto de uma doença irreversível e avançada, os doentes experienciam mudanças clínicas, fisiológicas e aparecimento de novos sintomas e/ou agravamento dos já existentes. Estes doentes necessitam de um conjunto de cuidados específicos e adequados às suas necessidades, direcionados ao conforto (p.48).

Assim sendo, a autora refere que “Torna-se, por isso, fundamental saber identificar os sinais clínicos de agonia num contexto de doença avançada, progressiva e incurável” (p.48).

Também, Neto (2020) reitera que, emergidos na fase agónica, “(...) Deverão (...) ser tomadas todas as medidas necessárias dirigidas ao conforto e nenhuma que possa prejudicar esse objetivo, tendo presente a fragilidade da pessoa em questão (p. 61).

Areia et al. (2017), aquiesce que, este tipo de doente precisa de cuidados direcionados às suas autênticas necessidades, pelo que se torna imperioso saber reconhecer os sinais clínicos da agonia, num contexto de doença avançada, progressiva e incurável. Os principais alicerces da intervenção na agonia passam por assegurar um pleno controlo sintomático, pela adaptação do regime terapêutico e pelo apoio à família.

Assim, relata que os sinais e sintomas que se agudizam ou surgem, nestes doentes, podem ser de variada ordem, apontando:

- Declínio funcional, maior debilidade, o que muitas vezes é sinónimo de maior confinamento ao leito;

- Astenia progressiva;

- Disfagia, com falência de reflexo de deglutição;

- Acréscimo das secreções ao nível da orofaringe;

- Declínio do estado de consciência;

- Agitação ou delirium terminal;

- Alteração do padrão respiratório, designadamente com períodos de apneia ou respiração de Cheyne-Stockes;

- Aquando as últimas horas de vida, é possível que surjam alterações cardiovasculares, tal como a taquicardia, hipotensão arterial, alteração da eliminação urinária com oligúria/anúria, sinais de má perfusão periférica.

Pela literatura, é unísono que os sintomas mais habituais são o delirium, o estertor, a dispneia, a dor, as náuseas e os vómitos. Posteriormente passamos a abordar cada um destes sintomas.

#### a) Delirium

Braga et al. (2017) descreve o delirium como um “quadro agudo ou subagudo, causado por disfunção orgânica, cerebral difusa que afeta a cognição e atenção e em que há uma diminuição do nível de consciência, uma atividade psicomotora anormalmente aumentada ou diminuída e uma perturbação do ciclo de sono e vigília” (p.2).

O delirium pode causar sofrimento de ordem física, psicológica ou existencial, estando presente em cerca de 80% dos doentes em fase agónica, na grande maioria reportando se a

causas multifatoriais. Cerca de metade destas assumem-se como reversíveis, como é o caso da terapêutica medicamentosa, privação etílica ou de tabaco, metabólica, dor, infeção, entre outras.

Segundo a autora, o estado mental do doente altera-se em horas a dias, pelo que seria desejável conhecer o seu padrão cognitivo anterior. Aponta as características mais relevantes do delirium como sendo o início agudo; alteração do estado de consciência; declínio na atenção; flutuações de comportamento, com momentos de lucidez, pensamento destruturado; desajuste na perceção, com possíveis alucinações; distúrbios psicomotores, com hiper ou hipoatividade; mudança no ciclo sono-vigília; alterações emocionais com presença de labilidade emocional e quadros de ansiedade e sintomatologia somática como é o caso da taquicardia, sudorese, incontinência de esfíncteres, afasia e sudorese.

Para a avaliação do delirium utilizam-se diversas escalas como o DSR (delirium rating scale), o CAM (confusion assessment method) ou o MDAS (memorial delirium assessment scale).

No que concerne à abordagem do delirium, esta compreende tratamento não farmacológico e farmacológico. Caso a causa seja identificada, torna-se importante direccionar a atuação de modo a eliminá-la.

Relativamente ao tratamento não farmacológico, a autora, afirma que é de primordial importância explicar de forma clara a etiologia das manifestações, asseverando que estas representam um sintoma de maior fragilidade e coadunam com a própria evolução da patologia.

Medidas como promover um ambiente tranquilo, permitir a presença da família, fomentar o contato visual, utilizar técnicas comunicacionais assertivas, ajustar o horário da terapêutica, de modo a reduzir as administrações noturnas, recorrer antecipadamente ao suporte psicológico podem constituir uma mais-valia no que diz respeito a uma abordagem não farmacológica.

Neste âmbito, crê-se que a contenção física não constitui um procedimento de primeira linha. Braga (2017) preconiza que a imobilização física do doente sem previamente se recorrer à contenção química constitui uma medida desajustada.

A respeito do tratamento farmacológico do delirium, Freire (2017) certifica que este deverá “ser dirigido às causas reversíveis de forma individualizada consoante os objetivos de

cuidado” (p.104). Mais acrescenta que além da abordagem direcionada às causas reversíveis, é necessário desenvolver uma intervenção sintomática.

Braga et al. (2017) explica que a contenção química constitui a conduta de eleição perante o delirium hiperativo, pelo que de entre a classe de neurolépticos, o haloperidol surge como preferencial.

Em caso de delirium refratário ao tratamento inicial, poderá ser necessária a sedação profunda, trocando o haloperidol por levomepromazina. O delirium associado a agitação psicomotora, constitui a terceira causa para iniciar a sedação paliativa. Esta, está retratada no artigo 8º do Decreto-Lei nº 31/2018, como um direito das pessoas em fim de vida, com sintomatologia não controlada.

Menezes et al. (2019), refere que a sedação paliativa pode ser percecionada como “uma opção para aliviar o sofrimento de pacientes em fim de vida, devido a sintomas refratários, especialmente dispneia e delirium, após terem sido esgotadas todas as outras opções de tratamento” (p.72”). Caracteriza ainda, sintomas intratáveis ou refratários, como sendo aqueles que “a despeito de múltiplos esforços, não são possíveis de ser controlados sem o comprometimento da consciência do paciente, que prejudicam o seu bem-estar, pelos grandes efeitos negativos sobre o seu organismo e que interferem com o processo sereno de morrer” (p.73).

A autora plasmada, alerta ainda, para o facto de que a nível bioético possa existir alguma controvérsia relativamente às repercussões éticas da indicação de uma condição de inconsciência num doente com morte iminente, e ainda da imprescindibilidade de diferenciar nitidamente sedação paliativa de eutanásia. Assim sendo, a sedação paliativa “deve ser precedida de explanação e discussão de equipe de saúde com o paciente e/ou parentes, na busca de aprovação e consentimento de todos os envolvidos” (p.76).

#### b) Estertor

Pais et al. (2019), descreve o estertor como sendo o sinal patognomónico da agonia e deve-se à imperícia de expelir as secreções da orofaringe e da traqueia.

Braga et al. (2017) acrescenta que este tipo de sintoma acomete cerca de 45% dos doentes em agonia e suscita elevada inquietude na família, uma vez que há tendência para confundir estertor com dispneia. Deste modo, preconiza que uma das intervenções imediatas será

serenar os familiares, clarificando que não há ameaça de sufocação, que o próprio doente não tem essa percepção e que não há sofrimento acrescido.

Como medidas não farmacológicas a implementar, elencam o posicionamento do doente com elevação da cabeceira a 45° (minimiza o risco de acumular secreções), evitar o decúbito dorsal e eleger o decúbito lateral com a cabeça moderadamente inclinada para a frente. De realçar que a aspiração de secreções não está indicada, salvo algumas exceções. Este procedimento, além de intensificar a produção de secreções, através da estimulação da mucosa, pode provocar o vômito, o que também constitui mais elemento indutor de desconforto.

Por seu turno, a hidratação intensifica o avolumar de secreções e consequentemente o estertor.

No que respeita a medidas medicamentosas, a terapêutica de eleição é a medicação anticolinérgica.

Braga et al. (2017), adianta que a escopolamina ou a butilescopolamina são os fármacos mais aprovados, podendo ser utilizados de forma intermitente (em bólus), ou em caso de ineficiência, em perfusão contínua subcutânea. Adverte, porém, que esta terapêutica não incide a sua atuação sobre as secreções já existentes, pelo que se torna vital a sua implementação antes do estertor se instalar. Caso as secreções já estejam presentes, a administração de furosemida em indicada. A atropina e o brometo de ipratrópio também apresentam comprovado benefício. Se estertor ligeiro, sugere-se a atropina e o brometo de ipratrópio, se estertor moderado a grave recomenda-se a atropina e a furosemida.

### c) Náuseas e vômitos

Para Freire et al. (2017) o mecanismo de vômito compreende a expulsão compelida de material gástrico pela cavidade oral, enquanto Foucault et al. (2018) nos explica que as náuseas dizem respeito um sinal percecionado de forma consciente pelo doente, dada a necessidade de vomitar. Verifica-se a inibição do tónus e peristaltismo gástrico, associado à elevação das contrações duodenais e a um refluxo do conteúdo intestinal para o estômago. A autora acrescenta ainda que, a náusea remete para espasmos ritmados do diafragma, músculos abdominais e intercostais responsáveis pelo vômito, isto é, pela repulsa oral do

conteúdo gastrointestinal. Este mecanismo, é acionado pelo centro de vômito, situado ao nível do bolbo raquidiano.

Os principais neurotransmissores que envolvem este processo são a dopamina, a serotonina, acetilcolina e a histamina.

Freire et al. (2017) indica que “a náusea é uma sensação desagradável da necessidade de vomitar” (p.49) e pode fazer-se acompanhar de sintomas autonómicos como sendo a sudorese, taquicardia e palidez cutânea.

Foucault et al. (2018) expõe que “as náuseas e vômitos são frequentes nas pessoas em fim de vida e, devido a este facto, devem ser objeto de cuidado de enfermagem” (p. 64). Todavia, é essencial atender à causalidade dos mesmos, porquanto Araújo (2021) enfatiza que “é necessário descobrir primeiramente a etiologia do sintoma para dar seguimento ao tratamento adequado” (p.5936).

Nesta linha de pensamento, Freire et al. (2017), sintetiza as causas de náuseas e vômitos delimitando as de origem gastrointestinal (estase gástrica – opióides/anticolinérgicos; compressão gástrica – peritonite, obstipação, úlcera péptica, colangite, entre outros; distensão da cápsula hepática, vias biliares ou aparelho urinário); origem ao nível do sistema nervoso central (neoplasia primária ou metastizada, hipertensão intracraniana, meningite); origem vestibular (doença de Menière, Neurinoma do acústico, neoplasia cerebral primária ou metastizada, metástases da base do crânio, vômitos induzidos pelo movimento); origem metabólica (uremia, insuficiência hepática, hipercalcemia, cetoacidose, tumores necróticos); origem farmacológicas (utilização de opióides, diuréticos, antagonistas dos canais de cálcio, antidiabéticos orais, amoxicilina, metronidazol, trimetoprim, aciclovir, anti hipertensores, betabloqueadores, ferro); outras causas ainda são apontadas como sendo a tosse, irritação faríngea, radioterapia, sépsis e dor .

A autora relata que é necessário proceder à anamnese clínica e exame físico do doente para determinar a etiologia das náuseas e vômitos. Sendo assim, defende que se torna indispensável avaliar se há nexos de causalidade entre o principiar dos vômitos com a introdução de terapêutica recente; diferenciar vômito, regurgitação e expetoração; inferir acerca da duração, frequência, intensidade, horário, elementos de atenuação ou agudização; apurar sintomatologia associada, inspecionar a cavidade oral e abdominal; ponderar a realização de avaliação neurológica, se se justificar.

Reitera que a intensidade das náuseas pode ser avaliada através de uma escala numérica.

No que concerne ao tratamento, este pode ser não farmacológico ou farmacológico. No primeiro, deverá fomentar-se um ambiente tranquilo, isento de odores; proporcionar pequenas refeições, de aspeto apazível; a alimentação deve ser servida fria, minorando a quantidade de gorduras, doces, salgados ou condimentos; promover a ingestão hídrica, em pequena quantidade fora das horas da refeição.

No que respeita ao tratamento não farmacológico, o tratamento deve ser direcionado para a resolução das causas potencialmente reversíveis. A terapêutica anti-emética reporta maioritariamente aos bloqueadores de neurotransmissores, pelo que a seleção do anti-emético mais assertivo, passará por ter em consideração o neurotransmissor implicado.

Deste modo, sugere terapêutica anticolinérgica (como a butilescopolamina e escopolamina), anti-histamínica (difenidramina, dimenidrinato, ciclizina, meclizina, prometazina,) antagonistas dos recetores da dopamina (clorpromazina, haloperidol, metoclopramida, domperidona, entre outros), antagonistas dos recetores de serotonina (ondasetron, dolasetron...), antagonistas dos recetores da neurocinina (aprepitan), corticoides (dexametasona, prednisolona), benzodiazepinas (lorazepam),

#### d) Dor

Santos et al. (2018), partilha da opinião de que a dor constitui uma vivência subjetiva, de cariz individual, suscetível de modificar o bem-estar físico e mental.

Raja et al. (2020) postula que o conceito de dor tem sido revisto ao longo dos tempos, porquanto em 2020, foi classificada como “experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (p.1).

Por seu turno, Barros (2020), relembra Cicely Saunders referindo que a definição desta relativamente à dor, abarca a exposição supracitada, pormenorizando a “Dor em cuidados paliativos como sendo uma relação de caráter multidimensional em que as dores física, emocional, espiritual e social apresentam-se mutuamente, sendo reconhecida e difundida entre paliativistas, como dor total” (p.745).

Corroborando com esta temática, também Sousa (2021) menciona que “Compreender a subjetividade da dor é essencial quando se pensa em uma assistência integral ao paciente,

visto que cada indivíduo possui suas particularidades e diferentes limiares de dor, de modo que a abordagem terapêutica deve se adequar a ele” (p.3433).

Santos (2018), postula que, no domínio da dor “a Enfermagem tem um papel importante no manejo da mesma nos cuidados paliativos, já que ela está mais presente junto do doente em relação a outros profissionais e por isso dispõe de um maior vínculo com o paciente, possibilitando uma melhor avaliação” (p.7).

No que concerne à avaliação da dor, sabe-se que em meados de 1996, James Campbell (presidente da Associação Americana da Dor) declarou a dor como sendo o quinto sinal vital. No decorrer desta linha de pensamento, Amaral et al. (2019), argumenta que as ferramentas de avaliação da dor foram melhorando ao longo dos tempos, de modo a executá-lo com maior proficiência.

Alves et al. (2018), alvitra que podemos encontrar variadas escalas da dor, como sendo:

- Escala numérica verbal (na qual o doente confere um valor de zero a dez, considerando que zero significa inexistência de dor e dez uma dor muitíssimo forte). É uma das escalas mais frequentemente adotada;
- Escala analógica visual (utilização de uma linha reta, com narradores de ausência de dor e dor insuportável, no qual o doente indica a sua dor relativamente à intensidade);
- Escala verbal da dor, na qual o doente descreve a sua dor de acordo com a sua intensidade.

Amaral et al. (2019), vem dar conta de que o questionário de McGill se apresenta como uma das ferramentas multidimensionais mais utilizada e devidamente elaborado, porquanto avalia parâmetros como a qualidade, as propriedades, a classificação em termos de espaço e intensidade da dor. É constituído por sessenta e dois descritores, quatros sensoriais, afetivos, avaliativos e outros aspetos da dor e por vinte subgrupos, nos quais os descritores se apresentam em ordem crescente de intensidade. Estes descritores aferem o número de descritores escolhidos e o índice de dor, podendo oscilar entre zero e vinte.

Silva et al. (2020) adverte que “no contexto dos Cuidados Paliativos, no processo de avaliação da dor, a família também deve ser incluída, em especial nos momentos mais difíceis, quando se trata de pacientes que se encontram em fase avançada da doença” (p.1861).

Também Silva et al. (2020) relembra a dor como “considerada o quinto sinal vital dos pacientes, requerendo prevenção e tratamento adequados, principalmente para aqueles em cuidados paliativos, mais especificamente aqueles em fim de vida” (p.1861).

Barros et al. (2020) por conseguinte, menciona que “a dor é o acometimento mais temido no enfrentamento da evolução da doença e do seu tratamento tanto para os pacientes, quanto para os seus familiares” (p.745). Assim, também coaduna com a premissa de que é imperioso a correta identificação da dor, que sendo de caráter subjetivo, muitas vezes ultrapassa a usual dor localizada.

A autora advoga que o alívio da dor, em toda a sua extensão, constitui o firmamento dos Cuidados Paliativos e o cerne da atuação dos seus profissionais. Perante isto, reafirma que é essencial precisar a etiologia da dor, além de qualificar a sua intensidade e apresentação, explicando que esta pode ser nociceptiva (alusiva à estimulação química ou física das terminações nervosas normais) ou neuropática (resultante da lesão total ou parcial ou modificação da função em alguma componente do sistema nervoso periférico, central ou misto).

Assim, preconiza que os profissionais de saúde devem selecionar a terapêutica e intervenções que melhor se adequem ao alívio de cada tipo de dor apresentado pelo doente.

Respeitante à classificação em relação à evolução temporal da dor, Freire (2017), diferencia a vertente aguda, da vertente crónica. A primeira é pautada por existir um estímulo nociceptivo, comumente reconhecido; um padrão temporal bem determinado; uma ação de advertência e proteção, durabilidade que pode ir de horas a semanas; por sua vez, a dor crónica, permanece apesar da supressão do estímulo; coaduna com um padrão temporal mal determinado; caracteriza-se por uma duração superior ou igual a três meses e a sua intensidade não se relaciona com o agente causal.

A autora supracitada vincula que “a dor aguda inadequadamente tratada é muitas vezes a causa da doença dolorosa crónica” (p. 20).

Atendendo a todos estes fatores, declara que o tratamento da dor pode conciliar estratégias do fórum:

-Farmacológico;

-Não farmacológico, como sendo a fisioterapia, psicoterapia, acupuntura, técnicas de neuromodulação elétrica;

-Intervenção invasiva como a neuroestimulação ou os bloqueios nervosos.

Relativamente ao tratamento farmacológico, Foucault et al. (2018), reconhece que é crucial que os enfermeiros sejam detentores de informação acerca dos principais analgésicos e coanalgésicos, alegando “estes conhecimentos são também úteis para a enfermeira compreender e seguir a terapêutica em curso e colaborar ativamente no tratamento da dor da pessoa em sofrimento” (p.122).

Envolvendo-se nestas temáticas, Foucault et al. (2018), deslinda que determinadas dores de etiologia neoplásica, amenizam parcialmente face aos opiáceos, exemplificando com a dor que advém de uma afeção óssea, ou então uma dor de proveniência nevrálgica. Assim, acrescenta, que quando a dor persiste para além da administração de opiáceos, a combinação de coanalgésicos, como os anti-inflamatórios não esteroides, os antidepressivos tricíclicos, os anticonvulsivantes, os esteroides e as benzodiazepinas podem demonstrar-se proveitosos.

Os coanalgésicos, para Foucault et al. (2018), são então definidos como “medicamentos de diversas classes farmacológicas, utilizados a título de complemento ou de acrescento à eficácia analgésica dos opiáceos para certas dores que respondam parcialmente aos opiáceos” (p. 122).

Seguidamente, a figura 2 apresentada, reporta-se à Escala analgésica da Organização Mundial de Saúde.

**Figura 2 – Escala analgésica da Organização Mundial de Saúde**

**Escala analgésica da Organização Mundial de Saúde**

**1º Degrau: Dores ligeiras a moderadas**

Analgésicos não narcóticos: a aspirina (AAS); os anti-inflamatórios não esteroides (AINE) e a acetaminofena (A.P.E.S.,2002, pp. 19-20).

**Mecanismo de ação**

AAS e AINE: ação ao nível das terminações nervosas periféricas, reduzindo principalmente a síntese das prostaglandinas. Os efeitos gastrointestinais e a inibição da agregação plaquetária limitam a utilização dos AINE em caso de insuficiência renal.

Acetaminofena: probabilidade de uma ação central para além da sua ação periférica, mas exerce muito pouca ação nas prostaglandinas porque não há nenhum efeito anti-inflamatório.

**2º Degrau: Dores moderadas a fortes**

Agonistas morfínicos fracos: codeína.

**Mecanismo de ação**

Inibição da transmissão da mensagem dolorosa pela sua ação ao nível do sistema nervoso central via recetores específicos, nomeadamente os recetores opiáceos endógenos situados principalmente na medula espinal e em várias regiões do cérebro (A.P.E.S., 1998, p. 10).

**3º Degrau: Dores fortes**

Reagrupamento dos agonistas morfínicos fortes: morfina, hidromorfona, oxicodona, fentanil, metadona.

**Mecanismo de ação**

Os agentes do tipo morfínico têm um efeito antálgico central na ação supraespinal e espinal. Inibem a transmissão da mensagem da dor pela ação ao nível do sistema nervoso central via recetores específicos, nomeadamente os recetores opiáceos endógenos situados principalmente na medula espinal e em várias regiões do cérebro (A.P.E.S., 1998, p.10).

. a passagem de um patamar para outro da escolha do analgésico será feita em função da avaliação da dor e do grau de alívio da pessoa doente.

Freire (2017), atenta aos efeitos adversos dos opióides referindo que estes “afetam a qualidade de vida e podem levar à não aderência à terapêutica” (p.27). Exemplifica que para determinados efeitos desenvolve-se tolerância, como é o caso das náuseas e sonolência, porém outros perduram, como sendo a obstipação. As primeiras, podem ser prevenidas pela adoção de um antiemético durante os primeiros dias de toma de um opioide, enquanto no caso da obstipação, é necessário manter uma atitude preventiva durante todo o processo, assim como efetuar tratamento dirigido.

Deste modo, a autora sumaria os efeitos adversos com respetiva atitude a adotar:

**Figura 3– Efeitos adversos do uso de opióides**

Obstipação	Hidratação; Picossulfato de sódio, lactulose, macrogol, senosídeo, sorbitol, leite de magnésio, bisacodilo
Náuseas e vômitos	Metoclopramida, domperidona, ondasetron, dexametasona, haloperidol
Prurido	Cetirizina, hidroxizina, loratadina, troca opióide
Sedação	Descontinuar outros sedativos, rotação opióide
Mioclônias	Rotação opióide, benzodiazepinas
Delirium	Rotação opióide, haloperidol, benzodiazepinas
Depressão respiratória	Naloxona (0,4 ml (1 ampola) em 10 ml de NaCl 0,9% - administrar 1 ml de cada vez e ver resposta), em casos excepcionais na existência da tríade clássica (frequência respiratória <8 ciclos /min; pupilas punctiformes; depressão do estado de consciência)

Freire (2017, p. 28)

#### e) Dispneia

Foucault et al. (2018) assevera que “A necessidade de respirar é vital em todos os seres humanos vivos” (p.78).

A autora menciona que no seio de uma panóplia de temores associados à fase terminal, o “(...) medo de sufocar é frequentemente expresso pelas pessoas doentes, mesmo aquelas que não apresentam qualquer sintoma preciso” (p. 78).

Para Gentzler et al. (2018) a dispneia pode ser percebida como um evento de caráter subjetivo, de afeção respiratória, cuja intensidade é variável. Mais acrescenta, que este mecanismo está associado a diversas causalidades.

Respeitante à etiologia da dispneia, Foucault et al. (2018) explica que as causas da mesma podem ser multifacetadas, pelo que elenca alguns exemplos como sendo a obstrução das vias respiratórias por uma neoplasia, linfangite, metastização pulmonar, edema pleural ou pericárdico ou ascite; fibrose pulmonar subsequente à radioterapia e quimioterapia; degradação generalizada do doente e patologia cardíaca ou respiratória crónica que poderão conduzir a pessoa não consiga ventilar convenientemente.

Tal como a dor, Foucault et al. (2018) argumenta que a dispneia se nos apresenta como um sintoma de caráter subjetivo, o que “(...) convida a enfermeira a utilizar uma escala para avaliar a perceção que a pessoa tem do desconforto resultante da dispneia.” (p. 81). Desta forma, preconiza a avaliação da dispneia, sustentada numa escala de zero a três, na qual zero significa ausência de conforto e três um desconforto de elevada intensidade.

Freire (2017), expõe outras escalas para avaliação da dispneia, como sendo a Escala de Borg modificada (pontuação que inicia em zero e termina em dez, na qual zero significa sem dispneia e dez refere-se a uma dispneia máxima) e a Medical Research Council (mMRC), que pontua da zero a 4, sendo que zero expressa sem dispneia e quatro representa um quadro de dispneia contínua e insuportável, incapaz de pensar noutras coisa.

A autora ressalta a importância de que mesmo em situações terminais, deve ter-se em consideração as causas reversíveis da dispneia, dando com exemplo a infeção, a doença pulmonar obstrutiva crónica, o edema agudo do pulmão e o tromboembolismo pulmonar, entre outros.

No que tange ao tratamento, Freire (2017), propõe medidas gerais como:

- Relaxamento, apoio psicossocial e técnicas de distração;
- Acomodação do grau de atividade quotidiana, propondo intervenção de apoio para os procedimentos mais desgastantes;
- Recurso a ventoinhas, no sentido de orientar maior aporte de ar para o rosto do doente (maximiza a sensação de melhoria devido ao movimento do ar);
- Utilização de dispositivos de insuflação – exsuflação mecânica de modo a promover a mobilização de secreções brônquicas (exemplo cough assist);

-Aprimoramento do ponto de vista nutricional.

Também no âmbito do tratamento, Foucault et al. (2018) alvitra que “(...) as intervenções preconizadas em fim de vida consistem no tratamento sintomático da dispneia, com o objetivo de procurar dar conforto à pessoa doente”. (p.82). Desta forma, defende que entre as abordagens terapêuticas vigentes se apresentam os ansiolíticos, corticosteroides, broncodilatadores, oxigenoterapia, e em alguns casos os neurolépticos.

No que concerne à abordagem da sintomatologia na fase agónica, relembremos Pais et al. (2019) que assoma que “O diagnóstico da agonia é, portanto, um diagnóstico clínico, não sendo necessários resultados de exames analíticos ou de imagem, sendo crucial identificá-la a tempo para que os objetivos terapêuticos sejam adequados e não se prolonguem ou iniciem tratamentos, atitudes e/ou procedimentos que não visem o conforto do doente” (p.242).

Assim sendo, a autora preconiza que é essencial a definição de um objetivo terapêutico, de modo a adotar as medidas ajustadas ao estado do doente. Deste modo, a autora defende que “(...) no fim de vida, (...) o objetivo terapêutico passa por aliviar e cuidar até ao fim, numa prática clínica humanizada.” (p.242).

À luz da autora supracitada, são diversos os princípios a ter em consideração para controle sintomático na fase agónica, valorizando sempre a simplificação do tratamento e a abstenção de uma atitude clínica agressiva. Desta forma, refere que é necessário:

-Minimizar o recurso a medidas de suporte direcionadas às patologias agudas ou agudizações das doenças crónicas, como sendo as transfusões sanguíneas, colocação de sonda nasogástrica, sonda vesical, administração de antibioterapia e perfusões endo venosas;

-Suspender terapêutica cuja administração não tenha um efeito relevante, como sendo vitaminas, antidiabéticos orais, hipocoagulantes, anti hipertensores, entre outros;

-Suspender medidas como avaliação de sinais vitais, pesquisa de glicemia capilar, balanço hídrico, exames laboratoriais ou imagiológicos não direcionados ao controlo sintomático;

-Assegurar terapêutica de rápido benefício e substituir a via de administração, priorizando a via oral e via subcutânea;

-Minimizar intervenções suscetíveis de provocar dor ou desconforto;

-Minimizar o risco de toxicidade terapêutica;

-Aquando a realização de tratamentos como pensos a úlceras de pressão, proceder previamente à sedo analgesia eficiente, almejando o conforto, o controlo da dor e a ausência dos odores;

-Diminuir os momentos de posicionamento, por exemplo executá-los de seis em seis horas;

-Assegurar cuidados à cavidade oral e respetiva humidificação, recorrendo a sprays de água ou chá, gelo ou esponjas humedecidas;

-Minimizar a agitação e ruído no meio envolvente ao doente;

-Consentir a presença da família.

Ainda, Pais et al. (2019), assegura que “(...) é necessário o reconhecimento da necessidade da abordagem multidisciplinar para se atingir a eficácia do pleno cuidar, considerando a multidimensionalidade do Ser Humano. (...). “Ser Humano complexo, único e irrepetível, para o qual a única abordagem clínica adequada deve também ser única e individualizada” (p.245).

## A Comunicação

Pacheco et al. (2020) aponta que “A comunicação é a linguagem verbal cuja unidade básica é a palavra (falada e escrita) e não verbais como gestos, música, dança, imagem, entre outras)” (p.2).

Também Nunes (2020), infere que

A comunicação é um elemento básico da nossa vida interpessoal e social; comunicamos por palavras, gestos, silêncios, expressões, sons. Nas questões da vida, do pensamento, da saúde e da doença, dos afetos, a comunicação é estruturante das relações que estabelecemos. E, em sentido correlativo, a relação assenta na comunicação (p.67).

Por seu turno, Campos et al. (2019), defende que elementos como a comunicação e relação interpessoal, no âmbito dos Cuidados Paliativos, se assumem como ingredientes de elevada importância no que se refere a uma assistência integral ao doente e família. Esta assistência, visa colmatar necessidades, que muitas vezes não são satisfeitas pela atitude medicamentosa e medidas médicas de alta tecnologia.

Mais acresce que, “Esse acolhimento demanda reconhecer o ser humano que sofre e permitir-lhe com técnicas adequadas, compartilhar suas angústias” (p.712). Desta forma, é possível fomentar mecanismos que possibilitem ao doente e família encarar a situação atual, minorando a ansiedade e a depressão e concomitantemente incitando a autonomia do doente.

A autora mencionada, advoga que, “A comunicação, verbal ou não, é instrumento fundamental na área da saúde em virtude das relações intersubjetivas que perpassam o convívio entre equipe, paciente e família” (p. 712). Assim, indica que a componente verbal coaduna com a demonstração por palavras de pensamentos e sentimentos, aspirando ao entendimento de algo. Por seu turno, a comunicação não verbal abarca a utilização da linguagem corporal, com os gestos, expressões faciais, olhares e até o silêncio, podendo estes elementos, em alguns cenários, constituírem os veículos de mensagens.

Deste modo, a autora reitera que as duas se conjugam de forma a potenciar a identificação das mensagens explícitas e implícitas que a pessoa pretende transmitir.

Já Phaneuf (2005) advogava que os requisitos basilares da relação de ajuda estão alicerçados na aceitação, no respeito e na empatia entre o doente e o enfermeiro. Ratificando este pressuposto, Gomes et al. (2017), mais enfatiza que no que concerne ao doente em fim de vida, a comunicação não verbal surge como um dos alicerces da relação enfermeiro-doente, mas possivelmente aquele onde assomam maiores obstáculos.

Rechmann (2018) vem lembrar-nos que a finitude da vida humana, ou a morte, não constitui um tema propriamente habitual. Isto porque, ela, se assume como um elemento que intimida e entristece, havendo uma tendência global do homem em tentar rejeita-la, evadir-se e nem tão pouco querer falar acerca da mesma.

Prado (2019) refere que muitas vezes “a relutância em compreender a sua aproximação com a morte, faz com que o paciente demore em processar a sua finitude, mesmo já estando irreversivelmente imerso nela” (p.3). Esta situação, acomete o doente para uma desordem interior, na qual se verifica uma tentativa do mesmo em compreender o que se está a passar consigo.

Ross (2005) assumiu uma posição de relevo na explicação desta temática. Esta investigadora abordou a temporalidade na qual o doente vivencia o seu sofrimento e preconiza que este resulta de um desajuste no “ser-doente” contemplando cinco estágios emocionais: Negação, Raiva, Negociação, Depressão e Aceitação. Atente-se que estes estágios podem não ocorrer

de forma ordenada e sequencial, o que requer um maior acompanhamento do doente, na tentativa de minimizar o sofrimento.

Na fase da negação surge a dificuldade em acatar o término, o que conduz o doente para a negação da sua realidade e o distanciamento em falar sobre o assunto. Prado (2019), aponta que a fase da negação pode surgir em períodos diferentes aquando da evolução da doença, como sejam no momento do diagnóstico, nos primeiros sintomas da patologia e/ou na sua progressão.

Na fase da raiva podem ocorrer manifestações de inconformidade, injustiça, alterações do humor, episódios de raiva e isolamento.

Na fase da negociação, o doente, procura negociar o protelar da sua morte, recorrendo muitas vezes a promessas religiosas que almejam a cura.

Na fase da depressão, o doente, tende a isolar-se, vivencia sentimentos de impotência perante a sua situação atual. É acometido por um profundo sofrimento mediante a impossibilidade de cura, o que pode despoletar receio, remorso e infelicidade.

Na fase da aceitação, o doente, passa a compreender melhor a sua realidade, apresentando - se mais tranquilo. Apresenta maior capacidade em abordar questões relacionadas com a sua morte, encarando- a como sendo um elemento irreversível no ciclo da vida.

De forma similar, este sentimento acomete também os profissionais de saúde. Igualmente, estes, se deparam com dificuldades em enfrentar a morte e falar sobre ela.

Souza (2020), refere que são frequentes, neste contexto, sentimentos de impotência, angústia, insatisfação, quer em lidar com processo de finitude de vida, quer no sentimento de incapacidade e ausência de aptidão para cuidar da melhor maneira possível doentes em situação de fragilidade, quer física, quer emocional.

A comunicação de más notícias constitui, igualmente, uma incumbência complexa e laboriosa.

Ferreira & Alves. (2019) descreve a má notícia, como sendo

(...) algo subjetivo, que depende das características, das experiências prévias, do meio envolvente, dos significados que a pessoa atribui às suas vivências. É toda a informação que a pessoa recebe e que apresenta um impacto negativo para a sua vida, contribuindo para mudar as suas expectativas relativamente ao futuro (...) (p.9).

Para Neto (2020), uma má notícia pode ser tão nefasta como a aplicação de um tratamento indevidamente consumado.

Nesta linha de pensamento, a autora reitera que “Ser um bom comunicador não é uma competência inata, adquire-se e pratica-se, devendo ter sempre em atenção que a relação é uma ferramenta terapêutica” (p. 33).

Saliente-se que Ferreira & Alves. (2019) nos alerta para o facto de que uma elevada fasquia da literatura, acerca desta temática, dá ênfase ao papel do médico no que respeita à transmissão de más notícias, pelo que considera que “(...) o enfermeiro assume-se como um elemento chave neste processo, sendo essencial esclarecer, definir e valorizar a intervenção da enfermagem” (p.9).

Atente-se que neste âmbito, a Ordem dos Enfermeiros (2001) preconiza que o enfermeiro deverá constituir um elemento facilitador na aquisição do nível máximo do potencial de saúde da pessoa, atendendo a princípios como:

A promoção do potencial de saúde do cliente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento;

O fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente (p.15).

Assim sendo, para Ferreira & Alves (2019), torna-se crucial “(...) que os enfermeiros desenvolvam competências que possibilitam comunicar eficazmente (...) intervindo adequadamente ao nível da transmissão de más notícias” (p.9).

Neto (2020), preconiza que existem técnicas comunicacionais apropriadas que capacitam os profissionais de saúde neste âmbito, e que integram as ferramentas do Cuidados Paliativos, isto para que “(...) saibam transmitir devidamente a informação importante para o doente, e também para que o possam acompanhar quando recebe e processa essa mesma informação” (p.33).

A autora adianta assim, que temos à disposição orientações e protocolos dirigidos à transmissão de más notícias, como sendo o protocolo de Buckman ou de Spikes, que contribuem para a aprendizagem de competências que permitem enfrentar satisfatoriamente este tipo de situação.

Lino et al. (2011), debruça a sua atenção sobre esta temática e remete-nos para o Protocolo de Spikes, no qual se destacam seis diretrizes, explanadas na figura seguinte.

**Figura 4 – Protocolo SPIKES**

S	Setting up	Preparando-se para o encontro
P	Perception	Percebendo o paciente
I	Invitation	Convidando para o diálogo
K	Knowledge	Transmitindo as informações
E	Emotions	Expressando emoções
S	Strategy and Summary	Resumindo e organizando estratégias

Lino et al. (2011, p.53).

Gesser et al. (2021), clarifica o Protocolo supracitado da seguinte forma:

1- Ambientação (S- Setting up) – nesta etapa procede-se à preparação do encontro, no qual o profissional se organiza mentalmente, no sentido de responder a eventuais reações emocionais e questões mais complexas, por parte do doente. O meio envolvente deve ter privacidade e requisitos que promovam um diálogo concentrado, isento de distrações. É desejável que o profissional minimize as barreiras físicas, de modo a intensificar o vínculo com o doente. Deve ser permitida a presença de uma ou duas pessoas, que o doente considere significativas para o momento. O profissional deve adotar um comportamento neutro, sem manifestar ansiedade e mantendo o contato visual. Gestos como o toque no braço ou na mão podem assumir-se como atos de amparo.

2- Percepção (P – Perception) – quer na segunda como na terceira etapa, o profissional, deverá procurar saber o que é que o doente sabe acerca da sua situação e a forma como ele a interpreta. Assim, será exequível detetar as lacunas entre as perspetivas do doente e a situação real, do modo a ajustar o esclarecimento clínico, de acordo com o entendimento daquele.

3- Convite à participação (I – Invitation) – doentes e família têm o direito de decidir se querem ou não ter conhecimento da sua condição médica, pelo que esta possibilidade deverá ser sempre tida em consideração e respeitada pelo profissional. Idealmente, o profissional, deverá demonstrar disponibilidade para futuramente clarificar informações.

4- Conhecimento (K- Knowledge) – esta etapa reporta-se ao momento no qual se prepara o doente para a revelação efetiva das más notícias. É importante, ir inferindo acerca do tema, de forma paulatina e aferir regularmente a compreensão do recetor. Este cuidado, facilitará

o encadeamento da informação obtida e minimizará as repercussões emocionais. Neste patamar, deve optar-se pela adoção de uma linguagem acessível e clara para o destinatário, podendo ser necessário repetir diversas vezes a mesma mensagem, essencialmente quando o doente se apresentar transtornado. Conforme forem surgindo os comportamentos por parte dos doente e família, impera discerni-los e dar-lhes uma resposta satisfatória.

5- Emoções (E – Emotions) – nesta fase podem ocorrer uma panóplia de reações emocionais por parte dos doentes, sendo que o feedback dado a essas manifestações constitui um dos maiores obstáculos na comunicação de más notícias. A metodologia mais adequada para a transmissão é denominada de “resposta empática”. Almeja-se que as emoções manifestadas pelo doente, sejam solucionadas pela empatia e humanização.

6- Estratégia e resumo (S- Strategy and Summary) – após a síntese de tudo o que foi abordado, nesta fase, o profissional traça um plano de tratamento. É facultada ao doente a possibilidade de expor todas as suas dúvidas e assegurada a elucidação respeitante à notícia recebida. Envolver o doente na tomada de decisão, poderá minimizar sentimentos de derrota por parte do profissional, caso o tratamento não seja bem aceite. O protocolo poderá findar com o planeamento das providências vindouras.

Em jeito de conclusão, Neto (2020), desperta-nos a atenção para a relevância que a comunicação assume em Cuidados Paliativos, reiterando uma “Comunicação adequada com o doente e a sua família, usando obrigatoriamente estratégias de uma escuta sistemática, e estratégias para a promoção da sua dignidade e de formas de encontrar sentido na vida que há por viver” (p. 28).

#### Apoio à família

Segundo Gois et al. (2019), “Quando um indivíduo adoce, ele não adoce sozinho, toda a família adoce junto com ele” (p.50).

Seguindo esta linha de pensamento, Espíndola et al. (2018), explica-nos que existem determinados momentos no decorrer da vida, capazes de provocar stress, uma vez que requerem alterações no seio familiar. Ora, esses períodos podem fomentar o revigoramento emocional dos elementos da família, ou caso não ocorra um ajustamento à nova realidade, podem ser acometidos por um período de maior instabilidade.

Assim, para Espíndola et al. (2018) “As mudanças na estrutura e nos papéis desempenhados pelos familiares são esperadas em momentos de crise, como o diagnóstico de doenças graves ou com a proximidade da finitude de um dos seus membros” (p.374). Neste âmbito, torna-se imperioso que estas famílias sejam “(...) incluídas nos cuidados paliativos à medida que se busca adaptá-las às situações relacionadas ao adoecimento e à terminalidade, para que possam dar o adequado suporte a seus doentes” (p.374). Para tal, incumbe às equipas de cuidados paliativos “(...) desenvolver vínculos adequados com os doentes e sua família, por meio da comunicação honesta, efetiva e afetiva” (p.374).

Respeitante aos afetos, Foucault et al. (2018) assoma que “Não é fácil na vida de todos os dias atribuir um lugar certo às emoções, considerando as suas próprias necessidades, as dos outros e as exigências do quotidiano” (p.175). Acometidos por uma “(...) doença grave e de morte iminente, os imprevistos a este respeito são inúmeros e difíceis de ultrapassar, uma vez que os familiares devem conseguir conciliar tendências contrárias” (p.176). Isto porque “(...) os familiares devem fazer face a uma intensificação da sua vida afetiva, mas paradoxalmente o contexto dos cuidados exige um maior afastamento” (p.176).

Sendo assim, a autora reitera que é expectável que toda uma panóplia de emoções aflore nos familiares, em contexto de prestação de cuidados a pessoas em fim de vida, elencando a tristeza, a cólera, a culpabilidade e a ansiedade.

De modo a melhor acompanhar os familiares, a autora propõe:

-Questionar os valores e crenças pessoais no que respeita à expressão de emoções, dos membros envolvidos no processo;

-Elucidar a família do impacto negativo da rejeição excessiva das emoções;

-Junto do principal cuidador, tentar deslindar qual o significado que este atribuiu ao seu compromisso com o doente, enfatizando o facto de que o cuidador deverá aceitar fazer o que julga efetivamente ter capacidade para executar.

-Perscrutar a capacidade do cuidador em opor-se aos pedidos do doente, assim como aos cuidados que considere fora do seu alcance;

-Solicitar ao cuidador/familiar que atenda à realidade dos cuidados de uma forma mais objetiva, de modo a perceber as capacidades da pessoa doente e aquilo que esta ainda pode fazer;

-Solicitar ao cuidador/familiar que enumere as mudanças que a doença acarretou na sua atividade pessoal, social e laboral. Solicitar que no seio destas alterações selecione as que considera prioritárias, e quais as que a busca de solução parecem primordiais;

-Facultar informações relativamente à doença, a sua progressão, a fase terminal e as mudanças relacionais. Por vezes, este tipo de esclarecimento, influem na vivência dos acontecimentos, minimizando a culpa, agressividade, ansiedade e impotência;

-Averiguar com o cuidador/familiar, meios que permitam mitigar as tensões que sente, por exemplo atividades físicas, atividade artística e manual, técnicas de relaxamento, entre outras;

-Reconhecer que sentimentos de tristeza são legítimos por parte da família;

-Ajudar a família a perceber de que forma pode exteriorizar a tristeza;

-Ajudar a família a voltar a sentir prazer pela vida;

-Permitir que a família exteriorize parte da sua agressividade (dentro de certos limites), reconhecendo a normalidade desta agressividade;

-Permitir a exteriorização de sentimentos de irritação (muitas vezes percecionados pela família como sendo negativos), enfatizando os sentimentos positivos;

-Fomentar momentos de pausa à família, na prestação dos cuidados;

-Fomentar uma avaliação regular da capacidade de cuidar de si própria;

-Explicar à família que a ansiedade se trata de uma reação normal à situação.

Segundo Foucault et al. (2018), os familiares são vulgarmente acometidos por dificuldades em lidar com as emoções inerentes ao fim de vida dos seus entes, o que se repercute em sentimentos de culpa e insegurança. Gomes et al. (2017) coaduna igualmente com este pressuposto, acrescentando que

Estes sentimentos e emoções são sentidos e vivenciados tanto pelo doente como pelas pessoas que acompanham o avançar da situação ou doença. Quem o acompanha deve preparar-se para aceitar a forma que o doente em fim de vida escolhe para si próprio, independentemente de as suas ideias serem diferentes (p.104).

Gois et al. (2019) também partilha que

(...) o cuidado voltado para a família do paciente em processo de morte, é um desafio constante para a equipe de enfermagem” e que no “no cuidar da família, o enfermeiro deparar-se- à com questões que vão de encontro com a sua própria filosofia de vida e seus valores pessoais. Ao se aproximar das famílias, poderá compreender que o cuidado envolve competências ontológicas, essenciais à maturidade e à sobrevivência da enfermagem (p.51).

Alves et al. (2019) advoga que “A convivência com a morte de pacientes com doenças terminais é constante nos hospitais, porém a maioria dos profissionais de saúde pouco discute o assunto com os doentes, e menos ainda com as famílias, pois têm dificuldade (...)” (p.12).

Estudos similares ao de Pais et al. (2020), evidenciam a relevância de programas de formação na gestão emocional em enfermeiros face à morte do doente.

Atente-se que em meados dos anos 90, concebeu-se na Inglaterra o Liverpool Care Pathway for the Dying Patient (LCP). Ellershaw (2003) descreveu - o como sendo uma ferramenta multiprofissional, orientada para a assistência a doentes moribundos, com a possibilidade de ser utilizada por profissionais não especializados na área, em meios diversificados, como sendo hospitais de agudos, lares e comunidade. Esta ferramenta de trabalho almejava a melhoria da prestação de cuidados oferecidos aos doentes moribundos. Assim, englobava a oportunidade de acesso à cooperação de profissionais especializados em cuidados paliativos e a identificação de necessidades relativamente a recursos e formação. Todavia, o LCP foi alvo de variadas contendas ao nível da comunicação social, pelo que o Ministério da Saúde do Reino Unido concebeu uma comissão independente para proceder à sua avaliação. Neste âmbito, Neuroberger et al. (2013) emanaram um relatório, inferindo que quando devidamente aplicado, o LCP, concorre para uma morte digna. Contudo, foram explanados apreensões e julgamentos: a sua aplicação poder de alguma forma promover o não investimento nos cuidados oferecidos; a escassez de fundamentação científica no que concerne aos possíveis benefícios e resultados adversos; entre outras.

Desta forma, a comissão inculcou para um período de seis a doze meses a permuta do LCP por um “Plano de Cuidados em Fim de Vida”, alicerçado em orientações de boas práticas, inerentes a cada situação.

## Trabalho em equipe

No que concerne ao trabalho em equipe, Neto (2020), assume perentoriamente que

Além de possuírem sólida preparação científica e de terem o dever de competência - não se deve dedicar aos Cuidados Paliativos quem não possui a devida preparação, diferenciação e treino- os próprios profissionais de saúde envolvidos nos cuidados às pessoas em fim de vida devem abrir-se à necessidade de um autoconhecimento e desenvolvimento pessoal consistentes. Um processo que contemple a dimensão espiritual e, para os que o desejarem, também religiosa, que permita enfrentar os seus medos, as dúvidas, encontrar sentido no trabalho exigente que desenvolvem, que permita não deixar de ser compassivo com estas pessoas e não cair no erro frequente de endurecerem e se desumanizarem perante a difícil realidade do Outro (p. 39).

Pulga et al. (2020) menciona que a equipe multidisciplinar é constituída por vários profissionais de saúde, como enfermeiros, médicos, psicólogos, nutricionistas e que trabalhar em equipe não é propriamente fácil, porquanto advoga

O trabalho multidisciplinar é muito complexo, pois depende da integração de diversos profissionais que tem saberes, formações e experiências distintas. É um processo que se constrói de forma compartilhada, dinâmica e contínua, com base em erros e acertos. Por isso, para trabalhar em equipe é indispensável a gestão das próprias emoções e sentimentos, além de possuir paciência e empatia (p.166).

No que se refere aos Cuidados Paliativos, a autora preconiza que é essencial que esta equipe direcione o seu cuidado para o doente não para a doença, não se destine tão somente ao alívio sintomático, mas que tenha em consideração a componente moral, social, espiritual e emocional. Assim, Pulga et al. (2020) adverte, “Treinamento especializado, conhecimentos de diversas áreas e competências na esfera dos cuidados paliativos denotam um aspeto crucial para a promoção dos cuidados paliativos” (p.166).

#### **4 - Contextualização da temática nas intervenções e competências de especialista e mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Piccollo et al. (2019) menciona que “A temática finitude não é encarada com bons olhos pela maioria dos profissionais de saúde. A busca obstinada pela cura faz com que esses profissionais se sintam derrotados frente à morte iminente” (p. 86).

Maingué et al. (2020), ressalva que a evolução técnica associada aos cuidados de saúde tem “(...) aumentado a capacidade da ciência de prolongar a vida, substituindo funções vitais do paciente por tecnologia” (p. 136). Mais adianta, que nos dias de hoje, é custoso discernir e assentir a finitude, até mesmo para os profissionais de saúde, “que muitas vezes recorrem a medidas desproporcionais para evitar o fim da vida, prolongando o sofrimento.”. Neste caso, o autor, menciona que estamos perante a “(...) obstinação terapêutica”, caracterizada pela adoção de práticas não recomendadas no lugar de ações paliativas” (p. 136).

O autor explica-nos que, a obstinação terapêutica pode advir do receio provocado pela morte, do desapontamento dos profissionais de saúde que incessantemente são instruídos a promoverem a vida, da falta de mestria em cuidados paliativos por parte da equipe multidisciplinar e da sua vulnerabilidade perante questões éticas.

Mais advoga, que em contexto de unidades de cuidados intensivos, o desenvolvimento tecnológico é tão elevado, que a equipe multidisciplinar pode sentir-se na incumbência de facultar todas as possibilidades terapêuticas, independentemente do prognóstico da situação. “Assim, muitas vezes os profissionais acabam mantendo vivo um organismo seriamente enfermo, adiando o momento da morte até limites antes impensáveis” (p. 136). Nestas circunstâncias, o autor reitera que para estes doentes, “(...) o objetivo mais adequado seria proporcionar condições para uma morte sem dor e sofrimento (...)” (p. 136).

Nesta linha de pensamento, Orselli et al. (2020) expõe que

A vida deve ser defendida a qualquer custo e ter seu valor de indisponibilidade oponível erga omnes enquanto se for possível viver bem, entretanto, se for o desejo da pessoa não mais viver por conta do sofrimento causado por uma doença ou outra forma de sofrimento degenerativo, não há que se falar em indisponibilidade da vida, pois se manteria a vida contra a vontade do próprio titular. A partir do momento em que não mais é possível viver bem, não há mais sentido em se defender a indisponibilidade da vida, sendo que ela levará a um final indigno. Deve-se, sim, ser

defendida a autonomia da pessoa, a liberdade e a integridade no tocante a escolha de seu morrer bem (p.102).

Também Cunha et al. (2021) é perentório, “nenhum indivíduo deverá ser submetido a tratamentos degradantes e, por vezes, desumanos” (p.6).

De forma similar, Prado et al. (2019) explana que o “(...) contato brusco e penoso com a finitude da vida, desencadeado pelo agravamento da doença, encontra a sua expressão máxima no momento em que se assume a consciência da morte cada vez mais próxima” (p.2). Assim, nesta etapa do ciclo vital, urge “(...) amenizar o sofrimento que precede a morte, oferecendo cuidados que vão de encontro de carências nem sempre expressas” (p.2).

À luz de Neto (2020), esta tipologia destes cuidados passa pela prestação de Cuidados paliativos, lembrando-nos que estes têm “(...) como objetivo central promover a maior qualidade de vida possível, a autonomia e a dignidade, através de tratamentos e cuidados centrados na pessoa doente e nos seus valores, quando a cura já não é possível, qualquer que seja o prognóstico (que pode ser de anos, meses ou semanas), a patologia em causa ou a idade” (p.14).

Capelas et al. (2018), adverte que “Para se poder usufruir da efetividade da intervenção precoce pelos cuidados paliativos, é necessário que sejam identificados e referenciados os doentes com necessidades paliativas o mais precocemente possível” (p.16).

Ora, para o autor, esta efetividade repercute-se em

(...) melhoria da qualidade de vida, pelo aumento do tempo de sobrevivência, pela diminuição da prevalência de depressão, por mais esperança, por uma melhor identificação, avaliação e controlo dos sintomas, por uma melhor qualidade de sono, pela diminuição do sofrimento, pela satisfação com os cuidados por parte do doente e do cuidador, pela possibilidade de morrer no local da sua preferência, pelo planeamento avançado dos cuidados, por uma menor admissão hospitalar em unidades de cuidados e no serviço de urgência, pela diminuição da agressividade dos cuidados no final de vida e pela redução dos custos em saúde (p.16).

Analisando o Código Deontológico do Enfermeiro (2015), mais precisamente o artigo 87º, verificamos que também este tratado enaltece a ação dos enfermeiros no que respeita à promoção da qualidade de vida do doente em fim de vida, veiculando que a conduta daqueles “(...) é orientada por uma preocupação efetiva em promover a qualidade de vida máxima no

tempo de vida que resta, em garantir cuidados de acompanhamento e de suporte (básicos e paliativos), com respeito pela dignidade de cada pessoa e no cumprimento das regras da ética e da deontologia profissionais” (p.86).

Sapeta (2007) postula que o enfermeiro, sendo o profissional que se mantém mais tempo junto do doente, apresenta maior proximidade e disponibilidade, o que o coloca numa posição de excelência para acompanhar quer o doente, quer a família nesta etapa de elevado sofrimento e fragilidade. No entanto, acautela que isso exige um elevado empenho pessoal, destreza técnica, uma panóplia de conhecimentos, habilidades e competências pessoais e profissionais dada a singularidade da circunstância.

No respeitante à temática das competências, eis que a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019), com base no artigo 3, do Regulamento nº 140/2019, descreve as competências comuns como sendo aquelas que são

(...) partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. (p.4745).

Por seu turno, as competências específicas, segundo a mesma entidade podem ser percecionadas como aquelas “(...) que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de investigação definido para cada área de especialidade” (p.4745).

Dizer-se que este trabalho foi desenvolvido no domínio do Mestrado de Enfermagem Médico Cirúrgica (MEMC) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, almejando o término de uma trajetória académica, arquitetada à luz das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, mediante o alvitrado pela Ordem dos Enfermeiros. No seio desta área de especialização, segundo o Regulamento 429/2018, artigo 3, OE (2018), elencam-se as seguintes competências específicas:

- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

- Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil. (p.19359).

Dada a complexidade e abrangência das competências específicas do enfermeiro especialista, facilmente interiorizamos que estes cuidados são impregnados de elevada qualidade e singularidade.

Prova desta constatação são os princípios ostentados pelos Enunciados Descritivos dos Cuidados de Enfermagem Especializados, OE (2015). Sete categorias que coadunam com a “satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados e o controlo da infeção associada aos cuidados” (p.17241).

Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, almejam assim, “(...) explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem (...) e “Pretende-se que estes venham a constituir-se num instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro especialista (...)” (p.17241).

## **CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO**

# 1 - METODOLOGIA

Após o enquadramento teórico do tema em estudo, surge o momento de proceder à abordagem da metodologia a aplicar no processo de investigação.

Segundo Reis (2018) a investigação científica poderá ser percecionada como a panóplia de ações que têm a pretensão de constituir uma resposta precisa de modo a um problema, recorrendo a diversos instrumentos. A autora, acrescenta ainda que esta constitui “uma atitude e prática teórica de constante procura que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente, sendo o caminho para se descobrir a ciência e aumentar o conhecimento” (p. 15).

Para Vilelas (2020) a investigação científica pode ser encarada como “a atividade que nos permite obter conhecimentos científicos, ou seja conhecimentos objetivos, sistemáticos, claros, organizáveis e verificáveis” (p.41). O sujeito envolvido nesta atividade designa-se de investigador e o seu objetivo é desenvolver um trabalho que lhe permita alcançar novo conhecimento.

Ainda para o autor anteriormente referido, a metodologia de investigação, assume-se como uma disciplina que advém da lógica e dedica-se ao estudo do método científico. Este por seu turno, compreende “o conjunto de práticas utilizadas e ratificadas pela comunidade científica como válidas para a exposição e confirmação de determinada teoria” (p. 56). As teorias científicas, explicam de alguma forma a realidade que observamos, podendo assentar ou não em experiências que comprovem a sua validade.

Como nos refere Pais Ribeiro (2010), em qualquer estudo, os desenhos e os métodos de investigação representam uma das partes nobres, pois são estes que nos irão permitir recolher informação (quantitativa, qualitativa ou mista), responder (ou não) à nossa questão de investigação.

No que diz respeito ao presente estudo, procuramos dar resposta à questão: Como se caracterizam os cuidados ao doente terminal, nos últimos três dias de vida, internados num serviço de medicina interna, de um hospital da região norte do país. Face à nossa questão de investigação traçaram-se os seguintes objetivos:

- Definir os sintomas mais frequentes do doente internado no serviço de medicina interna, nos últimos três dias de vida;

- Determinar as intervenções farmacológicas prestadas ao doente internado no serviço de medicina interna, nos últimos três dias de vida;
- Determinar as intervenções não farmacológicas prestadas ao doente internado no serviço de medicina interna, nos últimos três dias de vida.

### **1.1 - Tipo de estudo**

Para dar resposta aos objetivos traçados, desenvolveu-se um estudo descritivo simples, retrospectivo, de cariz quantitativo.

Para Vilelas (2020), o estudo quantitativo é aquele que reconhece a realidade como sendo toda ela quantificável. O autor reconhece que é possível que as opiniões e informações sejam transpostas em números, de modo a serem sujeitas a uma análise. Assim sendo, assume que as características gerais de uma investigação quantitativa passam por:

- Colheita dos dados que irão corroborar as conceções pré-concebidas;
- Utilização de métodos estatísticos e grandezas numéricas;
- Traduz -se como sendo um método sistemático;
- Relaciona-se com os estudos positivistas.

No que concerne ao estudo descritivo, o autor defende que este anseia inteirar-se das particularidades de uma determinada população ou fenómeno. Aponta que “servem para aumentar os conhecimentos das características e dimensão de um problema, obtendo-se desta maneira uma visão mais completa” (Vilelas, 2020, p. 214). No que respeita ao estudo retrospectivo, este integra-se num estudo ex post facto.

### **1.2 - População e amostra**

Vilelas (2020), refere que a amostra corresponde a um fragmento de um todo que se denomina de população e que a retrata. Deste modo, “a população é o conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades” (p.179). De salientar que a população que é aplicada num estudo deverá caracterizada com elevado pormenor. Torna-se crucial encontrar uma amostra na qual se obtenham conclusões similares às que seriam obtidas se abordássemos o total da população. Quando esta situação ocorre, ou seja, quando

as unidades refletem as características do todo, estamos perante uma amostra representativa, em conformidade com Vilelas (2020).

No presente trabalho, utilizou-se uma amostra não probabilística de conveniência. Aqui, a informação obtida poderá ou não representar a população estudada, tendo que se ter em consideração as condições específicas em que foram acometidos os diversos elementos da amostra. Seguindo esta ordem de ideias, o investigador anteriormente plasmado preconiza que perante este tipo de amostra, pode não se saber os resultados obtidos caracterizam efetivamente o todo, o que não lhe permitirá o elencar de generalizações.

Como critérios de inclusão consideramos idade superior a dezoito anos, ser portador de doença terminal, com necessidades paliativas e o óbito ter ocorrido entre 25 de janeiro e 25 de abril de 2022, no serviço de Medicina Interna.

Assim sendo, a amostra contemplou o número de doentes que faleceram entre 25 de janeiro e 25 de Abril de 2022, constituindo um total de 32 doentes. Dado que todos os óbitos ocorridos no serviço em questão contemplavam a globalidade dos critérios de inclusão, podemos atestar que a nossa amostra é congênere à população.

### **1.3 - Instrumento de recolha de dados**

Vilelas (2020) alvitra que após a elaboração do marco teórico e a definição do estudo, urge a conceção de um instrumento de recolha que faculte a obtenção de elementos que possibilitarão ao investigador a aquisição de conhecimento.

O autor preconiza, assim que “é mediante uma adequada construção do instrumento de recolha de dados que a investigação alcança então a necessária correspondência entre a teoria e os factos” (p. 332).

Para a colheita de dados será utilizado o instrumento construído e utilizado por Elisabete Delgado (2012) num estudo do mesmo âmbito, concebido com base no Protocolo de Liverpool Care Pathway (LCP – versão 12). Este instrumento encontra se em anexo (anexo II), assim como a autorização da autora para que possa ser utilizado neste trabalho (anexo III).

Constantini et al. (2011) clarificam-nos que o Protocolo de Liverpool tem como primordial finalidade a prestação de cuidados de distinção a doentes em fase terminal, por profissionais

não especialistas na área, mas com o seu auxílio, havendo essa necessidade. Mais acresce que a utilização desta ferramenta requer uma efetiva monitorização da sintomatologia, revisão das medidas já instituídas, cuidados pós-morte e recetividade à família. Segundo os autores, a adoção do protocolo não se traduz como algo inconversível, e a sua reavaliação deverá ocorrer de acordo com o desenvolvimento clínico.

Este instrumento de recolha de dados encontra-se estruturado em três partes distintas. Na primeira parte procede-se a uma avaliação relativamente aos Dados demográficos (idade, sexo, residência e dias de internamento); a segunda parte reporta-se a uma Avaliação inicial (modo de admissão, motivo pelo qual recorre à urgência, diagnóstico principal-neoplásico e não neoplásico, co- morbilidades, dependência na atividade de vida diária, sintomas à admissão, medicação à admissão, indicação para medidas de conforto, documentação com decisão de não reanimar) na terceira parte serão retratados os últimos três dias de vida do doente – Últimas 72 horas (sintomatologia observada nas últimas 72, 48 e 24 horas, intervenções farmacológicas- medicação para controlo se sintomas e medicação prescrita em dose de resgate para controlo de sintomas, outra medicação prescrita após decisão de medidas de conforto e nas últimas 72 horas, tempo decorrido desde a última prescrição terapêutica e a morte; intervenções não farmacológicas- monitorização, cuidados de eliminação intestinal, cuidados de eliminação urinária, hidratação/alimentação, cuidados com a pele, medidas de conforto; exames de diagnóstico complementares, procedimentos invasivos e manobras de reanimação).

O presente estudo desenvolveu-se num serviço de Medicina de um hospital da região norte de Portugal. A recolha de colheita de dados, por seu turno, foi realizada pela consulta do processo clínico do doente e registos de Enfermagem (Sclínico).

#### **1.4 - Considerandos e compromissos éticos**

Atender ao conjunto de princípios éticos e deontológicos constitui a pedra angular de qualquer investigação. Para Nunes (2013), “O olhar da ética na investigação abrange todas as etapas do processo de investigação (...). Do princípio ao fim do estudo, desde a pertinência do problema à validade dos resultados (...)” (p.5).

Relembrando as diretrizes éticas para investigação em Enfermagem, são seis os princípios éticos que deverão conduzir a investigação:

Beneficência – pressupõe-se aqui a prática do bem, para o próprio e para o outro;

Não maleficência – não provocar dano, ponderando os riscos;

Fidelidade – estabelecimento de uma relação de confiança entre o investigador e o sujeito de investigação;

Justiça – agir com equidade;

Veracidade – assumir o princípio da verdade, informar sobre os riscos e benefícios da investigação. Inclui-se neste parâmetro o consentimento livre e esclarecido;

Confidencialidade – o princípio de proteger a informação reunida ao longo do estudo.

De sublinhar que ao longo desta investigação, houve o comprometimento em cumprir os princípios éticos supracitados, engratecendo sempre a confidencialidade da informação obtida, que somente se destina a fins de cariz investigatório.

Tendo em linha de conta as normas e protocolos institucionais, foi solicitado um parecer positivo à comissão de ética da entidade no qual se elaborou este estudo, documento esse que se encontra no anexo IV.

### **1.5 - Procedimentos de análise dos dados**

Análise de dados foi realizada com o programa SPSS, versão 26.0. Na descrição das variáveis categóricas foram utilizadas frequências absolutas (n) e relativas (%). Na descrição das variáveis contínuas com distribuição simétrica foram utilizadas médias (M) e desvios padrão (DP). No caso das variáveis contínuas com distribuição assimétrica foram utilizadas medianas e quartis. A simetria foi avaliada pelo coeficiente de assimetria e pela observação do histograma.

## 2 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo procede-se à apresentação dos resultados, aossando a configuração do instrumento de recolha de dados e tendo em consideração os objetivos do estudo.

A amostra do estudo contemplou 32 doentes, 31 (96,9%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 73 e os 100 anos, média de 89,03 anos (DP=6,73), com tempos de internamento entre 1 e 120 dias.

A média dos dias de internamento apontam para os 15,6 dias.

O contexto de residência é a casa própria em 12 (37,5%) doentes, 9 (28,1%) moram em casa dos filhos, 8 (25,0%) em lares e 2 (6,3%) em casa do cuidador; num doente não foi possível obter esta informação.

Os dados sociodemográficos estão apresentados na tabela 1.

**Tabela 1 – Caraterização sociodemográfica**

<b>Caracterização Sociodemográfica</b>			
<b>Dados demográficos</b>		<b>Frequência absoluta (n=32)</b>	<b>Frequência relativa (%)</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	1	3,1%
	Feminino	31	96,9%
<b>Idade</b>	65-74	1	3,1
	75-84	6	18,8
	85 e mais	25	78,1
	Min=73anos; Max=100anos; M-89,03 anos DP=6,63 anos		
<b>Residência</b>	Casa própria	12	37,5%
	Casa dos Filhos	9	28,1%
	Lares	8	25%
	Casa do cuidador	2	6,3%
	Sem informação	1	3,1%
<b>Dias de internamento</b>		Min=1 dia; Max= 120dias; M -15,6 DP=21,9dias	

Seguidamente, analisar-se-á o ponto – **Avaliação Inicial**. Aqui inferir-se-á relativamente ao motivo pelo qual recorre à urgência, diagnóstico principal, comorbilidades, dependência nas atividades de vida, sintomatologia na admissão, medicação instituída no momento da admissão, indicação para medidas de conforto e indicação de não reanimar.

Assim, apurou-se que todos os doentes estudados foram admitidos através do serviço de urgência (100%). O motivo mais prevalente que motivou a ida a este serviço foi a dificuldade respiratória (n=14; 43,8%), seguido da prostração (n=8; 25,0 %).

No que se reporta aos diagnósticos, o principal neoplásico foi cólon, mama e pulmonar, um por cada doente, num total de 3 doentes. Quanto ao diagnóstico principal não neoplásico, o mais prevalente foi a infeção, com 50% dos inquiridos.

Respeitante às comorbilidades, foram identificados 31 (96,9%) doentes com comorbilidades, 6 (18,8%) neoplásicas - carcinoma basocelular, carcinoma das células escamosas do pavilhão auricular direito, carcinoma espinocelular, melanoma da face, neoplasia da mama e neoplasia retal e do endométrio.

A maioria dos doentes tinha um grau elevado de dependência (n=30; 93,8%).

Relativamente à sintomatologia na admissão, o sintoma mais frequente era a dispneia (n=16; 50%), seguido por estertor/respiração ruidosa (n=10; 31,3%), náuseas /vómitos (n=5; 15,6%) e dor (n=5; 15,6%).

No que concerne à medicação instituída à admissão, 7 doentes foram medicados com analgésicos não opioides, sendo 5 (15,6%) paracetamol via oral e 2 (6,3%) paracetamol via endovenosa; 8 doentes foram medicados com analgésicos opioides, 4 (12,5%) com morfina endovenosa, 2 (6,3%) com buprenorfina via transdérmica, 1 (3,1%) com morfina via subcutânea e 1 (3,1%) com zilpen; 9 (28,1%) doentes foram medicados com sedativos, 4 (12,5%) com lorazepam via oral, 2 (6,3%) com alprazolam via oral, 2 (6,3%) com bromazepam 1 mg via oral e 1 (3,1%) com bromazepam 2.5 mg (3,1%); 1 doente foi medicado com antieméticos, metoclopramida via oral; 1 doente foi medicado com benzodiazepinas, quetiapina via oral. Nenhum doente foi medicado na admissão com anticolinérgicos.

No que respeita a indicação para medidas de conforto, esta medida foi aplicada em 13 (40,6%) doentes. No que toca ao período de tempo que decorreu desde a decisão de medidas de conforto e o momento da morte, constatou-se que 8 (25%) doentes faleceram até às 72 horas e em 6 (18,8%), a morte ocorreu num período igual ou superior às 72 horas.

A maior parte dos doentes (n=25; 78,1%) tinha documentada a decisão de não reanimar.

A informação supra plasmada, será explanada na tabela 2.

**Tabela 2 – Avaliação inicial**

<b>Avaliação inicial</b>	<b>Frequência absoluta (n =32)</b>	<b>Frequência relativa (%)</b>
Modo de admissão – Serviço de urgência	32	100%
Modo de admissão – Consulta Externa	0	0%
<b>Motivo porque recorreu à urgência</b>		
Tosse	2	6,3%
Dificuldade respiratória	14	43,8%
Prostração	8	25%
Recusa alimentar	6	18,8%
Exaustão do cuidador	1	3,1%
Descompensação da diabetes	1	3,1%
Febre	1	3,1%
Diarreia	1	3,1%
Apatia	1	3,1%
Alteração do comportamento	1	3,1%
Cansaço	1	3,1%
Desidratação	2	6,3%
Sonolência	1	3,1%
Dificuldade deglutir	1	3,1%
Respiração ruidosa	3	9,4%
<b>Diagnóstico principal</b>		
Neoplasias	3	9,4%
AVC	2	6,3%
Patologia Cardio-respiratórias	4	12,5%
Infeção	16	50%
IRC Agudizada	1	3,1%
Alterações metabólicas	4	12,5%
Doenças Osteoarticulares	0	0%
Síndrome Demencial	1	3,1%
Diabetes Mellitus descompensada	1	3,1%
<b>Comorbilidades</b>		
Nenhuma	1	3,1%
Não neoplásicas	25	78,1%
Neoplásicas	6	18,8%
<b>Dependência na atividade diária</b>		
Reduzido	1	3,1%
Moderado	1	3,1%
Elevado	30	93,8%
<b>Sintomas à admissão</b>		
Dor	5	15,6%
Estertor/Respiração ruidoso	10	31,3%
Náuseas e vômitos	5	15,6%
Dispneia	16	50%
<b>Medicação à admissão</b>		
Analgésicos não opióides	7	21,9%
Analgésicos opióides	8	25%
Sedativos	9	28,1%

Anticolinérgicos	0	0%
Antieméticos	1	3,1%
Benzodiazepinas	1	3,1%
<b>Indicação para medidas de conforto</b>		
Sim	13	40,6%
Não	19	59,4%
<b>Tempo que decorreu até ao momento da morte</b>		
<72 h	8	25%
≥72h	6	18,8%
<b>Documentado com decisão de Não Reanimar</b>		
Sim	25	78,1%
Não	7	21,9%

Seguidamente, serão apresentados os resultados que permitem a caracterização dos cuidados prestados ao doente em fase terminal, nos últimos três dias de vida. Iniciaremos com a prevalência dos sintomas observados nas últimas 72, 48 e 24 horas.

Depreendemos que a dispneia, estertor/ respiração ruidosa e dor são os sintomas mais observados. Delirium, náuseas e vômitos foram os sintomas menos prevalentes.

Nas últimas 72 horas, o sintoma que teve maior incidência foi a dispneia, em 15 (46,9%) doentes. Segue-se o estertor/respiração ruidosa em 13 (40,6%) doentes, a dor em 12 (37,5%), o delirium em 3 (9,4%) e finalmente náuseas e vômitos em 1 (3,1%).

No que se refere à dispneia ocorreu uma redução deste sintoma de 3,1% das últimas 72 horas para as 48 horas, tendo sofrido um aumento de 15,6%, das últimas 48 horas para as 24 horas.

O estertor/respiração ruidosa não foi acometido de qualquer alteração das últimas 72 horas para as 48 horas, todavia sofreu um aumento das 48 horas para as 24 horas de 15,7%.

A dor aumentou 3,1% das últimas 72 horas para as 48 horas e 9,4% das 48 horas para as 24 horas.

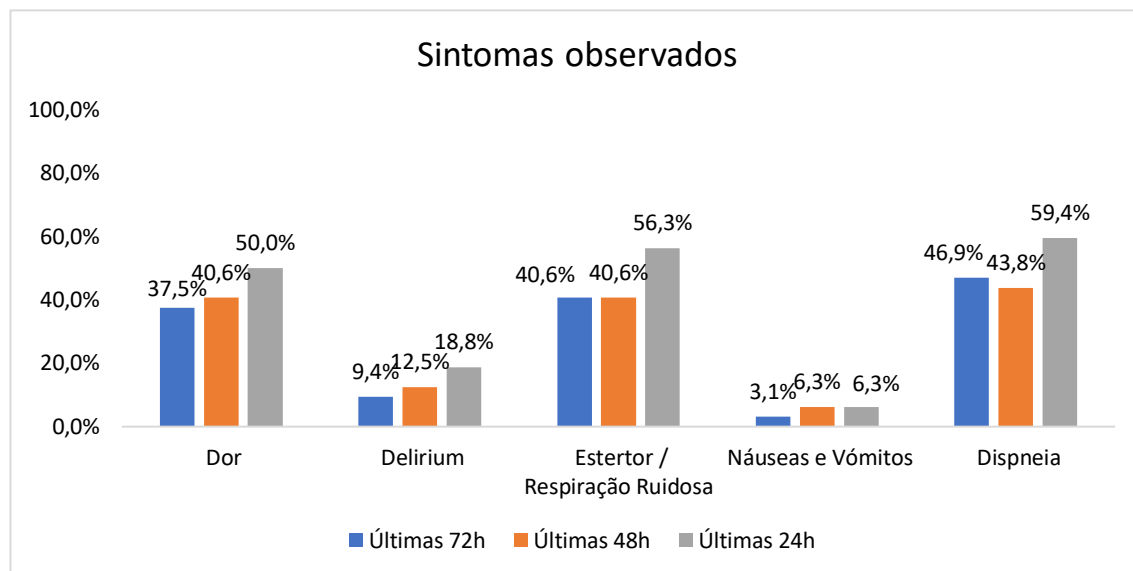
O delirium verificou um aumento de 3,1% das últimas 72 horas para as 48 horas e 6,3% das 48 horas para as 24 horas.

As náuseas e vômitos assentiram um acréscimo de 3,2% das últimas 72 horas para as 48 horas, não tendo sentido qualquer alteração na transição das 48 horas para as 24 horas.

De salientar que, o sintoma que verificou maior aumento das últimas 72 horas para as últimas 24 horas foi o estertor/respiração ruidosa.

Os dados supracitados estão ilustrados na figura 5, que se segue.

**Figura 5 - Sintomas observados**



Prosseguimos agora para o ponto – **Intervenções farmacológicas**, no qual temos a pretensão de discriminar a terapêutica instituída para controlo sintomático, medicação prescrita em dose de resgate e outra medicação prescrita, após decisão de medidas de conforto nas últimas 72 horas.

Desta forma, averiguamos que no que diz respeito à medicação para controlo sintomático, 23 (71,9%) doentes tinham prescritos analgésicos não opióides, sendo que 18 (56,3%) remetem para paracetamol endovenoso e 5 (15,6%) para paracetamol oral.

Relativamente aos analgésicos opióides, verificamos que foram instituídos em 28 (87,5%) doentes. Destes, surge a morfina endovenosa em 22 (68,8%), morfina subcutânea em 1 (3,1%) e morfina transdérmica em 5 (15,6%).

Os sedativos surgem prescritos em 2 (6,3%) doentes, com Midazolam endovenoso em 1 (3,1%) e Haloperidol intramuscular em outro (3,1%).

Os anticolinérgicos estão prescritos em 4 (12,5%) doentes.

Os antieméticos estão presentes em 2 (6,3%) doentes.

As benzodiazepinas estão prescritas em 1 (3,1%) doente.

No que reporta à medicação prescrita em dose de resgate para controlo de sintomas, deparamo-nos com a prescrição de morfina endovenosa em 20 (62,5%) doentes, morfina subcutânea em 2 (6,3%), paracetamol endovenoso em 4 (12,5%) e Fentanilo sublingual em 1 (3,1%).

No que concerne a outra medicação prescrita após decisão de medidas de conforto e nas últimas 72 horas, surge oxigénio em 25 (78,1%) doentes, soroterapia em 13 (40,6%), medicação em perfusão contínua em 9 (28,1%), antibioterapia em 12 (37,5%), insulino-terapia em 13 (40,6%), antiarrítmicos em 6 (18,8%), anti hipertensores em 2 (6,3%) e diuréticos em 8 (25%).

Estes resultados podem ser visualizados tabela 3.

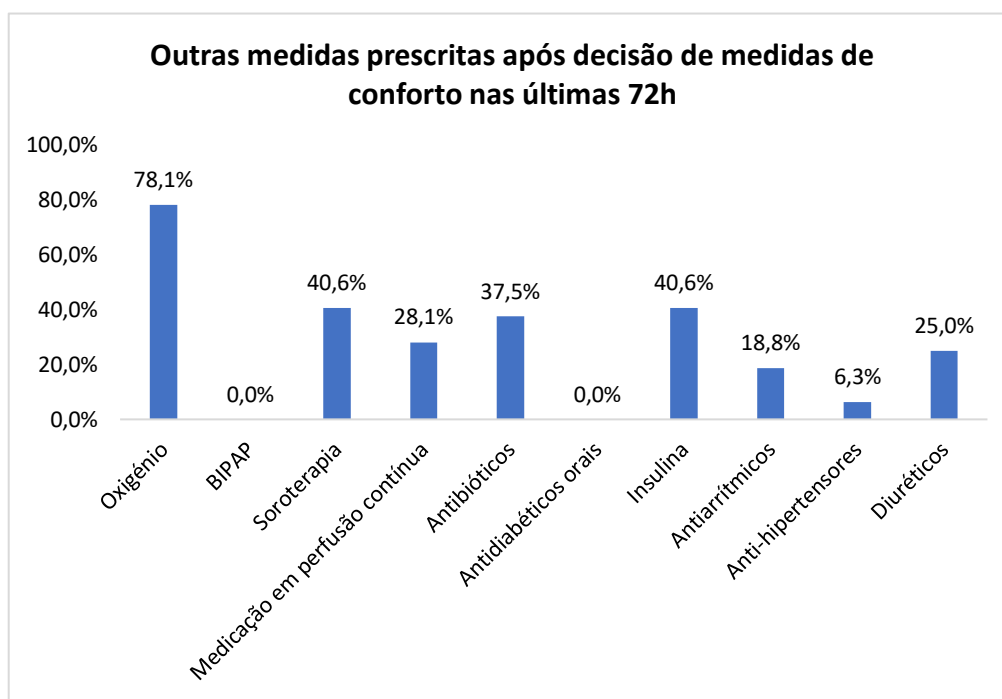
**Tabela 3 - Intervenções farmacológicas nas últimas 72 horas**

<b>Intervenções farmacológicas</b>	<b>Frequência absoluta (n =32)</b>	<b>Frequência relativa (%)</b>
<b>Medicação para controlo dos sintomas</b>		
<b>Analgésicos não opióides</b>		
Paracetamol endovenoso	18	56,3%
Paracetamol oral	5	15,6%
<b>Analgésicos opióides</b>		
Morfina endovenosa	22	68,8%
Morfina sub-cutânea	1	3,1%
Morfina Transdérmica	5	15,6%
<b>Sedativos</b>		
Midazolam endovenoso	1	3,1%
Haloperidol IM	1	3,1%
<b>Anticolinérgicos</b>		
Buscopam endovenoso	4	12,5%
<b>Antieméticos</b>		
Metoclopramida endovenosa	2	6,3%
<b>Benzodiazepinas</b>		
Clonazepam	1	3,1%
<b>Medicação prescrita em dose de resgate para controlo dos sintomas</b>		
Morfina endovenosa	20	62,5%
Morfina via subcutânea	2	6,3%
Paracetamol endovenoso	4	12,5%
Fentanilo via sublingual	1	3,1%
<b>Outra medicação prescrita após decisão de medidas de conforto e nas últimas 72h</b>		
Oxigénio	25	78,1%

BIPAP	0	0%
Soroterapia	13	40,6%
Medicação em perfusão contínua	9	28,1%
Antibióticos	12	37,5%
Antidiabéticos orais	0	0%
Insulina	13	40,6%
Antiarrítmicos	6	18,8%
Anti hipertensores	2	6,3%
Diuréticos	8	25%

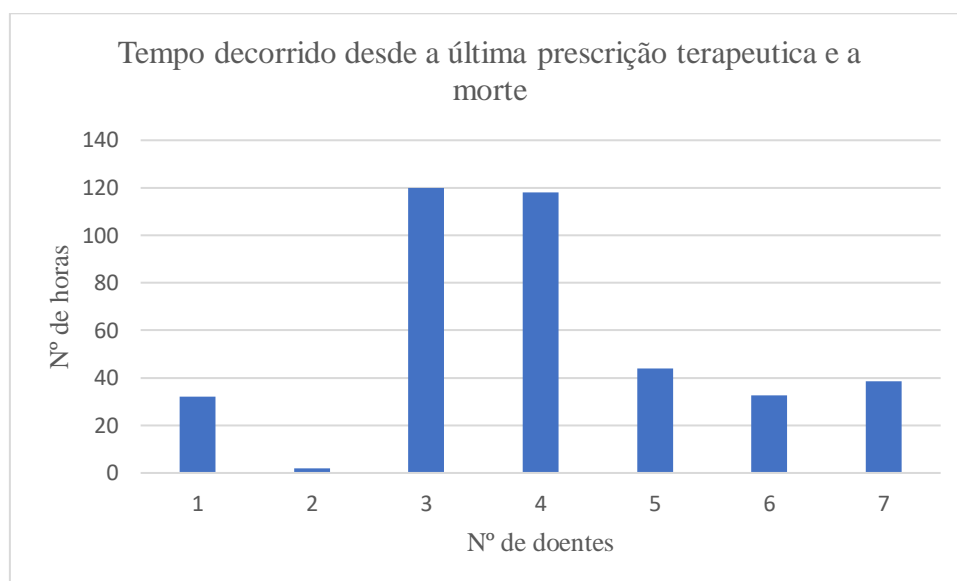
A figura 6 coaduna com os resultados obtidos relativamente a outras medidas prescritas após decisão de medidas de conforto nas últimas 72 horas, tal como descrito anteriormente.

**Figura 6 - Outras medidas prescritas após decisão de medidas de conforto nas últimas 72h**



A mediana do número de horas decorridas desde a última prescrição até à morte foi de 38,5 horas (Min=2 h, Máx.=120 h, M=44,0 h, DP=32,7), facto evidenciado na figura 7.

**Figura 7 – Tempo decorrido desde a última prescrição terapêutica e a morte.**



Avançando para o ponto subsequente, relativo às **Intervenções não farmacológicas**, pretendemos expor os resultados referentes às intervenções não farmacológicas realizadas nas últimas 72 horas, como sendo a monitorização, cuidados de eliminação intestinal, cuidados de eliminação urinária, cuidados com a pele, medidas de conforto e exames de diagnóstico complementares.

Apuramos assim que, no que diz respeito à monitorização, esta contemplou a monitorização dos sinais vitais em 25 (78,1%) doentes, a oximetria em 25 (78,1%), a pesquisa de glicemia capilar em 19 (59,4%), a monitorização cardíaca em 3 (9,4%), o registo de diurese em 6 (18,8%), o balanço hídrico em 2 (6,3%).

No que tange aos cuidados de eliminação intestinal verificou -se que foi efetuado o registo de eliminação intestinal em 30 (93,8%) doentes e praticado enema de limpeza em 1 (3,1%) doente.

Relativamente aos cuidados de eliminação urinária foi efetuado o registo da eliminação urinária em 10 (31,3%) doentes. 13 (40,6%) doentes estavam algaliados, e a técnica de algaliação foi realizada em 9 (28,1%).

No que tange à alimentação e hidratação, a dieta pastosa estava prescrita a 4 (12,5%) doentes e a alimentação entérica a 25% (78,1%). 3 (9,4%) doentes tinham instituída dieta zero.

O reforço hídrico estava indicado em 3 (9,4%) doentes.

Os doentes portadores de sonda nasogástrica eram 25 (78,1%). A técnica de colocação de sonda naso gástrica foi praticada em 8 (25%) doentes.

No que concerne aos cuidados com a pele, foi colocado colchão anti escaras em 2 (6,3%) doentes; 16 (50%) eram detentores de úlceras de pressão e a equipe de Enfermagem executou tratamento às úlceras de pressão a 16 (50%).

Atente-se que uma vez instituída indicação para medidas de conforto, os posicionamentos constituíram a intervenção mais executada em 31 (96,9%) doentes. Seguiu-se a técnica de aspiração secreções em 15 (46,9%), indicação para desalgaliar em 4 (12,5%) e indicação para não entubar nasogastricamente em 2 (6,3%).

Nas últimas 72 horas foram realizados exames de diagnóstico complementares, concluindo-se que os mais frequentes foram as análises sanguíneas em 20 (62,5%) dos doentes, seguiram-se os exames radiológicos em 3 (9,4%). A gasimetria foi executada em 2 (6,3%). O exame bacteriológico de urina, as hemoculturas e a tomografia axial computadorizada estiveram presentes de forma uniforme em 1 (3,1%) doente.

Os procedimentos invasivos mais praticados foi a colocação de cateter venoso periférico. A prevalência de colocação de cateter venoso periférico foi de 96,9%. A nenhum doente foi colocado cateter venoso central.

Os resultados evidenciam que nenhum doente foi submetido a manobras de reanimação.

Estes corolários podem ser consultados na tabela 4 que se segue.

**Tabela 4 – Intervenções não farmacológicas**

<b>Intervenções não farmacológicas</b>	<b>Frequência absoluta (n =32)</b>	<b>Frequência relativa (%)</b>
<b>Monitorização</b>		
Sinais vitais	25	78,1%
Oximetria	25	78,1%
Pesquisa Glicemia Capilar	19	59,4%
Cardíaca	3	9,4%
Diurese	6	18,8%
Balanço Hídrico	2	6,3%
<b>Cuidados de Eliminação Intestinal</b>		
Registo de Eliminação Intestinal	30	93,8%
Enemas de limpeza	1	3,1%
<b>Cuidados Eliminação Urinária</b>		
Registo da Eliminação Urinária	10	31,3%
Doente algaliado	13	40,6%
Executada Técnica de algaliação	9	28,1%
Executada Técnica de esvaziamento vesical	0	0%
<b>Hidratação / Alimentação</b>		
Dieta Prescrita		
Geral	0	0%
Ligeiro	0	0%
Mole	0	0%
Pastosa	4	12,5%
Líquida	0	0%
Entérica	25	78,1%
Zero	3	9,4%
Reforço Hídrico	3	9,4%
Doente com Sonda Nasogástrica	25	78,1%
Executada Técnica de SNG	8	25%
<b>Cuidados com a pele</b>		
Aplicação de colchão anti – escaras	2	6,3%
Presença de úlceras de pressão	16	50,0%
Executado tratamento às úlceras de pressão	16	50,0%
<b>Medidas de Conforto</b>		
Indicação para não Entubar Nasogastricamente	2	6,3%
Indicação para desalgaliar	4	12,5%
Posicionamentos	31	96,9%
Executada Técnica de Aspiração de secreções	15	46,9%
<b>Exames de diagnóstico complementares (últimas 72H)</b>		
Análises Sanguíneas	20	62,5%
Gasimetria	2	6,3%
Exames Bacteriológicos à urina	1	3,1%
Exames Bacteriológicos à expetoração	0	0%
Hemoculturas	1	3,1%
Exames radiológicos	3	9,4%
Tomografia Axial Computorizada (TAC)	1	3,1%
<b>Procedimentos Invasivos</b>		
Colocação de Cateter Venoso Periférico	31	96,9%
Colocação de Cateter Venoso Central	0	0%
<b>Manobras de Reanimação</b>		
O doente foi submetido a manobras de reanimação	0	0%

### **3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Concluída a apresentação e a análise dos resultados surge o momento de proceder à discussão dos mesmos.

De acordo com o referido anteriormente, a amostra é composta por 32 doentes, referente aos doentes falecidos entre 25 de janeiro e 25 de abril de 2022. No que concerne aos dados demográficos, verificou-se que 31 doentes eram do sexo feminino e 1 doente do sexo masculino. Atente-se que a discrepância entre o sexo feminino e sexo masculino se justifica com o facto de o estudo ser desenvolvido num serviço de Mulheres. Excepcionalmente, quando escasseiam as vagas no serviço de Homens, estes são alocados na ala em estudo. Os resultados obtidos por Delgado (2012), apontam para maior uniformidade neste ponto.

Relativamente ao intervalo de idades, o mais predominante foi de idade igual ou superior a 85 anos (média de 89,03). Consoante os dados do Instituto Nacional de Estatística (2022), a esperança de vida à nascença em Portugal, no triénio 2019-2021, foi estimada em 80,72 anos para os homens e em 83,37 anos para as mulheres.

No que tange à residência, a mais prevalente foi a casa própria, com 12 doentes (37,5%). Este resultado coaduna com estudo de Delgado (2012), no qual a maioria dos doentes provieram de casa própria (67, 7%).

A média de dias de internamento, neste estudo remete para 15,6 dias. Num estudo retrospectivo realizado em 2017, num serviço de Medicina Interna de um hospital português, desenvolvido por Dornelas (2018), a duração média de internamento aponta para 9,2 dias.

No que se refere aos motivos pelos quais recorreram ao serviço de urgência, eis que os mais frequentes indicam a dificuldade respiratória (43,8%), seguido da prostração (25%). Estes resultados corroboram com os de Delgado (2012) evidenciando dificuldade respiratória (38,7%) e prostração (35,5%).

Como diagnóstico principal, a infeção assumiu uma posição de destaque com 50%. Um estudo desenvolvido por Pocinho et al. em 2014, mas publicado em 2019, vem dar conta que os diagnósticos principais mais prevalentes no serviço de Medicina Interna em estudo eram os acidentes vasculares cerebrais com 21% e as pneumonias com 14%, seguindo as neoplasias com 11%. Dornelas (2018), afere que o diagnóstico de internamento mais frequente foi a pneumonia (24,7%). Machado et al (2022) também direcionou a sua atenção

para um estudo retrospectivo observacional, com análise de 100 óbitos, num serviço de Medicina Interna durante um ano e averiguou que a patologia infecciosa era a mais prevalente, com 66%.

Respeitante às comorbilidades, concluiu-se no presente estudo que as comorbilidades não neoplásicas foram as dominantes com 78,1%. De forma similar, Dornelas (2018) afina no seu estudo que as comorbilidades mais comuns seriam as não neoplásicas, enumerando a hipertensão arterial (69,1%), a insuficiência cardíaca (50%) e a fibrilhação auricular (40,1%).

Referente ao grau de dependência nas atividades de vida diária podemos asseverar que a maioria dos doentes em estudo eram dependentes em grau elevado nos autocuidados (93,8%). Pactuando com a nossa investigação, um artigo publicado em 2018, dá-nos conta de que Martins et al. realizaram um estudo num serviço de medicina interna entre 1/1/2006 e 31/12/2016, verificando que, “(...) o grau de dependência para as atividades de vida diárias, avaliado em totalmente dependente, era de 60,5% dos casos.” (Martins et al.,2018, p.95).

Quanto à decisão para implementar medidas de conforto, demonstramos que essa indicação foi aplicada a 40,6% dos doentes, sendo que 25% das mortes ocorreram até às 72 horas e 18,8% dos óbitos decorreram num período igual ou superior a 72 horas. Também no estudo de Delgado (2012), verificou-se que essa decisão foi assumida com maior frequência nas últimas 72 horas de vida (35,5%).

No que se refere à decisão de não reanimar analisamos que a maior parte dos doentes (78,1%) tinha esta premissa documentada. Igualmente Delgado (2012), reflete um resultado semelhante com 58,1% referente a este assunto. Neste âmbito, Freire (2015) relembra que “Ordens de não reanimar” são um bom exemplo de boa prática perante as situações em que a reanimação cardiorrespiratória é considerada uma intervenção desproporcionada. Estas ordens só são justificadas nas situações terminais, quando já não há expectativa justificada da sua eventual utilidade” (p.98).

Braga et al. (2017), advoga que “Os profissionais não devem oferecer medidas supérfluas ou potencialmente prejudiciais para o doente se a taxa de insucesso previsível for elevada (ex.: ressuscitação cardio-pulmonar), devendo estas situações ser atempadamente clarificadas juntos dos próprios, dos familiares e cuidadores” (p.7).

No que concerne aos sintomas identificados nas últimas 72 h, 48 h e 24 h de vida, averiguou-se que a dispneia, o estertor/respiração ruidosa e a dor são os sintomas mais observados. Delirium, náuseas e vômitos assumiram-se como os sintomas menos prevalentes.

Em relação a esta temática Costa (2018) refere-nos que numa revisão sistemática composta por doze estudos, representando os Estados Unidos, Europa e China, num total de 2416 doentes do fórum oncológico e não oncológico, os sintomas mais prevalentes nas últimas duas semanas de vida apontam para a dispneia (56,7%), a dor (52,4%), o estertor (51,4%) e a confusão (50,1%). A autora mais acrescenta que existem alguns estudos que reportam um decréscimo da intensidade da dor com a proximidade da morte. Este acontecimento poderá ser justificado com o aumento da secreção de endorfinas, assim como a concentração de determinados metabólitos (como os Opióides exógenos) em situações de insuficiência hepática ou renal associada.

Por sua vez, Pais et al. (2019) dá – nos conta de que “Durante a fase agónica, os principais sintomas são a dor, a dispneia, o estertor e o delirium, podendo ocorrer outros, menos frequentes, como as mioclonias ou convulsões, as náuseas, os vômitos, a retenção ou incontinência urinária e a febre” (p. 242).

### **Intervenções farmacológicas**

Em referência à medicação prescrita nas últimas 72 horas para controlo sintomático, apurou-se que os analgésicos Opióides foram os mais regularmente prescritos (87,5%) em relação aos analgésicos não Opióides (71,9%). De salientar ainda que, 84,4% dos doentes apresentava prescrição de terapêutica de resgate para controlo dos sintomas.

No âmbito dos analgésicos Opióides, a morfina surge como a opção de eleição, porquanto no caso dos analgésicos não Opióides, o paracetamol assume um lugar de relevo.

Esta escolha terapêutica evidencia uma assertiva prática clínica à luz de Neto (2016), que reitera que “A utilização correta de morfina tem elevado impacto no bom controlo sintomático e na qualidade dos doentes, com baixo perfil de efeitos secundários (...)” (p.161).

Severino (2020) reforça que a morfina constitui o fármaco de eleição no controlo da dor e dispneia.

Também Neto (2020), apregoa “De entre os múltiplos fármacos de que dispomos hoje para controlar rigorosamente os sintomas queremos ressaltar os opioides (...). São medicamentos muito úteis e eficazes, e também muito seguros quando devidamente utilizados, seja no controlo da dor, seja no da dispneia (...)” (p.29).

No respeitante aos fármacos menos frequentes, evidencia-se a prescrição de antieméticos (6,3%) e as benzodiazepinas (3,1%). Delgado (2012), no seu estudo, demonstra que os fármacos menos frequentes remetem para a prescrição de anticolinérgicos (3,2%) e benzodiazepinas (9,7%). Machado et al. (2022) documenta que na sua análise, 11 doentes faziam benzodiazepinas, 3 levopromazina, 3 butilescopolamina e 9 outros fármacos.

De salientar que, no nosso estudo a prescrição medicamentosa parece estar em consonância com a sintomatologia mais frequente, isto é a morfina surge em larga escala direccionada ao alívio da dor e dispneia (sintomas mais recorrentes), enquanto que a prescrição de antieméticos e benzodiazepinas é diminuta, uma vez que náuseas, vómitos e delirium se assumem como sintomas menos habituais.

Respeitante ao sintoma delirium, note-se que este ao invés da alguma literatura, surge como um dos sintomas menos frequente. Esta realidade poderá eventualmente estar associada ao facto de que a nível do Sclínico não esteja contemplado especificamente este foco. Assim, possivelmente não ocorra um registo de enfermagem tão rigoroso como aquele que se verifica noutros casos como sendo por exemplo a dor ou dispneia.

No que toca à via de administração da terapêutica, evidenciou-se que a via endovenosa foi a mais aplicada, em detrimento da via oral e via subcutânea. Este resultado corrobora com o estudo de Antunes (2015). No serviço alvo do estudo, este facto poderá estar associado a alguma renitência em aplicar a via subcutânea. Tal como refere Santos et al. (2020) “O conhecimento sobre esta técnica é ainda insipiente” (p.2). Mais argumenta que esta via de administração evidencia elevada eficácia, sendo menos agressiva e com escassos episódios adversos.

Ainda no âmbito da terapêutica endovenosa surge a soroterapia (40,6%) e a antibioterapia (37,5%). A administração por hipodermoclise não foi usada em nenhum doente. Antunes (2015) refere que, 92,7% dos doentes em estudo mantiveram a prescrição de soroterapia endovenosa e 54,2% o uso de antibióticos. Machado et al. (2022), remete-nos para uma percentagem de 74%, no que respeita à prescrição de antibioterapia.

No que concerne à administração de antibioterapia, Furuno et al. (2014), expõe que em doentes em fim de vida a administração destes fármacos ocorreu em cerca de 38% dos casos.

Pereira et al. (2017), reitera que

A prescrição e administração de antibióticos em CP, particularmente quando perante doentes em fim de vida, coloca desafios e questões éticos. Estes têm sobretudo a ver com a intencionalidade do ato (prolongar a vida versus promover conforto) e/ou com o facto de a administração servir um propósito distinto daquele para o qual o antibiótico foi criado (p.110).

Contudo, mais adianta que “(...), a reflexão ética sobre o tema parece reduzir-se ao principialismo (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça” (p. 110).

### **Intervenções não farmacológicas**

No âmbito das intervenções não farmacológicas tona-se para nós imperioso evocar o plasmado pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, OE (2015), relativamente ao Bem-estar e o Autocuidado, que nos remete para o seguinte enunciado “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente” (p.17242). Assim, cabe a este profissional primar pelo “Rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem especializadas” (p. 17242).

Neto (2020) assegura que “Existem critérios amplamente conhecidos que permitem aferir se um doente está ou não sob tratamentos desajustados (...) e há intervenções que deveriam ser mais praticadas nestes doentes em fim de vida – como o adequado controlo sintomático, o apoio psicossocial e espiritual, o apoio familiar – e que parecem subutilizadas” (p.53).

Possivelmente ao invés desta forma de pensamento, aferimos que em 78,1% dos doentes se mantinha a avaliação de sinais vitais, para 21,9%, cuja intervenção não estava ativa. Antunes (2015) também identifica que dos 96 doentes estudados, 52,1% mantinham monitorização de sinais vitais.

Por seu turno, eis que a pesquisa de glicemia capilar nos aparece em 59,4% da amostra estudada, enquanto Antunes (2015) revela que esta técnica foi aplicada em 41,7% dos doentes.

Pais et al. (2019) (reivindica que “Para qualquer doente é importante que o objetivo terapêutico seja definido, para que sejam tomadas decisões adequadas e realistas face ao estado dos doentes.” (p.242). Assim, argumenta que uma boa prática clínica deveria pautar-se por “Suspender procedimentos irrelevantes como pesquisa de sinais vitais não envolvidos no controlo sintomático, pesquisa de glicemia capilar (...)” (p.242).

Os resultados subjacentes aos cuidados com a eliminação intestinal e urinária sugerem que estão em consonância com a melhor evidência científica, aludindo a uma contínua monitorização destes cuidados, no sentido de não provocar ainda maior desconforto para o doente.

No que se refere à algaliação, concluímos que 40,6% dos doentes estavam algaliados nas últimas 72 horas e 28,1% foram submetidos a esta técnica, nesse período de tempo. Estes resultados podem indicar que se procurou promover o conforto do doente, minimizando a otimização da fralda, ou então dar resposta a situações de retenção urinária. No estudo de Delgado (2012) verifica-se que a percentagem de doentes algaliados nas últimas 72 horas é consideravelmente superior (71%), enquanto a execução da técnica aponta para os 6,5%.

Respeitante à alimentação e hidratação, depreendemos que 78.1% dos doentes tinham sonda nasogástrica (SNG), em 25% foi executada essa técnica e em 9.4% foi promovido o reforço hídrico. Este aspeto poderá ser mais facilmente compreendido se nos basearmos na explicação facultada por Braga et al. (2017), que deslinda “A desidratação, associada à diminuição da ingestão oral no fim de vida torna-se preocupação não só para o doente, mas também para a família e para os profissionais de saúde”. (p. 4). Mais acrescenta que “É eticamente correto alimentar quem tem fome e hidratar quem tem sede (...)” todavia salvaguarda “(...) desde que isso não constitua um malefício para o doente (...)” (p.4).

A autora fundamenta que o decréscimo da ingestão alimentar está relacionado com o evoluir da patologia e é uma consequência desta, não a sua etiologia. Assim reitera “É fundamental que se clarifique junto dos familiares que o doente não está a “morrer à fome ou à sede”, e que forçar a alimentação não só não reverte a progressão da doença de base, como proporciona mais mal-estar ao seu familiar” (p.4).

Ainda acerca desta temática, Pais et al. (2019) evoca que “A anorexia é comum nas últimas semanas de vida, sendo aliás uma das características do processo de morte. (...) é um fenómeno protetor num organismo que já não tem capacidade para lidar com a ingestão de alimentos (p.244). Deste modo, preconiza que “(...) o procedimento correto é esclarecer a família e não forçar o doente a se alimentar ou realizar procedimentos que tragam mais desconforto do que benefício (...)” (p. 244).

No que está relacionado com a solução de continuidade cutânea verificou-se que 50% dos doentes foi observada a presença de úlceras de pressão, tendo sido executado respetivo tratamento na mesma percentagem. Em 6.3% foi aplicado colchão anti escaras. Delgado (2012) dá-nos conta de 54,8% no respeitante ao tratamento das úlceras de pressão e 83,9% na colocação do colchão anti escaras. No que toca a este último tópico é passível que o motivo da discrepância esteja relacionado com o facto de que atualmente os colchões colocados nas camas dos doentes já sejam considerados como anti-escaras.

No que se refere à realização da técnica de penso, Pais et al. (2019) admite que é fundamental identificar a fase agónica, de modo a “(...) os objetivos terapêuticos sejam adequados e não se prolonguem ou iniciem tratamentos, atitudes e/ou procedimentos que não visem o conforto do doente” (p. 242). Assim, sugere “Realizar tratamentos de úlceras de pressão com sedo-analgesia eficaz e visando o conforto, o controlo da dor e a redução de mau cheiro” (p. 242).

Relativamente aos posicionamentos, aferiu-se que 96,9 % dos doentes foram posicionados de três em três horas, à luz dos registos de enfermagem. Delgado (2012) concluiu que no seu estudo que todos os doentes (100%) foram posicionados.

Pais et al. (2019), preconiza que se deverá “Evitar procedimentos que causem dor e desconforto e reduzir os posicionamentos, por exemplo realizá-los a cada 6 horas” (p.242).

No que reporta à aspiração de secreções constata-se que este procedimento foi executado em 46,9% dos doentes. Freire et al. (2017) defende que se deve “Evitar a aspiração de secreções, fazendo-o apenas em casos extremos e de forma suave e não profunda” (p.148).

Atente-se que o enfermeiro assume um papel de relevo no acompanhamento que presta ao doente em fim de vida. Os cuidados que desenvolve no que respeita aos cuidados com a pele, aos posicionamentos, à realização da técnica de penso, aspiração de secreções, não são exceção, muitas vezes com intenção de promover a satisfação do cliente, outras de prevenir

complicações, realidade que coaduna com o preconizado pelos Padrões de Qualidade elencados pela Ordem dos Enfermeiros (2015).

### **Intervenções invasivas**

No cerne das medidas invasivas, as análises sanguíneas surgem como o exame complementar de diagnóstico mais frequente (62,5%), seguindo-se os exames radiológicos (9,4%). Estes resultados coadunam com os de Delgado (2012). Machado et al. (2022), descreve que no seu estudo as análises sanguíneas estão presentes em 54% e os exames radiológicos em 19%.

Na investigação de Furuno et al. (2014), este também nos dá conta de que os exames complementares de diagnóstico desajustados face à situação clínica do doente verificaram-se em 33-50% dos doentes com indicação para não reanimar.

Pais et al. (2019) preconiza que é crucial “Suspender procedimentos irrelevantes como (...) avaliação laboratorial ou imagiológica”, neste sentido, mais assevera que

O diagnóstico da agonia é, portanto, clínico, não sendo necessários resultados de exames analíticos ou de imagem, sendo crucial identificá-la a tempo para que os objetivos terapêuticos sejam adequados e não se prolonguem ou iniciem tratamentos, atitudes e/ou procedimentos que não visem o conforto do doente (p.242).

Relativamente à colocação de cateter venoso periférico constatamos que este procedimento foi executado em 96,9% dos doentes, todavia nenhum doente foi submetido à inserção de cateter venoso central. De realçar que, a prevalência do cateterismo periférico poderá estar relacionada com o facto no serviço em estudo a via de eleição de administração de terapêutica ser a via endovenosa. Machado et al. (2022) concluiu que todos os doentes tinham um acesso venoso periférico nas 48 horas que antecederam a sua morte. Ora, apuramos deste modo, que existe um resultado similar ao nosso.

No estudo de Delgado (2012), a autora apresenta um resultado de 3,2% no que se refere à colocação de cateter venoso periférico e 19,4% no que tange ao cateter venoso central.

Perscrutando novamente os Enunciados Descritivos dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Pessoa em situação crítica, emanados pela Ordem dos Enfermeiros (2015,) somos invariavelmente remetidos para a supremacia do papel do enfermeiro “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista

procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa (...) e maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente.” (p.17241) Desta forma, no seio de uma panóplia de intervenções desenvolvidas pelo enfermeiro especialista destacamos:

O Rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem especializadas;

A gestão diferenciada e eficaz da dor com a implementação de instrumentos de avaliação da dor e de protocolos terapêuticos — medidas farmacológicas e não farmacológicas — para alívio da dor;

A gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica

A gestão da relação terapêutica perante a pessoa/família, em situação crítica;

A utilização de habilidades de relação de ajuda facilitadoras dos processos de luto e morte digna (p. 17241).

Torna-se importante referirmos que o presente estudo apresenta algumas limitações como sendo a tipologia da amostra e o facto de que nem todos os focos abordados se apresentassem contemplados no Sclínico de uma forma direta, como é o caso do Delirium, carecendo este de ser caracterizado subjetivamente, o que poderá constituir um fator de enviesamento.

## CONCLUSÃO DO ESTUDO

A extensão da cronicidade das patologias associada à crescente longevidade das populações conduz invariavelmente a que uma grande parte dos óbitos ocorra em ambiente hospitalar. Assim, este facto implica que as necessidades do doente internado num serviço de medicina interna sejam inúmeras vezes de carácter paliativo. Deste modo, torna-se imperioso que a equipe multidisciplinar tenha a mestria de garantir a prestação de cuidados tão peculiares. Para tal, é essencial, ainda que laborioso anuir que o doente se encontra em fase terminal, de modo a que a medidas implementadas não sejam de índole curativo, mas sim promotores de conforto e qualidade de vida.

Como principal objetivo deste estudo, procuramos caracterizar os cuidados prestados ao doente terminal, nos três últimos dias de vida, num serviço de medicina interna. Para tal, utilizou-se uma amostra composta por trinta e dois doentes. Procedeu-se à aplicação de um formulário (Anexo II) já concebido e empregue pela sua autora. Este instrumento de recolha de dados alicerça-se no Protocolo de Liverpool Care Pathway, versão 12, e constituiu um utensílio que norteia a prática de cuidados paliativos em meio hospitalar.

Concluimos então, que todos os doentes admitidos no serviço em estudo provieram do serviço de urgência. A média das suas idades rondava os 89 anos, oriundos do domicílio e maioritariamente dependentes em grau elevado nas atividades de vida diária.

O diagnóstico principal não neoplásico foi a infeção, porquanto o diagnóstico principal neoplásico foi a neoplasia do colón, mama e pulmão.

No que concerne aos sintomas mais observados nos últimos três dias aferimos que estes foram a dispneia, o estertor/respiração ruidosa e a dor. Os menos observados foram o delirium, as náuseas e os vómitos.

A maioria dos doentes estudados tinha documentada a decisão de não reanimar e a cerca de metade foram instituídas medidas de conforto.

Relativamente à terapêutica instituída para controlo sintomático, eis que os analgésicos assumem uma posição de destaque, em detrimento dos sedativos, anticolinérgicos e benzodiazepinas.

No respeitante às intervenções não farmacológicas, avaliamos que grande parte destas medidas continuam ativas durante todo período de tempo, não estando adaptadas à fase na

qual o doente se encontrava. Excluem-se desta situação os cuidados referentes à pele, à eliminação urinária e intestinal.

As Intervenções invasivas, por seu turno, foram frequentemente consumadas.

Em síntese, no nosso estudo, verificamos que apesar da irreversibilidade clínica, muitas vezes são praticadas intervenções que não coadunam com as autênticas necessidades do doente em fase terminal. Ora, esta circunstância remete-nos invariavelmente para que nem sempre o conforto e a qualidade de vida se sobreponham à obstinação terapêutica. Parece-nos que tal ocorra, possivelmente, pela complexidade que reconhecer a fase agónica implica.

Como limitações do estudo, assentimos que ao estarmos perante uma amostra não probabilística de conveniência, de uma determinada região do Norte de Portugal, e atendendo ao tipo de estudo, não permitirá extrair generalizações dos resultados.

No entanto, e atendendo aos corolários adquiridos, acreditamos que seria de elevado interesse a adoção de protocolos que visem o controlo sintomático no doente terminal, como sendo o Protocolo de Liverpool Care Pathway. Por outro lado, consideramos crucial a referenciação atempada dos doentes para a Equipa Intra Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos, e não tão somente quando estes se encontram nas últimas horas de vida. Esta medida seria decisiva para que fossem minoradas as intervenções desnecessárias e maximizado o controlo sintomático, de modo a paulatinamente caminharmos para uma morte mais digna.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, D.F.S., Mendez, G., & Magalhães, M. A. C. (2018). Analgesia na emergência. <http://docs.bvsalud.org/2018/02/879400/analgesia-na-emergência.pdf>
- Alves, R. S. F., Cunha, E. C. N., Santos, G. C., & Melo, M. O. (2019). Cuidados paliativos: alternativa para o cuidado essencial no fim da vida. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39(e185734), pp.1-15. <https://doi.org/10.1590/1982-370300318573>
- Amaral, J. B., Calasans, M. T. A., Albuquerque, K. A., & Moraes, E. B. (2019). As dimensões da dor na pessoa em cuidados paliativos. In R. S.Silva, J. B. Amaral, & W. Malagutti, *Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma morte* (134-152). Martinari.
- Antunes, I. F. (2015). *Caracterização dos Cuidados de Saúde prestados ao Doente Oncológico em “Agonia”, num Serviço de Medicina com Especialidades Médicas*. [Tese de mestrado, Universidade de Lisboa]
- Araújo.,V., S., H., Da Silva, C. M., da Silva Cunha, S. W., de Melo Silva, T. R., Abrantes Cordeiro Morais, C., & Muniz da Silva Bezerra, S. M. (2021). Assistência de enfermagem na terapêutica paliativa direcionada ao controle de sintomas. *Nursing (São Paulo)*, 24(278), 5932–5947. <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i278p5932-5947>
- Areia, N.P., Major, S., Relvas, A.P. (2017) Necessidades dos familiares de doentes terminais em cuidados paliativos: 137-152 *Psycologica*. Volume 60 Nº 1. DOI: [https://doi.org/10.14195/1647-8606\\_60-1](https://doi.org/10.14195/1647-8606_60-1)
- Barros, M. A. A. de, Pereira, F. J. R., Abrantes, M. W., Silva, G. B. da, Porto, V. de A., & Carvalho, M. A. P. de. (2020). Produção científica acerca da dor em cuidados paliativos: contribuição da enfermagem no cenário brasileiro. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*, 12, 744–750. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12>.
- Braga, B., Rodrigues, J., Alves, M., & Neto, I. G. (2017). Guia Prático da Abordagem da Agonia. *Medicina Interna*, 24, 48–55.

- Campos, V. F., Silva, J. M. da, & Silva, J. J. da. (2019). Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. *Revista Bioética*, 27(4), 711–718.  
<https://doi.org/10.1590/1983-80422019274354>
- Capelas, M. L., Sapeta, P., Mamede, A., Belo, A., Jorge, M., Oliveira, M., Simões, N., Passos, V., Macedo, A. P., Mendes, C. M., Macedo, E., Macedo, J. C., Gomes, M. F., Mendes, M. G., Encarnação, P. C., Batista, S., Vilaça, S. P., Pereira, C., & Patrícia Coelho, S. (2018). Doentes paliativos nos hospitais públicos portugueses. *Cadernos de Saúde*, 10, 14–22.
- Carneiro, R., Carneiro, A. H., & Freire, E. (2021). Cuidados ao Doente em Morte Iminente: Do Básico se Faz Avanço Científico! *Medicina Interna*, 28(1), 6.  
<https://doi.org/10.24950/Editorial/315/20/1/2021>
- Costa, T. (2018). *Controlo de sintomas na agonia*. 1–12.  
<https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/180423184734.pdf>
- Costantini, M., Ottonelli, S., Canavacci, L., Pellegrini, F. & Beccaro, M. (2011). LCP Randomised Italian Cluster Trial Study Group - The effectiveness of the Liverpool care pathway in improving end of life care for dying cancer patients in hospital. A cluster randomized trial. *BMC Health Services Research*. 11(13), 1-10
- Cunha, A. M. S. da., Dantas, H. L. de L., Santos, S. A. dos., Comassetto, I., & Santos, R. M. dos. (2021). Bioethics and assisted death: freedom to die? *Research, Society and Development*, 10(6), e0510615435. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15435>
- Delgado, E., M. (2012) *Caraterização dos cuidados prestados ao doente terminal nas últimas 72 horas de vida*. [Tese de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto]. [https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_doc\\_id=15916](https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub_geral.show_file?pi_doc_id=15916)
- Dornelas, L., M., L. (2018) *Os doentes muito idosos-Um ano num serviço de Medicina português*. [Trabalho final de mestrado integrado em Medicina. Clínica universitária de Medicina II] <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/42318/1/LuisaMDornelas.pdf>

- Ellershaw, J. (2003). Introduction. In J. Ellershaw., & S Wilkinson (eds), *Care of Dying, a pathway to excellence*. (p.XI-XIII). Oxford University Press
- Espíndola, A. V., Quintana, A. M., Farias, C. P., & München, M. A. B. (2018). Relações familiares no contexto dos cuidados paliativos. *Revista Bioética*, 26(3), 371–377. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263256>
- Ferreira, M. & Alves, P. (2019) Transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família. [https://www.onco.news/wp-content/uploads/2019/07/ON38\\_artigo01\\_abstract.pdf](https://www.onco.news/wp-content/uploads/2019/07/ON38_artigo01_abstract.pdf)
- Foucault, C. & Mongeau, S. (2018). *A Arte de Tratar em Cuidados paliativos Perspetivas de Enfermagem*. (2ª Edição). Edições Piaget.
- Freire, E. (2017). *Guia Prático de Controlo Sintomático*. Núcleo de estudos de medicina paliativa.
- Freire, E. R. (2015). Futilidade Médica, Da Teoria À Prática. *Arquivos de Medicina*, 29(4), 98–102.
- Furuno JP, Noble BN, Horne KN, McGregor JC, Elman MR, Bearden DT, Walsh EW, Fromme EK. (2014) Frequency of outpatient antibiotic prescription on discharge to hospice care. *Antimicrob Agents Chemother*. Sep;58(9):5473-7. doi: 10.1128/AAC.02873-14.
- Gentzler, E. R., Derry, H., Ouyang, D. J., Lief, L., Berlin, D. A., Xu, C. J., MacIejewski, P. K., & Prigerson, H. G. (2018). Underdetection and undertreatment of dyspnea in critically ill patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 199(11), 1377–1384. <https://doi.org/10.1164/rccm.201805-0996OC>
- Gesser, A. M., Dos Santos, M. S., & Gambetta, M. V. (2021). Spikes: um protocolo para a comunicação de más notícias / Spikes: a protocol for communicating bad news. *Brazilian Journal of Development*, 7(11), 103334–103345. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n11-111>
- Gois, A. R. da S., Abrão, F. M. da S., & França, I. S. (2019). Cuidado Com Pacientes E Famílias Que Vivenciam O Processo De Morte: Representações Sociais Do Enfermeiro. *Revista de Atenção à Saúde*, 17(59), 44–52.

<https://doi.org/10.13037/ras.vol17n59.5772>

Gomes, H., Borges, M., Baptista, G., & Galvão, A. (2017). A Relação De Ajuda Ao Doente Em Fim De Vida E Família. *Revista Studere Ciência & Desenvolvimento*, 1, 98–120. [https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14562/1/A\\_RELACÃO\\_DE\\_AJUDA.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14562/1/A_RELACÃO_DE_AJUDA.pdf)

Instituto Nacional de Estatística (2022). Tábuas de Mortalidade para Portugal 2019-2021. [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=562470066&att\\_disp\\_lay=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=562470066&att_disp_lay=n&att_download=y)

Lei n.º 52/2012 da Assembleia da república (2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. *Diário da República N.º 172 - I Série* de 5 de Setembro.

Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República. (2019). Lei de Bases da Saúde. *Diário Da República, 1.ª série* N.º 169, *1.ª série* de 4 de setembro.

Lei nº 31/2018 da Assembleia da República (2018). Direito das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida. *Diário da República N.º 137 - I Série* de 18 de Julho.

Lei nº 52/2012 Lei de bases dos Cuidados Paliativos. (2012) . *Diário da República nº 172, Série I* de 5 de Setembro de 2012.

Lino, C. A., Lustosa, K., Ii, A., Santiago De Oliveira Ii, R. A., Feitosa, L. B., & Caprara, A. (2011). Uso do Protocolo Spikes no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Notícias Using the Spikes Protocol to Teach Skills in Breaking Bad News. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(1), 52–57. <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a08v35n1.pdf>

Machado, S., Reis-Pina, P., Mota, Ângela, & Marques, R. (2022). Morrer num Serviço De Medicina Interna: As Últimas Horas de Vida. *Medicina Interna*, 25(4), 286–292. <https://doi.org/10.24950/rspmi/original/90/4/2018>

Maingué, P. C. P. M., Sganzerla, A., Guirro, Ú. B. do P., & Perini, C. C. (2020). Discussão bioética sobre o paciente em cuidados de fim de vida. *Revista Bioética*, 28(1), 135–146. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020281376>

Malta, R., Rodrigues, B., & Gonçalves Priolli, D. (2018). Paradigma na formação médica: atitudes e conhecimentos de acadêmicos sobre morte e cuidados paliativos - End-of-

- life paradigm in medical training: attitudes and knowledge about death and palliative care. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42(2), 33–44.  
<http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n2RB20170011>
- Marques, A., M. & Silva, M., I. (2018) Cuidados Paliativos.  
[http://metis.med.up.pt/index.php/Cuidados\\_paliativos](http://metis.med.up.pt/index.php/Cuidados_paliativos)
- Martins, S. (2018). Centenários num Serviço de Medicina Interna: Casuística de 11 Anos. *Medicina Interna*, 25(2), 95–99. <https://doi.org/10.24950/rspmi/original/252/2/2018>
- Menezes, M. S., & Figueiredo, M. das G. M. da C. de A. (2019). The role of end-of-life palliative sedation: medical and ethical aspects – Review. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 69(1), 72–77. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.03.002>
- Neto, I. G. (2016). *Manifesto pela Morfina Morphine Manifesto*. 29(3), 161–163.
- Neto, I., G. (2017) Princípios do controlo de sintomas, um pilar dos Cuidados Paliativos. Ordem dos Médicos. <https://ordemosmedicos.pt/principios-do-controlo-de-sintomas-um-pilar-dos-cuidados-paliativos-por-isabel-galrica-neto/>
- Neto, I.,G. (2020). *Cuidados Paliativos*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Nunes, L. (2013). *CONSIDERAÇÕES ÉTICAS a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*.
- Nunes, L. (2020). *E se eu não puder decidir*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015) *Deontologia Profissional da Enfermagem*.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015) Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação Peri operatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário Da República*, 2ª Série, nº135 , 4744–4750.

- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2ª Série, nº26*, 4744–4750.
- Pacheco, L. da S. P., Santos, G. S. dos, Machado, R., Granadeiro, D. da S., Melo, N. G. S. de, & Passos, J. P. (2020). O processo de comunicação eficaz do enfermeiro com o paciente em cuidados paliativos. *Research, Society and Development*, 9 (8), e747986524. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6524>
- Pais, C. (2019). Uma Boa Morte: Reconhecer a Agonia a Tempo. *Medicina Interna*, 26 (3), 238–246. <https://doi.org/10.24950/rspmirevisao/253/18/3/2019>
- Pais, N. J., Costeira, C. R., Silva, A. M., & Moreira, I. M. (2020). Efetividade de um programa de formação na gestão emocional dos enfermeiros perante a morte do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), e20023. <https://doi.org/10.12707/RV20023>
- Pereira, S., M., Brandão, P., J., S., B., Araújo, J., Carvalho, A., S., & Hernandez-Marrero, P. (2017) Abordagem ética ao uso de antibióticos em cuidados paliativos: revisão sistemática da literatura. *Cuidados*. vol. 4 (1). <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/27917/1/Abordagem%20%c3%a9tica%20ao%20uso%20de%20antibi%20c3%b3ticos%20em%20cuidados%20paliativos.pdf>
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. *Lusociência*.
- Picollo, D. P., & Fachini, M. (2019). A atenção do enfermeiro ao paciente em cuidado paliativo. *Revista de Ciências Médicas*, 27(2), 85. <https://doi.org/10.24220/2318-0897v27n2a3855>
- Piredda, M., Candela, M., Mastroianni, C., Marchetti, A., D'Angelo, D., & Lusignani, M. et al. (2019). “Beyond the Boundaries of Care Dependence”. *Cancer Nursing*, 43(4), 331-337. Doi: 10.1097/ncc.0000000000000701
- Pocinho, R. (2019). Internamentos Prolongados numa Enfermagem de Medicina Interna. *Medicina Interna*, 26(3), 200–207. <https://doi.org/10.24950/rspmio/30/19/3/2019>
- Prado, E. do, Sales, C. A., Girardon-Perlini, N. M. O., Marcon, S. S., Peruzzo, H. E., Ruiz, A. G. B., & Costa, J. R. da. (2019). Vivenciando o processo morte-morrer: uma análise fenomenológica do paciente com câncer em estágio terminal. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 21, 55593. <https://doi.org/10.5216/ree.v21.55593>

- Pulga, G., Cassol, L., Amaral, M., Januário, A. G. de F., Feldkercher, N., & Nodari, T. M. dos S. (2020). O trabalho da equipe multidisciplinar na melhoria da qualidade de vida de pacientes em estágio terminal com foco nos cuidados paliativos. *Unoesc & Ciência - ACBS*, 10(2), 163–168.  
<https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/view/21295>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982.  
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Rechmann, & Lemos, I. S. (2018). Algumas Situações De Terminalidade Da Vida À Luz Do Direito À Morte Digna. *Direito UNIFACS – Debate Virtual*, 0(211).
- Reis, F. L. dos. (2018). *Investigação Científica e Trabalhos Acadêmicos Guia Prático*.
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Em Placebo Editora.
- Ross, E., K. (2017) *Sobre a morte e o morrer*. 10ª Edição. Martins Fontes. WMF
- Santos, A. E. B. (2018). *Amanda Ellen Bezerra dos Santos A enfermagem no manejo da dor em cuidados paliativos*.
- Santos, A. F., Machado, R. R., Ribeiro, C. J. N., Mendes Neto, J. M., Ribeiro, M. C.O., & Menezes, M. G. V. (2019). Formação dos discentes de enfermagem acerca da avaliação da dor. *Revista de enfermagem..pdf*.
- Santos, G., L., A., Aranha, J., S., Valadares, G., V., Silva, J., L., L., Santos, S., S., Guerra, T., R., B. (2020) Qualificação da assistência de enfermagem paliativista no uso da via subcutânea. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 3(5): e20190056.  
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0056>
- Lopes, M., & Sapeta, P. (2007). Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente. *Referência, II Série* (4), 1–60.  
[https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id\\_ficheiro=15&codigo=](https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=15&codigo=)

- Severino, R. (2020) Gestão da dispneia em cuidados paliativos: Intervenções farmacológicas e não farmacológicas. *Revista Investigação em Enfermagem – II Série*, (31), 9-23. [https://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE31\\_s2.pdf](https://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE31_s2.pdf)
- Silva, R. S. da, Silva, M. G., Santos, K. K. A. dos, Mestre, G. de A., Souza, N. dos R., & Oliveira, E. da S. A. (2020). a Dor Crônica No Paciente Em Cuidados Paliativos: O Olhar Do Familiar Cuidador. *Saúde.com*, 16(3), 1860–1866. <https://doi.org/10.22481/rsc.v16i3.6292>
- Sousa, M. N. A. de, & Roriz, M. I. R. C. (2021). Avaliação do conhecimento de estudantes de medicina sobre dor em cuidados paliativos / Evaluation of the knowledge of medicine students about pain in palliative care. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 3525–3536. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-275>
- Souza, Odilon Adolfo Branco de, Tavares, C. M. de M. (2020). Humanização do processo de cuidar em enfermagem à pacientes em terminalidade da vida: não temos tempo a perder. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 21(1), 1–9.
- Vicente, I., P. (2016). *Entre viver e estar vivo: Dilemas dos profissionais de saúde em contextos hospitalares de fim de vida*. [Mestrado em sociologia. CICS.NOVA]
- Vilelas, J. (2020). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. (3ª Edição) – Edições Sílabo
- World Health Organization. (2011, 27 de abril). Who definition of palliative care [website]. <http://www.who.int/cancer/palliative/en>
- Zanetti de Azeredo Orselli, H. M., & Xanteli Faissel, F. (2020). Poder de decisão em relação ao final da vida. *Revista Da Faculdade De Direito Da Universidade São Judas Tadeu*, (8), 20. Recuperado de <https://revistadireito.emnuvens.com.br/revistadireito/article/view/103>

## **ANEXOS**

## **ANEXO I – Relatório de Estágio**



Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico Cirúrgica

Orientadora: Matilde Martins

Mestranda: Maria Isabel Monteiro Pinto

Abril de 2022

## ÍNDICE

Introdução .....	1
Contextualização do estágio .....	2
Análise e reflexão crítica .....	4
Conclusão.....	20
Referencias bibliográficas	

## INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito do curso de Mestrado em enfermagem Médico-Cirúrgica, lecionado na escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Este curso tenciona a aquisição e o desenvolvimento de conhecimentos na assistência à pessoa em situação crítica, pautado pelo pensamento crítico e tomada de decisão embasada em bases científicas atuais, direcionadas à prática de enfermagem.

O presente documento tem como essencial pretensão expor a aprendizagem desenvolvida, o crescimento profissional e as competências adquiridas ao longo de todo o estágio. Para tal, foram traçados os seguintes objetivos:

- Retratar o local no qual se desenvolveu a prática clínica;
- Efetuar uma análise crítico-reflexiva das competências desenvolvidas e atividades realizadas;
- Constituir um elemento de avaliação e análise.

No que concerne à metodologia adotada, este relatório adotou uma metodologia descritiva e reflexiva, encontrando se dividido em quatro partes: introdução, contextualização de estágio, análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências e conclusão do estágio. De notar que, a abordagem de cada local de estágio é elencada de acordo com a trajetória vivenciada, primariamente no âmbito pré-hospitalar, seguido do serviço de urgência e finalmente no serviço de medicina intensiva.

## CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

A especialidade em Enfermagem Médico – Cirúrgica abarca uma panóplia de diferentes áreas de atuação, pelo que emanou o regulamento 429/2018, no qual se preconizam as competências específicas nas diferentes áreas de atuação, especificamente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

“Define-se como pessoa em situação crítica, aquela cuja a vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, com resposta as necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”. Diário da República (2018, p.19362)

Segundo o diário da República (2011, p.8648), “Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Pessoa em Situação Crítica (EEMCPSC) dividem-se em três grandes grupos, e cada grupo possui as suas unidades de competências.

São enunciadas como:

- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. (O enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística)
- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe da conceção à ação (perante esta situação o enfermeiro atua concebendo, planeando e gerindo a sua resposta de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios da prática de crime)

- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Diário da República, (2018, pp.19363-19364).

No âmbito do mestrado de enfermagem foram realizados três estágios clínicos, de modo a proporcionarem a componente prática que permitissem a aquisição de conhecimentos subjacentes à formação do enfermeiro especialista ao nível das competências comuns e competências específicas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Dois campos de estágio assumiram-se como sendo de carácter obrigatório (Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa e Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Nossa Senhora da Oliveira, Guimarães), porquanto o estágio desenvolvido em contexto Pré-Hospitalar era de cariz opcional e foi desenvolvido na SIV de Amarante e VMER de Penafiel.

Para todos os campos de estágio foram elencados os seguintes objetivos gerais:

- Identificar as competências intrínsecas à atuação do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica;
- Asseverar uma contínua atualização de conhecimentos, que coadunem com uma prática baseada na evidência;
- Propiciar o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

### **Estágio no Pré-Hospitalar**

O estágio no Pré-Hospitalar decorreu desde 13 de setembro a 29 de outubro de 2021, sob a tutela do Enfermeiro Ricardo e orientação da Professora Matilde, num total de 168 horas, cumpridas.

Perante a panóplia de possibilidades apresentadas para a realização do estágio, a escolha do mesmo ser desenvolvido em ambiente pré-hospitalar prendeu-se essencialmente com o facto de ser uma área de interesse pessoal e profissional, pela pretensão em inteirar-me da organização e atuação do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e pela aprendizagem de ordem técnica, científica e relacional, subjacente à abordagem da vítima em situação de emergência e risco resultante de trauma ou doença súbita.

O INEM define-se como a entidade do Ministério da Saúde que tem a responsabilidade de coordenar o funcionamento, em território de Portugal Continental, de um Sistema Integrado de Emergência Médica, de modo a assegurar aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a rápida e adequada prestação de cuidados de saúde.

As principais funções do INEM são a prestação de cuidados de socorro no local da ocorrência, o transporte das vítimas para o hospital apropriado e a articulação entre os vários constituintes do sistema.

Por meio do Número Europeu de Emergência, “112”, o INEM, coloca ao dispor da população um conjunto de meios para dar resposta com eficácia a situações de emergência médica, independentemente da hora.

Com a finalidade de prestar assistência às vítimas de doença súbita e acidente, existe em Portugal, desde 1981, um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) que é constituído por um composto de organismos como a GNR, os bombeiros, PSP, a Cruz Vermelha Portuguesa, hospitais e centros de saúde.

O Instituto Português de Emergência Médica (2013) perceciona o SIEM como sendo o conjunto de ações coordenadas em contexto extra-hospitalar, hospitalar e inter-hospitalar que advém de uma atuação ativa e dinâmica dos diversos constituintes do sistema de saúde nacional, por forma a facultar uma intervenção célere e eficaz e com uma boa gestão

dos meios existentes, em caso de emergência médica. Contempla toda a atividade de urgência/emergência, tal como o sistema de socorro pré-hospitalar, o transporte, a receção hospitalar e a adequada referenciação do doente urgente/emergente.

Ao longo dos tempos, o SIEM foi evoluindo e foram surgindo diferentes meios de socorro, como sejam os Helicópteros de Emergência Médica (SHEM), a Mota de Emergência Médica (MEM), a Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE), o transporte Inter – Hospitalar Pediátrico (TIP), a Viatura de Intervenção em Catástrofe (VIC), as Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), as Viaturas Médicas de Emergência Médica (VMER), o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e CODU – MAR, Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC), Centro de Intervenção para Situações de Exceção (CIPSE).

À luz da orientação do INEM (2013), os CODU são centrais de emergência médica responsáveis pela medicalização do número europeu de emergência – 112 e recebem todos os pedidos de socorro efetuados através daquela via, relativamente a situações de urgência ou emergência na área da saúde. Funciona durante 24 horas e é levado a cabo por um conjunto de profissionais qualificados, portadores de formação específica no que diz respeito ao atendimento, triagem, aconselhamento, seleção e envio do respetivo meio de socorro. A esta equipe cabe atender e avaliar no mais pequeno espaço de tempo os pedidos de socorro rececionados, com a finalidade de estabelecer os recursos necessários e ajustados a cada caso.

Os CODU dispõem ainda de um conjunto de equipamentos na área das telecomunicações e informática que possibilitam coordenar e rentabilizar os meios humanos e recursos técnicos existentes. Esses meios de socorro são criteriosamente selecionados com base na situação clínica das vítimas, a proximidade e a acessibilidade ao local da ocorrência. Estes organismos asseguram ainda o acompanhamento das equipas de socorro no local, através de informações clínicas recebidas e selecionar e preparar o acolhimento dos doentes a nível hospitalar, de acordo com os critérios clínicos, geográficos e recursos das unidades de saúde de destino.

Em meados de 1989 surgem as primeiras VMER, sendo definida como um veículo de intervenção pré-hospitalar, tendo como primordial objetivo a rápida deslocação dos profissionais de saúde até ao local da ocorrência. Esta equipa é composta por um médico (chefe da equipa) e um enfermeiro, dispondo quer de formação, quer de equipamento de

Suporte Avançado de Vida (SAV). Como principais objetivos desta entidade elevam-se a estabilização pré-hospitalar, de acordo com os protocolos vigentes e o acompanhamento médico aquando o transporte das vítimas de acidente ou doença súbita, em situações de emergência (INEM, 2013).

As VMER encontram-se sediadas nas bases hospitalares e são acionadas através do CODU.

Cabe ao enfermeiro a condução da viatura e ainda a prestação de cuidados no âmbito da emergência.

De salientar que a Ordem dos Enfermeiros (p. 91, 2015) alega que é extremamente importante para este profissional, nomeadamente em contexto de urgência/emergência “(...) manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.”

Como já foi mencionado, o estágio desenvolvido neste âmbito decorreu na VMER do Vale de Sousa – Penafiel e na SIV de Amarante.

Por seu turno, as ambulâncias SIV, emergiram em meados de 2007 de modo a facultarem cuidados de saúde diferenciados, nomeadamente manobras de reanimação. São compostas por um enfermeiro e um técnico de emergência pré-hospitalar. Ao enfermeiro cabe a prestação de cuidados de emergência médica, pautado pelos protocolos implementados pelo INEM e ao técnico assiste a incumbência de colaborar na prestação de cuidados de acordo com as orientações do enfermeiro e ainda a condução da viatura.

Estas ambulâncias são munidas de um monitor desfibrilhador que possibilita o encaminhamento do eletrocardiograma e sinais vitais para o CODU, assim como fármacos e equipamentos que possibilitem dar resposta a situações de maior exigência e gravidade clínica.

As SIV estão alocadas a unidades de saúde e algumas integram os serviços de urgência, como é o caso da SIV de Amarante.

## **Desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista**

O enfermeiro constitui um dos elementos que integra o sistema de emergência e a sua atuação assume -se de elevada importância, uma vez que é detentor de um conjunto de conhecimentos técnicos, científicos e humanos, devidamente atualizados e fundamentados que lhe permitem um bom desempenho em situações de maior adversidade.

Corroborando com esta ideia, a Ordem dos Enfermeiros (2007, p.1) afirma que

Só o enfermeiro pode assegurar os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situações de acidente e/ou doença súbita, da qual poderá resultar a falência de uma ou mais funções vitais, pelo que deve integrar a equipa de socorro pré-hospitalar.

O enfermeiro especialista partilha de um agregado de domínios que se dividem em domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da melhoria contínua da qualidade e domínio da gestão de cuidados. Este relatório procura organizar-se com base nos domínios de competência do enfermeiro especialista, procurando abordar as atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

### **Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:**

As condições adversas, a escassa informação, a urgência na tomada de decisão, podem constituir os ingredientes para que surjam regularmente situações de conflitos ético – legais no contexto pré-hospitalar.

Como exemplo de conflito ético -legal que tive a oportunidade de presenciar foi o caso de uma paragem cardio respiratória (PCR). Em caso de PCR, urge iniciar manobras de reanimação sem que previamente se tenha acesso à informação clínica e anamnese dos utentes. Não existem dados suficientes acerca das diretivas antecipadas de vontade ou testamento vital, o que podem a meu ver colidir com a questão ético e legal. De ressaltar que numa das PCR para a qual a VMER foi ativada, a utente tinha 89 anos de idade, sem vida de relação, totalmente dependente nos autocuidados, multi ulcerada. Eis que surge a questão reanimar ou não? Se por um lado a decisão de não iniciar a reanimação, de não continuar ou suspender as manobras pode despoletar a sensação de fracasso nos

profissionais, o inverso pode fazer-se acompanhar de um protelar do sofrimento, quando possivelmente o alívio da dor, as medidas de conforto e o tratamento paliativo podiam assumir-se como elementos chave para a situação. Lembremos as alíneas c) e d) do artigo 82.º do Código Deontológico que nos fala do papel do enfermeiro no respeito do direito da pessoa à vida, durante todo o ciclo vital, assumindo o dever de participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida e na possibilidade de recusar a participação em qualquer forma de tratamento cruel, desumano ou degradante.

Outra situação na qual verifiquei que os profissionais do INEM procuravam cumprir as questões éticas prende-se com o facto de em todos os procedimentos realizados haver o cuidado de explicar aos utentes e família o fundamento da sua execução. Evidentemente que em situações de emergência a prioridade era salvar vidas, mas logo que tal era possível havia o encargo de explicar, informar e encaminhar o utente/família. Nestes casos, facilmente a família percebia que todo o foco de atenção estava voltado para aquela vítima, pelo que a informação da situação passava para segundo plano.

Ao longo da passagem pela VMER e SIV deparei-me com profissionais extremamente disponíveis e acessíveis, o que contribuiu invariavelmente para o meu crescimento profissional. Havia por parte daqueles o interesse em dissipar todas as dúvidas, incertezas e apreensões que um estagiário naturalmente apresenta numa área de atuação nova para si. Assim, permitiram sempre a troca de ideias, momentos de partilha e reflexão, o que me possibilitou o desenvolvimento de um espírito crítico e a melhoria da minha prática profissional.

Creio que consegui estabelecer uma relação de empatia com toda a equipe multidisciplinar, adotando sempre recetividade a novas aprendizagens.

Em contexto da prática clínica, tive a oportunidade de participar ativamente na abordagem sistemática e metódica da vítima, segundo o método ABCDE, proceder à monitorização, estabilização e transporte da mesma. A administração de medicação de urgência e emergência também me foi possibilitada. Também procedi à recolha de informação pertinente segundo o método CHAMU (Circunstâncias, História, Alergias, Medicação e Última refeição)

Note-se que antes de qualquer abordagem havia sempre a preocupação por parte dos profissionais de assegurarem as condições de segurança para todos os intervenientes.

As situações de trauma presenciadas foram essencialmente acidente de viação e quedas, porquanto que as situações de doença súbita relacionaram -se principalmente com dor torácica, dispneia, convulsão e alteração do estado de consciência.

De todas as ocorrências vivenciadas, a que mais se destacou para mim foi um acidente de viação, no qual existiam múltiplas vítimas encarceradas. Condições climatéricas hostis e falta de visibilidade provocada pelo anoitecer constituíram-se elementos geradores de maior complexidade. Todavia, verifiquei que é em situações similares a esta, que estes profissionais se elevam pela sua capacidade de planear as ações, estabelecer prioridades e socorrer prontamente as vítimas, minorando as complicações.

#### Domínio da melhoria contínua da qualidade

A excelência dos cuidados prestados deve constituir uma das pedras basilares da atividade profissional do enfermeiro, pelo que ao longo do estágio procurei zelar pela qualidade dos mesmos.

Durante o estágio em ambiente extra-hospitalar pude constatar que existem protocolos e normas de atuação, baseados em evidência científica que sustentam toda a atuação do profissional. Além de constituírem um fio condutor nos cuidados prestados à população, estes protocolos, assumem-se ainda como instrumentos utilizados na avaliação de desempenho dos profissionais, em contexto de auditorias e autoavaliações. De realçar ainda que a estes protocolos bem delineados e definidos se associa sempre o bom senso clínico do profissional.

Pela observação realizada verifiquei que um dos protocolos que nem sempre é passível de ser cumprido com rigor é o da “Precaução Universal”, que nos remete para o equipamento de proteção individual, a descontaminação dos materiais e equipamentos, a descontaminação das superfícies e paredes e a triagem dos resíduos. Note-se que um grande número de ativações, as condições adversas nas quais se prestam cuidados, inviabilizam muitas vezes a possibilidade de proceder à descontaminação do equipamento, o que poderá conduzir a um maior número de infeções. Outro parâmetro que por vezes se torna difícil de dar cumprimento é ao da lavagem das mãos pela especificidade das situações.

Deste modo, creio que programas de motivação dos profissionais e ações de formação no que concerne à correta higienização das mãos, poderiam constituir estratégias importantes, que conduziriam indubitavelmente à melhoria contínua da qualidade.

### **Domínio da gestão dos cuidados**

Durante o estágio em ambiente pré-hospitalar tive a oportunidade de colaborar na gestão dos cuidados e materiais.

Relativamente aos cuidados, foi-me facultada a possibilidade de participar em algumas ocorrências, nomeadamente na passagem pela SIV, foi-me proporcionada a possibilidade de assumir a posição de Team Leader. Na presença constante do enfermeiro orientador, tive a possibilidade de proceder à abordagem da vítima de forma autónoma e interdependente. Além da prestação direta de cuidados de enfermagem, procedi à transmissão dos dados para o CODU e à passagem da informação já em ambiente hospitalar.

No que diz respeito à colaboração na gestão de recursos materiais, todos os meios do INEM têm uma listagem com o material que consta na mala da via aérea, mala de trauma, mala pediátrica, ambulância, viatura médica e stock de material.

Tive a oportunidade de em todos os turnos verificar o material de cada mala, assim como a carga do meio. Este procedimento facilitou-me a atuação nas situações reais, uma vez que já tinha conhecimento da localização dos materiais e funcionamento dos equipamentos.

O material usado em cada ocorrência era repostado à chegada à base, com o material existente em stock, enquanto que os estupefacientes eram retirados do Pixis do serviço de urgência.

Semestralmente, o responsável do meio procedia à verificação da validade da medicação e material.

## **Estágio no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa**

### Caraterização do serviço de urgência Médico Cirúrgica (SUMC)

O SUMC abrange um total de 507.117 habitantes, numa área geográfica que compreende o Vale do Sousa e Baixo Tâmega.

O Diretor de Departamento é o Doutor Fernando Moura e a Enfermeira Gestora de Departamento e de Serviço é a Enfermeira Cristina Pinto.

O serviço de urgência localiza-se no quarto piso do CHTS, próximo do Serviço de Medicina Intensiva, Serviço de Imagiologia e Bloco Operatório. Contempla seis áreas funcionais, sendo elas: Triagem, Sala de Emergência, Sala de Trauma, Área Respiratória, Área Médica e Área Cirúrgica.

As instalações do SUMC encontram-se divididas em:

- Uma sala de trauma com duas unidades;

- Duas salas de triagem;

- Uma sala de emergência com três unidades com pressão negativa, uma delas pode ficar isolada fisicamente.

- Área Cirúrgica: duas salas de pequena cirurgia, uma sala de gessos, uma sala de Enfermagem com capacidade para doentes em maca ou cadeirão;

- Área Médica: Área laranja, Área amarela / Verde/ Azul, Área respiratória, quarto de isolamento, todas com capacidade para doentes em maca ou cadeirão;

Além das áreas clínicas destinadas à prestação de cuidados diretos, o serviço apresenta espaços não clínicos como sendo o local de armazenamento de material e equipamento, para acondicionamento e tratamento de resíduos, para acondicionamento de medicamentos e um espaço destinado às refeições dos profissionais.

O serviço apresenta ainda uma sala de coordenação de enfermagem, uma área de direção com gabinetes de trabalho, sala de reuniões e um gabinete para comunicação de maís

notícias.

A admissão dos utentes processa-se primariamente junto ao balcão de admissão, seguindo-se a espera pela chamada para a sala de triagem. Aqui o método de triagem aplicado é o a Triagem de Manchester, que confere a prioridade no atendimento. De notar que pode ser ativada a Via Verde Acidente Vascular ou Via Verde Coronária, o que se traduz no atendimento imediato, apesar da prioridade concedida. Após a triagem, o SUMC, apresenta circuitos internos delineados para o encaminhamento e atendimento dos doentes.

Face à atual situação gerada pelo Covid-19, os doentes que chegam ao serviço de urgência são encaminhados para a área respiratória (à luz da norma 004/2020, definida pela Direção Geral de Saúde), excetuando-se os utentes com prioridade vermelha.

A equipa de enfermagem é composta pela enfermeira gestora, enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem em Saúde Comunitária e Enfermagem de Reabilitação e ainda pelos enfermeiros de cuidados gerais. Além destes profissionais, existe todo um conjunto de profissionais de saúde de outras categorias, como sendo os assistentes operacionais, médicos de diversas especialidades (Cardiologia, Nefrologia, Neurologia, Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia, Ortopedia, Gastroenterologia, Otorrinolaringologia, Anestesia), assistentes técnicos, seguranças. O serviço de urgência é ainda provido da colaboração do Serviço de Patologia Clínica, Serviço de Apoio Social, Serviço de Imuno-Hemoterapia e Serviço de Imagiologia.

### **Reflexão crítica das atividades no serviço de urgência**

O estágio no serviço de urgência decorreu entre o mês de 2 novembro e 10 dezembro de 2021, sob a tutela do enfermeiro Pedro Costa, orientado pela Professora Matilde, com uma duração de 168 horas, cumpridas.

Como objetivo:

- Conhecer a estrutura física e organizacional do Serviço de Urgência;
- Desenvolver o treino de competências especializadas, de responsabilidade profissional, ética e legal, na melhoria contínua da qualidade, na prestação de cuidados ao utente urgente/emergente e família.

Segundo a ordem dos Enfermeiros (2010) O enfermeiro especialista possui um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, baseando a sua ação nas respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, dos quais é necessário um elevado nível de julgamento clínico e tomada de decisão, expressas num conjunto de competências especializadas relacionadas com um campo de intervenção.

A atuação do enfermeiro especialista em EMC visa o antecipar e resolver de situações urgentes e emergentes na pessoa doente em estado crítico, sempre que possível, de forma a prestar cuidados de excelência, os quais exigem observação, colheita de dados de forma sistematizada e contínua, como defende a Ordem dos Enfermeiros (2010).

O serviço de urgência constitui o primeiro contacto do hospital com o utente/família, pelo que se torna imperioso o desenvolvimento de competências, que permitam ao enfermeiro cuidar de uma forma holística.

No âmbito da competência de enfermagem de “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.” Diário da República (2018, pp.19363), creio que atingi esta competência.

Ao longo do estágio, tive o privilégio de desenvolver a minha atuação em diversas áreas como sendo a área médica, a área cirúrgica e a área do trauma, o que me permitiu maximizar os meus conhecimentos.

No que concerne à área médica presenciei algumas situações que exigiram a rápida intervenção do enfermeiro, através de um diagnóstico precoce, da aplicação célere de protocolos instituídos e da prevenção de complicações. Exemplo destas situações foram: dispneia, insuficiência respiratória, insuficiência cardíaca, fibrilhação auricular. Houve a necessidade de otimizar terapêutica, oxigenoterapia, entre outras medidas. A abordagem da pessoa em situação crítica desta ordem exigiu por parte do enfermeiro um leque de conhecimentos teórico-práticos que lhe permitiram uma resposta eficaz.

Na área cirúrgica a prestação de cuidados a doentes com sépsis, hemorragias digestivas ativas, permitiu-me atender à importância da monitorização precoce, identificação dos sinais de choque, aplicação de protocolos medicamentosos, estabilização hemodinâmica da pessoa em situação crítica, de modo a evitar futuras complicações.

Na área de trauma, foram vários casos clínicos nos quais a avaliação ABCDE foi aplicado.

A avaliação ABCDE, constitui um algoritmo de atuação:

- Permeabilização da via aérea (A),
- Otimização da respiração e oxigenação (B),
- Otimização da circulação (C),
- Disfunção neurológica (D),
- Exposição e controle da temperatura (E)

A estabilização de uma pessoa vítima de trauma requer uma atuação especializada e capaz de prevenir complicações. O alívio da dor através das medidas farmacológicas (protocolos) e não farmacológicas (como o posicionamento), assumem-se de extrema importância neste contexto.

No que diz respeito à competência “Dinamiza a resposta em situação de emergência, exceção e catástrofe, da conceção e ação”, transporto a minha atuação para a sala de emergência e para a triagem.

Constatei que na triagem, o enfermeiro, carece de ter formação prévia acerca da Triagem de Manchester, ter experiência profissional e também ser portador de espírito crítico e reflexivo. Isto porque, ele, constitui o primeiro contacto com o doente e sendo um procedimento que enfatiza a sintomatologia apresentada, qualquer valorização ou desvalorização por parte do profissional poderá alterar o atendimento ao doente.

Relativamente à sala de emergência, sinto que constitui o local onde a minha atuação decorreu com maior intensidade. O meu orientador, enfermeiro Pedro Costa, partilhava da opinião de que deveria ser aqui o cerne do estágio, o que me permitiu ampliar os meus conhecimentos nesta área.

Verifiquei que os doentes em situação crítica entravam diretamente na sala de emergência, acometidos das mais diversas patologias, como sendo AVC, enfarte do miocárdio, choque cardiogénico, hemorrágico, séptico, alteração do estado de consciência, entre outros.

Salvaguardas as condições de segurança (dada a atual pandemia), e de acordo com cada situação clínica percebi que aqui os cuidados prestados eram baseados nas mais recentes

orientações científicas. Exemplo disso foi uma situação que mais se me marcou que foi um doente de 55 anos com uma rutura ventricular e outro de um jovem de 45 anos com um enfarte do miocárdio. Em ambos os casos foram seguidos os protocolos instituídos, realizados exames complementares de diagnóstico com permanente acompanhamento de enfermagem e assegurados os respetivos transportes para outra unidade hospitalar.

Em ambas as situações descritas, houve um aspeto que nunca foi descurado pela equipe multidisciplinar, que foi a comunicação. Existiu sempre um especial cuidado em explicar ao doente todos os procedimentos realizados, informação da situação atual e possíveis complicações, recorrendo a uma linguagem simples, clara e concisa. Foi permitida ainda a entrada dos familiares significativos na sala de emergência e facultada também toda a informação disponível. Pude constatar que esta envolvência da família permitiu minimizar a preocupação do doente e tranquilizar a família acerca do estado clínico do seu familiar.

Outra situação que mereceu realce na sala de enfermagem foi indubitavelmente o facto de os enfermeiros cumprirem os algoritmos com elevada precisão e destreza. Regularmente existe formação no âmbito do Suporte Avançado de Vida a nível intra-hospitalar.

Embora não tenha vivenciado nenhuma situação de catástrofe no CHTS, foi-me explicado pelo enfermeiro orientador quais as diretrizes a seguir nessas circunstâncias, assim metodologias a adotar e recursos humanos e materiais a mobilizar, de acordo com cada situação.

No âmbito da competência de enfermagem de “maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.” Diário da República (2018, pp.19363-19364), assevero que em todas as técnicas executadas tentei salvaguardar este princípio. Como exemplo temos a técnica da algaliação, manipulação do cateter venoso central, colocação de cateter venoso periférico, aspiração de secreções via tubo endo traqueal. Em todos estes cuidados prestados procurei salvaguardar a prevenção e controlo de infeção.

Ao longo do estágio verifiquei que nem sempre foram cumpridas todas as normas relativamente ao controlo da infeção como por exemplo a higienização das mãos antes do contacto com o doente, uma correta desinfeção do local de punção e ausência de técnica

assética no momento da algáliação. Possivelmente estas situações tendem a ocorrer neste contexto pela escassez de tempo e urgência na realização dos procedimentos.

### **Estágio no Serviço de Medicina Intensiva (SMI)**

O estágio no Serviço de Medicina Intensiva decorreu entre 10 de janeiro e 11 de fevereiro de 2022, sob a tutela da enfermeira Carla Mendes, orientado pela Professora Matilde, com uma duração de 168 horas, cumpridas.

Como objetivo:

- Conhecer a estrutura física e organizacional do Serviço de Medicina Intensiva;
- Desenvolver o treino de competências especializadas, de responsabilidade profissional, ética e legal, na melhoria contínua da qualidade, na prestação de cuidados ao utente urgente/emergente e família.

O serviço de Medicina Intensiva localiza-se no segundo piso do Hospital Senhora da Oliveira (HSO), Guimarães, sendo contíguo com o serviço de Imagiologia, Bloco Operatório e Serviço de Urgência.

O SMI do HSO é composto por sete camas nível III e seis de nível II (com a mesma capacidade técnica de nível III) localizadas em áreas distintas e cujo nível de cuidados é determinado pela intensidade dos mesmos.

Baseado no Score de avaliação da carga de trabalho de Enfermagem – NEMS – em Cuidados Intensivos, o SMI apresenta um ratio de 1:2, relação média enfermeiro/doente.

O SMI é um serviço destinado a doentes adultos, com patologia do âmbito médico e cirúrgico, que podem ser admitidos em circunstância de urgência/emergência ou então pode tratar-se de uma admissão programada – cirurgia programada.

O SMI é um serviço altamente diferenciado, constituído por uma equipe multidisciplinar (enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, assistentes técnicos, administrativa), que orienta a sua atuação para o diagnóstico e tratamento de doentes adultos com disfunção/falência orgânica, com potencial de reversibilidade.

A missão do serviço contempla a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, o que implica que os seus profissionais sejam dotados de conhecimentos técnicos e científicos de alta complexidade. De realçar que os Enfermeiros lidam frequentemente com a pessoa/família em situação de crise, provocado pela doença/trauma, o que também implica que a gestão emocional constitua uma prioridade. A prestação de cuidados de excelência assume-se como um objetivo, baseado num quadro de eficácia e eficiência.

Competência no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal:

A competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal apresenta como principal finalidade promover a prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e consequentemente a dignidade humana. O respeito pela dignidade humana pressupõe o reconhecimento de que o ser humano é um sujeito e não um objeto, assentando nesta ideia um princípio bioético fundamental, o princípio da autonomia. Para além deste princípio devem ser respeitados os princípios da beneficência, maleficência e justiça e estes devem fazer parte integrante da conduta dos profissionais, que diariamente tomam decisões na sua prática clínica.

O estágio no serviço de Medicina Intensiva foi para mim o mais desafiante e o mais exigente, dado o seu grau de complexidade. Para alcançar um bom desempenho baseei a minha atuação nos protocolos/normas existentes no serviço e na evidência científica.

Durante o estágio procurei desenvolver atividades que respeitassem sempre a privacidade do doente, assegurar a confidencialidade e segurança da informação, garantir que a vontade do doente fosse satisfeita. No fundo, procurei que o Código Deontológico fizesse parte integrante da minha atuação.

Repare-se que no âmbito dos Cuidados Intensivos, por vezes o doente não reúne condições para decidir por si só, seja pela gravidade das lesões ou por um processo de sedação. Este tipo de situação pode conduzir-nos a questões éticas, pois se por um lado o doente não consegue tomar uma decisão para ser submetido a uma técnica mais invasiva, por outro lado ele mantém o direito à sua individualidade, pelo que a equipe de saúde deverá sustentar a sua atuação em prol do melhor interesse para o doente, sempre respeitando o princípio da sua autonomia.

Em contexto de estágio, percebi que havia por parte dos profissionais uma especial atenção em perceber se o doente tinha testamento vital ou diretivas antecipadas de vontade, de modo a fazer cumprir a vontade e desejo do mesmo.

A Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina quanto ao consentimento, no seu artigo 5.º, clarifica que qualquer procedimento no âmbito da saúde, só pode ser praticado após a pessoa em causa ter sido esclarecida e facultar o seu consentimento. Quando tal não era possível recorria-se ao consentimento presumido. Todas estas questões fomentaram em mim o desenvolvimento das competências no domínio da Responsabilidade Ética e Legal.

Em termos práticos procurei atuar de acordo com os protocolos/normas existentes no SMI e tive a oportunidade de assistir e colaborar na colocação de cateteres venosos centrais e periféricos; drenos torácicos; técnica dialítica; colaborar na manutenção da via aérea em doente com falência respiratória, nomeadamente entubação endotraqueal e traqueostomia, pude testar e manusear o ventilador; monitorizar e interpretar os traçados eletrocardiográficos e atuar de acordo com o traçado; preparar e administrar terapêutica de urgência/emergência. De notar que o facto de trabalhar num serviço de Medicina, no qual estes procedimentos escasseiam, este estágio contribuiu em larga escala para o desenvolvimento da minha competência profissional.

De ressaltar ainda que, o ambiente em cuidados intensivos é ditado pela tecnicismo e mecanicismo, direcionado para uma constante monitorização e situações ameaçadoras de vida. É vital manter o doente estável a custo de técnicas e meios altamente sofisticados, no entanto verifica-se simultaneamente um elevado nível de humanismo e personalização nos cuidados prestados. O método de trabalho utilizado é individual puro e demonstra o estabelecimento de uma relação de empatia estabelecida entre o profissional e o utente/família.

### **Competência no domínio da melhoria contínua da qualidade:**

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.3), a competência do domínio da melhoria contínua da qualidade tem como objetivo basilar conceber, colaborar e gerir a melhoria dos cuidados prestados criando um ambiente terapêutico e seguro.

Ora, o Serviço de Medicina Intensiva surge como um local onde facilmente nos apercebemos que os profissionais são permanentemente instigados à busca da atualização de conhecimento científico, numa constante tentativa de promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente. Indubitavelmente, a prática baseada na evidência assume-se como um elemento adjuvante em todo esse processo. Esta viabiliza a investigação, a partilha e a divulgação de conhecimentos científicos.

Durante o estágio percebi que no serviço existem grupos de trabalho compostos por médicos, enfermeiros e assistentes operacionais que abordam determinadas temáticas, elaboram protocolos e normas, que mensalmente são explanados em formação direcionada a toda a equipe.

Uma vez elaborados, os protocolos e as normas de atuação, torna-se importante transpor - los para a prática e avaliar o seu impacto. As auditorias relevam-se estratégias eficazes neste âmbito, porquanto no SMI, aquelas são uma prática frequente e as suas conclusões são apresentadas à equipa com a intenção de melhorar a prestação dos cuidados.

Os grupos de trabalho inferiam ainda a sua atenção sobre os Indicadores de Qualidade, debruçando-se sobre temas como Úlceras de Pressão, Quedas, Prevenção da Infecção associada à entubação, Prevenção da infecção associada ao cateterismo urinário.

### **Competência no domínio da Gestão dos Cuidados:**

No âmbito da gestão dos cuidados tive a oportunidade de perceber que em inúmeros turnos, o enfermeiro especialista é o enfermeiro responsável pelo turno, cabendo-lhe a responsabilidade de gerir e orientar o serviço da forma mais adequada possível. Assim compete-lhe a distribuição dos doentes de acordo com o grau de complexidade e dependência, supervisionar a atuação dos elementos mais novos e adotar as decisões mais ajustadas a cada situação, controlar os estupefacientes, solicitar medicação em falta aos serviços farmacêuticos, orientar a admissão de novos doentes no serviço e em caso situações excecionais ou de catástrofe gerir a situação consoante as orientações do plano de emergência. Desta forma pude atender à competência no domínio da gestão de cuidados.

## CONCLUSÃO

A melhor forma de consolidar os conhecimentos é sem dúvida através da realização de estágios. Estes promovem uma contínua atualização de conhecimentos e a busca pela excelência nos cuidados prestados. Esta busca pelo saber, promoveu indubitavelmente o meu crescimento pessoal e profissional.

Procurei em todas as circunstâncias adotar uma postura de receptividade e aprendizagem, de modo a assimilar o melhor de cada campo de estágio. Em cada intervenção procurei atender ao princípio da dignidade humana, subjacente à profissão e abarcar a pessoa em situação crítica de uma forma transversal a todas as suas dimensões.

As pessoas com quem tive o privilégio de percorrer esta trajetória contribuíram para irrefutavelmente para o meu progresso, pelo que fica o meu profundo agradecimento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Diário da República n.º 124/2011, Série II de 2011-02-18, p. 8656-8657. Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16, p. 19362-19364.

INEM - Sistema Integrado de Emergência Médica. (2013). Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica, 1ª edição.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro Dos Comentários à Análise dos Casos*. 2013(11), 56–59.

Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Edição da Ordem dos Enfermeiros

## **ANEXO II - Instrumento de Recolha de Dados**

# Formulário

Os dados contidos no formulário são **anônimos** e **confidenciais**. Destinam-se exclusivamente a fins de investigação científica.

## 1. DADOS DEMOGRÁFICOS

1.1. Idade: □□□anos

1.2. Sexo: Masculino 1                      Feminino 2

1.3. Residência: Lar 1              Casa Própria 2              Outros 3

1.3.1. Qual \_\_\_\_\_

1.4. Dias de internamento: \_\_\_\_\_

## 2. AVALIAÇÃO INICIAL

2.1. Modo de Admissão: Serviço de Urgência 1                      Consulta Externa 2

2.2. Motivo porque recorreu à urgência:

2.3. Diagnóstico Principal (Escolher apenas uma)

2.3.1. NEOPLASICO

- Cólon 1
- Próstata 2
- Mama 3
- Gástrico 4
  
- Hepático 5
  
- Pulmonar 6
- Pâncreas 7
- Neoplasia Metastizado 8

2.3.2. NÃO NEOPLÁSICO (Escolher apenas uma)

- AVC 1
- Patologia Cardio-respiratórias (Cardiopatia, ICC, FA, EAM, DPOC) 2
- Infecção (pneumonia, urinária, úlceras de pressão) 3
- IRC Agudizada 4
- Alterações metabólicas (anemia, desidratação, hiponatremia) 5
- Doenças Osteoarticulares 6
- Síndrome Demencial 7
- Diabetes Mellitus descompensada 8
- Outro 9

2.3.2.1. Qual:

2.4. COMORBILIDADES: Não 1 Sim 2

2.4.1. Neoplásicas: Não 1 Sim 2 2.4.1.1. Qual:

2.5. Dependência na atividade de vida diária

- Dependente em grau reduzido 1
- Dependente em grau moderado 2
- Dependente em grau elevado 3

2.6. Sintomas à admissão:

- Dor 1
- *Delírium* 2
- Estertor/Respiração ruidosa 3
- Náuseas e Vômitos 4
- Dispneia 5

2.7. Medicação à admissão:

2.7.1. Analgésicos Não Opióides: Não 1 Sim 2

2.7.1.1. Quais e a via administração:  
\_\_\_\_\_

2.7.2. Analgésicos Opióides: Não 1 Sim 2

2.7.2.1. Quais e a via administração:  
\_\_\_\_\_

**2.7.3.** Sedativos: Não 1 Sim 2

2.7.3.1. Quais e a via administração:  
\_\_\_\_\_

**2.7.4.** Anticolinérgicos: Não 1 Sim 2

2.7.4.1. Quais e a via administração:  
\_\_\_\_\_

**2.7.5.** Antieméticos: Não 1 Sim 2

2.7.5.1. Quais e a via administração:  
\_\_\_\_\_

**2.7.6.** Benzodiazepinas: Não 1 Sim 2

2.7.6.1. Quais e a via administração:  
\_\_\_\_\_

**2.8.** Indicação para medidas de conforto: Não 1 Sim 2

2.8.1. Tempo que decorreu até ao momento da morte:

< 72h 1                      ≥72h 2

**2.9.** Documentado com Decisão de Não Reanimar: Não 1 Sim 2

### **3. ÚLTIMAS 72H DE VIDA**

3.1. Sintomas observados nas últimas 72h:

**3.1.1.** Dor: Não 1 Sim 2

**3.1.2.** *Delírium*: Não 1 Sim 2

**3.1.3.** Estertor/Respiração ruidosa: Não 1 Sim 2

**3.1.4.** Náuseas e Vômitos: Não 1 Sim 2

**3.1.5.** Dispneia: Não 1 Sim 2

3.2. Sintomas observados nas últimas 48h:

**3.2.1.** Dor: Não 1 Sim 2

**3.2.2.** *Delírium*: Não 1 Sim 2

**3.2.3.** Estertor/Respiração ruidosa: Não 1 Sim 2

**3.2.4.** Náuseas e Vômitos: Não 1 Sim 2

**3.2.5.** Dispneia: Não 1 Sim 2

3.3. Sintomas observados nas últimas 24h:

- 331. Dor: Não 1 Sim 2
- 332. Delírium: Não 1 Sim 2
- 333. Estertor/Respiração ruidosa: Não 1 Sim 2
- 334. Náuseas e Vômitos: Não 1 Sim 2
- 335. Dispneia: Não 1 Sim 2

*3.4. INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS*

3.4.1. Medicação para controlo de sintomas

- 3.4.1.1. Analgésicos Não Opióides: Não 1 Sim 2

3.4.1.1.1. Quais e a via administração:

- 3.4.1.2. Analgésicos Opióides: Não 1 Sim 2

3.4.1.2.1. Quais e a via administração:

- 3.4.1.3. Sedativos: Não 1 Sim 2

3.4.1.3.1. Quais e a via administração:

- 3.4.1.4. Anticolinérgicos: Não 1 Sim 2

3.4.1.4.1. Quais e a via administração:

- 3.4.1.5. Antieméticos: Não 1 Sim 2

3.4.1.5.1. Quais e a via administração:

- 3.4.1.6. Benzodiazepinas: Não 1 Sim 2

3.4.1.6.1. Quais e a via administração:

- 3.4.2. Medicação prescrita em dose de resgate para controlo de sintomas: Não 1

Sim 2

3.4.2.1. Qual é a via administração: \_\_\_\_\_

- 3.4.3. Outra medicação prescrita após decisão medidas de conforto e nas últimas 72h:

- 3.4.3.1. Oxigénio: Não 1 Sim 2

- 3.4.3.2. BiPAP: Não 1 Sim 2

**3.4.3.3.** Soroterapia: Não 1 Sim 2

3.4.3.3.1. Via: E.V. 1 S.C. 2

**3.4.3.4.** Medicação em perfusão contínua: Não 1 Sim 2

3.4.3.4.1. Qual e via de administração:

**3.4.3.5.** Antibióticos: Não 1 Sim 2

3.4.3.5.1. Qual e a via administração: \_\_\_\_\_

**3.4.3.6.** Antidiabéticos orais: Não 1 Sim 2

**3.4.3.7.** Insulina: Não 1 Sim 2

**3.4.3.8.** Antiarrítmicos: Não 1 Sim 2

**3.4.3.9.** Anti hipertensores: Não 1 Sim 2

**3.4.3.10.** Diuréticos: Não 1 Sim 2

3.4.4. Tempo decorrido desde a última prescrição terapêutica e a morte: \_  
horas

### *3.5. INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS*

3.5.1. Monitorização:

**3.5.1.1.** Sinais Vitais: Não 1 Sim 2

**3.5.1.2.** Oximetria: Não 1 Sim 2

**3.5.1.3.** Pesquisa Glicémia Capilar: Não 1 Sim 2

**3.5.1.4.** Monitorização Cardíaca: Não 1 Sim 2

**3.5.1.5.** Diurese: Não 1 Sim 2

**3.5.1.6.** Balanço Hídrico Não 1 Sim 2

3.5.2. Cuidados de Eliminação Intestinal

**3.5.2.1.** Registo da Eliminação Intestinal: Não 1 Sim 2

**3.5.2.2.** Enemas de limpeza: Não 1 Sim 2

3.5.3. Cuidados de Eliminação Urinária

**3.5.3.1.** Registo da Eliminação Urinária: Não 1 Sim 2

**3.5.3.2.** Doente algaliado: Não 1 Sim 2

**3.5.3.3.** Executada técnica de algaliação: Não 1 Sim 2

**3.5.3.4.** Executada técnica de esvaziamento vesical: Não 1 Sim 2

### 3.5.4. Hidratação / Alimentação

#### 3.5.4.1. Dieta prescrita:

- Geral 1
- Ligeira 2
- Mole 3
- Pastosa 4
  
- Líquida 5
  
- Entérica 6
- Zero 7

#### 3.5.4.2. Reforço Hídrico: Não 1 Sim 2

3.5.4.2.1. Quanto (ml x dia): \_\_\_\_\_

#### 3.5.4.3. Via de Administração:

Oral 1 Entérica 2 PEG 3 Parentérica 4

#### 3.5.4.4. Doente com sonda Naso gástrica: Não 1 Sim 2

#### 3.5.4.5. Executada técnica de SNG: Não 1 Sim 2

### 3.5.5. Cuidados com a pele

#### 3.5.5.1. Aplicação de colchão anti-escaras: Não 1 Sim 2

#### 3.5.5.2. Presença de úlceras de pressão: Não 1 Sim 2

#### 3.5.5.3. Executado tratamento às úlceras de pressão: Não 1 Sim 2

### 3.5.6. Medidas de Conforto

#### 3.5.6.1. Indicação para não Entubar Naso gastricamente: Não 1 Sim 2

#### 3.5.6.2. Indicação para desalgaliar: Não 1 Sim 2

#### 3.5.6.3. Posicionamentos: Não 1 Sim 2

#### 3.5.6.4. Executada técnica de Aspiração de Secreções: Não 1 Sim 2

**3.6. EXAMES DE DIAGNÓSTICO COMPLEMENTARES** – Exames realizados nas últimas 72h

- 3.6.1.** Análises sanguíneas: Não 1 Sim 2
- 3.6.2.** Gasimetria: Não 1 Sim 2
- 3.6.3.** Exames Bacteriológicos à urina: Não 1 Sim 2
- 3.6.4.** Exames Bacteriológicos à expetoração: Não 1 Sim 2
- 3.6.5.** Hemoculturas: Não 1 Sim 2
- 3.6.6.** Exames radiológicos: Não 1 Sim 2
- 3.6.7.** Tomografia Axial Computorizada (TAC): Não 1 Sim 2

*3.7. PROCEDIMENTOS INVASIVOS*

- 3.7.1.** Colocação de Cateter venoso periférico: Não 1 Sim 2 N/A 3
- 3.7.2.** Colocação de Cateter Venoso Central: Não 1 Sim 2

3.7.3. Outros: \_\_\_\_\_

**3.8. MANOBRAS DE REANIMAÇÃO**

- 3.8.1.** O doente foi submetido a manobras de reanimação: Não 1 Sim 2

## **ANEXO III - Autorização para a aplicação do Instrumento de Recolha de Dados**

Ex.mo Sra. Dra. Isabel Pinto

Eu, Elisabete Moreira Delgado, Enfermeira, com nº OE 53335, autora da tese intitulado "*Caracterização dos cuidados prestados ao doente terminal nas últimas 72h de vida*", venho por este meio dar o consentimento para a utilização do instrumento de colheita de dados utilizado neste estudo, criado com base no Protocolo de Liverpool Care Pathway (LCP – versão 12).

O presente consentimento é válido apenas para aplicabilidade no estudo de investigação intitulado de "*Cuidados ao doente em fim de vida, nos últimos três dias*", da autora Maria Isabel Monteiro Pinto, C.c. 11806766 e n.º OE 40636, sob orientação do Sr. Professor Carlos Magalhães do Instituto Politécnico de Bragança.

Com os melhores cumprimentos,

PORTO, 17 de Junho de 2021



Elisabete Moreira Delgado

**ANEXO IV - Autorização da comissão de ética para a realização do estudo**

Exmo. (a) Senhor(a)

Enf. Maria Isabel Monteiro Pinto

isabelpintocbt@sapo.pt

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
	18/10/2021	PROC. Nº: 57/2021	25-01-2022

ASSUNTO: **"Caracterização dos Cuidados ao Doente em Fim de Vida, nos últimos três dias."**

Exma. Senhora Enf. Maria Isabel Pinto,

Acusamos a receção do seu pedido para realização do estudo **"Caracterização dos Cuidados ao Doente em Fim de Vida, nos últimos três dias."**

Agradecemos a preferência pela nossa instituição.

A Comissão Ética de Saúde não tem objecção ética à realização do estudo no , nas condições referidas no mesmo.

Informamos que, em reunião de Conselho de Administração de 19/01/2022 foi autorizada a realização do estudo, podendo o mesmo dar início, nos termos do Parecer da Comissão.

No final da realização do estudo deverá entregar, no Serviço de Ensino, Formação e Investigação (SEFI), o relatório final, sendo este de carácter obrigatório.

Estaremos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento que entenda solicitar.

Com os melhores cumprimentos,

**ANEXO V – Comprovativo de submissão de artigo numa revista de enfermagem**

## Caracterização dos cuidados prestados ao doente terminal nos últimos três dias de vida

Detalhes do artigo Autores Ficheiros **Estado da submissão do artigo** Processo de revisão  

### Estado atual

Ficheiro do artigo	<input checked="" type="checkbox"/>
Ficheiro Termo Único	<input checked="" type="checkbox"/>
Checklist geral	<input checked="" type="checkbox"/>
Checklist - Artigo de Investigação	<input checked="" type="checkbox"/>
Fase de revisão	Submetido

### Pagamento