



Humanizar e formar para melhor cuidar da pessoa com dor:

O Papel do Enfermeiro na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

Alexandra Margarida Medina e Silva

Orientadora

Professora Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos, realizada sob a orientação científica da Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Janeiro 2023

Composição do júri

Presidente: Professor Doutor Francisco José Barbas Rodrigues

Orientadora: Professora Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta

Arguente: Mestre Ricardo Daniel Serra

Dedicatória e agradecimentos

Energia, força, coragem, resistência e vontade
foram sentimentos que conduziram este percurso...
Superei desafios, receios e até medos...
Abdiquei de momentos em família, em especial da minha filha LEONOR...
Recordo a ausência da maminha e do colo de mãe
quando estava em aulas ou em estágio.
Tempos, momentos e exigências...
Mas, graças ao apoio e dedicação da família (pais, irmã e marido),
se remou e atingiu a concretização deste projeto!

No caminho deste mestrado cresci como pessoa e profissional...
não tenho dúvida que hoje sou uma melhor filha, mãe, esposa e enfermeira...
Vejo a VIDA COM MAIS COR E MAIS BRILHO...
Estou grata pelos abanões sentimentais que levei,
estou agradecida pelas partilhas e experiências...
Encaro a DOR de outra forma!
Também já consigo apreciar a morte...
E todos os dias, aprendo a gerir uma dor muito especial,
a perda dos avós Samuel e Lisete, e o fim de vida da minha Tá...
Tenho a certeza que tive muita sorte de se terem cruzado na minha vida!
Sou grata pelas vossas experiências, pelo vosso voto de amor e pelo vosso lema...

O meu obrigada a todos os doentes e profissionais que se cruzam comigo!
Destaco a equipa da UCP que me acolheu no estágio, pela sua disponibilidade, rigor e
qualidade. E aos profissionais do meu hospital, pelo incentivo e por acreditarem em mim...
é bom comunicar, crescer, conviver para melhor cuidar!

O meu reconhecimento e profundo agradecimento à Professora Doutora Paula Sapeta, por
me proporcionar a honra de ser minha orientadora. Pelas suas sugestões, conhecimentos,
pela transparência do seu gosto por Cuidados Paliativos e, acima de tudo, pelo seu cultivo e
paixão nesta área tão específica!

Sinto-me muito feliz e realizada...
BEM-HAJA... a todos e em particular a mim mesma!
OXALÁ consiga conduzir a minha vida pessoal/profissional sempre em bom rumo!

Resumo

Este relatório de prática clínica foi elaborado seguindo uma metodologia descritiva, reflexiva e crítica, suportada por evidência científica, pretendendo responder aos objetivos delineados do 8.º Curso de Mestrado de Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco. É composto por três partes. Na primeira parte, abordam-se os valores e princípios dos cuidados paliativos, seguida da contextualização e reflexão do estágio de Prática Clínica realizado numa UCP. Foca-se a tipologia, o modelo de organização, o nível de diferenciação e características desse internamento. Na segunda parte, apresenta-se a reflexão crítica das atividades desenvolvidas em articulação com os objetivos estabelecidos e as competências do enfermeiro. Pormenorizando a forma de atingir as competências instrumentais, interpessoais e sistémicas com base nos relatos práticos dos quatro pilares dos Cuidados Paliativos (comunicação, controlo de sintomas, cuidar a família e trabalho em equipa). Na última parte, descreve-se o projeto de intervenção/formação titulado: “Conviver” com a dor do doente paliativo – abordagem e estratégia dos Cuidados Paliativos, dirigido a profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e assistentes sociais). Acrescentando-se uma fundamentação temática sobre o papel do enfermeiro na humanização e no cuidar. Por fim expõe-se a revisão integrativa da literatura- “Massagem terapêutica no tratamento da dor do doente oncológico - o seu efeito e evidência na redução de terapêutica opióide”.

Palavras chave

Cuidados Paliativos, Competência do enfermeiro, Dor, Formação, Massagem terapêutica

Abstract

This clinical practice report was prepared following a descriptive, reflective and critical methodology, supported by scientific evidence, aiming to respond to the objectives outlined in the 8th Master's Course in Palliative Care at Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, from the Polytechnic Institute of Castelo Branco. It consists of three parts. In the first part, the values and principles of palliative care are discussed, followed by the contextualization and reflection of the Clinical Practice internship carried out in a PCU. It focuses on the typology, the organizational model, the level of differentiation and characteristics of this internment. In the second part, a critical reflection of the activities developed in articulation with the established objectives and the nurses' competences is presented. Detailing how to achieve instrumental, interpersonal and systemic skills based on practical reports of the four pillars of Palliative Care (communication, symptom control, family care and teamwork). The last part describes the intervention/training project entitled: "Living" with the pain of the palliative patient – approach and strategy of Palliative Care, aimed at health professionals (doctors, nurses and social workers). Adding a thematic foundation on the role of nurses in humanization and care. Finally, an integrative review of the literature is presented - "Therapeutic massage in the treatment of pain in cancer patients - its effect and evidence in the reduction of opioid therapy".

Keywords

Palliative Care, Nurse competence, Pain, Training, Massage therapy

Índice geral

INTRODUÇÃO	1
PARTE I - PRÁTICA CLÍNICA NUMA UCP: CARACTERIZAÇÃO E REFLEXÃO	3
1. Cuidados Paliativos: valores e princípios	3
2. Contextualização e reflexão do estágio profissional de prática clínica realizado numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP)	5
2.1. Tipologia de prestação de cuidados e configuração de serviços de CP	6
2.2. Modelo de organização e nível de diferenciação	7
2.3. Caracterização e descrição da UCP	9
2.3.1. Objetivos, missão, visão, valores e atribuições	9
2.3.2. Aspetos arquitetónicos	10
2.3.3. Equipa interdisciplinar/recursos humanos	11
2.3.4. Formação de profissionais de saúde envolvidos	12
2.3.5. Funcionamento	14
PARTE II – OBJETIVOS E COMPETÊNCIAS: A REFLEXÃO CRÍTICA	17
1. Competências, atividades e objetivos	17
1.1. Competências	17
1.2. Reflexão crítica das atividades desenvolvidas em articulação com os objetivos gerais estabelecidos e as competências do enfermeiro (comuns e específicas)	18
1.3. Objetivos específicos	23
2. Pilares dos Cuidados Paliativos – análise crítica das atividades desenvolvidas na prática clínica	24
2.1. Comunicação	24
2.1.1. A comunicação em Cuidados Paliativos	24
2.1.2. O papel do enfermeiro na comunicação	27
2.1.3. A construção pessoal na aquisição de competências: conquistas e vivências	28
2.1.4. Desafios e oportunidades da comunicação à distância	30
2.2. Controlo de sintomas	31
2.2.1. Princípios gerais do controlo sintomático	31
2.2.1.1. Avaliação, monitorização e registo sintomático	32
2.2.1.2. Plano terapêutico: abordagem farmacológica e não farmacológica	33
2.2.1.3. Adequar a via de administração	35
2.2.2. A valorização da carga sintomática – o retrato de experiências práticas	36
2.2.3. Reflexão sobre “desprescrever”	40
2.3. Cuidar a família	43
2.3.1. A família como integrante da assistência em cuidados	43
2.3.2. Proporcionar a despedida – momentos especiais	50
2.3.3. Desejo de o doente morrer em casa	51
2.3.4. Abordagem sobre o processo de luto: vivências e intervenção especializada	52
2.4. Trabalho em equipa	54
2.4.1. Gestão em saúde – o papel desafiante do enfermeiro	55
2.4.2. Stress, conflitos laboratoriais e Burnout – a importância da saúde da equipa	55

PARTE III – PROJETO DE INTERVENÇÃO/ FORMAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO	57
1. Enquadramento e justificação da ligação temática englobadas no projeto	57
2. Fundamentação temática sobre o papel do enfermeiro na EIHSCP na humanização e no cuidar	58
3. Diagnóstico da situação: descrição do problema	61
4. Implementação do projeto de intervenção/ formação	63
4.1. Objetivos	63
4.2. Análise de SWOT	64
4.3. Ações a curto, médio e longo prazo	66
4.4. Estratégias projetadas em situação pandémica face à planificação	67
4.5. Estrutura do plano formativo da sessão formativa	67
4.6. Áreas de melhoria	70
4.7. Avaliação	71
5. Revisão Integrativa da literatura (RIL)	74
Massagem terapêutica no tratamento da dor do doente oncológico – o seu efeito e evidência na redução de terapêutica opióide	
CONCLUSÃO	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
APÊNDICES	108
Apêndice A – Divulgação da Formação Intra-hospitalar: “Conviver com a dor do doente paliativo – Abordagem e estratégia dos Cuidados Paliativos	109
Apêndice B – Instrumento de avaliação aos formandos	111
Apêndice C – Instrumento de avaliação global do formando	113
Apêndice D - Divulgação e Programa da Formação: 1.º Curso Básico de Cuidados Paliativos	116

Índice de figuras

Figura 1 - Genograma	45
Figura 2 - Ecomapa	45
Figura 3 - Fluxograma PRISMA do processo de seleção do corpus documental	77

Lista de tabelas

Tabela 1 – Registo de sessões de Hospital Dia de Cuidados Paliativos	57
Tabela 2 - Registo de Consultas de Cuidados Paliativos	58
Tabela 3 – Registo do Número de Consultas de dor	61
Tabela 4 – Medidas propostas (2020-2025)	65
Tabela 5 – Estrutura do plano formativo da sessão	67
Tabela 6 – Evolução do Standard recomendado	69
Tabela 7 - PICOD da revisão integrativa	76
Tabela 8 - Equações de busca por base de dados	76
Tabela 9 – Apresentação dos artigos selecionados	78

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

ARS – Administração Regional de Saúde

CCI – Cuidados Continuados Integrados

CE/HD – Consulta Externa com Hospital de Dia

CNCP – Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP – Cuidados Paliativos

CPP – Cuidados Paliativos Pediátricos

CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CTI – Cateter Totalmente Implantado

Dec. – Decreto

DGS – Direção Geral de Saúde

DR – Diário da República

EAPC – *European Association for Palliative Care*

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCP-P – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátrica

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

ERPI/D – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas/Dependentes

ESALD- Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

idem - o mesmo, a mesma coisa, da mesma maneira, referência ao mesmo autor

IPCB- Instituto Politécnico de Castelo Branco

OE – Ordem dos enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEDCP – Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

PEG - Gastrostomia endoscópica percutânea (traduzido do inglês)

QT – Quimioterapia

RI - Regulamento Interno

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

RT - Radioterapia

SARS-CoV-2 - Coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2

SC – subcutânea

SECPAL – Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos

sic - citação, termo ou expressão transcrita (segundo informação colhida)

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TC – Tomografia computadorizada

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

UCP-R – Unidade de Cuidados Paliativos - Residência

ULS – Unidade Local de Saúde

Introdução

No âmbito do 8.º Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos, da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias (ESALD), do Instituto Politécnico de Castelo Branco (IPCB), o presente relatório pretende contribuir para o incremento da filosofia dos Cuidados Paliativos e para a mudança de paradigma de atuação perante as necessidades sociais e de saúde. Tendo a finalidade de adquirir formação especializada de elevado nível científico, consolidar competências e obter o grau de Mestre em Cuidados Paliativos.

No percurso da nossa vida, vamos passo a passo traçando o rumo, preenchendo a identidade, criando uma história, fazendo os nossos sonhos acontecer ao vencer os variados desafios. Encarei este Mestrado como um desafio, um trilha a superar, que converti numa oportunidade de crescimento e aperfeiçoamento pessoal/profissional. Com o intuito de alcançar e promover um “cuidar” com mais impacto e de extremo valor, em prol dos doentes e suas famílias, a fim de encontrar a resposta mais adequada às suas necessidades evidenciadas. Sendo enfermeira, com funções na EIHS CP, Unidade Funcional Hospital Dia e consultas (Cuidados Paliativos, Oncologia e Dor) pretendo integrar um adequado papel e ser um ótimo contributo para uma equipa especializada e valorizada. Justificando assim, a necessidade de formação pós-graduada. Ressalvo a importância do papel do enfermeiro no cuidar com dignidade, responsabilidade e compromisso. Somos nós, os profissionais “com maior oportunidade de efetivação para as práticas de cuidado”, pois devemos assistir o doente de “forma integral e sensível”, nas suas “dimensões física, psicológica, social e espiritual” atuando como elo entre o utente e a família e os membros da equipa (Gonçalves, 2018). E neste pensamento, percebe-se que os CP têm desenvolvido uma filosofia de cuidar e uma área de intervenção especializada, tendo por base uma abordagem mais holística e integrada relativamente à saúde, à doença e à morte (CNCP, 2016).

De acordo com o Regulamento de Mestrado, realizou-se o estágio de prática clínica de 300 horas numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), na zona centro do país. Justificando-se esta escolha pessoal/profissional, por ser uma unidade pioneira de referência na prestação de CP do distrito e pelo apoio à instituição hospitalar onde exerço funções. Considerando pertinente conhecer e partilhar as experiências profissionais do local de receção e de cuidados especializados dos “nossos” doentes encaminhados. O período estipulado era de dois meses (fevereiro e março de 2020). Porém mediante as circunstâncias impostas pela evolução da situação de pandemia do SARS-CoV2 e as orientações reportadas pela DGS (DR n. 43/2020, Despacho n. 2836-A/2020), o estágio foi suspenso a 9 de março de 2020. Sendo posteriormente retomado em julho e agosto do mesmo ano.

Na elaboração deste relatório seguiu-se uma metodologia descritiva, reflexiva e crítica, suportada por evidência científica, pretendendo responder aos objetivos delineados. A estruturação do relatório é composta por três partes. Na primeira parte, abordam-se os valores e princípios dos cuidados paliativos, seguida da contextualização e reflexão do estágio de Prática Clínica realizado na UCP. Foca-se a tipologia, o modelo de organização, o nível de diferenciação e características desse serviço de internamento. Na segunda parte, apresenta-se a reflexão crítica das atividades desenvolvidas em articulação com os objetivos estabelecidos e as competências do enfermeiro. Pormenorizando a forma de atingir as competências instrumentais, interpessoais e sistémica com base nos relatos práticos dos quatro pilares dos Cuidados Paliativos (comunicação, controlo de sintomas, cuidar a família e trabalho em

equipa). Na última parte, descreve-se o projeto de intervenção, com estruturação de uma ação formativa intitulada: “Conviver” com a dor do doente paliativo – abordagem e estratégia dos Cuidados Paliativos, dirigido a profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e assistentes sociais) da minha instituição hospitalar, mediante as necessidades formativas delineadas após a realização do diagnóstico da situação/descrição do problema, projetando aliar as equipas e serviços da instituição numa parceria de cuidados e intervenções. Teve o objetivo principal de: promover o Papel do Enfermeiro da EIHS CP na formação e no tratamento da dor. Encarando essa formação como um eixo estratégico para o progresso e, uma maneira de demonstrar motivação e preocupação em implementar boas práticas de cuidados, a fim de promover a qualidade de vida em doentes com necessidades paliativas. Evidencia-se que a formação, a educação, o planeamento antecipatório de cuidados e o trabalho em equipa, são estratégias a implementar, para fomentar o autoconhecimento e o contínuo desenvolvimento pessoal, facultando o incremento na prática assistencial, a mudança do modelo de atuação e a oferta de respostas à situação atual, demográfica e de saúde (Gamondi et al., 2013). Os conteúdos programáticos do plano de intervenção da ação formativa, abordam a vertente dos CP e da dor no bem-estar do doente. Abrangem noções desde a avaliação da dor a regimes analgésicos, focando aspetos do uso de opióides. Demonstram a eficácia do controlo da dor perante intervenções farmacológicas e não farmacológicas. E divulgam projetos de enfermagem desta instituição hospitalar. Ainda nesta parte, apresenta-se uma fundamentação temática sobre o papel do enfermeiro na EIHS CP na humanização e no cuidar. Expondo por fim, a Revisão Integrativa da Literatura (RIL)- “Massagem terapêutica no tratamento da dor do doente oncológico - o seu efeito e evidência na redução de terapêutica opióide”. Assume-se este compromisso com a finalidade de obter dados empíricos que permitam enriquecer o conhecimento sobre o efeito da massagem terapêutica na dor do doente e melhorar a intervenção na dosagem e titulação de opióides. Porque a dor pode ser controlada mediante uma abordagem e avaliação completa, recorrendo a uma compilação de medidas não farmacológicas (como a massagem terapêutica) e a tratamentos farmacológicos. Mas, exige-se mais evidência científica que demonstre que a prática de terapias não farmacológicas seja uma estratégia eficaz e viável no controlo da dor, permitindo assim reduzir a dose terapêutica e poupar o consumo de opióides. Esta temática é relevante para a prática da Enfermagem e de CP, justificando-se uma intervenção de enfermagem com contributo evidente no controle de dor, na promoção do conforto e do bem-estar. Há que valorizar a equipa de enfermagem, por canalizar o seu papel essencial, mas também, por humanizar os cuidados à pessoa com dor. Sendo dever do enfermeiro implementar intervenções que vão de encontro às necessidades (DR n.º 181/2015, Lei n.º 156/2015). Favorecendo-se assim, uma estratégia terapêutica que promova a saúde e contribua para uma prática de excelência.

Futuramente, perspetiva-se traçar um percurso de novas soluções, ampliar as boas práticas e uniformizar os cuidados ao utente, aperfeiçoando a competência e melhorando o cumprimento da prática profissional, com o intuito de acompanhar o processo tecnológico e científico. Nesta associação, despertam-se as equipas para uma referência mais precoce, possibilitando um impacto positivo de oportunidade de melhoria e desenvolvimento profissional no seio da instituição hospitalar. Comprovando-se que os CP quando aplicados precocemente trazem grandes benefícios. Podendo diminuir os sintomas do doente; reduzir a sobrecarga dos familiares; encurtar os tempos de internamento hospitalar e os reinternamentos; procurar contornar a futilidade terapêutica e as idas aos serviços de urgência, diminuindo desta forma os custos em saúde (CNCP, 2016).

PARTE I - PRÁTICA CLÍNICA NUMA UCP: CARACTERIZAÇÃO E REFLEXÃO

No curso de Mestrado em Cuidados Paliativos, a Unidade Curricular da Prática Clínica surge no âmbito do plano de estudos como um momento fulcral de aquisição de conhecimentos. Nesta parte do relatório, realizou-se uma pesquisa bibliográfica para elaboração de uma abordagem sobre os cuidados paliativos e o seu conceito. Seguidamente uma contextualização e reflexão do estágio profissional. Sendo precedida de uma descrição sumária do modelo de organização, tipologia, funcionamento e caracterização do serviço e equipa. Executando uma articulação entre o descrito na literatura e o local de estágio.

1. Cuidados Paliativos: valores e princípios

O conceito de cuidados paliativos (CP) evoluiu ao longo do tempo, passou de exclusivo para doentes em fim de vida e tornou-se mais abrangente e completo.

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu os CP como “uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias confrontados com os problemas associados a uma doença ameaçadora de vida, através da prevenção e do alívio de sofrimento, a identificação precoce, a avaliação e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais” (WHO, 2002). Posteriormente, a *European Association of Palliative Care* (EAPC, 2009) define como “cuidados ativos e totais do doente cuja doença não responde à terapêutica curativa, sendo primordial o controlo da dor e outros sintomas, problemas sociais psicológicos e espirituais; são cuidados interdisciplinares que envolvem o doente, família e a comunidade nos seus objetivos; devem ser prestados onde quer que o doente deseje ser cuidado, seja em casa ou no hospital; afirmam a vida e assumem a morte como um processo natural e, como tal, não antecipam nem adiam a morte assim como procuram preservar a melhor qualidade de vida possível até à morte” (CNCP, 2016).

O “movimento moderno” dos CP, teve o mérito de chamar a atenção para o sofrimento dos doentes incuráveis, para a falta de respostas por parte dos serviços de saúde e para a especificidade dos cuidados que teriam que ser dispensados a esta população. Esse movimento iniciou-se em Inglaterra na década de 60 e, posteriormente alargou-se ao Canadá, Estados Unidos e à Europa (CNCP, 2020). O percurso em Portugal começou em 1992, na Unidade de Tratamento da Dor Crónica do Hospital do Fundão (CNCP, 2016). Seguidamente em 2004, estes cuidados foram reconhecidos, sendo então aprovado o Plano Nacional de CP (DGS, 2004). Pela responsabilidade do Estado, o Ministério da Saúde, cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) e consagra-se a Lei das Bases dos Cuidados Paliativos, que define os CP como “cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais” (DR n.º 172/2012, Lei n.º 52/2012). Neste âmbito, como forma de implementar e operacionalizar a Rede na prevista “Lei de Bases dos Cuidados Paliativos”, procedeu-se à

designação dos membros da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), a quem compete a elaboração de planos estratégicos bienais para o desenvolvimento dos CP no Serviço Nacional de Saúde (SNS) (DR n.º 113/2016, Despacho n.º 7824/2016). O Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) para o biénio 2019-2020, deu continuidade à estratégia do biénio anterior, incluiu os Cuidados Paliativos Pediátricos (DR n.º 66/2019, Despacho n.º 3721/2019). Pelo fato da doença atravessar todas as faixas etárias (SNS, 2020).

Assim sendo, ao longo do tempo temos assistido a um aumento da consciencialização do sofrimento do doente com doença terminal (Bernardo et al, 2016). Encarando estes cuidados como uma preocupação social e um direito humano (Capelas, 2008). Considerados como um direito de todos e não um privilégio de alguns (Bernardo et al, 2016). Por isso, torna-se basilar difundir estes cuidados devido ao aumento gradual do aparecimento das doenças crónicas e progressivas, além de um alargamento da esperança média de vida, porque os indicadores revelam um crescente número de doentes/famílias com necessidades paliativas, com urgência de resposta adequada, garantindo a igualdade, equidade no acesso e qualidade de vida (Sapeta, 2016). No entanto, apesar da pertinência da resposta advogada pelos CP para as questões em torno da humanização dos cuidados de saúde e do seu inequívoco interesse público, na atualidade, este tipo de cuidados não está ainda suficientemente divulgado e acessível àqueles que deles carecem (CNCP, 2020). Estudos recentes revelem dificuldades na prestação de cuidados no final da vida, “nomeadamente na acessibilidade a serviços específicos, falta de recursos extra-hospitalares, inadequado controlo sintomático, inadequada satisfação das necessidades dos doentes e família, sobrecarga dos cuidadores, cuidados dessincronizados das preferências do doente e família e inapropriada utilização de recursos” (Bernardo et al, 2016). Mediante este cenário, o Governo da República Portuguesa estabelece como prioridade melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade e a humanização dos serviços (SNS, 2020).

Em Portugal, os serviços qualificados e organizados são escassos e insuficientes para as necessidades detetadas, porque este problema atinge praticamente todas as famílias portuguesas. Com base no PEDCP 2019-2020, estima-se que no próximo biénio aumente o número de portugueses que necessitam de CP, calculando-se cerca de 75.614 a 89.861 pessoas, sendo esse o reflexo do aumento do envelhecimento da população e das doenças degenerativas e as oncológicas (CNCP, 2018). Por isso, há que constituir uma resposta indispensável aos tais problemas, sendo preciso tornar esta prestação cada vez mais uma realidade em nome da ética, da dignidade e do bem-estar de cada Homem. Porque os CP “não são cuidados menores no sistema de saúde, não se resumem a uma intervenção caritativa bem-intencionada, não se destinam a um grupo reduzido de situações, não restringem a sua aplicação aos moribundos nos últimos dias de vida”, “não são dispendiosos, não encarecem os gastos dos sistemas de saúde, e tendem mesmo a reduzi-los pela melhor racionalização dos meios” (CNCP, 2020). Por isso, deve-se canalizar uma resposta ativa e cuidados de saúde rigorosos ao combinar a ciência e humanismo (idem). Projetando “uma filosofia de cuidados e um sistema organizado e altamente estruturado para a prestação de cuidados tecnicamente competentes” (Bernardo et al., 2016). A fim de construir respostas humanizadas do cuidar, porque o doente não é a sua doença e sim uma pessoa.

Desse modo, defende-se que os três pilares primordiais para o desenvolvimento dos CP apontem para a formação, a disponibilidade de fármacos (opióides) e para o aumento de

recursos (Sapeta, 2016). Justificando-se a necessidade de preparar os profissionais de saúde para os “desafios incontornáveis”. Exigindo uma abordagem adequado no planeamento de cuidados de saúde, conjugando objetivos terapêuticos centrados no conforto e qualidade de vida, implicando formação e desenvolvimento de competências nesta área de cuidados (CNCP, 2020).

2. Contextualização e reflexão do estágio profissional de prática clínica realizado numa unidade de cuidados paliativos (UCP)

Os CP são um “elemento qualitativo essencial do sistema de saúde”. Em Portugal, de acordo com a estratégia do SNS deve-se garantir o seu “adequado desenvolvimento na continuidade dos cuidados de saúde, tendo por base os princípios de equidade e de cobertura universal” (CNCP, 2016, p.4). Desse modo, face ao crescimento e envelhecimento da população, aliado à prevalência de doenças progressivas crónicas e preferências sobre os cuidados, deparamo-nos com uma progressão na procura de cuidados em fim de vida (Bartel, 2016). Por isso, os CP são identificados “como uma área prioritária de intervenção” (DGS, 2004). E cada vez mais “uma exigência dos cuidados de saúde”, na obtenção de uma resposta organizada às múltiplas necessidades da pessoa em situação crónica e paliativa (CNCP, 2016). Sublinhando que a lei estabelece um conjunto de direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, consagrando o direito a não sofrerem de forma mantida, disruptiva e desproporcionada” (DR n.º 137/2018, Lei n.º 31/2018).

Nesse sentido, torna-se imprescindível investir na formação de profissionais em CP. Representando os estágios de prática clínica junto de equipas diferenciadas uma autêntica oportunidade de aproximação ao contexto real/ profissional, constituindo um requisito à consolidação de conhecimentos teóricos e à aquisição de competências.

Como estudante de Mestrado, realizou-se o estágio profissional numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), na zona centro do país. Justificando-se esta escolha pessoal/profissional, por ser uma unidade pioneira de referência na prestação de CP do distrito e pelo apoio à instituição hospitalar onde exerço funções de enfermeira. Considerando pertinente conhecer e partilhar as experiências profissionais do local de receção e de cuidados especializados dos “nossos” doentes encaminhados.

De acordo com o Regulamento de Mestrado, foram dedicadas 300 horas à Unidade Curricular da prática clínica (ESALD-IPCB, Adenda ao Regulamento, 2018). Ocorrendo dois períodos de estágio devido à situação pandémica. Em resultado desta implicação, inicialmente o estágio foi muito intensivo, revelando uma estratégia útil na observação, adaptação e integração das dinâmicas do serviço. Principalmente no acompanhamento diário dos doentes internados e suas famílias. A colaboração na prestação de cuidados no seio desta equipa multidisciplinar foi extraordinária. Essas vivências profissionais enfatizaram o aprender e desenvolver a capacidade crítica e reflexiva, contribuindo para superar desafios/ dificuldades, crescer e aperfeiçoar competências. Considero fulcral salientar o sucesso desse estágio alicerçado à forma como fui recebida e acarinhada no seio da equipa. A postura, o acolhimento e o acompanhamento profissional contribuíram para uma integração ativa no serviço. Reconheço ser um local privilegiado para a realização de ensinamentos clínicos. É um serviço

escolhido para estágios profissionais por alunos de formação de licenciatura e de especialidade, de pós-graduação e mestrados em CP por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Pois destaca-se o poder de cuidados humanizados, a sensibilização dos paliativos e a mentalidade de qualidade de vida até ao último momento.

A interação e união de profissionais de saúde, o espírito de trabalho de equipa com um objetivo comum compreendido por todos os elementos foram critérios vantajosos, mediante algumas lacunas presenciadas nesse local. Nomeadamente, a ausência temporária de duas médicas com formação mais avançada, decorrente de motivos pessoais/profissionais. Condicionando a estrutura e organização da equipa interdisciplinar e, conseqüentemente uma maior exigência dos restantes elementos, a fim de colmatar a falha desse pilar e manter um nível de trabalho de qualidade. Há que enaltecer o esforço coletivo perante as alterações na estrutura da equipa, denotando uma preocupação constante da equipa de enfermagem em assegurar um serviço qualificado, prevenindo qualquer implicação na assistência aos doentes e famílias. Importa refletir que na base dessa gestão e organização estabeleceu-se uma harmonia e parceria entre os enfermeiros mais experientes e a receptividade da equipa médica.

Como desvantagem/dificuldade deste estágio aponto a interrupção causada pela pandemia. Obrigando na 2.ª fase de estágio a uma nova integração na equipa, estando essa reestruturada com novos enfermeiros e assistentes operacionais. Além de uma adaptação a uma prestação de cuidados condicionada por medidas de proteção, em que o toque físico e o uso de máscara diminuem a proximidade e comunicação com o doente/família. Coagindo a traçar estratégias para superar as dificuldades, sendo esse esforço convertido como uma mais valia para a aquisição de competências. Revelo como ponto negativo nesta prática clínica, o pouco tempo de interação com a médica diretora (apenas dois dias) não usufruindo do seu papel no trabalho de equipa e na consulta externa. Transpareceu-me uma profissional com vasta experiência nesta valência de cuidados, e com uma excelente capacidade de ensinar e partilhar. Outra situação a acrescentar é que atualmente já não existe equipa comunitária agregada à unidade. No entanto, a instituição de saúde desenvolveu um serviço domiciliário, constituído por profissionais da UCP e da Unidade de Convalescença para colmatar as necessidades da comunidade, sendo um reforço aos Cuidados Primários. Mediante as disponibilidades laborais, durante o período de estágio não foi possível concretizar uma visita domiciliária, como objetivado, apenas presenciei um contato telefónico da equipa multidisciplinar.

2.1. Tipologia de prestação de cuidados e configuração de serviços de CP

Os CP são considerados essenciais a um SNS de qualidade, devendo ser prestados em continuidade nos cuidados de saúde, a todas as pessoas, ao longo do ciclo de vida, com doenças muito graves e/ou avançadas e progressivas, que deles necessitem, e onde quer que se encontrem, designadamente nos cuidados de saúde primários, hospitalares ou continuados integrados (DR n.º 46/2018, Portaria n.º 66/2018). Por esse motivo, implementou-se uma cobertura de recursos adequados a nível regional e nacional, com diferentes tipologias de recursos especializados, organizados sob a forma de uma rede (Capelas, 2014). A designada Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), que regula a caracterização dos serviços e a admissão nas equipas locais e as condições e requisitos de construção e segurança das

instalações de cuidados paliativos. Esta rede funcional, integrada nos serviços nos serviços do Ministério da Saúde prevê diferentes tipos de unidades e de equipas de CP, cooperando com outros recursos de saúde hospitalares, comunitários e domiciliários (SNS, 2020). Sendo essas equipas: as unidades de internamento de Cuidados Paliativos (UCP); as equipas intra-hospitalares em cuidados paliativos (EIHSCP), incluindo as equipas intra-hospitalares em cuidados paliativos pediátricas (EIHSCP-P); e as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP) (DR n.º 46/2018, Portaria n.º 66/2018). A RNCP é coordenada, a nível regional, pelas respetivas Administrações Regionais de Saúde, e articula-se com os Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES), as instituições hospitalares e as estruturas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), nomeadamente as Equipas Coordenadoras Regionais, de forma a assegurar a continuidade de cuidados (idem). Obtendo-se uma maior eficiência quando esses recursos se organizam em serviços e integram várias valências (CNCP, 2016). Sendo reconhecido benefícios para aos doentes e suas famílias, quando os CP são aplicados precocemente, diminuindo a carga sintomática dos pacientes e a sobrecarga dos familiares/cuidadores. Além de diminuir os tempos de internamento hospitalar, os reinternamentos, a futilidade terapêutica, os custos de saúde e o recurso aos serviços de urgência e aos cuidados intensivos (CNCP, 2018). Representa uma mais valia, porque coopera para que “todas as pessoas portadoras de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva, residentes em território nacional, tenham acesso a CP de qualidade, independentemente da sua idade, diagnóstico, local de residência ou nível socioeconómico, desde o diagnóstico até ao luto” (idem).

Assim, relativamente à configuração dos serviços de CP, sublinha-se que os doentes e famílias devem ter acesso a cuidados adequados às suas necessidades multidimensionais, prestados atempadamente por equipas, unidades ou serviços especializados de CP, em articulação e continuidade com todos os outros serviços não específicos (CNCP, 2016). Nesse sentido, para uma correta avaliação dos recursos necessários, no sentido de atender toda a população, é importante relembrar que nem todos os doentes com necessidades paliativas apresentam o mesmo nível de complexidade e que a provisão de recursos depende de todo o sistema de saúde e não apenas dos serviços de CP especializados (CNCP, 2018).

O estágio inseriu-se num nível de Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH), no internamento numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP). Com base no PEDCP 2017-2018, a unidade de acolhimento de estágio foi uma das oito UCP que foram convertidas em UCP hospitalares, deixando de estar integradas na RNCCI (DR n.º 38/2017, Portaria n.º 75/2017). Justificando-se essa medida para “aumentar o número de doentes tratados” (CNCP, 2018).

2.2. Modelo de organização e nível de diferenciação

A OMS recomenda modelos de atuação em CP, associados ao conceito e princípios éticos. Assim sendo, a rede é construída segundo um “modelo colaborativo e integrado”, também designado “modelo de intervenção integrada e articulada” na qual as equipas específicas de CP intervêm nos três níveis de cuidados de saúde existentes: CSP, CSH e CCI. Ou seja, prevê-se que esses diferentes tipos de unidades e de equipas cooperem com outros recursos de saúde hospitalares, comunitários e domiciliários (SNS, 2020). Em que as equipas específicas de CP/PPP ocupam-se dos doentes com necessidades mais complexas, da formação e investigação em CP. E os doentes de complexidade moderada a baixa, são acompanhados pelo seu médico e

enfermeiro de família, pelas equipas/unidades da RNCCI ou outras equipas, podendo receber consultoria das equipas específicas de CP (comunitárias e hospitalares) (CNCP, 2018). Desse modo, pretende-se o acesso rápido e flexível de equipas, fortalecendo-se uma Abordagem Paliativa entre os profissionais de saúde (CNCP, 2016). Contudo, considerando que esta seria a situação ideal, a nível prático, há que refletir que o cenário não é tão fácil e linear. Foi possível constatar durante o estágio, que a maioria dos doentes admitidos na UCP, sofreram de uma referenciação tardia; alguns provenientes de meio hospitalar ainda estavam submetidos a tratamentos desajustados e invasivos evidenciando um défice de comunicação profissional e até mesmo certa obstinação terapêutica; verificando-se também alguma escassez de recursos e apoio comunitário, aliado ao défice de conhecimentos/ formação de profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados específicos em fim de vida.

Atualmente preconiza-se o “Modelo Cooperativo com Intervenção nas Crises”, representando uma resposta dinâmica ao nível da intervenção, perante a visão holística intrínseca destes cuidados e a transferência do cerne da questão do prognóstico para o sofrimento do doente e suas necessidades anexas, independentemente da fase de evolução da doença. Essas intervenções paliativas destacam-se à medida que a doença e as necessidades progridem (Barbosa&Neto, 2010). Devendo ser prestadas desde o início do processo de doença de forma complementar, integrada e holística com os tratamentos ativos. Daí a importância em delinear um “papel crescente” à medida das necessidades e exigências do doente/ família (ANCP, 2006). Assim, este modelo adequa uma permanente colaboração e articulação, com acessibilidade permanente aos tipos de intervenção (específica ou curativa e paliativa) desde o início da doença (Barbosa&Neto, 2006).

Em articulação com o descrito na literatura e o local estágio, tornou-se possível integrar os princípios inerentes ao modelo de organização, praticando-se na UCP o “modelo colaborativo e integrado” baseado nas necessidades dos doentes e famílias. Porque aquando “controlados/ estabilizados os problemas” que motivaram essa referenciação para os CP, os doentes têm alta para outra tipologia de cuidados, “voltando a ser admitidos se a complexidade dos problemas de novo o justificar” (CNCP, 2016). Porém, salienta-se a dificuldade de encaminhar os doentes após o controlo sintomático, por dificuldades/ ausência de cuidador e falta de equipas de suporte na comunidade.

Com base no Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos - PEDCP (CNCP, 2016), alguns países subdividem até quatro níveis de diferenciação em CP:

- A “Abordagem Paliativa” integra métodos e procedimentos usados em CP (medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo de sintomas, estratégias de comunicação, entre outros), no acompanhamento dos doentes em estruturas não especializadas em CP. Esta abordagem deve ser transversal a todo o sistema de saúde. Devendo todos os profissionais de saúde possuírem formação básica em CP, sendo capazes de identificar e tratar precocemente os doentes com necessidades de foro paliativo e encaminhar os casos complexos para outro nível de diferenciação.
- Os “Cuidados Paliativos Generalistas” são prestados por profissionais com conhecimentos e competências mais avançadas (pós-graduação/ formação de nível intermédio) que trabalham com uma elevada prevalência de doentes com doença incurável e progressiva, embora não sejam os CP o foco principal da sua atividade profissional. Nomeadamente: Cuidados de Saúde Primários (CSP) e serviços hospitalares (Oncologia, Medicina Interna e Hematologia) (idem).

- Os “Cuidados Paliativos Especializados” são prestados por recursos especializados/profissionais especializados em CP a doentes e famílias com elevada complexidade. Estes assumem funções no acompanhamento clínico dos doentes e famílias e na consultadoria aos profissionais dos outros níveis de diferenciação. Além de cooperarem e articularem com Universidades, Escolas de Saúde e Centros de Investigação, com o objetivo de desenvolver o ensino, a investigação e a divulgação dos CP. Estes profissionais devem ter formação avançada em CP (pós-graduação/ mestrado ou doutoramento), com estágio em Unidades/Equipas certificadas.
- Os “Centros de Excelência” prestam CP especializados em vários contextos (internamento, ambulatório, apoio domiciliário e consultadoria) e desenvolvem atividade académica no domínio da formação e da investigação. Sendo referência a nível da educação, investigação e divulgação dos CP, desenvolvendo *standards* e novos métodos. Destacando a importância de articulação profissional de equipas do SNS. Nomeadamente entre as Unidades de Internamento (UCP) e as equipas de suporte (ECSCP e EIHSCP).

Mediante o descrito, a UCP onde realizei o estágio corresponde ao nível de diferenciação de Cuidados Paliativos Especializados, sendo “um serviço específico de tratamento de doentes que necessitam de CP diferenciados e multidisciplinares (DR n.º 172/2012, Lei n.º 52/2012), que dispõem de espaço físico independente e recursos próprios (médicos e enfermeiros) a tempo inteiro e destinam-se ao acompanhamento dos doentes com necessidades paliativas mais complexas, em situação de descompensação clínica ou emergência social, como seja a exaustão grave do cuidador (CNCP, 2016).

2.3. Caracterização e descrição da UCP

2.3.1. Objetivos, missão, visão, valores e atribuições

A UCP nasceu em setembro de 2007, sendo “uma unidade de internamento independente, com espaço físico próprio no Hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de doentes em situação clínica complexa de sofrimento, decorrentes de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva” (UCP - RI, 2007). A sua área de influência abrange concelhos e freguesias dos distritos de Coimbra e Aveiro, sendo distinguida por prestar “cuidados de saúde diferenciados”. Pois disponibiliza uma equipa multidisciplinar que assegura a prestação de cuidados de saúde com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos doentes e apoio aos familiares (SNS, 2020). A excelência da prestação de práticas diárias relaciona-se com a partilha da missão e dos valores de todos os constituintes da equipa. Conduzindo assim, um trabalho de equipa com métodos, objetivos e projetos em comum.

De acordo com o Regulamento da Unidade (2007), apresentam-se como objetivos:

- “Responder, progressivamente às necessidades da comunidade, promovendo o fácil acesso dos doentes aos CP, tão próximo quanto possível da sua residência”.
- “Promover a articulação entre CP e outros cuidados de saúde”.
- “Apoiar os familiares ou prestadores informais, na prestação de cuidados bem como na sua qualificação”.
- “Garantir a qualidade da organização e prestação de CP, através de programas de avaliação e promoção contínua da qualidade”.

- “Criar condições para a formação diferenciada em CP”.

A UCP tem como missão conceder aos seus pacientes e profissionais, os mais elevados padrões de qualidade de serviços e de vida ao seu alcance, sob princípios técnicos e valores do humanismo e da cidadania (SNS, 2020) Nessa instituição, a visão é direcionada para o reconhecimento de um hospital de proximidade, que garanta “serviços pautados pela qualidade clínica, pela satisfação dos utentes e pela sustentabilidade social e financeira, afirmando-se como uma micro-organização de saúde do século XXI” (idem). Os valores são direcionados para:

- *Primado do Indivíduo* – A resposta às necessidades individuais de cada paciente e de cada colaborador norteiam a atividade do hospital.
- *Primado da Qualidade e da Inovação* – A avaliação permanente, a pesquisa inovadora, a participação construtiva e a eleição da melhor opção técnica e humana, orientam-nos na senda da excelência do serviço.
- *Primado da Ética* – Os mais elevados princípios de conduta humana, técnica e deontológica, orientam a nossa ação e atitude perante os cidadãos.
- *Primado do Serviço Público* – A defesa do interesse público constitui um dever do desempenho permanente, na utilização eficiente dos recursos disponibilizados e nos resultados que os cidadãos esperam de nós, sempre na senda da causa pública, das práticas de equidade, de transparência, de responsabilidade e de inovação na construção de melhor cidadania e melhor democracia (SNS, 2020).

Como atribuições, a UCP tem por base “a prestação permanente de cuidados de qualidade técnica e humana, geradores de valor em saúde e de qualidade de vida aos pacientes”. Objetivando “garantir uma gestão de rigor de todos os recursos disponíveis, contribuindo para a eficiência e sustentabilidade do SNS”. Além do desenvolvimento das competências do hospital e motivação dos recursos humanos para potenciar o desempenho ao encontro das necessidades dos cidadãos, proporciona melhor cidadania em saúde, de modo que o cumprimento dos objetivos e planos de ação, contribuam para a concretização das metas estabelecidas para o desempenho regional e para as políticas nacionais de saúde” (SNS, 2020).

2.3.2. Aspetos arquitetónicos

A UCP é um internamento composto por 18 camas. Ressalto a iluminação natural dos quartos, em que o pôr do sol transmite serenidade e tranquilidade. Existem espaços comuns: sala de apoio à família, onde se processa o acolhimento do doente ao serviço e estabelecem reuniões/conferências familiares e, uma sala de estar/ refeitório que possibilita receber visitas para refeições familiares e atividades lúdicas, mas suspenso no período de pandemia. As restantes áreas são dedicadas aos profissionais de saúde: sala de reuniões (onde ocorre a passagem de turno); gabinete de coordenação (partilhado pelo enfermeiro chefe, pela equipa médica e pela assistente social); um gabinete de consulta de psicologia; sala de trabalho/terapêutica (com três carros de medicação unidos e respetivo portátil favorecendo comodidade e satisfação na prestação de cuidados, materiais, frigorífico e medicação); posto de enfermagem; sala de roupa; sala de sujos, copa e vestiários com WC. Esse hospital ainda disponibiliza o serviço de medicina física e reabilitação, serviço de radiologia (radiografia, ecografia, eletrocardiografia) e laboratório de patologia clínica.

2.3.3. Equipa interdisciplinar/ recursos humanos

Os recursos humanos são o suporte fundamental para o bom funcionamento de qualquer organização/instituição. Para tal a unidade dispõe de uma equipa multidisciplinar, com um trabalho desenvolvido na base da interdisciplinaridade, cumprindo as recomendações internacionais (EAPC, 2009). Essa equipa articula entre si e com outras equipas do SNS de forma a assegurar a continuidade de cuidados de que o doente necessita e, desse modo assegura “a prestação de uma abordagem paliativa de qualidade” (DR n.º 46/2018, Portaria n.º66/2018). Tendo o intuito de integrar o controlo sintomático, o apoio à família e a comunicação adequada (CNCP, 2016). A fim de permitir uma abordagem holística. Trata-se de uma equipa dinâmica, coesa e empenhada com vontade de proporcionar o melhor aos seus doentes e família. Simultaneamente essa qualidade e preciosidade do trabalho em equipa, fomenta a partilha de boas relações laborais e contribui para a prevenção de *Burnout*.

A unidade é dirigida por uma equipa coordenadora, constituída por: médica, enfermeiro chefe e assistente social. Considerando as qualificações existentes à exigência e complexidade desta especificidade de cuidados, a esse núcleo compete: garantir a elaboração do regulamento interno; planejar/coordenar/monitorizar as atividades desenvolvidas; promover o trabalho interdisciplinar; promover a formação inicial/contínua dos profissionais e a melhoria da qualidade dos serviços através da avaliação de estruturas, processos e resultados (*idem*).

A equipa médica assegura a visita e assistência diária, incluindo as chamadas urgentes durante a noite. É composta dois médicos do quadro de pessoal da instituição, ambos com formação avançada em CP, exercendo um deles o cargo de Diretor de Serviço.

A equipa de enfermagem, é constituída por dezasseis enfermeiros (um enfermeiro chefe, quatro enfermeiras especialistas em enfermagem médico cirúrgica e onze enfermeiros generalistas. Fazendo o paralelismo com as recomendações de dotações de recursos humanos para as equipas de CP, tendo em conta o disposto no PEDCP 2017-2018 (DR n.º 228/2016, Despacho n.º 14311-A/2016) e PEDCP 2021-2022 (CNCP, 2020), nomeadamente 1,2 enfermeiros/cama e 1,3 enfermeiros/cama (>11 enfermeiros), a equipa de enfermagem tem o número de enfermeiros adequado. No entanto, apenas dois enfermeiros com formação avançada em CP. O regime de permanência nas 24 horas é distribuído por turnos (manhã, tarde e noite). Presta a sua ação no acolhimento ao doente e no estabelecimento de uma relação de ajuda através da avaliação sistemática de problemas e necessidades dos doentes /famílias e instituição de planos de cuidados individualizados, que visam aliviar e minorar o sofrimento, proporcionando bem-estar. Tendo ainda a responsabilidade da gestão de recursos materiais e logísticos da unidade, tal como aspetos complementares do processo de cuidados (UCP - RI, 2007). A equipa de assistentes operacionais asseguram o seu apoio aos cuidados gerais e de manutenção em regime de permanência 24 horas por dia, exercendo a sua ação sob a supervisão da equipa de enfermagem.

A assistente social colabora no acolhimento, na elaboração do plano individual de intervenção, no acompanhamento psicossocial e na preparação da continuidade de cuidados.

A psicóloga clínica com formação intermédia em CP, tem um contato privilegiado com o doente/ família/ amigos ao proporcionar a validação das distintas emoções suscitadas pelo contexto de internamento, pela doença, pela ausência ou distanciamento dos entes queridos.

Através de uma relação terapêutica e empática, baseada na confiança mútua, procura facilitar a aceitação da doença/cuidados e facilita o processo de luto.

Os serviços farmacêuticos fornecem a medicação em unidose. No próprio serviço há um stock de medicação de apoio, incluindo cofre para opióides e benzodiazepinas.

Além destes elementos, trabalham em parceria outros profissionais: administradores, fisioterapeutas, assistente espiritual/ capelão, técnicos de informática, nutricionista e assistentes de copa. Atuando sob supervisão da equipa multidisciplinar, a equipa de voluntariado torna-se importante por ser um elo entre a comunidade e o doente, a família e a própria equipa de saúde, introduzindo uma riqueza humana fundamental, na presença, escuta e ajuda (UCP -RI, 2007).

2.3.4. Formação de profissionais de saúde envolvidos

A formação é consensualmente apontada como um fator no sucesso de equipas de CP, justificando a necessidade de programas estruturados de educação na formação de todos os profissionais envolvidos nestes cuidados, de forma a obterem treino adequado para exercerem as suas funções de forma correta, criteriosa e culturalmente sensível (CNCP, 2018). Perante o aumento da longevidade e à evolução crescente de doenças prolongadas, é imprescindível investir na formação. Defendendo-se que nem todos os profissionais necessitam do mesmo nível de formação, diferenciando-se a mesma em função da frequência e intensidade de contacto de cada profissional com doentes com necessidade de CP (CNCP, 2016). Assim sendo, em Portugal, recomendam-se três níveis de formação para diferentes destinatários (*idem*):

- Formação básica (Nível A): destinada a todos os profissionais que aplicam métodos e procedimentos de CP em ambiente não especializado. Pode ser lecionada por formação pré-graduada (com duração entre 18 e 89 horas).
- Formação Intermédia (Nível B): destinada a profissionais que seguem com muita frequência doentes com necessidades paliativas, mas em que os CP não são o foco principal da sua atividade (CSP, Oncologia, Hematologia, Medicina Interna, CCI). É lecionada como pós-graduação (duração entre 90 e 280 horas).
- Formação Avançada (Nível C): para profissionais cuja principal atividade é a prestação de CP, cuidando doentes com necessidades complexas (ECSCP, EIHSCP, UCP). Equivalente a doutoramento/ mestrado /pós-graduação com mais de 280 horas, associado a estágios em unidades de reconhecida credibilidade.

Sendo a formação reconhecida como determinante da prática de CP de qualidade, em 2019-2020, reiterou-se a necessidade de incentivar a formação a nível pré e pós-graduado, bem como estimular a educação da população em geral, como forma de garantir a realização de CP de qualidade e disseminar a sua aplicação nos três níveis de cuidados de saúde (CSP, CSH e CCI), como consta no PEDCP 2019-2020 (CNCP, 2018).

Fazendo o paralelismo temático com a realidade da UCP onde se processou o estágio, existem necessidades. Defende-se que os cuidados multidisciplinares sejam prestados por profissionais diferenciados (“paliativistas”) que asseguram o acompanhamento clínico de doentes e famílias com alto grau de complexidade. Por esse motivo, esses profissionais devem ter formação avançada em CP (CNCP, 2018). Porém, nessa unidade deparamo-nos com profissionais com experiência profissional em CP (apenas cinco elementos têm menos de dois

anos de experiência). No entanto, nem todos os profissionais dispõem de formação avançada em CP, apenas os elementos da equipa médica e dois enfermeiros são detentores desse nível de formação. Cumprindo o requisito que a equipa local funcione sob a direção técnica de profissionais com “formação e experiência reconhecida em cuidados paliativos” (DR n.º 46/2018, Portaria n.º 66/2018). Quatro enfermeiras têm especialização de enfermagem: de reabilitação, de saúde mental e psiquiátrica e médico-cirúrgica. A psicóloga clínica tem formação intermédia de CP e em Luto. A assistente social tem formação de Terapia Familiar e pós-graduação em Luto. E a restante equipa tem formação básica em CP. Convém ressaltar que na conjectura do serviço trabalha-se para uma formação contínua ao estabelecer um plano de formação anual em função dos objetivos da unidade e da avaliação das necessidades dos profissionais. Durante o estágio não ocorreu qualquer formação em serviço. Sendo em parte justificado, pelo motivo de férias de profissionais de saúde (julho/ agosto), mas também associado às contingências impostas pela pandemia, além do esforço e carga de trabalho dos profissionais envolvidos e às dificuldades de escala de serviço devido a uma parte da equipa de enfermagem ser infetada por Covid-19 por um período de tempo.

Ainda nesta temática, há que refletir sobre a situação de poucos profissionais com formação avançada, porque a falta de especialização na área de CP pode acarretar consequências, nomeadamente a qualidade dos cuidados prestados, considerando que o sucesso na carreira profissional passa pela busca constante do aperfeiçoamento e qualificações, mediante a atualização de métodos, tecnologias em persistente evolução. Assim, a realização deste mestrado foi um impulso para aprofundar o conhecimento nesta área específica. E nesse sentido, profissionais mais qualificados podem agregar valor à prestação de cuidados e ser um maior contributo para o serviço/instituição de saúde. Beneficiando desse investimento, iniciativa e aperfeiçoamento, todo o conjunto interligado, nomeadamente o doente /família/cuidador e os profissionais envolvidos. Na minha opinião, o crescimento, o potencial e o empenho de cada profissional é um ponto fundamental para o sucesso do nosso dia a dia. Considero que nesse local de estágio existe um espírito de equipa e interajuda entre elementos mais novos e os com maior experiência profissional (mesmo sem formação avançada). Existe uma parceria e aprendizagem mútua, uma partilha de filosofia de cuidado, um constante desafio em melhorar, daí a ocasião de corrigir alguns “vícios”, diminuir o risco de estagnação e acomodação, e proporcionar um desenvolvimento de estratégias, atividades e competências perante as múltiplas comorbilidades e complexidade de situações reais. Os doentes merecem e tem necessidade de um excelente acompanhamento, por isso reforço um excelente treino de controle de sintomas, uma capacidade de comunicação e uma prestação de cuidados aprimorada para amenizar os sintomas de doença envolvidos. E só assim se minimiza as possíveis consequências decorrentes da escassez de profissionais com formação avançada. Ainda neste ponto, saliento a excelente receptividade que me proporcionaram enquanto estagiária, senti-me integrada, sendo um ânimo e uma vantagem para o serviço. Desde logo percebi a oportunidade em contribuir para ampliar a visão da área de atuação, uma espécie de frescor de informação e atualização de conhecimentos teórico-práticos, possibilitando melhorar métodos/rotinas de trabalho, em parte justificada pelo 1.º ano de mestrado, aliado à minha experiência noutra área profissional (oncologia, quimioterapia e dor).

2.3.5. Funcionamento

Com base no PEDCP 2019-2020 (CNCP, 2018) e na Portaria n.º 75/2017 (DR n.º 38/2017), esta UCP da RNCCI que pertencia a hospitais do SNS foi uma das oito unidades convertidas em UCP hospitalares, deixando de estar integradas.

A referenciação dos doentes é gerida por equipas específicas de CP (EIHSCP, ECSCP, Consultas Externas) e outras unidades de internamento (HAJC, 2019). Durante o estágio, percebi que a referenciação era recebida via eletrónica e por chamada telefónica da equipa médica hospitalar e do médico de família. De salientar que a referenciação é baixa e realizada sobretudo para doentes em estado muito avançado, com tempos de sobrevida muitíssimo curtos. Com base no relatório da unidade, verifica-se que dos 156 óbitos registados, 65 doentes (41%) faleceram em menos de 7 dias (*idem*). Há que ressaltar que a referenciação precoce é uma mais-valia, já que quanto mais cedo o doente for referenciado, maior será a disponibilidade de acompanhamento do doente/família/cuidador para todo o conjunto de prestação de cuidados inerentes.

O processo de admissão na unidade é determinado pela impossibilidade de prestação de cuidados de saúde no domicílio, em razão da sua complexidade e intensidade e pela não justificação da continuidade de internamento em hospital de agudos. Desse modo, face à necessidades e recursos disponíveis delinearam-se critérios de admissão e exclusão. Assim, definem-se como critérios de admissão: os doentes que necessitem de CP, por situação clínica complexa e de sofrimento, decorrente de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva; os doentes que aceitem ser admitidos, após informação detalhada sobre a natureza do serviço e, terem uma sobrevivência previsível superior a 7 dias e inferior a 6 meses (UCP - RI, 2007). Segundo o relatório de gestão de 2018, que foram admitidos 204 doentes na UCP (HAJC, 2019). Consideram-se como critérios gerais de exclusão os doentes: em situação clínica aguda, em recuperação ou em convalescença, com capacidade de longa duração e que não aceitem ser paliativos (UCP - RI, 2007). Relativamente ao padrão da tipologia de doentes, esta unidade destina-se ao internamento de adultos com patologia oncológica e neurológica. Em 2018 registaram-se 198 doentes (cerca de 97.05%) com diagnóstico oncológico. Sendo o motivo de internamento associado ao controlo sintomático (dor, ansiedade, anorexia, astenia, obstipação, náuseas, vómitos, agitação, insónia, dispneia e disfagia) (HAJC, 2019). A taxa de ocupação situou-se nos 70,67%, não sendo compreensível que uma UCP apresente esta baixa taxa de ocupação, mediante um cenário de necessidade de CP (estima-se que na região centro serão cerca de 20000 utentes) (HAJC, 2019). Perante a evidência destes indicadores, deve-se questionar o desempenho e a forma como os doentes em CP são avaliados e referenciados pelas equipas específicas. Provavelmente não estão a ser ter em conta o modelo integrado e cooperativo descrito no plano estratégico.

Aquando chegada à unidade, realiza-se o acolhimento do doente e família por elementos da equipa (se possível: médica, enfermeira, psicóloga e assistente social), sendo entregue o “Manual de acolhimento do doente”.

O processo clínico do doente é constituído pela vertente informática (*Sclínico*®) e em suporte papel. Nesse dossier constam: dados pessoais do doente e da família/cuidador; história clínica; tabela terapêutica; exames de diagnóstico e tratamentos realizados; ficha/email de referenciação para o internamento e separador de apoio da psicologia.

Ocorrem reuniões semanais/ quinzenais da equipa multidisciplinar, constituindo um espaço privilegiado de decisão terapêutica, partilha de dificuldades/sentimentos perante a avaliação/reavaliação de casos clínicos e do trabalho a ser realizado: como planeamento de conferências familiares, processo de alta, pertinência da ida do doente a casa e até mesmo de preparação e apoio ao luto.

A passagem de turno representa uma partilha de informação pertinente, uma troca de experiências e uma constante busca de estratégias para resolução de problemas, associado ao controle de sintomas e ao apoio familiar. Denoto ser um momento de aprendizagem mediante as reflexões, discussões com enorme sentido crítico a fim de definir e ajustar as estratégias de atuação. Desse modo, essa abordagem integrada e holística da situação atual do doente facilita a adequação da intervenção de cuidados e o estabelecimento de novos objetivos terapêuticos.

Nessa instituição de saúde existe um “Regulamento de Visitas” que consagra aspetos gerais partilhados por todos os internamentos. Todavia, tendo em conta a especificidade do serviço, é permitida a visita aos doentes em horário alargado entre as 9 e as 20 horas. Recomenda-se o máximo de 2 visitas por doente em simultâneo. No entanto, por vontade do doente, e caso o seu estado o permita, o número pode ser excedido, salvaguardando as situações em que o doente se encontra em quarto duplo, e essas visitas não interfiram com o bem-estar do outro doente. Recordo uma situação particular que uma doente chegou a reunir cerca de 20 familiares em seu redor, como símbolo de união e conforto. Noutros casos, as visitas são reduzidas ou mesmo restringidas, por decisão do doente ou a pedido da família. Podendo também ser limitadas aquando indicação clínica. Na atualidade, perante as contingências pandémicas, houve necessidade de reorganizações. Sendo possível manter agendamento de 3 visitas programadas por semana, por um período de tempo estipulado. E a permanência de um acompanhante 24horas/dia não é autorizada. No entanto, ainda se salienta a sensibilidade da equipa perante situações especiais, nomeadamente a despedida de um doente em fase agónica, possibilitando um contato mais personalizado. Assim como, maior disponibilidade de atendimento telefónico por parte da equipa médica e de enfermagem. Sobre este ponto, destaco que foram canceladas as idas e visitas do doente ao seu domicílio para convívio social junto dos seus familiares e amigos. Entre fevereiro e março de 2020, foi possível colaborar nessa organização. Recordo relatos de passeios à praia para observar o mar, e histórias vividas de um bom fim de semana de calor familiar.

A alta em internamento acontece aquando concretização de objetivos atingidos, caso o doente se encontra estabilizado. Tendo como destino: o domicílio, as instituições de apoio (designadas estruturas residenciais para pessoas idosas - ERPI's) ou UCC da RNCCI. Registouse (em 2018) cerca de 21% de alta de doentes com objetivos atingidos. Mas o motivo de saída mais frequente é o óbito. Faleceram 156 doentes, equivalente a 72,55 % (*idem*). Também a salientar a complexidade de encaminhar os doentes estabilizados, por dificuldades de cuidados gerais e falta de equipas de suporte na comunidade.

Na unidade existe uma “Consulta de apoio psicológico” desenvolvido pela Psicóloga Clínica. Existindo também um “Protocolo de Apoio ao Luto” que se inicia durante o internamento, consistindo num acompanhamento que pretende a obtenção de processos de luto normativos e atuar como uma importante medida profilática de psicopatologia, em particular da emergência de lutos patológicos. Ou seja, incide na avaliação do risco no luto, prestando atenção a fatores de risco, como: raiva, acusação ou culpa, das relações atuais e da capacidade de adaptação ao luto. Esse seguimento mantém-se após a morte do utente, sendo estabelecido

contato telefónico, geralmente após um mês, mas depende da relação estabelecida com os familiares durante o internamento e, sobretudo, das características e necessidades manifestadas pelos mesmos. Mediante as alterações cognitivas, emocionais e comportamentais emocionais evidenciadas, coloca-se a hipótese de agendar, se viável e necessário atendimentos presenciais. Em casos de inviabilidade por distância geográfica, procede-se a ativação de recursos na comunidade que colmatem as dificuldades da pessoa em sofrimento, referindo como exemplo, instituições de apoio, como é o caso da APELO - Apoio à Pessoa em Luto (HAJC – Psicologia, 2017).

Ressalvo que este estágio me despertou para a importância da intervenção dos profissionais de saúde na prevenção, identificação e monitorização de todo um processo de deteção de situações de luto complicado, fazendo desse modo a sua referência e encaminhamento. Favorecendo uma aliança/relação terapêutica efetiva mais eficaz com a família/familiar de referência. Constatei que existem contactos de familiares que não se enquadram dentro do protocolo de apoio ao luto. Nomeadamente um contacto de familiar após 3 anos da morte, que solicitou apoio psicológico. Senti empatia e disponibilidade profissional, percebendo que a porta continua aberta sempre que for necessário.

PARTE II - OBJETIVOS E COMPETÊNCIAS: A REFLEXÃO CRÍTICA

Nesta parte do relatório, aborda-se a área de exercício profissional e o percurso na prática clínica: identificando as competências adquiridas nas áreas-chave dos CP, (comunicação, controlo de sintomas, o apoio à família e no trabalho de equipa), enunciando os objetivos e demonstrando o modo como foram atingidos, pormenorizando atividades realizadas para a sua concretização e enriquecendo com casos clínicos (ESALD-IPCB, Adenda ao Regulamento, 2018). Nos seguintes tópicos, procede-se a uma reflexão crítica fazendo a ponte e a articulação entre a descrição e justificação científica, demonstrando a aplicabilidade prática e a ligação teórica.

1. Competências, atividades e objetivos

1.1. Competências

Os cuidados de saúde assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde. O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros acompanha essa exigência, atribuindo título de enfermeiro especialista, pressupondo que esses profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis nos diversos contextos de prestação de cuidados de saúde. Entendendo-se por “competências comuns”, as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas (independentemente da sua área) demonstradas através: da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados; e de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. Evidencia-se como “domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista”: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (DR n.º 26/2019, Regulamento n.º 140/2019). Destaca-se a especialidade “Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa”. Evidencia “competências específicas”: cuidar da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; estabelecer relação terapêutica com a pessoa/família/cuidador proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no luto (idem). Há a evidente necessidade de profissionais formados e especializados nesta área, devendo-se apostar nesta prioridade, para melhorar consideravelmente a qualidade global da prática clínica. Por isso, sublinha-se que o profissional deve deter competências nos domínios do saber-ser, saber-estar e saber-fazer, construídos com base na educação, habilidades e experiência, com o objetivo de avaliar e tratar as necessidades específicas dos doentes/ cuidadores/ famílias (*National Quality Forum, 2006*).

De acordo com o regulamento dos ciclos de estudos da ESALD-IPCB (Adenda ao Regulamento, 2018), pretende-se adquirir as seguintes competências definidas ao grau de mestre inerentes à prática clínica:

- Integra os princípios e a filosofia Cuidados Paliativos (CP) na prática de cuidados e no seu papel no seio do Sistema de Saúde; analisa valores e crenças pessoais em diferentes contextos de CP;
- Avalia e alivia a dor e outros sintomas pela utilização de vários instrumentos de medida e evidência científica;
- Atua como consultor no controlo de sintomas de maior intensidade e complexidade;
- Avalia e controla necessidades psicossociais e espirituais dos pacientes e família;
- Analisa em profundidade e atua como consultor em aspetos éticos, legais e culturais inerentes aos CP;
- Comunica de forma terapêutica com paciente, familiares e equipa de saúde;
- Implementa programas de luto para pacientes e familiares;
- Implementa, avalia e monitoriza planos de cuidados personalizados com intervenção coordenada da equipa de CP;
- Promove programas de formação em CP para diferentes profissionais de saúde;
- Estrutura e implementa programas em CP;
- Avalia a qualidade dos serviços e programas implementados”.

Com base nas competências descritas, delinearam-se objetivos no projeto de relatório de prática clínica. Tendo sido moldados e adaptados à realidade vivenciada no estágio, à temática desenvolvida do plano de intervenção e à elaboração deste relatório. A seguir, apresenta-se conjuntamente uma associação e reflexão das atividades realizadas.

1.2. Reflexão crítica das atividades desenvolvidas em articulação com os objetivos gerais estabelecidos e as Competências do Enfermeiro (Comuns e Específicas)

Com base no regulamento dos ciclos de estudos da ESALD-IPCB (Adenda ao Regulamento, 2018), destacaram-se os seguintes objetivos gerais:

- **Aplicar os valores e princípios dos CP na prática assistencial;**
- **Demonstrar capacidade de reflexão ética e crítica na análise de assuntos complexos inerentes à prática;**

Indo de encontro ao explanado, as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal revelam que o enfermeiro deve demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, tendo em conta uma competência que assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente profissionais (DR n.º 26/2019, Regulamento n.º 140/2019). Acrescentando-se que nessa prática de cuidados se respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Seguindo esta linha, considero que durante a prática clínica atuei em conformidade com a

equipa multidisciplinar no processo de tomada de decisão, considerando os princípios, normas, valores éticos e deontológicos da enfermagem. Promovendo simultaneamente a proteção dos direitos humanos, o respeito pelo direito dos doentes e aplicando os princípios fundamentais da Bioética ao nível da prática assistencial: Autonomia, Beneficência, Não Maleficência e Justiça. Os critérios de avaliação correspondentes ao período de prática clínica evidenciaram integração na equipa, ética profissional, respeito pelos valores e sentido de responsabilidade. Nesse sentido, sublinho que “os princípios éticos são as diretrizes fundamentais para nortear o exercício profissional de excelência”, podendo-se falar de boas práticas aquando ingressão do doente no centro de todo o sistema de cuidados (Antunes, 1998). Considerando pertinente neste ponto, complementar e enriquecer o relatório com uma breve referência aos seguintes princípios fundamentais da ética:

Princípio de autonomia: relaciona-se com a autodeterminação em tomar uma decisão acerca de si próprio e da atuação do outro sobre si (Bessa, 2013). Entendendo-se por autonomia, a capacidade e responsabilidade em cumprir funções profissionais numa forma autodeterminada, enquanto se obedece a aspetos legais, éticos e práticos da profissão (Ribeiro&Martinez, 2016). Assim, ao potenciar a autonomia alcançar-se-á uma maior satisfação profissional, podendo influenciar com sucesso o próprio ambiente de trabalho. Recorrendo à Declaração sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (2015), o artigo 5.º, evidencia “a autonomia das pessoas no que respeita à tomada de decisões, desde que assumam a respetiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros, deve ser respeitada”. A mesma declaração (artigo 8º), descreve que “na aplicação e no avanço dos conhecimentos científicos, da prática médica e das tecnologias que lhes estão associadas, deve ser tomada em consideração a vulnerabilidade humana. Os indivíduos e grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos, e deve ser respeitada a integridade pessoal dos indivíduos em causa”. Fazendo o paralelo com o código deontológico da Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro assume o dever de “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (DR n.º 181/2015, Lei n.º 156/2015). Em associação de conceitos, a Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (DR n.º 2/2001, Decreto do Presidente da República n.º 1/2021) retrata que qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. E que a pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como às consequências e riscos. Sobre este tema, convém sublinhar que no seio dos CP, os profissionais de saúde convivem e enfrentam diversos e constantes problemas éticos. Em que “o cuidado e o respeito ao paciente desempenham a essência dos serviços de saúde” (Júnior, 2017). Assim, o princípio da autonomia está ligado ao direito à intimidade, privacidade, confidencialidade e segurança da informação. Podendo essa violação da privacidade da pessoa ocorrer a nível da informação, do espaço pessoal e territorial, do corpo e no campo psicológico e moral (Pupulin&Sawada, 2010). Logo, como profissional de saúde, constatei que na UCP existe uma preocupação extrema em proteger a fragilidade e personalização do doente internado. Iniciando esse trabalho na admissão, ao considerar na avaliação e história clínica, as características específicas da pessoa (vontades, valores, crenças, culturas, condições familiares e sociais). Ressalvo a confidencialidade e privacidade do doente, na medida que as condições pandémicas, condicionaram a programação de visitas e aumentaram os pedidos de informação telefónica sobre o estado do doente. Diariamente um desafio que me impunha, porque senti dificuldade em transmitir

certas informações por esta via, considerando a comunicação pessoal e presencial mais empática, confidencial e de maior controle sob o ponto de vista de sigilo profissional.

Princípio da beneficência: relaciona o dever de um profissional de saúde contribuir para o bem-estar do doente e a sua qualidade de vida. Assim, perante o doente deve-se ponderar intervenções inapropriadas que possam atingir a integridade moral e física das pessoas. Ou seja, “fazer o bem” do ponto de vista do profissional e segundo o que o próprio doente considere benéfico para si mesmo (Martins, 2004).

Princípio da não maleficência: surge como um dever de evitar prejudicar os outros. Segundo a Declaração sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (2015), o artigo 4º, retrata que na aplicação e avanço de conhecimentos científicos, da prática médica e das tecnologias devem ser maximizados os efeitos benéficos diretos e indiretos para os doentes, minimizado qualquer efeito nocivo suscetível de afetar esses indivíduos. Desse modo, o resultado de qualquer investigação que seja altamente vantajoso para a ciência, não deve produzir nenhum malefício no doente, sem esquecer a sua vulnerabilidade humana. Caso o doente não seja informado do objetivo de determinados procedimentos, podem-se condicionar certas intervenções fúteis e não desejadas pela sua vontade. Nesta associação temática, faço um parenteses para o dilema entre “tratamentos invasivos” e “medidas de conforto”, uma situação profissional frequente na instituição hospitalar onde exerço funções. Confesso sentir dificuldade nesta vertente, porque é preciso mudar de paradigma e deixar o cuidar sobrepor-se ao tratar. Daí justificar no “Projeto de Relatório e Prática Clínica” ter apresentado como objetivo específico: “superar o predomínio da visão curativa na prestação de cuidados”. Concordo ser um objetivo vasto e complexo de concretizar, considerando ser caminho que se faz caminhando com a colaboração de todos os profissionais envolvidos no processo de cuidar. A nível reflexivo complemento este assunto no tópico “Controlo de sintomas”, no item “Desprescrever”.

Princípio da justiça: um dever de ser justo e igual nas relações com os outros. Presente na Declaração sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (2015, artigo 10º), “a igualdade fundamental de todos os seres humanos em dignidade e em direitos deve ser respeitada para que eles sejam tratados de forma justa e equitativa”.

• Demonstrar competências na implementação de um plano assistencial de qualidade à pessoa com doença crónica, avançada e progressiva, à sua família e ao seu grupo social de pertença, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento em conformidade com a filosofia dos CP, sempre em colaboração com a restante equipa interdisciplinar;

O estágio de prática clínica representou um marco fulcral no desenvolvimento de capacidades, construção gradual e aperfeiçoamento de domínios, a nível cognitivo, afetivo e psicomotor, definidos na operacionalização dos critérios de avaliação deste mestrado. O sentido de responsabilidade, o interesse, a disponibilidade e a iniciativa ditaram o sucesso na integração na equipa, conseguindo assim atingir objetivos.

Inicialmente primou-se pelo método observação participante nos procedimentos de atuação da equipa, reforçando com a consulta de normas e protocolos instituídos, a fim de perceber a dinâmica e o trabalho desenvolvido no plano assistencial ao doente, sua família e

articulação com a comunidade. A recetividade da equipa, proporcionou a integração e o estabelecimento de boas relações com os elementos, possibilitando direcionar o desempenho em parceria com os constituintes da equipa interprofissional, respondendo em conjuntos aos objetivos de boas práticas e filosofia dos CP mediante os recursos existentes. Por isso, sublinho e valorizo o trabalho dos diferentes membros da equipa na planificação e prestação de cuidados ao doente/família.

Essa planificação começa na admissão e acolhimento do doente à unidade de internamento. Processa-se a avaliação inicial do doente e os aspetos envolventes que motivaram o pedido de internamento. Transpondo para a elaboração do plano de cuidados adequado as suas necessidades, promovendo medidas de conforto e controlo sintomático, com vista a diminuir o seu sofrimento, preservar os seus valores pessoais e maximizando a sua qualidade de vida. Neste item, saliento a importância da avaliação sistemática e a eficácia dos cuidados prestados. Um autêntico desafio perante o agravamento clínico, exigindo a conjugação de um arsenal de conhecimentos técnicos/científicos para definir e desenvolver estratégias de tratamento (farmacológico e não farmacológico), a fim de satisfazer as necessidades do doente. Ressalvo a aliança entre os procedimentos técnicos e o bem-estar/conforto do doente, particularmente na administração terapêutica, adequação de via; cuidados de higiene e tratamento de feridas.

De forma paralela, esse plano de cuidados ao doente é alargado e estende-se ao apoio à família, partindo da elaboração do genograma e ecomapa, partilhando objetivos de intervenção e cuidados individualizados e personalizados.

Neste relatório descrevem-se variados casos clínicos, apresentando a avaliação de necessidades e elaborando-se um plano assistencial de medidas de controlo adequado de sintomas, refletindo sobre a forma de atuação definida.

De uma forma geral a concretização deste objetivo vai de encontro às “competências do domínio da melhoria contínua da qualidade” e às “competências do domínio da gestão de cuidados” (DR, n.º 140/2019), concluindo que a dinâmica de trabalho, a forma de liderança e a motivação da equipa influencia a melhoria da qualidade dos cuidados.

- **“Desenvolver experiências de prática assistencial junto de diferentes equipas de CP, em regime de internamento ou domiciliário, no país e/ou no estrangeiro”.**

O estágio de prática clínica foi realizado numa Unidade de Internamento na região Centro de Portugal, justificando essa escolha, por ser o hospital de referência do distrito e pelo apoio à instituição hospitalar onde exerço funções de enfermeira. Considerando pertinente conhecer e partilhar experiências profissionais no local de receção e de cuidados especializados dos doentes referenciados. Foi uma opção muito acertada permitindo conhecer os profissionais e compreender o funcionamento e dinâmica da equipa de trabalho. Vivenciar a realidade, intervir na área de abrangência, lidar com a tipologia de doentes/ famílias/ cuidadores foi enriquecedor a nível pessoal e profissional, possibilitando superar desafios e dificuldades, crescer e aperfeiçoar competências. Dessas experiências práticas, destaco a oportunidade de cuidar de doentes de diversas valências, nomeadamente: oncologia, insuficiência de órgãos, doenças neurodegenerativas (AVC; Doença de Parkinson), demências e alterações de comportamento.

Como trabalho em Hospital Dia, a dinâmica/gestão do internamento (material, stock terapêutico, cuidados de higiene e alimentação dos utentes, visitas, consultas externas e exames complementares) acarretou boas aprendizagens. Estimando as reuniões de equipa de enfermagem (passagem de turno), a discussão de casos clínicos no seio da equipa multidisciplinar e o desejo de melhoria do serviço a cada dia a dia.

Ainda sobre este objetivo, aquando escolha do local de estágio, essa instituição desenvolvia prática assistencial em regime de internamento e de apoio domiciliário. Sendo uma mais-valia conhecer essa parceria e organização, objetivando trazer influências e boas práticas para a intuição onde trabalho. Atualmente não existe equipa comunitária, mas a instituição de saúde desenvolve um serviço domiciliário, constituído por profissionais da UCP e da Unidade de Convalescença para colmatar tais necessidades. Não sendo possível conciliar e concretizar nenhuma visita domiciliária, justificando este objetivo não ser totalmente realizado.

- **“Desenvolver a capacidade de reflexão crítica, mediante a elaboração de um relatório final e da construção de um plano de implementação de uma equipa de CP”.**
- **“Contribuir para o incremento paulatino desta filosofia de cuidados e participar no desenvolvimento de projetos nesta área”.**

As experiências vivenciadas e a tomada de consciência do papel profissional inerente à prática clínica permitiram-me refletir sobre uma adequada e qualificada prestação de cuidados de saúde na área de CP. Esse percurso proporcionou-me uma construção pessoal e um aperfeiçoamento profissional. Gerir a atuação, melhorar o desempenho, identificar áreas de melhoria e desenvolver capacidades teórico-práticas, contribuíram para a elaboração deste relatório descritivo e reflexivo, impulsionando as funções de enfermeira. Desde o início deste curso despertei a motivação e o desejo de arrancar com o funcionamento da EIHSCP, embora a escassez de recursos humanos limite a disponibilidade para o desempenho de funções. Mas os obstáculos de percurso vão sendo superados. Em setembro de 2019 criou-se a Consulta Externa de CP. Posteriormente em 2021 desenvolveram-se formações de apresentação e funcionamento da equipa nos diversos serviços hospitalares, reformulando elos de ligação, objetivos e plano de atuação, valorizando a importância de uma referenciação mais precoce. No mesmo ano, foi ajustado e implementado o projeto de formação e intervenção: “Conviver” com a dor do doente paliativo – abordagem e estratégia dos Cuidados Paliativos. Inserindo-se no Plano de Formação Anual hospitalar e no Programa Operacional Inclusão Social e Emprego (PO ISE), acarretando valorização profissional para a entidade hospitalar, seguindo a estratégia de sensibilizar equipas para que juntos consigamos a mudança e a satisfação dos doentes/famílias.

Ainda a acrescentar uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) intitulada “Massagem terapêutica no tratamento da dor do doente oncológico - o seu efeito e evidência na redução de terapêutica opióide”. Justificando uma intervenção de enfermagem com contributo evidente no controle de dor, na promoção do conforto e do bem-estar. A escolha desta temática prende-se a razões práticas desenvolvidas na Consulta de Dor. Destaco os cuidados favoráveis no conforto do doente, quando em 2013 se lançou o projeto “Medidas não farmacológicas para o controle de dor - massagem terapêutica”. Desejando que a revisão sistemática coopere numa justificação científica da valorização da equipa de enfermagem ao humanizar os cuidados à pessoa com dor. Sendo mais uma estratégia terapêutica que promove a saúde e contribuí para uma prática de excelência.

Pelo descrito e de encontro às “Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (DR n.º 26/2019, Regulamento n.º 140/2019), este esforço permitiu desenvolver o “autoconhecimento e a assertividade”, assim como assumir um papel de facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação. Porque diagnostiquei necessidades/lacunas formativas, atuei como formadora, possibilitando um impacto positivo de oportunidade de melhoria e desenvolvimento profissional no seio da instituição hospitalar.

1.3. Objetivos específicos

Após a reflexão crítica entre a associação de objetivos gerais, competências do Enfermeiro e as atividades desenvolvidas, apresenta-se uma reformulação e ajuste da planificação dos objetivos específicos apresentado no “Projeto de Relatório e Prática Clínica”. Justifico que tais objetivos colidem com a área temática, sendo uns específicos à prática clínica/ estágio profissional e outros direcionados ao projeto de intervenção/ formação. Por isso, neste item delimitaram-se os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Identificar as necessidades do doente, seus familiares e cuidadores para adequar o suporte e apoio;
- ✓ Promover intervenções junto do doente, familiares e cuidadores que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- ✓ Otimizar a satisfação das necessidades do doente, familiares e cuidadores;
- ✓ Demonstrar a capacidade de estabelecer relações terapêuticas e multiprofissionais;
- ✓ Partilhar experiências de prática assistencial entre equipas e serviços;
- ✓ Colaborar com os membros da equipa de saúde na gestão do serviço de internamento;
- ✓ Desenvolver competências adequados nas áreas chave dos Cuidados Paliativos (trabalho de equipa, controlo de sintomas, comunicação e apoio à família) numa Unidade de Internamento;
- ✓ Valorizar o papel e o cuidar do Enfermeiro na prestação de Cuidados Paliativos;
- ✓ Aplicar conhecimentos e estratégias focando o papel do Enfermeiro na humanização e formação para melhor cuidar da pessoa;
- ✓ Realizar a análise crítica de artigos científicos complementando e justificando as áreas temáticas abordadas;

Nos seguintes tópicos, refletem-se atividades desenvolvidas no estágio de prática clínica, articulando-se a descrição e justificação científica dos pilares dos CP e as experiências práticas desenvolvidas, demonstrando a sua aplicabilidade em alguns casos clínicos, que proporcionaram atingir os objetivos (gerais e específicos) delineados.

2. Pilares dos cuidados paliativos - análise crítica das atividades desenvolvidas na prática clínica

Neste capítulo aprofundam-se as áreas-chave dos CP e a análise crítica das atividades realizadas, completada por casos clínicos e experiências práticas. Evidencia-se o valor e importância equitativa do controlo sintomático, da comunicação eficaz, terapêutica e adequada; do apoio à família no percurso da doença e no luto e, do trabalho em equipa, onde todos partilham os mesmos objetivos (OE, 2014; Neto, 2017). Reflete-se sobre a aquisição de competências e o domínio da prestação de cuidados, suportada pelo desenvolvimento da evidência científica teórico-prático, com base na pesquisa/consulta bibliográfica de: artigos científicos (revistas, obras e autores); repositórios científicos (incluindo IPCB); sites de associações de CP (europeia-EAPC, portuguesa-APCP e espanhola-SECPAL) e com base em trabalhos/ apontamentos das unidades curriculares do 1.ºano letivo deste curso de mestrado (2018/2019).

2.1. Comunicação

2.1.1. A comunicação em cuidados paliativos

A comunicação é um veículo central na abordagem clínica em CP, sendo um processo complexo de partilha de informação, emoções e atitudes. Sendo tão importante, como o diagnóstico ou a instituição de tratamento adequado. Por ser uma área vasta, depende da variabilidade individual de cada profissional e do seu conhecimento, exigindo desse modo programas de treino especializado e prática clínica (Ferreira et al., 2021). E porque o cuidado e o respeito ao doente desempenham a essência dos serviços de saúde (Júnior, 2017). A comunicação torna-se um processo dinâmico e imprescindível, constituindo um dos pilares terapêuticos mais poderosos e eficazes no acompanhamento do doente, representando a chave para aceder e atender com dignidade todas as dimensões da pessoa (Twycross, 2003). Assumindo-se como o alicerce para um bom relacionamento interpessoal (Andrade *et al.*, 2013, p.2523). Sendo o sustento dos cuidados, já que o uso adequado de habilidades de comunicação se articula entre o trabalho de equipa interdisciplinar e o controlo de sintomas (Almeida e Garcia, 2015, p.730). Representando “uma estratégia de suma relevância para a prática”, quando “subsidiada por uma relação de atitude, cooperação, sentimento e sensibilidade”, funcionando como um instrumento “impulsionador da relação” (*idem*, p.2524). Daí defender-se que a relação social, humana e de conforto do profissional com o doente é sempre prioritária (Neves&Soares, 2018, p.321). Já que uma comunicação eficaz é uma estratégia terapêutica de intervenção. Pois uma adequada e “boa comunicação” proporciona uma melhor qualidade de vida, ao reconhecer e acolher as necessidades do doente e seus familiares. Sendo, portanto, uma ferramenta indispensável para a abordagem paliativa. Contudo, há necessidade em saber usá-la e trabalhá-la! Porque comunicar adequada e eficazmente requer competências básicas e perícias, nomeadamente: a escuta activa, compreensão empática e *feedback* (Ferreira et al., 2021). Evidencia-se que a aquisição dessas aptidões permite aos profissionais de saúde aperfeiçoarem as suas capacidades e estabelecerem uma relação de qualidade com os doentes (Leite, 2013). Daí os estudos revelarem que quando os profissionais de saúde comunicam eficazmente, ocorrem benefícios quer para eles próprios, quer para o doente (Barbosa et al.,

2016). Logo, uma boa comunicação pode diminuir a ansiedade e a incerteza do doente, facilitar o seu controlo sintomático e induzir maior satisfação. Além de funcionar como uma estratégia de prevenção de Burnout. Ao se alcançar a “sensação de missão cumprida”, por sentirmo-nos “realizados e satisfeitos” (Andrade et al., 2013, p.2526).

E porque “a comunicação deve ser desenvolvida com base na necessidade de informação, preocupações e expectativas do doente” (Ferreira et al., 2021), remete-nos para assuntos e situações delicadas! Descritas como situações problemáticas: a comunicação do diagnóstico/prognóstico, transmissão de más notícias, a conspiração do silêncio, a negação e a agressividade (Twycross, 2003). Acrescentam-se as “expectativas do tratamento”, a “planificação para o futuro” e os “pedidos de fim de vida”, as preocupações comuns dos doentes e respectivas famílias (Ferreira et al., 2021). Mas independentemente do tipo de assunto, o fulcral na comunicação é que seja estabelecida uma noção de compromisso e de acompanhamento para o futuro (Twycross, 2003). Sendo nessas alturas que se deve investir e fomentar um apoio especializado, porque o doente se depara com a interrupção “do seu projecto de vida e trajetória planeada” (Neves&Soares, 2018, p.371). Conduzindo a momentos onde questiona o sentido da vida e se enfrenta o medo de sofrer/morrer. Temáticas exigentes de lidar, constatando-se que as principais dificuldades prendem-se com a comunicação de más notícias, devido ao fato de acarretarem um enorme desafio com grande carga emocional. Evidencio que às vezes não se sabe o que dizer!? Casos reais onde as palavras são escassas e até um pouco perras. Mas, afinal, existem estratégias e fatores facilitadores na comunicação de más notícias, que requerem um “treino adequado” (Ferreira et al., 2021, p.178). Sugerindo-se como guião orientador o “modelo de Buckman”, também designado “Protocolo SPIKES”, composto por seis passos: “1- *Setting up the interview*, 2- *Perception*; 3 - *Invitation*; 4-*Knowledge*, 5-*Emotions*, 6-*Strategy or Summary*” (*idem*). Traduzido de forma reduzida: 1-Conseguir um ambiente adequado, quem deve estar presente; 2-Descobrir o que o doente sabe da sua doença; 3 - Descobrir o que o doente quer saber; 4- Dividir e partilhar a informação; 5 - Responder aos sentimentos e emoções do doente; 6 - Planear e acompanhar (Buckman, 2005). Consistindo numa base de trabalho, flexível e adaptável a cada doente e a cada situação em particular (Ferreira *et al.*, 2021). Percebendo que perante a complexidade de cuidar em fim de vida, é emergente a formação e a aquisição de competências em técnicas de comunicação sendo essas determinantes para a prática de cuidados de qualidade, nomeadamente: comunicação assertiva; conhecer as variáveis comunicacionais; escuta ativa; diálogo verdadeiro; controlo emocional e capacidade para resolução de problemas (Sapeta, 2011).

Neste seguimento, saliento a comunicação como uma medida terapêutica que “vai muito para além das palavras e do conteúdo, uma vez que contempla a escuta activa, o olhar e a postura” (Andrade *et al.*, 2013, p.2524). É essencial para o doente que vivencia o processo de morrer, que o profissional de saúde perceba, compreenda e empregue adequadamente a comunicação verbal e não-verbal (Araújo&Silva, 2012, p.628). Sendo a complexa relação humana permeada pela comunicação recorrendo a duas dimensões: a comunicação verbal, usa palavras para expressar, validar e clarificar um pensamento; e a comunicação não verbal qualifica a verbal, com base em expressões faciais, olhares e gestos que acompanham o discurso (Almeida&Garcia, 2015, p.726). Valoriza-se que a linguagem não verbal pode dizer mais do sofrimento do que muitas palavras. Por isso, o conhecimento de técnicas/estratégias de comunicação interpessoal deve ser facilitador de interação, possibilitando a transmissão de mensagens, por meio de fala ou de sinais não verbais, podendo transferir atenção, compaixão e conforto, facilitando assim a “formação de vínculo de confiança” (Araújo&Silva, 2012, p.627

e p.630). Enaltece-se uma atitude proactiva, uma disponibilidade para ajudar, escutar e conversar, em que a presença, o contacto visual e a proximidade física associada ao toque afetivo, possibilite uma empatia e uma compreensão de emoções. Percebendo que o “tacto constitui um meio importante de restabelecer a sensação de ligação com as pessoas” (Twycross, 2003, p.38). Uma vez que tranparece cumplicidade e reciprocidade, simbolizando um cuidado com cariz energético!

Estudos comprovam que as estratégias de comunicação são métodos eficazes e terapêuticos, não sendo intuitivas ou aprendidas empiricamente, e que os profissionais de saúde têm insuficiente ou nenhuma capacitação no que se refere ao uso dessas técnicas (Almeida&Garcia, 2015, p.731). Chega-se ao ponto de considerar a comunicação um “ponto nevrálgico”, devido à falta de preparação teórica e suporte emocional para lidar com o sofrimento e a morte de doentes (Araújo & Silva, 2012, p. 627). Declara-se que “uma das áreas de tormenta, no fim de vida, é da informação e o processo de comunicação interpessoal” (Neves e Soares, 2018, p.372). Por isso, deveria ser obrigatório o conhecimento dessas estratégias quando se pretende um cuidado em saúde humanizado e de qualidade (Araújo e Silva, 201, p.731). Uma vez que “a forma como os profissionais de saúde comunicam afeta e influencia profundamente a adaptação psicológica e a qualidade de vida do doente e família”, de acordo o relato de Elga Freire (Freire, 2018). É fulcral que os profissionais de saúde ponderem sobre a prática e reflitam sobre as competências profissionais, perspetivando compilar o conjunto de competências: técnicas, relacionais, emocionais, éticas, espirituais e culturais (Bermejo, 2018). Assim, face ao aumento da longevidade e à evolução crescente de doenças prolongadas, é impreterível investir! Há necessidade investir na formação pré e pós-graduada e receber treino suficiente para garantir que são proficientes em competências de comunicação (Freire,2018).

Nesta sequência, ao assumir esta lacuna, é possível reconhecer as barreiras da comunicação com o doente e seus familiares. Recordo histórias reais, onde ocorre um sentimento de revolta perante o agravamento da doença! Onde se questiona e resposta e a oferta de tratamentos? Onde paira “a busca de uma notícia melhor” (Mendes, 2018). São vários constrangimentos e condicionantes que envolvem a assistência de qualidade! Sabemos que não existem fórmulas nem receitas de como dar as más notícias, porém a implementação de guias orientadores de boas práticas são um bom aliado para ultrapassar as dificuldades, superar as tarefas e diminuir o sofrimento e o possível impacto negativo. Isto é, a comunicação “não se rege por padrões pré-estabelecidos a não ser o princípio de que cada doente, familiar ou elemento da equipa de CP, uma vez que são únicos e refletem o seu contexto cultural, social e espiritual (Ferreira et al., 2021). Nesse sentido, com o intuito de preservar a saúde física e mental, torna-se fundamental assumir uma boa comunicação no seio do trabalho de equipa, instaurar apoio e respeito mútuo, estabelecer metas realistas e tempo disponível para a sua recreação (Twycross, 2003). Dessa forma, existem momentos formativos pertinentes, promotores de habilidades comunicacionais e de apoio à família, designado por conferência familiar. Uma conversa dirigida, pode desmistificar ideias, detetar necesssidades, clarificar a informação e objetivos, orientar o horizonte e canalizar o rumo e a sintonia, promovendo a envolvimento de todos os elementos nos cuidados. Sendo essa a maneira para que todos os intervenientes sejam informados, falem a mesma linguagem, não havendo espaço para desfasamento, e contornando assim a conspiração do silêncio. Situações marcadas por um pedido da família explícito ou implícito para esconder ao doente o seu diagnóstico, prognóstico ou situação clínica, tendo-se como objectivo fundamental proteger o outro, sobretudo quando esse é encarado como vulnerável (Aparício, 2018). Então como profissionais cabe-nos reorganizar as disfuncionalidades da

família e o planeamento estruturado de intervenções. Justificando que “sem um ambiente saudável, dificilmente se conseguirão serviços e cuidados de saúde de qualidade”, sendo o trabalho de equipa um requisito de maior importância, permitindo a concretização do potencial sinérgico dos seus elementos, incluindo o dos doentes e seus cuidadores, formais ou informais, que no seu conjunto potenciam a coprodução em saúde (Jesus, 2021, p.66).

Seguindo a associação de ideias, quando se abordam expectativas dos doentes/famílias sobre prognósticos incuráveis, há que ajustar às circunstâncias, reformular e personalizar objectivos, com o intuito de desencadear mecanismos adaptativos que permitam suportar o sofrimento e amenizar a dor (Querido, 2015). Em paliativos devemos gerir o processo dinâmico da comunicação, preservar a dignidade da pessoa e os seus aspectos éticos (Donato et al., 2016). Por isso temos de assumir o encargo de pegar no duelo entre transmissão de uma má notícia e a promoção da esperança. Verificando-se que “a comunicação gradual da verdade num contexto de cuidados continuados e de encorajamento quase sempre conduz ao aumento da esperança” (Badenas, 2016, p.42). Pessoalmente, confesso ser difícil depositar esperança realista! Mas, concordo que é importante ajudar os doentes/famílias a encontrarem o significado no sofrimento e escolherem um sentido de construção de esperança, colaborando na redefinição de novos objectivos e direccionando o foco em viver a vida num dia de cada vez (Jones, 2007). Há que acreditar no significado da vida e aproveitar o tempo que resta da melhor forma possível, ultrapassando obstáculos e dificuldades de percursos (Pinto, 2013). Porque o bem-estar e a satisfação dos cuidados pode “aumentar a esperança de uma pessoa que se encontra próxima da morte” (Twycross, 2003).

2.1.2. O papel do enfermeiro na comunicação

A comunicação é um recurso fundamental em todas as áreas do cuidar, nomeadamente na prática de enfermagem (Malloy et al., 2010). Há que realçar o papel do enfermeiro, na comunicação de más notícias, tendo a função de agentes clarificadores da informação transmitida, facilitando essa apreensão. Estudos revelaram que 15% dos doentes entendem efetivamente o que lhe é transmitido sobre o seu diagnóstico/ prognóstico (Rassin et al., 2006; Barreto et al., 2006). Assumindo o médico a ênfase na transmissão de más notícias, pela sua responsabilidade de transmitir informações sobre o diagnóstico/ prognóstico. No entanto, a nível prático, o enfermeiro tem um papel indireto, porque reforça a comunicação aos doentes/famílias (Ribeiro, 2013). E pela sua disponibilidade e contato próximo diário é o alvo de mais questões, por ser o profissional mais significativo, exigindo desse modo competências e habilidades de comunicação. Daí a função de canalizar o seu papel de elo de ligação, fomentando um verdadeiro trabalho em equipa, onde prevalece uma partilha e validação de informação credível e fidedigna. Sendo fundamental reavaliar o plano terapêutico, refletir sobre as estratégias implementadas e organizar novas propostas. Porque a comunicação deve ser eficaz, assertiva, adequada e no tempo certo, procurando dar resposta a cada situação, fomentando ajuda e resolvendo dificuldades de interpretação. Para que desse modo, se assuma um bom padrão de comunicação entre os membros da equipa, constituindo uma aliança entre todos os sujeitos do cuidar, promovendo assim a transmissão de mensagens fiáveis e coerentes, prevenido erros/lacunas de relacionamento e acima de tudo dúvidas, desconhecimento de aspetos da situação e quebras de confiança por parte do doente/família. Percebendo que o “estabelecimento de uma comunicação efetiva” surge entre a “tríade”: profissional de saúde-

doente-família (Andrade et al., 2013, p. 2528), atestando as competências na comunicação adequada são desenvolvidas nessa relação terapêutica.

2.1.3.A construção pessoal na aquisição de competências: conquistas e vivências

No percurso profissional, deparamo-nos com situações complexas, na qual a comunicação se torna um desafio e exige técnicas de aquisição, aperfeiçoamento de habilidades e competências por se tratar de cuidar humanizado, personalizado e ativo. Perspetiva-se uma assistência integral e holística dessa Pessoa, através interação e encontro comunicativo com o outro, sendo possível perceber as nossas próprias dificuldades, refletir as atitudes, e melhorar as intervenções e a prática do cuidar. Neste raciocínio encaixo o meu papel profissional. Sou Enfermeira e todos dias lido com doentes complexos! Sinto dificuldade em gerir o impacto de cada doença. Sublinho o quanto contrangedor é olhar para pessoas incríveis que sofrem a perda de capacidades e agravamento de sintomas. Mas, alguns mantêm um sorriso no rosto, uma coragem e uma força inexplicável. Muitas exigências e um conjunto de preocupações! Revejo percursos de vida que representam uma ameaça à integridade da pessoa, onde ocorre um abalo de alegria, em que foge a força de acreditar e a confiança no futuro, consequência do decair de capacidades, da perda de autonomia, papéis, valores e de controlo. Daí a nossa responsabilidade e dedicação! Sinto um enorme prazer e uma gratidão por poder cuidar dessas Pessoas únicas e especiais. Possibilitando proporcionar a adaptação a um “horizonte em evolução” e “viver um dia de cada vez” (Twycross, 2003, p.45). Fazemos um caminho juntos! Constrõem-se relações e ligações contínuas! Fortalecem-se laços empáticos e afetivos desde a admissão e acolhimento do doente/família/cuidador. Abordamos conversas sobre a vida, a família, as responsabilidades e a forma de viver os nossos valores (Costa, 2013, p.12). Partilhamos experiências, momentos, alegrias, felicidades e até dores e sofrimentos! E nesta perspectiva, tenciono disponibilizar apoio, sentindo-me nalguns casos uma espécie de abrigo de receios e um aconchego da tristeza. Porque assumo uma atitude proactiva, dou espaço para clarificar ideias, revelar necessidades, exteriorizar emoções, validar sentimentos e avaliar expectativas. E com base nessa relação de acolhimento, entrega e partilha recíproca se integra uma assistência próxima, sincera e interessada, com uma abertura total, permitindo compreender a sintomatologia da doença, sua evolução, consequências e também o significado que o doente lhe atribui (Barbosa, 2016).

Por este motivo, há que adaptar o processo de comunicação de acordo com as necessidades, preocupações e expectativas evidenciadas, fazendo uma abordagem sobre o prognóstico da doença, o controlo de sintomas, a planificação do futuro, as expectativas e a esperança de cada doente e sua família. Esse envolvimento exige de mim e deixa marcas dessas vivências. Mas, encaro adversidades e enfrento cada passo. Tento superar com sucesso cada etapa, ao estabelecer um elo de confiança com o doente, canalizando o seu respeito, a fidelidade e a cooperação na sua assistência. Procuo captar a “sensação de proteção, de consolo e de paz interior” (Andrade et al., 2013, p.2526). Nalgumas situações sinto dificuldades em gerir “aquilo que se diz” e “a forma como se diz”. Uma impotência, que “parece que ficamos sem palavras” (Badenas, 2016, p.23). Porque comunicar é frágil e complexo, não é um processo fácil. Por isso, realço que contar as aflições e falar da doença para se sentir ouvido, faz parte de uma verdadeira terapia. Já que “partilhar com alguém de confiança aquilo que se sente pode ajudar

a ver de maneira mais clara e a livrar-se da angústia”. Uma vez que “o simples facto de sermos escutados, ajuda a sentirmo-nos menos isolados e a compreendermos melhor a nossa situação” (idem, p.24). Desse modo, não podemos deixar o doente “mergulhado nos seus próprios conflitos” (Neves&Soares, 2018, p.323). Na nossa existência vivemos momentos de sombras, de doença, de frustração e de fracasso. Sendo “nos momentos difíceis que necessitamos de ajuda”, pois é “impossível enfrentá-los sozinhos” (p.46). Há que cumprir aquela missão de “completar o complexo puzzle da vida”, e ser mais feliz, mais vivo e mais pronto para morrer (Lipsenthal, 2012, p.128). Porque “a vida é um bem maravilhoso”, sendo essencial “entrar na vida plena”, onde prevalece “o estarmos vivos” e assim crescer com “histórias de alegria e tristeza, amor e desamor, de saúde e doença” (Fiolhais, 2018). Perspetivando-se uma espécie de “espelho das suas conquistas” (Alves, 2018).

Portanto, “viver não é apenas passar pelo mundo” (Cavalcante, 2014, p.24). Não é de todo uma rubrica fácil! Todavia, há que galgar as armadilhas! “Porque cada minuto perdido em pensamentos negativos é um minuto da vida não recuperável” (Badenas, 2016, p.29). E “todas as vidas têm momentos únicos” (Santos, 2018). Por isso, há que ter flexibilidade e restabelecer prioridades (Forjaz, 2014, p.148). Porque cada “pedacinho de momento muito feliz”, representa uma “mão que nos levanta quando caímos” (Abbondanza, 2018). Assim, cada profissional deve objetivar estimular os pensamentos positivos dos doentes/ famílias. Há que ser otimista ao “manter certa normalidade na vida”, sem “ignorar as reais preocupações e riscos”, tentando produzir esperança nos momentos mais difíceis. Porque “aquele que tem uma razão para viver pode suportar quase tudo” (Frankl, 2012). Assumindo que “o bom humor e a alegria (...) são capazes de aliviar a tensão num contexto de dor e sofrimento” (Araújo & Silva, 2007, p.672). Há que viver em pleno e desfrutar do momento. Deveremos “prestar atenção às coisas boas que acontecem todos os dias e apreciar o que é, não o que devia ter sido ou que poderia vir a ser” (Lipsenthal, 2012).

Transpondo este foco para a minha consciência e responsabilidade profissional, sinto que é possível aliar a teoria à prática para alargar horizontes e aumentar as competências. Desejo continuar a semear a integridade do Eu e a minha construção pessoal! Mantenho a necessidade e vontade de aprender, trabalhar e investir cada vez mais! Melhorar e aprimorar perícias! Entendo que “é preciso ser educado para saber quando e o que falar, como possibilitar posturas de compreensão, aceitação e afeto, como calar e escutar, como estar próximo e mais acessível às necessidades destas pessoas” (Araújo&Silva, 2007, p.673). Uma vez que “enquanto há vida, existe a necessidade do cuidado de enfermagem”, “ajudar o ser humano a buscar qualidade de vida” e a “vivenciar o processo de morrer com dignidade” (idem, p.669). Neste percurso pessoal e profissional, cresci e refleti sobre o sentido e valor da vida! Sinto mais segurança e bagagem! Revelo que já consigo limar algumas farpas e até tenho mais controle no tum tum forte do meu coração que abafava as palavras que ficavam por dizer... “OXALÁ” consiga sempre a vitória sobre as minhas incapacidades! E que a força e convicção das minhas palavras fomentem alguma felicidade no outro!

Deste modo, articulando com o estágio de prática clínica e de encontro aos critérios de avaliação, retrato muito orgulho e satisfação por conseguir transmitir informações, esclarecimentos adequados e oportunos, desenvolvendo as perícias básicas e de assertividade na comunicação, em situações problemáticas e complexas. Este esforço evidencia que o cuidado de enfermagem vai para além de procedimentos técnico-científicos, e que saber chegar e tocar na outra pessoa (doente, familiar ou colega) é um dos mais significativos cuidados que devemos assumir e desempenhar como seres humanos e profissionais de saúde.

2.1.4. Desafios e oportunidades da comunicação à distância

A pandemia do SARS-CoV-2 salientou a urgência de humanizar os cuidados e alertar para a necessidade de novas dinâmicas de trabalho onde se inclui a comunicação à distância. Perante este cenário, temos de nos adaptar às particularidades e saber explorar as oportunidades neste contexto. Sendo um período marcado pela perda de contacto pessoal e pela carência daquela sensação de conexão peculiar.

Sublinho a importância de consultas não presenciais e orientação via telefónica. A nível de prática hospitalar, desenvolve-se este apoio com o intuito de orientar doentes/cuidadores através da clarificação de dúvidas e reduzir a ida aos serviços de urgência. Nalguns casos vivenciamos a essência da dissertação: “quando uma palavra de carinho conforta mais que um medicamento” (Araújo& Silva, 2007, p.668). Considerando uma mais valia para quem necessita e uma boa resposta profissional (médica e enfermagem). Mas, um desafio e uma oportunidade na transição para a tele saúde. Sublinhando-se como princípios práticos: o dever de respeitar a relação profissional de saúde-utente, mantendo a confiança mútua; a independência de opinião do profissional; a autonomia do utente e a confidencialidade (OE, 2011).

Nesta conjuntura, os desenvolvimentos suscitados pela resposta à pandemia vieram criar condições e oportunidades para que os profissionais comuniquem mais entre si. Utilizando mecanismos de tele saúde, designadamente programas de telerastreio, teleconsulta, telemonitorização e teleconsultoria especializada entre colegas da mesma ou de diferentes profissões na saúde. Aliando também a uma oportunidade da promoção da melhoria dos registos eletrónicos (*idem*). As plataformas de comunicação, as videochamadas e o uso de telefone permitem reuniões e apresentações de aproximar as pessoas, ainda que à distância. Neste ponto, destaco a relevância das videochamadas realizadas entre a família e os doentes internados. Presenciei verdadeiros momentos de conforto e de aliança. Alguns doentes sentem-se sozinhos! Recordo emoções e palavras de doentes no serviço de medicina, aquando consultoria da EIHS CP. Sentiam-se “abandonados” ou “esquecidos”, uma espécie de atentado aos laços afetivos, mediante a impossibilidade de visitas presenciais. Revi muita ansiedade e um pouco de angústia, por uma separação física imposta, caracterizada por uma carência de afetos e calor humano. Mas, ressalvo a postura profissional das equipas de cuidados paliativos, que abriam exceções controladas. Como é o caso da UCP onde realizei o estágio. A equipa de enfermagem geria o agendamento de visitas com uma sensibilidade extraordinária perante casos clínicos de últimas horas de vida, mantendo uma comunicação cuidada e personalizada.

Ainda sobre estas questões de comunicação, faço um parentese sobre o meu esforço e empenho profissional. Fui superando dificuldades e conquistando vitórias ao aperfeiçoar o meu serviço de telenfermagem. Revelo que estar do lado de cá, dentro de uma unidade hospitalar, com meios de resposta organizada, sem poder observar e avaliar diretamente o doente, torna o processo ainda mais exigente. Mas, a partilha com a família que cuida diariamente, a gestão sintomática perante o agravamento da doença e a sensação de confiança mútua, fez-me crescer e aprender o verdadeiro valor de entreatajuda. Hoje já consigo esculpir uma escuta ativa e moldar o silêncio terapêutico. Consigo limar frases curtas e aperfeiçoar perguntas abertas. Sendo nalgumas situações praticável oferecer e viajar em pequenas doses de informação ao sentir a receptividade do doente/familiar/cuidador, atinguindo um dado ponto de equilíbrio. O fruto desse sucesso e empenho está relacionado com uma atitude empática e pela criação da relação de ajuda pessoal/ profissional pré-estabelecida.

Representando uma espécie de plataforma de permissão e exposição de dúvidas/questões/receios/medos perante um momento frágil de doença e de dependência. Porque validar um conjunto de emoções/sentimentos, possibilita criar uma aliança terapêutica, maior segurança e capacitação para todo um conjunto de forças e apoios para a prestação de cuidados.

2.2. Controlo de sintomas

Um sintoma agrega um “conceito multidimensional” (Neto, 2010). Definindo-se “sintomas” como percepções somatopsíquicas, como resposta a um estímulo nocivo, moduladas por aspetos como estado de ânimo, o significado, o meio ambiente e o estado de adaptação emocional à situação (Twycross, 2003).

O impacto dos sintomas na qualidade de vida e bem-estar do doente constitui uma das principais causas de internamento em UCP. Sendo imprescindível o papel dos profissionais, na identificação, reconhecimento e avaliação de sintomas, planeamento de objetivos, implementação e monitorização de medidas terapêuticas, a fim de atingir o sucesso do processo terapêutico. É uma tarefa complexa, porque na doença crónica avançada existem múltiplos sintomas descontrolados, existindo dificuldades de avaliação, interação medicamentosa e adesão terapêutica (Neto, 2010). Em estágio, verifiquei que na maioria dos doentes referenciados coexistiam mais do que um sintoma, alguns de elevada severidade, estando associados a situações de progressão da doença, a toxicidade decorrente de tratamento de QT e RT, a processos infecciosos e à própria debilidade holística do doente. Logo, controlar sintomas assume-se como o primeiro fator a contribuir para o objetivo major da abordagem paliativa que é a de garantir o alívio do sofrimento do doente e sua família como intuito de promover o conforto e qualidade de vida, garantindo um fim de vida digno (Nuñez Olarte, 1996; Alves et al., 2004; OE., 2011). Seguindo estes princípios, coloca-se uma elevada exigência aos profissionais de saúde, um cuidar de excelência, um profissionalismo e diferenciação, aliado a uma efetiva experiência prática. Acrescentando que a motivação, sensibilidade, disponibilidade e a adequada formação dos profissionais aumentam na qualidade de atendimento e nos resultados (Sapeta, 2011). O controlo sintomático é um dos pilares da intervenção com princípios consensualizados, “mas nem sempre aplicados na prática diária, com consequências danosas para os pacientes”. Nomeadamente “um inadequado controlo sintomático, para além de agravar claramente o sofrimento, pode ter um efeito adverso na progressão da doença”. Considerando que esta matéria, é “determinante para a redução do sofrimento das pessoas em fim de vida e para a sua qualidade de vida”. E caso, a intervenção dos CP seja tardia, deixaremos de fora muitos doentes e famílias que poderiam ser ajudados em devido tempo e que assim sofrem desnecessariamente. Confirmando que “a investigação evidencia que os doentes valorizam de forma inequívoca esta dimensão das intervenções clínicas” (Neto, 2017).

2.2.1. Princípios gerais do controlo sintomático

O tratamento adequado de sintomas deve considerar diferentes aspetos e princípios gerais, tendo logo por base a correta avaliação e valorização pela equipa interdisciplinar, numa

abordagem centrada no paciente (Neto, 2017). Resumindo a mesma autora os seguintes princípios do controlo sintomático:

- Avaliar corretamente os sintomas (“avaliar, avaliar, avaliar”)
- Monitorizar regularmente os sintomas, de preferência com recurso a escalas
- Delinear um plano terapêutico misto
(com medidas farmacológicas/ não farmacológicas)
- Incentivar uma atitude preventiva, construindo plano terapêutico
(com medicação regular, pautada e em SOS)
- Adequar a via de administração, privilegiando a via menos invasiva
- Estabelecer planos de cuidados com o doente e a família
- Estar atento aos detalhes do plano de tratamento.

2.2.1.1. Avaliação, monitorização e registo sintomático

Transpondo para a vivência prática na UCP, constata-se que o controle de sintomas se inicia na avaliação rigorosa do doente e na comunicação com os elementos da equipa de serviço. Coincidindo com o preconizado, que a ação de uma equipa multidisciplinar com cuidados de saúde ativos visa reduzir o sofrimento das pessoas através de uma abordagem global nas suas múltiplas vertentes (citado por Neto 2017, de acordo com as definições de referência da OMS (2002), da CAPC (*Center for Advance Palliative Care-USA*, 2014) e do Plano Estratégico Nacional (2017-2018).

Tendo o intuito de perceber e responder às necessidades do doente/ família, detetar sinais de sofrimento (físico, social, espiritual e psicológico) e procurar recursos para minimizar esse desconforto (Neto, 2010), sublinha-se que a intervenção dos CP pretende responder a um conjunto de necessidades determinadas pelo sofrimento na doença avançada e pelas múltiplas perdas que esta determina, e não com base num prognóstico ou num diagnóstico (Neto, 2017). A avaliação do sintoma é o passo crucial para o bom tratamento, recorrendo a uma eventual *check-list* que caracteriza a localização, a intensidade e os fatores de agravamento que influenciam aquela pessoa/ família, a fim de traçar estratégias de melhorar o seu conforto e a sua vida. Sempre que possível, deve-se valorizar a autoavaliação feita pelo doente” (Neto, 2017). E uma vez que um sintoma envolve distintas e diferentes representatividades para cada pessoa, deparamo-nos com uma multidimensionalidade e complexidade. Por isso, a avaliação de sintomas com recurso a instrumentos validados/ escalas permite uma ampla visão das suas características e atenuar a subjetividade sintomática envolvida.

Consensualmente a Escala de Edmonton (ESAS - *Edmonton Symptom Assessment System*, versão atualizada em 2010 – ESAS-r, para ambulatório e internamento) é a mais utilizada em CP. A sua aplicação avalia a intensidade de nove sintomas: dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar e falta de ar. Com a possibilidade de acrescentar mais sintomas, se pertinente e necessário. Sendo a periodicidade da sua aplicação variável (diária, de 2/2 ou 3/3 dias), mas pressupõe a realização de um registo regular, com vista a aferir a carga sintomática, e o impacto e eficácia das medidas terapêuticas aplicadas no bem-estar do paciente (Neto, 2017).

Na UCP apenas verifiquei a aplicabilidade das seguintes escalas validadas: Escala Visual Analógica; Escala Numérica; Escala de faces; Escada de Braden (avalia o risco de úlceras por

pressão), Escala de Morse (avalia o risco de queda). Nesse serviço, a monitorização de sintomas era realizada de forma regular e constante, valorizando o impacto no dia a dia do doente, a fim de direcionar a prestação de cuidados. Considero que o exame físico, o esclarecimento de dúvidas sobre os sintomas presentes e a capacidade funcional, a pesquisa de novos sintomas e a preocupação com o ajuste terapêutico esteve presente na minha prestação de cuidados.

O registo dessa avaliação de sintomas (presença ou ausência) realiza-se em sistema informático – Sclínico. A equipa de enfermagem em cada turno regista: foco, intervenções, atitudes terapêuticas, medicação e notas gerais. A equipa médica realiza o diário clínico, evidenciando o conforto do doente e a necessidade de ajuste/ alteração. Desse modo, a correta monitorização permite sistematizar o seguimento dos nossos cuidados, clarificar os objetivos e validar os resultados das terapêuticas instituídas, a fim de promover a reavaliação contínua das intervenções realizadas (Neto, in Barbosa&Neto, 2006). Por isso, em CP recorre-se às chamadas “constantes de conforto” relacionadas com a avaliação da magnitude do controlo sintomático, do bem-estar psicológico e da qualidade do sono (Neto, 2017).

Confesso que a maior dificuldade foi lidar com doentes não colaborantes, exigindo uma avaliação mais minuciosa, em que a preocupação pairava e questionava se estariam bem? Outro caso, relaciona-se com influências familiares, por valorizam sintomas, que nalgumas situações não correspondiam à veracidade, podendo até distorcer a realidade, e canalizando o seu próprio sofrimento e peso do desconforto ao lidar com os sintomas presentes no seu familiar doente.

2.2.1.2. Plano terapêutico: abordagem farmacológica e não farmacológica

Em CP projeta-se um plano de cuidados adequado, delineando uma estratégia terapêutica mista, associando medidas farmacológicas e não farmacológicas. Partindo de uma correta valorização sintomática, objetiva-se o conforto e o controlo sintomático efetivo das diferentes dimensões afetadas entre as 48h-72h, sob pena do doente se manter desconfortável, não confiar na equipa e de se hipotecar a relação terapêutica (Neto, 2010, 2017). Neste sentido, relembro a articulação da equipa multidisciplinar da UCP, trabalhava numa metodologia, prestando cuidados vocacionados no conforto do doente perante situações clínicas de agudização. As medidas não farmacológicas estão presentes nos cuidados de higiene, na prevenção de úlceras por pressão, na otimização de cuidados alimentares/ dieta; no alívio de sintomas como: a dor (massagem terapêutica, aplicação de calor/crioterapia), a dispneia (ventoinhas), a ansiedade (medidas de distração) e insónia (musicoterapia). Foram experiências de sucesso e de aprendizagem, que valorizam o nosso cuidado e papel profissional.

CASO CLÍNICO → Doente de 55 anos do sexo masculino, com diagnóstico de AVC. Referenciado para a UCP para controlo de dor. Totalmente dependente nas AVD's. Acamado há dois meses. Hemiplegia à esquerda. Disartria. Períodos de confusão e agitação psicomotora, expressa-se por gemidos (com predomínio noturno). Insónia e ansiedade. Picos de hipertermia. Espasticidade e rigidez muscular. Disfagia a líquidos e recusa alimentar. Incontinência urinária (presença de sonda vesical em drenagem livre para saco coletor). Incontinência fecal (uso de fralda), com registo de obstipação ligeira. A convivência deste caso prático, representou a complexidade de um conjunto de sintomas associados. Daí delinear-se um plano terapêutico misto com abordagem farmacológica e não farmacológica. O regime

terapêutico foi multimodal, recorrendo: a analgésicos, adjuvantes, benzodiazepinas, antipiréticos e laxante de contato (Fentanilo transdérmico, morfina SC, midazolam SC, diazepam retal, paracetamol rectal, bisacodilo). Relativamente à via de administração terapêutica, em alternativa à via oral, optou-se pelas vias transdérmica e subcutânea (Araújo et al., 2021), e via retal em SOS. Aliado a este tratamento, investiu-se em medidas não farmacológicas, nomeadamente massagem terapêutica e cuidados de higiene em maca banheira. Verificando-se o benefício dessas medidas de relaxamento. Registando-se: diminuição da intensidade da dor, com redução de administração de analgesia em SOS; melhoria da qualidade do sono; aumento do débito urinário e evacuação intestinal controlada. Registando-se também uma melhoria na alimentação, já aceitava a ingestão de gelatinas e iogurtes. De sublinhar que o doente, mesmo com dificuldade na comunicação verbal, conseguia expressar sentimentos de gratidão e de bem-estar nos momentos de massagem terapêutica. Relembro o seu olhar e sorriso rasgado, transmitindo prazer e gratidão. Ao fim do dia, sempre que possível, investi mais tempo e presença na hora de adormecer, sentindo-o mais seguro e aconchegado. Este resultado foi partilhado e validado com a sua família que o visitava regularmente (esposa e filho). Deste modo, perante a complexidade de sintomatologia percebe-se que as intervenções devem ser específicas, adaptadas e individualizadas às características de cada pessoa. Por isso, há que investir e destacar boas práticas assumindo num conjunto de medidas terapêuticas e complementares.

A carga sintomática destes doentes é elevada, existindo em média cerca de seis sintomas, destacando se: a astenia, a caquexia, a dor e a dispneia, o *delirium* e a agitação psicomotora. Daí que os grupos terapêuticos mais utilizados sejam os opióides, os neurolépticos e benzodiazepinas, os antieméticos e os corticoides (Neto, 2017). Logo, a elaboração de regime terapêutico deverá englobar critérios dirigidos aos principais sintomas, procedendo a um plano terapêutico, com prescrição regular, pautada em “horas certas” e adotar uma atitude preventiva no tratamento que antecipe as possíveis crises sintomáticas. Isto é, prescrever medicação em SOS, associando a cada sintoma e o número de vezes que pode ser administrado. Assim, em função desse recurso e ao aparecimento de novos sintomas há que proceder a uma revisão diária do regime terapêutico (*idem*). Em estágio, presenciei que essa revisão terapêutica era feita diariamente aquando observação clínica. Mas, em situações de instabilidade, caso não existisse uma prescrição médica, recorria-se aos protocolos pré-definidos, registando o sucedido. Sendo esse registo de SOS nas últimas 24h fundamental para proceder ao próximo ajuste terapêutico. Neste ponto, reflito e sublinho a autonomia e destreza da equipa de enfermagem na qualidade do controlo sintomático. Profissionais competentes, com conhecimentos precisos sobre os múltiplos fármacos e suas eventuais interações medicamentosas. Constatei que a equipa médica, confia nos seus enfermeiros! Além disso, presenciei alguns médicos sem formação avançada em CP, mas sempre recetivos ao excelente contributo e desempenho profissional da equipa de enfermagem. Percebi que existe uma partilha de informação e uma decisão conjunta entre os elementos da equipa em prol do bem-estar do doente.

Sobre este tópico, convém apontar que esse plano individualizado e personalizado é partilhado, sempre que possível e viável com o doente, sendo ele participante ativo, capaz de tomar decisões em função das suas escolhas, valores e preferências. Estabelece-se um modelo de relação assente na aliança terapêutica, em que a equipa ajude o doente a ajudar-se e a assumir os vários cenários clínicos e as consequências das opções em causa. Nomeadamente a

necessidade de suspender, recusar ou não iniciar medidas, quando devidamente esclarecido das suas consequências (Neto in Barbosa&Neto, 2006; Neto, 2017).

2.2.1.3. Adequar a via de administração

Com a evolução da doença e inerente controlo sintomático, deparamo-nos a com a necessidade de adaptar a via de administração terapêutica, de forma a encontrar o resultado de um equilíbrio entre uma ação terapêutica rápida e eficaz e a via de administração mais adequada para o tratamento, de forma que o sofrimento provocado ao doente seja o menor possível. Ou seja, pretende-se assegurar eficácia terapêutica com a menor invasibilidade e maior conforto possíveis (Neto, 2008, 2010, 2017).

A via oral é considerada a via prioritária e de eleição em CP, que assegura a eficácia terapêutica de um regime com tomas regulares, é a menos invasiva e garante maior autonomia para o doente (Neto, 2017). Porém, no caso de doentes com doença avançada, incurável e progressiva, a via oral encontra-se comprometida, sendo necessário adaptar outra via de administração. Como é o caso de situações de náuseas/vómitos, má absorção gastrointestinal, fármacos contraindicados por via oral ou com resposta terapêutica insatisfatória por essa via, sinais de toxicidade farmacológica, e na fase de agonia e sedação (Ferreira&Santos, 2009).

Perante situações clínicas de doentes sem via oral disponível, a via alternativa para doentes frágeis e em fim de vida será desejavelmente a via subcutânea. Sendo a via transdérmica usada em doentes com doses estabilizadas, mas não como medida de primeira linha e em doentes instáveis (Neto, 2017).

Em contexto de CP, a via subcutânea (SC) de fármacos e fluídos - hipodermoclise/ hidratação subcutânea - está mais difundida e garante uma eficácia terapêutica (Neto, 2017). Sendo recomendada em doentes de qualquer idade, para os quais a via oral e a via endovenosa não são indicadas, estão indisponíveis ou após insucesso de outras vias de administração. Na prática, recorreu-se à via SC em situações de disfagia, náuseas, vômitos, alterações cognitivas/sonolência/ confusão mental e obstruções gastrointestinais, coincidindo com o descrito por Freire (2017). Esta via apresenta as seguintes vantagens: via segura, técnica simples eficaz e fácil utilização, com menor necessidade de supervisão; causa mínimo desconforto, menor necessidade de punções, podendo o cateter permanecer por dias, dispensa imobilização de membros, daí causar menor interferência na mobilidade e promover a autonomia do doente; permite taxas de absorção semelhantes às da via intramuscular (IM) e biodisponibilidade sobreponível às da via endovenosa (EV), com concentrações séricas menores, mas com maior tempo de ação; baixo custo económico, sem necessidade de bombas infusoras; com possibilidade de administração terapêutica no domicílio. No entanto, descrevem-se como possíveis complicações e reações locais: edema, dor, inflamação, hematoma, infeção, celulite e necrose do tecido. Sendo contraindicada em situações de: anasarca, edema generalizado, sob local do tumor e região abdominal na presença de ascite, áreas com infeção, inflamação ou circulação linfática comprometida (linfedema). Nomeadamente em zonas irradiadas ou próximo de cicatrizes, zonas de pele não integra (fissuras/ hematoma/quistos de retenção de repetição) (Galvão, 2005; Neto, 2008; Justino et al, 2013; Freire, 2017). De acordo com a literatura e na prática clínica são tidas como considerações técnicas da administração SC: não injetar mais do que três fármacos na mesma administração, e atender ao volume e compatibilidade, e permeabilizar o acesso com 0,5cc a 1cc SF entre fármacos. Ainda a referir

que existem inúmeros fármacos passíveis de serem miscíveis e de poderem estar numa mesma perfusão contínua, subcutânea ou intravenosa. Outros fármacos exigem uma perfusão isolada (Neto, 2017). Nesta UCP a administração de dexametasona por via SC é feita em acesso isolado, sendo identificado, requerendo também maior rotação do local de punção.

A regra básica é que se proceda a uma desejável titulação de fármacos e só no caso da administração em bólus não se revelar eficaz, passaremos a uma administração de perfusão contínua, garantindo uma maior estabilidade nas doses em circulação, mas nunca sendo uma intervenção de primeira linha, além de carecer de monitorização apertada dos sinais de toxicidade e revisões diárias por parte de uma equipa preparada (Neto, 2017), Nesse sentido, sugere-se que exista uma tomada de decisão onde se pondere: riscos *versus* benefícios mediante cada caso individual, e se assegure os objetivos do tratamento conjuntamente com o doente, reavaliando regularmente. Devendo-se equacionar se o doente está desidratado, qual a causa dos sintomas e/ou do agravamento da desidratação, avaliando a sua perspetiva e da família, adequando o objetivo aos cuidados e as vantagens expectáveis (Justino *et al.*, 2013)

CASOS PRÁTICOS:

Transpondo o assunto para a prática profissional em Hospital Dia, a maioria dos doentes oncológicos é portador de cateter totalmente implantado (CTI), sendo as administrações terapêuticas adequadas à intervenção de cada utente. Por exemplo, um doente oncológico sob tratamento de QT paliativa, aquando admissão na unidade é puncionado em acesso central, sendo feito controlo analítico e mantido cateter permeável e obturado. Perante a necessidade de terapêutica para controlo sintomático, caso não haja resposta à analgesia oral é usada via EV para titulação EV e avaliação da resposta. Sendo seguidamente reconvertida para via oral ou transdérmica, para seguimento do tratamento no seu domicílio. De modo geral, nesse contexto, a via SC é pouco usual, tendo em conta o conforto do doente. Em estágio, recorde uma prescrição terapêutica de antibioterapia via SC (ceftriaxona/ ceftriaxone - diluição de 1gr em 3,5cc de lidocaína), perante a reação local causada e o desconforto associado, ponderei e sugeri mudar a via de administração, para a via endovenosa, pelo fato da doente ser portadora de CTI. A decisão foi unânime, sendo um momento de partilha e aprendizagem para alguns colegas sem experiência prática de punção em acesso central. Mas acima de tudo, um ajuste de cuidados personalizados em prol do bem-estar e conforto daquela utente.

2.2.2. A valorização da carga sintomática - o retrato de experiências práticas

A carga sintomática é variável entre os doentes, mas existem sintomas em comum. No entanto, a valorização e hierarquização dos sintomas é sempre individual, muda de doente para doente mesmo dentro do mesmo grupo de patologia base. Por isso, exige-se uma “resposta adequada”, uma “terapêutica rápida” e “muito rigor na intervenção”, não se pode negligenciar e banalizar sintomas perante uma “complexidade clínica” (Neto, 2017). Transpondo a temática para a prática, seguidamente retratam-se casos clínicos reais e relevantes que necessitaram de tratamento adequando na UCP em período de estágio, focando os sintomas: dispneia; sialorreia; náuseas e vômitos; obstipação e diarreia e, oclusão intestinal crónica.

❖ **Dispneia**

A dispneia consiste numa sensação subjetiva relatada pelo doente como falta de ar (American Thoracic Society, 1999). Tem implicação na qualidade de vida, porque afeta a sua mobilidade e capacidade em executar tarefas, além de o limitar e tornar dependente da ajuda dos outros (Gysels&Higginson, 2009). É um dos sintomas mais frequentes descritos por doentes em fase terminal (29-74%), estando associado a mau prognóstico (Freire et al, 2017, p.31). Além de ser um sintoma que causa maior impacto à família (Neto, 2010).

CASO CLÍNICO → Recordo um utente com diagnóstico de neoplasia pulmonar metastizado, com difícil controlo de dispneia. Tendo em conta a natureza subjetiva da dispneia, considera-se que as dimensões psicológica, social e espiritual podem amplificar a intensidade da experiência de falta de ar (Hench *et al.* 2008). Mediante a avaliação e evolução do agravamento do doente, percebeu-se que existiam momentos em que este sintoma se agrava. Nomeadamente aquando presença de visitas, percebi que sentia “fome de ar”, sentia-se desconfortável com mais pessoas dentro do seu quarto e ao início da noite, podendo refletir medo/ ansiedade em adormecer e não voltar a acordar. Era uma pessoa revoltada com a sua doença e proporcionava pouca abertura para dialogar. Mas, perante a sua necessidade e dependência, foi possível promover e construir gradualmente uma relação de ajuda e um clima de empatia. No seu tratamento foram conjugadas medidas farmacológicas e não farmacológicas. Em termos farmacológicos recorreu-se a: opióides (morfina), Benzodiazepinas (midazolam), broncodilatadores (antecedentes de DPOC), diuréticos (furosemida), corticoterapia (dexametasona) e oxigénio por óculos nasais (saturações de 85%). Como medidas não farmacológicas, otimizou-se o ambiente físico, promoveu-se um quarto individual, com mais espaço amplo, encostado à janela, disponibilizando uma ventoinha. Recorreu-se a medidas de relaxamento e posicionamento, apoio psicológico e recurso a musicoterapia para distração do doente. A nível profissional e pessoal confesso que é dos sintomas que mais desafio me coloca, pela dificuldade de monitorização e pela exigência da resposta no alívio do sofrimento do doente.

❖ **Sialorreia**

A sialorreia caracteriza-se por uma produção excessiva de saliva (Gonçalves, 2018), sendo um sintoma perturbador para o doente e família, pois compromete a comunicação, a alimentação e a interação social. Seguidamente descrevo uma experiência relevante, quer pelo sofrimento e desconforto do doente, quer pelo impacto familiar e pela preocupação e exigência colocada à equipa de profissionais.

CASO CLÍNICO → Doente do sexo masculino com 55 anos, com neoplasia da língua metastizada. Realizou tratamentos de QT e RT, sem resposta tumoral. Traqueostomizado há dois meses. Alimentado e hidratado por sonda nasogástrica, sendo posteriormente submetido a colocação de PEG (gastrostomia endoscópica percutânea). Antecedentes de AVC, com défice motor a nível de um braço, sem capacidade para realizar cuidados de manutenção/ higiene à traqueostomia, e limitações para se auto-alimentar. Manifesta um desejo enorme de ir para casa, mas sem estrutura de apoio para o poder receber. Está divorciado há dois anos, tem um filho de 24 anos e uma irmã. Ambos verbalizaram que não querem assumir a responsabilidade dos cuidados, recusam aprender e justificam a incapacidade em lidar com a situação da doença. Mediante esta vivência profissional, senti que o doente estava despido de dois valores

fundamentais na vida, a sua saúde e o amor da sua família. Percebi o impacto do desconforto físico, a alteração da imagem e a necessidade de apoio frequente para a mudança de roupa e resguardos. Mas, acima de tudo, presenciei um isolamento e uma baixa autoestima perante a rejeição familiar. A evolução da doença, a degradação do aspeto físico, a deterioração da imagem, o cheiro intenso das secreções, a perturbação do sono, os distúrbios da fala e comunicação ficaram registados no meu pensamento. Presenciei todo o esforço profissional no ajuste terapêutico, adotando uma abordagem farmacológica e não farmacológica. Tendo em conta a impossibilidade de realizar a vontade do doente e, perante a sua dependência e ausência de estrutura familiar, considerei importante reforçar apoio emocional. Sempre que podia dedica um pouco mais de tempo e atenção. Percebi que a minha presença lhe proporcionava tranquilidade e segurança. Recordo os “momentos de conversa”. Recorria à escrita no telemóvel e ao papel, quando não conseguia perceber a mensagem. Gostava de ver televisão e ouvir música. Mas o que mais gostava, era de estar acompanhado e sentir-se acarinhado e escutado no silêncio da sua voz!

❖ Náuseas e vômitos

A náusea é uma sensação desagradável da necessidade de vomitar, podendo ser acompanhada por sintomas autonómicos (sudorese, taquicardia, palidez cutânea). O vômito corresponde à eliminação forçada de conteúdo gástrico pela boca. Este sintoma é frequente (30-60%) em CP, a etiologia é multifatorial (particularmente em doentes oncológicos) e representa um impacto significativo na qualidade de vida, daí que o tratamento seja orientado pela causa mais provável, com correção das causas potencialmente reversíveis e escolha do melhor antiemético (Araújo *et al.*, 2021). Adaptando a via de absorção e prescrevendo em intervalos regulares e em resgate (Goncalves, 2015). A par do tratamento farmacológico, a abordagem não farmacológica assume elevada relevância. Nomeadamente: promover uma boa higiene oral (se necessário lavar com antissépticos adequados), proporcionar ambiente calmo e arejado, evitar cheiros intensos, oferecer pequenas refeições e ao gosto do doente, dando preferência a alimentos frios e aconselhando ingestão de líquidos em pequena quantidade fora das refeições. A nível prático, constatei que nalguns doentes referenciados para a UCP, ocorria um défice na anamnese, porque a presença de náuseas e vômitos estava relacionada com causas associadas, nomeadamente: uso de terapêutica opióide, distúrbios da motilidade (estase gástrica e obstrução intestinal) e efeitos secundários tardios do tratamento de QT.

❖ Obstipação e Diarreia

A obstipação é um dos problemas mais frequentes em CP, variando a sua prevalência entre 18-90%. Sendo usualmente multifatorial, podendo estar associada: a causas tumorais; aos efeitos secundários de fármacos (opióides, anticolinérgicos e antidepressivos); às comorbilidades da idade avançada; à debilidade e diminuição de atividade física; a uma dieta pobre em fibras; à depressão e deterioração cognitiva. Relativamente ao tratamento farmacológico, cerca de 80% dos doentes em fim de vida e quase a totalidade dos doentes sob terapêutica opióide necessitam de laxantes, em que o objetivo dessa prescrição será tornar a defecação confortável e não estabelecer uma determinada frequência (Araújo *et al.*, 2021, p. 59). Constatando que na UCP existe a prática de prescrição profilática de laxantes.

A diarreia, tal como a obstipação, são problemas frequentes no seguimento dos doentes paliativos. Embora, com base no estudo de Walsh, Donnelly e Rybicki de 2000, referido por Hatanaka (2009) a prevalência da diarreia é de 8%, muito inferior à da obstipação (52%). As causas de diarreia podem associar-se: a alterações da motilidade (hipertiroidismo, neuropatia diabética, síndrome do cólon irritável); problemas osmóticos/ má absorção (insuficiência pancreática, doença celíaca); aos efeitos secundários de tratamentos de RT abdominal ou pélvica; questões inflamatórias decorrentes de situações infecciosas do trato gastrointestinal ou efeitos terapêuticos (antibióticos, antiácidos), podendo ser associado a hábitos alimentares. Por isso, quando a causa é identificável o tratamento deve ser dirigido. Em situações de diarreia persistente ou de causa desconhecida, recorre-se a antidiarreicos, sendo a loperamida o fármaco de eleição (*idem*). Defende-se que o tratamento farmacológico deve ser orientado pela causa (antibióticos, imunossuppressores, enzimas pancreáticas), sugerindo-se loperamida, a morfina e o octreotídeo, associando a medidas gerais: hidratação adequada e uma dieta pobre em fibras e sem lactose (Bruera *et al.*, 2015).

❖ **Oclusão intestinal crónica**

Na doença oncológica avançada a oclusão intestinal é uma complicação frequente (Monteiro & Goncalves, 2000). Estando associada a neoplasias: do ovário (5-51%), do colon (10-28%), do pulmão, da mama e ao melanoma. O nível de obstrução e a velocidade de instalação determinam os sintomas e a severidade (Araújo *et al.*, 2021). As dores e os vômitos são sintomas constantes em qualquer fase da oclusão não controlada, mas outras queixas se associam: anorexia, náuseas, distensão abdominal e alteração dos movimentos peristálticos. As dores abdominais podem ser de dois tipos: em cólica, correspondendo a ondas de peristaltismo aumentado contra a resistência da obstrução, ou contínuas, podendo aqui estar envolvidas várias situações; como exemplos temos o caso da distensão de ansas ou a compressão por crescimento de massas abdominais. No caso dos vômitos, podem ocorrer em grandes quantidades, com conteúdo alimentar ou fecaloide. No que se refere à obstipação, muitas vezes é difícil fazer a distinção entre obstrução por massa fecal e oclusão intestinal (Monteiro & Goncalves, 2000).

CASO CLÍNICO → Doente de 65 anos do sexo feminino, com mau estado geral, mau estado nutricional, diagnóstico de neoplasia abdominal-pélvica avançada com carcinomatose peritoneal inoperável (massas abdominais palpáveis). Colostomia (não funcionante). Sonda vesical em drenagem para saco coletor de urina. História prévia de tratamentos de QT e RT. Descreve-se quadro de dor abdominal contínua, mas com picos de intensidade predominantes ao fim do dia. Xerostomia e sede. Ansiedade, medo e insónia. A convivência deste caso prático, representou a complexidade de um conjunto de sintomas associados. Mediante dor e necessidade administração de analgésico opióide, a utente agravava náusea, vômito e obstipação. Despistada a presença de fecalomas. Mediante a ineficácia da terapêutica farmacológica, considerou-se com a doente o benefício e colocou-se sonda nasogástrica (SNG) em drenagem, verificando-se estase gástrica e presença de conteúdo fecaloide. Mesmo em drenagem gástrica, a doente verbalizada vontade em se alimentar por via oral (principalmente da alimentação trazida pelos seus familiares), sentindo o paladar da comida caseira e o conforto e aconchego da sua família. Sendo proporcionado a realização do desejo, uma vez que o seu prazer acarreta benefícios psicológicos superiores a qualquer malefício sintomático.

A abordagem farmacológica deste caso, foi ao encontro da bibliografia consultada. O tratamento médico foi multimodal, recorrendo a analgésicos (morfina SC, fentanilo TD), antieméticos (Haloperidol, Ondasetrom), antissecretores e antiespasmódicos (Butilescopolamina), sendo útil aquando episódio de dor em cólica, sobreposta a queixas de dor contínua, assim como no controlo dos vómitos ao reduzir a produção de sucos digestivos. Acrescentando o recurso a corticóides (Dexametasona, via SC) com o objetivo de reduzir o edema peri-tumoral e a obstrução, tendo aliado um efeito antiemético. Relativamente à via de administração terapêutica, evitou-se a via oral, optou-se pelas vias transdérmica e subcutânea (Araújo et al., 2021). Aliado a este tratamento, investiu-se em medidas não farmacológicas, como a massagem terapêutica e aplicação de calor húmido, conseguindo reduzir a ansiedade e proporcionando melhoria da insónia. Para alívio de xerostomia e sede, foram reforçados cuidados orais e oferecidos gelados (sem açúcar, sumo de laranja e melancia).

2.2.3. Reflexão sobre “desprescrever”

A reavaliação regular do regime terapêutico implica “desprescrever” determinados fármacos que, em função do prognóstico estimado e do objetivo de conforto, deixaram de ser úteis para o doente (Neto, 2017). Essa desprescrição consiste “numa avaliação sistemática dos riscos e benefícios potenciais de cada fármaco para determinado doente, considerando a sua condição clínica e prognóstico vital” (Romero et al., 2018). Ou seja, devem ser descontinuados tratamentos cuja expectativa temporal para benefício exceda a sobrevida expectável do doente (idem). Tendo como objetivos, a prestação de cuidados individualizados, gerir a polifarmácia/polimedicação potencialmente inapropriada ou desnecessária e, assim minimizar as potenciais iatrogenias medicamentosas, a sobrecarga terapêutica e evitar efeitos adversos de ações diagnósticas ou terapêuticas, a fim de melhorar a qualidade de vida. Nesse sentido, a “adequação do esforço terapêutico corresponde a boa prática clínica e a um imperativo ético-legal fundamental” (Romero et al., 2018). Assim, traduz-se a obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo causado ao doente.

Aquando a admissão do doente na UCP, observei que nos casos de referenciação hospitalar, o doente era portador de tabelas terapêuticas extensas. Situações de polifarmácia e polifarmácia major (quando um doente toma cinco ou mais medicamentos em simultâneo).

Neste contexto, reflete-se que a abordagem farmacológica deve ser adequada às necessidades de um doente em fim de vida. Daí as decisões terapêuticas requerem reavaliação frequente. Considerando-se pertinente reter os “paradigmas que norteiam a prescrição em doentes com expectativa de vida limitada” devido a idade avançada, múltiplas comorbilidades, doença severa e incapacidade funcional acentuada, malnutrição e caquexia (idem). Sublinhando-se que “o tratamento de qualidade consiste não só em saber começar, mas também em saber como e quando suspender ou não iniciar” (idem). Nesta continuação, compila-se a noção da “futilidade terapêutica”. Estando o termo “fútil” associado aos tratamentos “que não favorecem nenhum benefício fisiológico ou possibilidade de cura” (Freire, 2015). Acrescentando-se “futilidade diagnóstica e terapêutica” definida como “procedimentos diagnósticos e terapêuticos desadequados e inúteis face à situação evolutiva e irreversível da doença e que podem causar sofrimento acrescido ao doente e à família” (Neves, 2018, p.77). Em correlação, diz-se que a “futilidade terapêutica surgiu como uma categoria que

os profissionais de saúde usam para decidir quando não iniciar (*withhold*) ou quando suspender (*withdraw*) o tratamento médico” (Freire, 2015).

Seguindo este raciocínio, é possível fazer a ponte e decifrar que interromper um tratamento que oferece uma possibilidade científica de preservar a vida, não é um modo de caminhar para a morte, mas sim uma consideração de valores, convicções e certezas. Já que, a prioridade assenta nas “condutas que mantêm a pessoa em situação confortável” (Nunes, 2016, p.82). Reforçando a ideia ao afirmar que o relevante é “assegurar a continuidade de cuidados de conforto que atendem na preservação da qualidade e da dignidade da pessoa em concreto” contrapondo com determinados tratamentos desproporcionados (p.79), sendo necessária uma “reflexão sobre a continuidade da intervenção” condicionando o “prolongamento de um sofrimento inútil” (p.78). Assim, compreende-se a ligação de ideais e integra-se o conceito de “obstinação terapêutica” como “sendo o efeito do tratamento mais nocivo do que os efeitos da doença ou inútil quando não há cura e o benefício esperado é menor do que os inconvenientes previsíveis”. Desta forma, caímos numa má prática, denominada de “distanásia”, já que “ao utilizar medidas terapêuticas fúteis, transformamos a fase final de vida num processo mais longo e doloroso” (Nunes, 2016, p.79). Em consonância com estes conceitos, também o termo “encarniçamento terapêutico” (Freire, 2015) e, mais recentemente denominada “obstinação insensata” (Nunes, 2016, p.76), como o recurso de medidas terapêuticas que não aumentam a sobrevida, mas prolongam o processo de morrer.

Durante o estágio foi possível vivenciar situações práticas relacionadas com esta temática. Passando seguidamente a descrever:

Tratamento com estatinas → Com base em evidência científica, as estatinas são fármacos prescritos para a prevenção primária, secundária ou terciária de doença cardiovascular, registando que “o tempo para benefício estimado é superior a 2 anos”. Sendo a expectativa de vida limitada, a prevenção a longo-prazo da doença cardiovascular torna-se potencialmente desnecessária, contribuindo dessa forma para a polifarmácia e aumento de custos em saúde. Por isso, “não prescrever estatinas a doentes com expectativa de vida reduzida é uma escolha aceitável e correta” (Romero et al., 2018). Na UCP presenciei a desprescrição de Atorvastatina, uma terapêutica inapropriada perante o estado clínico da utente, além de potenciar mialgias como efeitos adversos, necessitando de outros fármacos para alívio sintomático.

Tratamento com anticoagulantes → Segundo as *guidelines*, os anticoagulantes podem ser descontinuados na maioria dos doentes em fim de vida, sem aumento significativo da incidência de trombose venosa profunda sintomática. Não sendo apropriado iniciar tromboprevenção no fim de vida, como medida preventiva. E caso a administração SC das HBPM (heparinas de baixo peso molecular) (posologia id ou 2id), provoque desconforto, há que avaliar a necessidade de não implementar e de suspensão terapêutica (citado por Romero *et al.*, 2018). No decurso do estágio, existiam doente com anticoagulantes em tabela terapêutica. Nomeadamente anticoagulantes orais: Dabigatrana (Pradaxa®), Rivaroxabana (Xarelto®): Apixabana (Eliquis®) e Varfarina (Varfine). Relembro um caso clínico de uma utente com antecedentes de Acidente Vascular Cerebral (AVC) com recidiva pélvica de carcinoma espinho-celular da bexiga com fistula reto-vaginal, metastização óssea e portadora de nefrostomia percutânea, na admissão do seu internamento com presença de metrorragias e melenas, tinha prescrito anticoagulante oral em tabela terapêutica, procedendo-se à sua suspensão imediata. Constatei que na UCP havia poucos doentes com prescrição de HBPM (heparinas de baixo peso molecular), particularmente Enoxaparina (via SC diária). De acordo,

com os estudos, esta terapêutica não requer monitorização laboratorial, tem menos interações medicamentosas e são menos dependentes da dieta alimentar perante as habituais alterações do estado nutricional dos doentes nesta fase de doença (Romero et al., 2018).

Tratamento com antimicrobianos → Os doentes com doença avançada são muito suscetíveis a infeção devido à imunidade e debilidade acrescida, por isso deparamo-nos com prescrições frequentes de antimicrobianos (antibióticos e antifúngicos). Em ambiente hospitalar, continua-se a administrar antimicrobianos por via parentérica em doentes em fim de vida, sem evidência de benefício na melhoria sintomática (Romero et al., 2018). Nalgumas circunstâncias, mediante a fase evolutiva da doença e a ausência de benefício, nem sequer deveriam ser iniciados tais tratamentos. Mas o pensamento e expectativa de cura, ainda está muito patente nas medicinas hospitalares. Devendo recair sob esses casos, uma maior necessidade e responsabilidade de partilha de informação, objetivos e decisões a fim de superar o predomínio da visão curativa na prestação de cuidados e evitar a obstinação terapêutica. Transpondo para a experiência prática na UCP, recordo um caso clínico com diagnóstico de infeção do trato urinário, em que o antibiótico oral contribuiu para controlo sintomático de disúria. Outra situação, de uma utente com presença de úlceras de pressão extensas, com presença de sinais inflamatórios, dor e cheiro fétido intenso, em que a antibioterapia foi um aliado para o controle sintomático. No entanto, deve-se avaliar cada situação e ponderar a prescrição face à sintomatologia. Recordo o caso clínico de um doente com neoplasia do pulmão metastizada e infeção do trato respiratório associado, estando sob antibioterapia (Clindamicina). Tendo em conta a monitorização sintomática (dispneia e dor) e sendo os opióides “a primeira escolha” porque proporcionam um rápido controlo sintomático (Romero et al., 2018). Questiono a necessidade de prescrição médica dessa antibioterapia, estando o doente em últimos dias de vida!

Ainda relacionado com esta temática, sublinho a importância do apoio domiciliário, nomeadamente as equipas comunitárias e o serviço de Hospitalização Domiciliar, que mediante as decisões clínicas de iniciar antibioterapia, permitem que o doente em fim de vida seja cuidado no seu meio familiar, evitando o afastamento do aconchego da sua casa e família perante a necessidade de um internamento hospitalar.

Tratamento com hipoglicemiantes → O uso de *guidelines* “clássicas” para Diabetes Mellitus não tem justificação científica e pode entrar em conflito com os objetivos de promoção de qualidade de vida, uma vez que os doentes sentem desconforto com as administrações de insulina e as medições de glicemia capilar (Romero et al., 2018). Neste sentido, não existe evidência a favor ou contra a suspensão de insulina. Mas admite-se a utilização de uma insulina de ação longa, de administração única (*idem*). Constatei que no internamento, a maioria dos doentes diabéticos tinha prescrição terapêutica de Insulina Lantus (insulina glargina). Presenciando necessidades de ajuste de dose, em casos de doentes oncológicos, com neoplasia do pâncreas e metastização hepática, que descompensavam com náuseas e vômitos, malnutrição e baixa ingestão. Justificando-se que a terapêutica com insulina no fim de vida deve ser ajustada aos objetivos dos cuidados, ao prognóstico vital de cada doente, ao tipo de diabetes e ao risco de hipoglicemia (*idem*).

Tratamento de Quimioterapia / Radioterapia → No estágio, marcou-se o caso de um doente oncológico, sob tratamento de QT paliativa por via oral – terapêutica Sunitinib. Apresentava sinais de evolução e agravamento do estado clínico, aparentemente sem possível resposta terapêutica, mas devido ao fato de manter seguimento em consulta de oncologia

médica, mantinha-se a prescrição médica e cumpria-se a administração terapêutica e o seu devido registo informático. Aquando a prestação de cuidados, validei a dificuldade na administração oral, agravamento do estado geral do doente, tendo tomado a iniciativa de não cumprir a administração terapêutica prescrita, justificando em registo de enfermagem perda de via oral e necessidade de reavaliar junto da equipa médica o risco e benefício terapêutico, além da envolvência de custos desnecessários. Essa situação foi reportada junto do médico, que em consonância com a equipa, suspendeu tratamento. Justificando que essa desprescrição, esteve assente no compromisso de não abandono, de desistência ou desinvestimento, mas sim no investimento no benefício daquele doente. Outra situação pertinente associada é o fato de alguns doentes oncológicos internados, manterem agendamento de consultas de oncologia médica e tratamentos de QT/ RT. Foi possível certificar, que mediante o agravamento do estado geral do doente, houve preocupação da equipa multidisciplinar partilhar a situação atual com os profissionais dessas unidades hospitalares, reavaliando cada caso particular e decidir que não se reuniam condições para a continuidade de tratamento, poupando o desconforto ao doente internado ter de se dirigir a outras instalações hospitalares. Sendo essa decisão terapêutica posteriormente partilhada com o doente e sua família.

2.3. Cuidar a família

2.3.1. A família como integrante da assistência em cuidados

A família tem um papel fundamental no desenvolvimento e na socialização, sendo o local onde cada membro procura apoio, estabilidade e equilíbrio para ultrapassar as dificuldades que surgem ao longo da vida (Guarda, Galvão e Gonçalves, 2010). Considera-se que uma das principais funções básicas da família é proteção da saúde e a prestação de cuidados quando um dos membros necessita (Moreira, 2006). Relevo as palavras de Albom (1997, p.113): “o facto é que não existe fundamento, nem lugar seguro, onde as pessoas se possam colocar hoje, a não ser a família.” Reforça que “se não tiveres amor, os cuidados e a preocupação que tens de uma família, não tens grande coisa. O amor é tão supremamente importante”. Porque “sem amor, somos como pássaros com as asas partidas”. E de forma a possibilitar o voo do pássaro...O dever pessoal/ profissional visa canalizar uma intervenção adequada, procurando reabilitar a vida ao prevenir e aliviar o sofrimento. Percebendo que a vivência de uma doença progressiva e incurável seja um acontecimento de vida e uma situação de crise que requer uma adaptação do doente e da família. Já que o impacto da doença grave afeta o doente e estende-se a todo o universo familiar, impondo mudanças e exigindo reorganização (Carvalho, 2008). Por isso, em CP o principal objetivo de apoio à família assenta em ajudá-las a cumprir a sua função cuidadora (Reigada et al, 2014). Assim, mediante este desafio que envolve o doente, suas famílias e cuidadores, faz sentido estabelecer uma relação de ajuda com a equipa multidisciplinar e interdisciplinar de profissionais de saúde ativos. Justificando-se que “a essência dos cuidados paliativos é a aliança entre a equipa de cuidados e o doente e a sua família” (Twycross, 2003). Percebendo que a tríade entre o doente, a sua família e a equipa de saúde representa os alicerces dos cuidados de excelência. Daí realçar que o olhar destes cuidados “é sempre a díade doente-família”, na qual a equipa interdisciplinar “deve construir um plano de cuidados que tenha a atenção as necessidades apresentadas por qualquer um dos elementos constituintes deste alvo de cuidados” (Salazar, 2017, p. 29). E porque, frequentemente, “a família não sabe lidar com a doença terminal do ente querido”, cabe ao

profissional aliar-se à família na descoberta de recursos que possam promover/desenvolver a estabilidade e equilíbrio familiar (Reigada et al., 2014, como citado em Guadalupe, 2009). Torna-se fulcral direcionar os esforços familiares e/ou pessoas relacionadas, objetivando reforçar as suas confianças, capacidades, potencialidades (Reigada et al., 2014, como citado em Hudson, 2006). Por esta razão é importante apostar na qualidade das equipas interdisciplinares, visando colmatar as necessidades desse mundo envolvente do doente, proporcionando o seu conforto, autonomia, aceitação e adaptação (*idem*). Comprova-se que a humanização no atendimento e no acolhimento é ferramenta essencial para se ter êxito no tratamento (Lobo et al., 2017). Sendo o processo de apoio e informação estabelecido entre doente/família/profissional de saúde primordial na aceitação da doença, na capacitação para lidar com as situações, na tomada de decisão e no envolvimento no processo de cuidar, possibilitando reduzir a incerteza e adquirir algum controlo sobre as atividades, contribuindo desse modo para um sentimento de bem-estar, apesar da realidade que se enfrenta (Moreira, 2006).

➔ Avaliar a família / Conferência familiar

O quadro de diagnóstico ou de avaliação familiar é fundamental para um plano de trabalho possível e resolutivo, devendo ser aplicado e ajustado às diversas fases do plano de prestação de cuidados, desde a admissão inicial. Já que, a partir dessa avaliação psicossocial torna-se possível identificar indicadores de necessidade da pessoa doente de ordem pessoal, familiar e social, que possam interferir na planificação de cuidados. Além disso, também o tipo de família e a fase em que o ciclo familiar se encontra são fatores condicionantes e influentes (Reigada, 2010, 2014).

Aquando admissão do doente na UCP, é realizada a avaliação inicial, que averigua a informação da família, conhecendo a composição e características através da elaboração de genograma e ecomapa, sendo fundamental para o planeamento das intervenções de saúde. Justificando que o desenvolvimento de instrumentos sistematizados para a avaliação da família facilita a compreensão da estrutura, funcionamento e dinâmica familiar, percebendo seus aspetos sociais, emocionais e de saúde, para identificar as suas potencialidades e dificuldades (Mello et al., 2005).

O genograma representa um instrumento clínico de trabalho para o profissional de saúde, possibilitando analisar o contexto psicossocial do doente, sua família e sua doença, funcionando como uma “radiografia” psicossocial revelando um mapa relacional (Muniz&Eisenstein, 2009). Caracterizado por registo gráfico da composição da família, contendo pelo menos 3 gerações seguidas ou sequenciais, dando um panorama rápido da posição do individuo na família, os principais acontecimentos da vida familiar e as relações inter-individuais (Caeiro, 1991). Enquanto o ecomapa incide na dinâmica inter-relacional, avaliando o individuo no seu contexto ambiental, permitindo uma visão rápida dos elementos constituintes, suas: interações, conexões, interligações, influências, fontes de estímulos, de suporte e de recursos (*idem*).

CASO CLÍNICO ➔ representa-se o genograma (**Figura 1**) e o ecomapa (**Figura 2**). Centra-se numa doente (MSJ) de 82 anos, viúva desde os seus 77 anos. Teve 3 filhos, dois filhos e uma filha. Tendo falecido a sua filha mais nova de 58 anos com diagnóstico de ELA (Esclerose Lateral Amiotrófica) e o seu filho do meio com 60 anos, com diagnóstico de AVC (Acidente Vascular Cerebral). Tem 3 netos e um bisneto de 5 anos. Tendo em conta o estado de saúde da doente e o agravamento do estado clínico nos últimos 2 meses, ela intercalava 15 dias entre duas

moradas. Uma quinzena com a sua nora Luísa de 60 anos, viúva desde 2017, que trabalhava como empregada de limpeza, mas conseguia agilizar a disponibilidade para cuidar da sua sogra durante o período destinado. A outra quinzena estava a cuidado da sua neta Daniela de 35 anos, descendente da sua filha falecida, com quem tinha uma relação de grande afeto. O seu filho mais velho de (62 anos), não prestava apoio na prestação de cuidados, alegando incapacidade para cuidar, registando-se conflitos pessoais com a sua cunhada. Esta neta é casada e tem um filho de 5 anos, tendo ainda a seu cuidado o seu pai de 60 anos (transplantado renal, em tratamento de hemodiálise, com agravamento do estado físico, emocional e psicológico, desde a morte da sua esposa). A neta cuidadora é Enfermeira e trabalha a cerca de 25 minutos do seu local de residência. Conta com o apoio do seu marido (38 anos), que colabora na prestação de cuidados da sua avó e demonstra uma excelente parceria na gestão do lar e na vigilância do seu sogro. Justificando essa organização familiar, o motivo de ainda não ter recorrido a apoios na comunidade, nomeadamente apoio domiciliário de centro de dia para cuidados de higiene e de alimentação. Mediante o agravamento clínico, a neta solicitou pedido de ajuda na consulta de oncologia, sendo referenciada para Consulta de CP, com necessidade de controle sintomático (dor, hemorragia da fístula vaginal, maceração perineal e coxas, diarreia, agitação e desorientação) e sem resposta atual dos Cuidados de Saúde Primários. Recorreu ao serviço de urgência, ficando 4 dias no serviço de Urologia por infeção urinária, sendo posteriormente referenciada e internada na UCP a 14/02/2020. A avaliação inicial e história clínica revelam diagnóstico de recidiva pélvica de carcinoma espinho-celular bexiga com fistula retovaginal (desde dezembro de 2019), com metastização óssea. Submetida a cistectomia radial e exenteração pélvica anterior a 9/10/2019. Sem condições clínicas para RT e a doente e sua família recusaram tratamento de QT, mediante o estado geral. Apresenta maceração perineal grave decorrente de fístula vaginal com provável comunicação com o lúmen intestinal, com sugestão de fistula para o colon sigmóide, existindo conteúdo fecaloide infratumoral (segundo relatório da TC abdominal). Portadora de colostomia e nefrostomia percutânea à direita. Diagnóstico recente de infeção urinária sob antibioterapia (Ceftriaxona) por via endovenosa, sendo portadora de cateter venoso periférico no membro superior. Antecedentes: anemia (HG=7,6 G/Dl), com registo de uma transfusão sanguínea, hérnia hipogástrica e recusa alimentar.

problemas emocionais, espirituais, sociais e financeiros, requerem um esforço de adaptação às situações suscitadas pela evolução da doença. Podendo resultar uma sobrecarga decorrente de todas as inseguranças, incertezas e até vulnerabilidades envolvidas no ato de cuidar. Na prática clínica, presenciamos que o agregado familiar enquanto grupo de relação afetiva do doente, oferece um apoio primordial nos cuidados, mas simultaneamente sofre o impacto da doença no seu seio. Os encargos de suportar uma pessoa doente em casa, são inúmeros! A disponibilidade de assistir o familiar doente, requer escolhas e decisões complicadas. Muitas vezes, há que abdicar de toda uma vida exterior, até mesmo de outros elementos familiares (inclusive dos próprios filhos) e do próprio emprego para responder a todas as dificuldades do cuidar (alimentação, higiene, gestão da medicação, entre outros), com o intuito de proporcionar uma vida com dignidade, conforto e qualidade até ao fim. Há ainda a referir que alguns doentes preferem e desejam ser cuidados pelos seus familiares em casa, aliando o desejo das famílias preferirem cuidar dos seus entes queridos em casa, daí a importância de requerer treino e preparação para prevenir a exaustão familiar (Sapeta, 1998). Por isso, há que fomentar um apoio mútuo entre o paciente e família, a fim de conseguir atingir uma posição de maior abertura e confiança (Twycross, 2003). Proporcionando à família a sua participação, para que possa aprender a cuidar, e a ser cuidada numa perspetiva de assistência integral com qualidade (Guarda, Galvão e Gonçalves, 2010). Seguidamente recorro dois casos marcantes que vivenciei em estágio:

CASO CLÍNICO → Doente de 70 anos, sexo feminino, diagnóstico de neoplasia do pâncreas com metastização hepática e carcinomatose. Totalmente dependente nas AVD's. Referenciada do domicílio para UCP para controle sintomático (dor, vômitos e obstipação) e incapacidade do cuidador. Aquando admissão da doente (às 15 horas), foi realizado o acolhimento e avaliação inicial. Seguidamente processou-se uma conferência familiar, entre a filha e elementos da equipa de serviço (médico, enfermeira, assistente social e psicóloga). Relembro o pânico desta filha, sendo a única cuidadora, sem qualquer estrutura de apoio de retaguarda, que decidiu abdicar temporariamente da sua profissão (professora) para cuidar da sua mãe, sentindo-se derrotada e incapaz mediante a gravidade da situação clínica. Além disso, decorrente da evolução da doença e do quadro de debilidade física da sua mãe, ainda assumiu o encargo de cuidar do seu irmão toxicodependente e alcoólico, representando ainda mais um problema anexo. Este caso real transparece situações comuns de famílias que se deparam com atividades complexas e desgastantes, com repercussões negativas, quer a nível físico, emocional e psicológico (CNCP, 2016). Esta filha cuidadora repetia incessantemente: *“Por favor, cuidem bem da minha mãe, eu em casa já não posso fazer mais nada, mas ela não merece sofrer”* (sic). Há que refletir que o “domicílio nem sempre é a solução”, porque pode ocorrer maior sofrimento e existem “terapêuticas que as famílias ou os cuidadores informais não conseguem dar” (Neto, 2020 citado por Rito). Relembro os momentos entre as duas, o sorriso daquela mãe expressava muita gratidão e amor, por todo o esforço e dedicação. Favorecendo desse modo a existência de repercussões positivas, como a experiência de cuidar, sentimentos de satisfação e de gratidão (CNCP, 2016). Ainda sobre este caso, destaco os sentimentos de dúvida e inquietude daquela filha. Nesta primeira reunião estabelecida com a equipa da UCP, expressou medo e receio ao questionar: *“Acho que ela vai já morrer?”* (sic). Reforçando que estava informada e ciente da gravidade da doença, mas que *“ainda não conseguia acreditar”* (sic). Realmente, a despedida ocorreu no fim daquele dia, em que a filha exclamou: *“Dorme bem mãezinha, sei que ficas no local certo e eu amanhã volto para junto de ti”* (sic). Evidenciando assim, que a unidade oferecia “todas as condições e uma equipa por perto” (Neto, 2020 citado

por Rito). A doente faleceu nessa mesma noite, após poucas horas da sua admissão na unidade. Casos semelhantes acontecem, por isso a família também “terá de ser precocemente trabalhada” (Twycross, 2003). Isto significa que a integração precoce dos CP na trajetória da doença sugere um ganho acrescido na melhoria do controlo dos sintomas, da qualidade de vida, da sobrevivência dos doentes, bem como da efetividade das intervenções dirigidas aos cuidadores (CNCP, 2016). Esta experiência será marcante para aquela filha, podendo acarretar uma visão negativa e uma resposta insatisfatória por parte da missão e prestação de CP. Neste seguimento, é essencial que “as equipas disponham de programas/ intervenções planeadas e estruturadas dirigidas especificamente aos cuidadores” (*idem*). Sendo um dos objetivos da RNCP, “o apoio aos familiares ou prestadores informais na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados paliativos” (Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, 2012, p. 5121). Neste contexto, importa sublinhar que estudos revelam que “quando o doente se encontra internado numa unidade de cuidados paliativos as necessidades dos familiares são mais valorizadas do que em outro tipo de internamento e o risco de esgotamento mental, emocional, problemas de saúde, luto complicado e antecipatório, tristeza e depressão é frequentemente avaliado” (Reigada et al., 2014b, p.34). Justificando o encaminhamento desta filha para a “Consulta de apoio psicológico” desenvolvido pela psicóloga clínica, seguindo-se o “Protocolo de Apoio ao Luto” (HAJC – Psicologia, 2017). Conjuntamente há que refletir sobre o motivo dos doentes serem referenciados para unidades de internamento de CP numa fase muito avançada da sua doença, sendo o tempo de espera longo, e acabando a maioria por falecer até antes de serem admitidos (Vasconcelos et al, 2015).

CASO CLÍNICO → Doente de 92 anos, sexo masculino, carcinoma da hipofaringe metastizado, totalmente dependente e alimentado por sonda nasogástrica (SNG), referenciado para internamento UCP por dispneia, secreções e períodos de desorientação. Era cuidado apenas pela sua esposa idosa, de 75 anos, com sinais de exaustão física e emocional. Tinha 3 filhos e 6 netos, que mediante condicionantes sociais e profissionais, não colaboravam na prestação de cuidados, daí solicitarem previamente este apoio em consulta de oncologia. Aquando admissão e acolhimento do doente na unidade, a esposa expressou sentimentos de tristeza, uma sensação de vazio e impotência, pois “*a doença estava a roubar o marido*” (*sic*). Era vontade de ambos, permanecerem nas suas residências, “mesmo enfrentando processos de doença e até de morte” (Capelas et al., 2018). Vincando que o cuidar no domicílio permitiria que vivessem no seu ambiente familiar, com cuidados mais individualizados, personalizados, com maior comodidade e proximidade de quem lhes é mais querido. Ela verbalizava uma preocupação constante: “*não quero que se sinta sozinho e abandonado*” (*sic*). Prometeu que o visitava diariamente, vindo de transportes públicos, para não incomodar nem atrapalhar a vida dos seus filhos. Este internamento inicialmente não foi visto como um “alívio” para descanso do cuidador, mas uma incapacidade de cuidar (Reigada et al., 2014). Representando uma derrota (Twycross, 2003). Sendo o descrito pela esposa inicialmente. Mas, nesse encontro foi útil acentuar a forma notável como conseguiu cuidar do seu marido durante tanto tempo, mas que “agora se tornam necessários cuidados permanentes, sendo impossível continuar sem um intervalo para repouso” (Twycross, 2003). Assim, reflete-se que cuidar no domicílio pode ser uma experiência compensadora, em que o familiar cuidador consegue retirar ganhos positivos e sentir uma paz interna que o ajuda a estabilizar o seu estado emocional, mas também pode acarretar uma experiência desgastante, uma vez que o papel de cuidador é exigente, complexo e integra diferentes necessidades ao longo do processo da doença (Areia et al., 2017; Pereira,

2019; Reigada et al., 2014). Neste caso também se retrata a consciencialização da realidade total por parte dos filhos, porque sempre estiveram informados sobre situação clínica do pai, e acordaram entre eles que em determinado momento aceitariam o apoio e a resposta especializada perante a evolução das necessidades. Sendo um exemplo da forma como algumas famílias se vão adaptando às exigências que a doença impõe em todo o sistema familiar (Fernandes, 2016). Devemos realçar a vulnerabilidade da esposa cuidadora, por ser uma cuidadora idosa e com patologia crónica e limitações físicas decorrentes do processo de envelhecimento. Justificando-se a necessidade de otimizar o papel do cuidador informal como via de preservação do sujeito, para a melhoria do seu desempenho e para a promoção/manutenção da qualidade de vida do cuidador e do idoso (Sequeira, 2007). Porque cuidar requer informação, treino e preparação para que a exaustão familiar, tão conhecida no contexto da doença avançada, não aconteça e seja prevenida (Reigada et al., 2014). Percebemos que o internamento seria o local ideal para este doente e, o acompanhamento da família através de conferências familiares era uma estratégia adotada para otimizar a comunicação entre os elementos familiares, ajudar na gestão da informação, gerir emoções e sentimentos, minimizando medos e proporcionando apoio psicológico (Querido et al., 2016). Porque é importante conhecer e compreender o impacto da doença na família, quais as suas necessidades e desejos (Reigada et al., 2014). Compreendendo que “uma família contente aumenta as possibilidades de o doente estar contente”, de acordo com a expressão antiga e intemporal de Twycross (2003). Da parte do doente, houve oportunidade de exteriorização de sentimentos. Sentia-se mais seguro no internamento e a possibilidade de visitas fomentava o seu bem-estar, sendo uma mais-valia para a satisfação de ambos. Justificando-se que quando a decisão é pautada pela relação afetiva, o cuidar repercute-se em gestos de respeito e solidariedade, gera bem-estar, tranquilidade e satisfação nos cuidados prestados, suavizando o sofrimento de ambos (Encarnação&Farinasso, 2014).

➔ O direito da visita em período de pandemia por SARS-CoV2

Em contexto COVID-19, a permanência de um acompanhante 24 horas/dia não é autorizada. E as idas do doente ao seu domicílio para convívio social junto da família e amigos, foram canceladas. Mas, face à necessidade de reforçar as medidas de proteção dos doentes e da comunidade em geral, foram definidas novas regras. Assim, perante as contingências impostas houve necessidade de adaptação e reorganizações na UCP. Conseguiu-se manter o direito de o doente ter junto de si elementos da família. Era possível agendar 3 visitas semanais, no máximo 2 visitas por doente em simultâneo, por um período 45 minutos. Realizando-se previamente uma triagem de avaliação de sintomas respiratórios e reforçados ensinamentos sobre as recomendações de etiqueta respiratória (uso de máscara e higienização frequente das mãos). Em certos casos, presenciei que o distanciamento físico entre o visitante e o doente não era respeitado. Saliento a sensibilidade da equipa perante situações especiais (ex. despedida de um doente em fase agónica), possibilitando um contacto mais personalizado. Destaco que a presença física e sobretudo o envolvimento contínuo do cuidador, eram um aliado para o bem-estar da pessoa internada. Nalgumas situações, em alternativa, realiza-se videochamada, representando uma espécie de visita virtual, sendo um contributo de energia e bons momentos de partilha e comunicação.

→ Planear a saída do doente do internamento

Muitos familiares receiam o que possa acontecer no caso de o doente ter alta, por isso proporcionar uma visita a casa durante o dia ou um fim de semana pode contribuir para afastar esses receios. Sendo importante ocorrer uma partilha da experiências e opiniões entre o doente, a família e a equipa, e dessa forma delinear planos futuros (Twycross, 2003). Durante o estágio:

- Recordo o planeamento de um fim de semana em família. Um almoço de partilha e a reunião de familiares e amigos significativos para aquela pessoa. Percebendo que o envolvimento da família é fundamental no ato de cuidar, porque a partilha desencadeia afetos e aumenta a autoestima do doente e dos cuidadores (Fernandes, 2016). Por detrás esteve uma organização, dedicação e trabalho de equipa, orientando medicação para domicílio, ensinando e desmistificando dúvidas, fornecendo apoio telefónico e disponibilidade de receber o doente na unidade a qualquer momento.
- Poucos casos de alta para o domicílio. Mas relembro que se nalguns se mantinha uma espécie de ligação de cordão umbilical entre profissionais e o doente e seus familiares. Principalmente em situações de escassez de apoio pelos cuidados de saúde primários, nomeadamente falta de Equipa Comunitária de Suporte em CP (ECSCP).

2.3.2. Proporcionar a despedida - momentos especiais

Os últimos momentos da vida deveriam ser tão valorizados quanto os primeiros (Silva, 2016). Mas a fase final evidencia uma complexidade, por se caracterizar essencialmente pela expressão de sentimentos, por despedidas, conclusões, e pelo encerrar de ciclos, exigindo um ambiente de intimidade e tranquilidade (Neto, 2010). Daí evidenciar a intervenção de profissionais, com formação específica em CP, para promover a sustentação fundamentada das opiniões, a forma de estar e agir perante a pessoa doente em fase agónica e sua família. Objetivando promover o conforto máximo à pessoa doente, sem que o processo de morte seja acelerado ou atrasado, e sem tornar o “tratamento mais sofrido do que a própria doença” (Américo, 2009, p. 291). Durante o percurso profissional, inclusive durante o estágio, houve hipótese de ajudar os familiares a despedirem-se da pessoa querida. Confesso ser um desafio validar o apoio familiar, tendo em conta as características físicas, o estado emocional de cada elemento da família e a forma como se adaptaram à doença e encaram a proximidade da morte. Nalguns casos de despedida para facilitar o encerramento da relação do doente e sua família, recorreu-se às definidas “cinco últimas tarefas: Amo-te, Perdoa-me, Perdoo-te, Obrigada e Adeus” (Twycross, 2003). Momentos únicos e especiais, dos quais recordo regularmente e me proporcionaram crescimento pessoal e profissional. Sobre esta temática, seguidamente relato as seguintes vivências:

- A filha de um doente internado solicitou apoio à equipa de enfermagem, demonstrando grande preocupação sobre o agravamento do estado clínico do seu pai e simultaneamente alterações de comportamento do cão do doente, que se encontrava a seu cuidado, desde o início do internamento hospitalar do seu pai. Esse cão foi um grande amigo e companheiro do doente, principalmente após a morte da sua esposa. Mediante autorização da equipa, foi permitida a entrada do animal, no quarto individual do doente, assistindo-se a momentos de amor mútuo entre um ser humano frágil e um simples animal dócil e ternurento. Os olhares entre eles, o

sorriso do doente entre beijos e muitas lambidelas permitiram perceber que era um desejo aguardado por ambos. A partir daquela despedida, o doente expressou gratidão e serenidade, evidenciando tranquilidade por lhe ser permitido concretizar o desejo de se despedir de um grande amigo e companheiro! No dia que o doente faleceu, recordo o telefonema daquela filha do período da manhã, “sei que o meu pai deve estar quase a terminar, pois o seu cão acabou de morrer e logo à tarde também estarei junto dele”. E assim aconteceu, o doente aguardou pela última visita da sua filha e faleceu na sua companhia.

- No intervalo entre os dois períodos de estágio, em abril de 2020 ocorreu a morte da minha avó materna. A impossibilidade da nossa despedida, devido à sua morte súbita e inesperada, ainda realçou mais em mim a importância de momentos de encerramento de relações. Confesso que ficaram coisas por dizer e também por ouvir, mas sem dúvida ela sabe que foi a melhor avó e que eu tive muita sorte de a ter na minha vida. A dúvida, as lágrimas e a tristeza por ter morrido sozinha e sem assistência familiar (como neta) e sem apoio profissional (da sua enfermeira) ainda permanecem. Mas aceitar os nossos limites é aceitar a inevitabilidade da morte. Mas... “a ferida está aberta e a solidão dói” (Badenas, 2016, p.246). Acima de tudo, ficam boas memórias. Foi uma grande mulher que no curso da sua vida conseguiu esculpir uma linda obra de amor e permanece eternamente nos corações de quem a continua a amar.

2.3.3. Desejo de o doente morrer em casa

Convivo com doentes que desejam permanecer em casa o máximo de tempo possível e se possível morrer em casa, ouvindo diversas vezes “*não me levem para o hospital, porque não quero estar só!*” (sic). Alguns desejos são possíveis concretizar, mediante a esquematização de um plano de cuidados e um apoio estruturado da equipa de profissionais, fomentando na família uma capacidade e uma união para cuidar. O ambiente familiar, quando organizado e adaptado, é uma mais valia para todos os intervenientes, pois acarreta inúmeros benefícios para o doente, para a família e para o sistema de saúde. Permite respeitar a intimidade e alguns hábitos da sua vida, proporciona aos familiares uma maior satisfação por se sentirem participativos e ativos no cuidar, respeitando a vontade e o bem-estar do doente, contribuindo para a prevenção de luto patológico. Tem ainda como vantagem a redução de custos hospitalares e o tempo de internamento.

Nos dias de hoje, é compreensível a vontade dos doentes morrerem na sua própria casa, rodeados de amor, afetos e aconchego do seu lar. Nalguns casos, planear os cuidados no domicílio torna-se um desafio, sendo importante elucidar o doente a reformular objetivos quando não se torna possível a realização desse pedido. Do outro lado, há que considerar fatores estruturais, habitacionais, socioeconómicos aderentes a uma avaliação familiar, tendo em conta as capacidades física, psíquica e emocional (Guarda, Galvão e Gonçalves, 2010). Existem famílias complexas, com dificuldades e receios, que verbalizam: o pavor do sofrimento do doente ficar sem assistência e com sintomas não controlados; o medo da proximidade da morte e até temor de lembranças tristes impregnadas no domicílio (Gomes *et al.*, 2010). Desse modo, torna-se fundamental a participação de uma equipa interdisciplinar, com articulação de rede de cuidados, que possibilite a promoção de processos de capacitação através de ensinamentos, com espaço para exposição de dúvidas e um acompanhamento contínuo.

CASO CLÍNICO → Em estágio, recordo uma doente de sexo feminino de 57 anos, com diagnóstico de metastização óssea, internada para controle de dor. Submetida a tratamento

analgésico com opióides em associação com canábis num esquema terapêutico de titulação e manutenção. Expressava angústia e medo da morte. Foi providenciada uma visita ao seu domicílio, sendo cuidada pelo seu marido e filha. Após 24 horas, recebemos a notícia que a doente tinha falecido na sua casa, de forma tranquila e serena, na presença dos seus. Concluí que esta senhora era reconfortada e amada no seu seio familiar, sentindo-se livre do ambiente hospitalar, ao qual sempre esteve reticente. Este caso retrata que a família era para aquela doente uma referência da sua vida, da sua história, das suas preferências, hábitos e desejos, sendo essa presença um fator benéfico e importante no acompanhamento de cuidados no seu processo de doença terminal (Barbosa, 2010). Há que valorizar estas questões éticas, porque facilita a autonomia da doente na tomada de decisões sobre a vida e sobre a morte com dignidade, sendo este o objetivo de programas de CP (Kovács, 2014).

2.3.4. Abordagem sobre o processo de luto: vivência e intervenção especializada

Na vida espera-se um vasto caminho a preencher com projetos, sonhos e desejos. Inicia-se um processo natural de nascer, envolto em momentos de extremo amor... Algo muito especial! Tudo brilha! Tudo é lindo! Tudo tem cor! Há prazer em ver crescer... O dia tem imensos sorrisos! Porém, no decurso deste processo, após o nascimento a morte é a certeza. Sendo a morte o avesso da vida (Bernardo, 1998). Embrulha-se um misto de sentimentos de tristeza, melancolia e até mesmo de angústia, escuridão e desespero. Mediante este paralelo, a missão passa por atingir metas, superar limites e concretizar vontades. Sendo objetivo dessa digressão dar sentido à vida até ao seu fim. Pois na rota desta viagem, podemos cruzar com a doença! E em CP, somos intersetados por uma doença grave, incurável e irreversível (DR n.º 137/2018, Lei n.º 31/2018).

Considero que a preparação do doente e sua família para a morte é dos desafios pessoais mais exigentes! Pois deparamo-nos com situações complexas de fim de vida, perturbações do equilíbrio familiar que nos colocam enormes desafios profissionais e exigem o aperfeiçoamento de competências. Porque cuidar não é só eliminar sintomas, mas acima de tudo promover alívio, conforto e bem-estar exigindo uma equipa multidisciplinar sintonizada e harmônica, capaz vincular e projetar uma assistência integral e uma abordagem holística, perspetivando um cuidar humanizado, personalizado e ativo (Kovács, 2014). Por esta razão, o profissional é a ferramenta base, sendo a relação terapêutica a “chave” para intervenção. Porque o nosso apoio, comunicação, informação e reorientação das prioridades possibilita uma organização interna pessoal e capacita uma melhor adaptação ao futuro esperado. É um período que a pessoa precisa de mais ajuda e de afeto da parte daqueles que se encontram ao seu lado (Badenas, 2016, p. 246).

Compreendo que o confronto com a doença exige tempo e muita mudança! Porque as perdas ocorrem a partir desse momento. E o adoecimento de uma pessoa significativa pode ser tão perturbador e doloroso quanto a morte efetiva (Carqueja, 2018). Por isso se justifica a importância de iniciar cuidados paliativos desde o diagnóstico da doença, enquanto o doente está vivo. Porque o foco na dignidade humana e no respeito pela vulnerabilidade não se encerra na morte do doente. É essencial preparar o luto de forma antecipada e manter essa ação e avaliação das necessidades da família (Barbosa&Neto, 2010). Fortalecendo a família como uma unidade funcional e promovendo o processo de luto desses familiares, investindo na aceitação

da morte e na reorganização do sistema familiar direcionado para o reinvestimento noutras relações (Wash&McGoldrick, 1998).

Há que mudar práticas e alargar visões, mediante as perdas sucessivas no percurso da vida. Destaco a importância de uma equipa multidisciplinar competente e qualificada, capaz de prestar cuidado psicossocial e ajudar a ultrapassar obstáculos, garantir ganhos de uma experiência e vivência do luto, direcionar os esforços, permitindo a identificação e despieste de luto desapropriado e uma intervenção pertinente em tempo útil (Barbosa&Neto, 2006, p. 379; Silva, 2016; Braz, 2017; Schub&Kornusky, 2018; Pimenta&Capelas, 2019).

No decurso profissional revelo pouca experiência no luto e alguma insegurança prática, considerando pertinente abordar esta temática e compreender como lidar com situações face ao ajustamento da perda. Porque sendo o luto um trabalho multidisciplinar, esse não é somente da responsabilidade do psicólogo ou do psiquiatra da instituição de saúde saber intervir de forma específica no “Apoio, no Aconselhamento e a Atuação Terapêutica” (Barbosa et al., 2016). Mas compete a cada um de nós, reunir a mesma linguagem e responder às necessidades do outro que sofre. É essencial que os profissionais de saúde expressem essa necessidade de formação especializada, de modo a melhorarem as suas competências (Chan et al., 2013). Torna-se crucial perceber que a experiência de luto, é marcada pelo impacto da sua vivência e pelo conjunto de fatores que dificultam e que facilitam este processo, levando a manifestações variadas e a reações de pesar e dor (APA, 2015; Javier, 2018; Pimenta e Capelas, 2019). Já se evidencia programas para desenvolver a capacidade da comunidade, abarcando um conjunto de ações/atividades, como: a chamada telefónica, a visita domiciliária, a consulta, a colaboração de um grupo de ajuda ou o recurso a uma ferramenta/ intervenção escrita (*Finding Balance Intervention*) (Aoun et al., 2014; Holtslander et al., 2016; Pimenta&Capelas, 2019).

Na instituição hospitalar onde trabalho deparamo-nos com uma ação limitada da EIHSCP e ainda ausência de Consulta de Apoio ao Luto. Em Hospital Dia, a equipa de enfermagem é o veículo de relação e o suporte da unidade. Lidamos com estas limitações frequentemente, mas já processamos chamadas telefónicas direcionadas e algum apoio e disponibilidade. Neste serviço, vivenciamos situações de famílias de segunda viagem! Cuidadores, familiares e amigos que já processaram a morte de um familiar em processo de tratamento de QT e que regressam como acompanhantes e até mesmo como doentes. Sendo importante “curar as feridas emocionais” (Badenas, 2016, p. 240). Também casos particulares de presença simultânea de elementos da mesma família em processo de tratamento (esposa e marido; avó e neto). Momentos recheados de emoção, muitas histórias, vivências, recordações, mudanças de papéis e exigência de adaptação perante novos desafios! Ressalvo o empenho e dedicação de toda a equipa no conforto e bem-estar daqueles que mais carecem dos nossos cuidados de saúde.

Similarmente, a experiência de estágio, contribuiu para um crescimento e aperfeiçoamento de competências, porque a equipa de profissionais de saúde, presta intervenções sistematizadas e estruturadas. Nesse período, não foi possível assistir à consulta de apoio psicológico (orientada pela Psicóloga Clínica) mas, percebi a aplicação do “Protocolo de Apoio ao Luto” que inicia o acompanhamento no internamento e pretende a obtenção de processos de luto normativos atuando como uma medida profilática de psicopatologia, em particular da emergência de lutos patológicos. Tive a oportunidade de vivenciar, que a doença não afeta uma pessoa nem uma família de igual forma e, a experiência de luto é uma vivência traumática e inata a cada um de nós. Cada pessoa, vive e sente de forma diferente, sofre de forma peculiar, tendo a sua própria maneira de reagir perante a adversidade (Reigada, 2014; Badenas, 2016,

p. 238; Pimenta&Capelas, 2019) Daí, não existir uma uniformidade para o luto, por ser único e individual. Sendo mais difícil aceitar a realidade, quanto mais unidos nos sentimos a alguém. Mas, “todos podemos superar o luto, por mais difícil que pareça, ainda que nem todos sigamos o mesmo percurso para o conseguir” (Badenas, 2016, p. 238). Por isso designar-se processo de luto, porque cada um gere e determina o tipo de luto (normal, antecipatório, preparatório e prolongado/complicado) que vivencia, envolvendo vários sentimentos e pensamentos, com fases e características específicas (Barbosa&Neto, 2010).

2.4. Trabalho em equipa

Durante o estágio, a minha postura pessoal/ profissional, aliado ao método de observação participante, possibilitou a integração num trabalho de equipa multidisciplinar, conhecendo recursos, dinâmicas, normas e protocolos de atuação. Assumindo princípios orientadores de prática profissional, designado por PERFORM (Propósito partilhado, *Empowerment*, Relações e comunicação; Flexibilidade, Ótimo rendimento, Reconhecimento e Motivação) (Bernardo et al., 2010), tendo por base o respeito pela pessoa, pelos seus direitos e justiça social, encarando cada caso com um “rosto sempre diferente” (Henriques et al., 2016). Vivenciei trabalho transdisciplinar de todos os profissionais da equipa, ao assumirem uma conceção comum e organizarem estratégias e aptidões conjuntas. Nomeadamente: uma visão clara e partilhada (propósito e direção); entreaajuda de forma a desenvolver as capacidades individuais; boas aptidões de escuta e exploração; funções e responsabilidades; partilha de informação; persistência; empenho e desenvolvimento; capacidade de aprender com os erros; criatividade e flexibilidade; humor e boa disposição (Barbosa&Neto, 2010). Confesso um privilégio participar no seio deste grupo de pessoas humanas e excelente profissionais de saúde, onde impera a segurança, a qualidade, o empenho e humanismo. Senti um impacto positivo e uma mais-valia investir numa abordagem humanizada, personalizada e transdisciplinar junto do doente/família (Neto, 2010). Captei o compromisso que nos cabe assumir e alcançar por meio de práticas interdisciplinares, pautadas num horizonte ético de humanização e respeito à vida (Martinelli, 2011), permitindo a valorização pessoal e profissional, contribuindo desse modo para o meu crescimento, amadurecimento e desenvolvimento de pensamento crítico/reflexivo, facilitando aquisição de competências nesta valência. Senti uma equipa confortável, preocupada com o doente, e que cria condições para o ouvir e discutir os seus medos e dúvidas, respeitando a sua individualidade, doença e o seu ambiente. Em cada dia esboçam o seu esforço, dedicação e responsabilidade profissional cooperando desse modo para uma garantia dos cuidados. Porque o cuidar com alta qualidade é um imperativo e, uma responsabilidade central de todo o sistema de saúde (Henriques et al., 2016). Evidenciando que a boa coesão e aproximação do grupo constitui um bom suporte e que a própria evolução da equipa é consequência da evolução da organização do trabalho (Bernardo et al., 2006). Cada profissional desempenha funções de forma autónoma, cumprindo com o seu papel e obrigação, existindo por base uma liderança flexível do enfermeiro chefe que possibilita uma articulação entre os elementos e assegura a continuidade de cuidados. Sublinho que apesar de algumas condicionantes, nomeadamente a ausência temporária da médica diretora de serviço, representante e líder de equipa, e as mudanças que ocorreram com a entrada de novos enfermeiros e saída de outros, além do défice de formação avançada de alguns elementos (médicos e enfermeiros), faz com que se perceba a entrega, colaboração, contributo, devoção e partilha que tornam esta equipa especial, única e eficaz. Comprovando que a eficácia de uma

equipa depende diretamente das suas relações internas (Bernardo et al., 2006). Por isso, este campo de estágio espelha qualificações, experiências, motivações, profissionalismo, recursos e rigor técnico-científico que evidenciam uma qualidade do trabalho em equipa e dos cuidados prestados, fazendo deste internamento uma harmonização de um ambiente de cooperação e, um dos locais ideais para um doente finalizar o seu caminho de fim da vida.

2.4.1. Gestão em saúde - o papel desafiante do enfermeiro

“Cabe a cada um de nós, e todos nós como um todo, cuidar o nosso legado” e, dessa forma, consolidar o trabalho e assegurar que damos voz aos CP, em Portugal e no mundo, contribuindo para um mesmo caminho e para que estes cuidados cheguem a todos aqueles que deles mais necessitem (Pereira, 2019; APCP, 2022). A gestão em saúde é um desafio profissional. Sendo preponderante o papel do enfermeiro na gestão e assistência de cuidados tendo em vista metas como a qualidade, eficácia e eficiência nos cuidados de saúde (Ribeiro, 2013). Neste sentido, faço a ponte para a experiência na UCP, ressalvo o papel do enfermeiro chefe, pelo seu desempenho e capacidade de gestão na dinâmica do serviço e pela sua função de liderança e motivação na equipa multidisciplinar. Demonstrou assertividade, cooperação e personalidade ao dirigir um serviço complexo, perante as exigências diárias. As reuniões, as passagens de turno e a partilha de informação entre profissionais, são autênticos momentos de articulação de equipa objetivando enfatizar a vida, encorajar a esperança e ajudar as pessoas a aproveitarem o melhor de cada dia (Bernardo et al., 2006). Retrata-se o balanço individual do doente, as trocas de ideias, a atenção aos pormenores e a orientação de um plano de intervenção delineado, adaptado e individualizado a cada doente/pessoa, tendo em conta a necessidade de ajuste terapêutico mediante descontrolo sintomático ou coordenação e intervenções de medidas complementares. Nesta associação, evidencio a existência de protocolos de atuação elaborados pela equipa médica e de enfermagem e aprovados pela instituição, sendo fundamentais para uma atuação autónoma, responsável e segura. Complementada por registos clínicos que permitem a continuidade de assistência, a monitorização regular dos cuidados e a comunicação entre os diferentes prestadores de cuidados (ANCP, 2006).

2.4.2. Stress, conflitos laborais e *Burnout* - a importância da saúde da equipa

Em qualquer tipologia de serviço, o profissional está sujeito a um conjunto de exigências, sendo importante promover a saúde da equipa, aliviar situações geradoras de stress e de conflitos laborais, que potenciam o risco para o desenvolvimento de “síndrome de *Burnout*”. Incluída como um fenómeno ocupacional e designado por esgotamento profissional resultante do stress laboral crónico não resolvido com sucesso (WHO, 2011; CID-11, 2019). Acarretando problemas de absentismo, rotação exagerada de pessoal, redução da produtividade e aumento consecutivo de tensão/ conflitos (Neto, 2013). Nos CP há uma matriz de complexidade e dinamismo, sendo um trabalho especial e exigente para todos os profissionais envolvidos. Comprovando que 54,5% dos profissionais revelam *Burnout* (Fernández-Sánchez et al., 2018). Porque são submetidos a fatores de stress, nomeadamente: comunicação de más notícias, padrões de comunicação deficitária, adaptação à inexistência de cura médica, exposição repetida à morte de pessoais com as quais se estabeleceu uma relação; envolvimento em

conflitos emocionais, divergências de opinião, absorção da cólera e mágoa expressa pelo doente/família e os vários desafios do sistema de saúde (Twycross, 2003, p. 173; Neto, 2013; Capelas, 2014). Neste sentido, há que promover apoio especializado, e canalizar estratégias de autorregulação e facilitadoras para lidar com o stress, nomeadamente: reuniões multidisciplinares periódicas/regulares e de ajuda psicológica; formação e o treino em estratégias de comunicação; incrementação de tempos livres e a promoção de “*Days off*” estruturados (Neto, 2013; Kavalieratos et al., 2017; Mota, 2017). Devendo-se implementar um plano estratégico sólido, com metas definidas, promovendo a capacidade do profissional para lidar com a realidade de modo adaptativo, desenvolvendo uma prática reflexiva e aumentando a sua resiliência (Capela, 2014).

A nível prático, o campo de estágio foi positivo, proporcionando um trabalho de equipa onde impera o apoio e a confiança entre os elementos, tendo esse ambiente repercussões na qualidade dos cuidados, nos resultados, na produtividade e na satisfação pessoal (ICN, 2008). Existe espaço para debate de casos clínicos e tomada conjunta de decisões, facilitando as estratégias terapêuticas e o desenvolvimento pessoal. Senti a importância de refletir e transparecer as dificuldades individuais, assim como a possibilidade de expressar emoções. Recebi o conforto e a segurança dos profissionais mais experientes da equipa favorecendo o autocuidado e a autoaprendizagem (Norcross&VandenBos, 2018; Wise&Reuman, 2019; Cramond et al., 2020). Confesso uma enorme satisfação quando sentimos a valorização do nosso trabalho. Muitas vezes o agradecimento de doentes/ familiares contribui para o bem-estar e motivação pessoal/equipa, aumentando a autoestima pessoal/ profissional. Fazendo que tenhamos força para levar a esperança e o conforto diário a quem mais precisa.

PARTE III - PROJETO DE INTERVENÇÃO/ FORMAÇÃO / INVESTIGAÇÃO

Nesta parte do relatório realizou-se uma prévia avaliação das necessidades de formação na instituição hospitalar onde trabalho como enfermeira (EIHSCP, Hospital Dia e Consultas: dor, oncologia e CP), considerando uma mais valia aliar a teoria à prática, de forma a atualizar conhecimentos, melhorar a prestação de cuidados e investir num futuro profissional mais capaz, competente e humano. Seguidamente, são explanados conceitos pertinentes para o quadro temático selecionado. Apresenta-se o enquadramento e justificação da interligação de áreas englobadas no projeto. Procede-se à descrição da intervenção formativa, identificando a área problema, a análise de SWOT, as fases de planeamento e as estratégias/ alternativas adaptadas à sua realização e avaliação. Complementando este trabalho, com uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) relevante para a prática da Enfermagem e de CP.

1. Enquadramento e justificação da ligação temática englobada no projeto

Como enfermeira e estudante de mestrado considerei pertinente abordar a valência de CP na minha instituição hospitalar e renascer projetos interrompidos na área de dor. Escolhendo para título deste relatório: **“Humanizar e formar para melhor cuidar da pessoa com dor: o papel do Enfermeiro na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos”**. Mediante o cenário de necessidades hospitalares, é prioritário investir nesta temática. Existem dificuldades e obstáculos a superar, mas só com trabalho, determinação, vontade e motivação será possível traçar um percurso com dedicação profissional, organização, disponibilidade e prazer pelo cuidar. Este projeto articula três ideias, adjuvando as componentes de intervenção, formação e investigação. Como intervenção preconiza-se melhorar a área de educação/ formação sobre a avaliação e tratamento de dor, destacando um dos papéis do enfermeiro da EIHSCP, como elemento humanizador e formador no cuidado à pessoa com dor. Na componente de investigação, apresenta-se a RIL intitulada **“Massagem terapêutica no tratamento da dor do doente oncológico - o seu efeito e evidência na redução de terapêutica opióide”**. Remeto este interesse, por ser uma intervenção com contributo prático e evidente no controlo da dor e bem-estar, evidenciando a conjugação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, composta por ações terapêuticas que promovem a saúde e contribuem para uma prática de excelência. Perspetivando assim, “garantir a qualidade dos cuidados”, “aliviar o sofrimento” e “preservar a dignidade de doentes e suas famílias” (ESALD-IPCB, Adenda ao Regulamento, 2018). Tendo como estratégia a sensibilização urgente das equipas de saúde para a filosofia e lema dos CP. Porque juntos fazemos a mudança, ambicionando aumentar competências, inovar e satisfazer as necessidades dos doentes/famílias/cuidadores. Esta revisão coopera como justificação científica da valorização da Enfermagem e de humanização, ambicionando renascer um o projeto interrompido pela escassez de enfermeiros, que tanto assola as instituições de saúde.

2. Fundamentação temática sobre o papel do enfermeiro da EIHS CP na humanização e no cuidar

→ Apresentação e funcionamento da EIHS CP do HD

A Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHS CP) deste hospital foi nomeada em 2015, sendo constituída por três médicos (Internista, Oncologista e Psiquiatria), uma enfermeira e uma assistente social. Em 2020, reformulou-se o grupo, mantendo apenas os elementos com formação em CP (médica e enfermeira). Enriqueceu-se a equipa com a aquisição de uma psicóloga e substituição da assistente social. Quando necessário articula-se outras especialidades: anestesia/dor, medicina física e reabilitação, nutrição e assistente espiritual.

Como não existe internamento de CP na instituição, a equipa funciona de “forma autónoma”, ditando que a EIHS CP presta aconselhamento e apoio diferenciado em CP aos doentes, famílias e a profissionais dos diversos serviços do hospital. Concedendo “assistência na execução do plano individual de cuidados aos doentes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação” (DR n.º 172/2012, Lei n.º 52/2012). Como equipa, têm a missão de garantir um apoio face à situação clínica complexa do doente internando, ambicionando cuidados de saúde rigorosos e humanizados, promotores de bem-estar, qualidade de vida e de dignidade durante o acompanhamento, tratamento e supervisão clínica. Como forma de garantir uma melhor coordenação da assistência, partilhando a visão, os objetivos terapêuticos e a prestação de cuidados foram nomeados elos de ligação no seio das equipas multidisciplinares de cada serviço (Lüthi&Cantin, 2010).

A 20 de setembro de 2019 abriu-se consulta externa de CP e a valência de Hospital Dia de CP. Alargando o serviço aos doentes em regime de ambulatório, que recebem alta do internamento hospitalar, aos observados no serviço de urgência e aos referenciados por outras especialidades em consulta hospitalar. Em dezembro de 2019 alargou-se a prestação aos doentes referenciados pelos cuidados de saúde primários. Evidencia-se um aumento da atividade da EIHS CP entre setembro de 2019 o 1.º trimestre de 2022, com base no número de no número de sessões de Hospital Dia (**Tabela 1**) relativas à monitorização e controlo sintomático e a consultas (**Tabela 2**). Ao longo desta experiência, a EIHS CP estabelece ligação com a comunidade, articulando com: centros de saúde, unidades de cuidados continuados e unidades de internamento (em particular para UCP onde se realizou o estágio). Recentemente desde 3 de dezembro de 2021, articula-se com a ECSCP do ACeS, compartilhando cuidados com o mesmo objetivo, colmatando a lacuna sentida nesta valência, sendo uma mais-valia para o utente/família, para os profissionais de saúde envolvidos, assim como para o próprio hospital e comunidade.

Tabela 1 – Registo de sessões de Hospital Dia de Cuidados Paliativos

Registo de sessões de Hospital Dia de CP (entre 09/2019 e 3/2022)				
ANO	2019	2020	2021	2022(1.º trimestre)
TOTAL	2	5	34	13

Fonte (2022): Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão do HD.

Tabela 2 –Registo de Consultas de Cuidados Paliativos

Registo de Consultas de CP (entre 09/2019 e 3/2022)				
ANO	2019	2020	2021	2022(1.º trimestre)
Primeiras	10	26	34	15
Subsequentes	-	14	70	51
TOTAL	10	40	104	66

Fonte (2022): Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão do HD.

→ Papel do enfermeiro na EIHS CP

Os CP são um exemplo paradigmático de uma atividade assistencial complexa que necessita do trabalho de equipa interdisciplinar, porque engloba um conjunto de profissionais distintos numa partilha de projeto assistencial com objetivos comuns (Neves et al, 2015). Nesse encontro, os estudos reconhecem os ganhos de intervenção das EIHS CP, revelando melhor qualidade dos cuidados prestados (Lüthi&Cantin, 2010). Destacam um adequado controle de sintomas (Gomes et al., 2013), salientando o controlo da dor (Higginson et al., 2002). Valorizam vantagens na comunicação com cuidadores (Gade et al., 2008). E sublinham benefícios económicos ao reduzir custos após alta e admissão/internamento (Morrison et al., 2008).

Como única enfermeira pertencente à EIHS CP, pretendo integrar um adequado papel e ser um bom contributo para uma equipa especializada e valorizada. Logo, há que assumir e interiorizar o “papel pivô” de consultora, tendo o dever de ser: “elo de ligação interna”, “agregador dos elementos”, “responsivo” e “desafiado”. Destaco o compromisso específico de imprimir a função de partilhar, capacitar e formar o desenvolvimento profissional das equipas, adjuvando exigências no conhecimento/competências científicas, técnicas e interrelacionais (O’Connor&Chapman, 2008). Ressalvo o papel crucial do enfermeiro. Somos nós, os profissionais com maior oportunidade de efetivação para as práticas de cuidado, por assistimos o doente de forma integral e sensível, nas suas dimensões (física, psicológica, social e espiritual) atuando como elos entre o utente, família e equipa (Gonçalves, 2018). A nível pessoal, considero que a Enfermagem acarreta grandes desafios, pois caminhamos para o desenvolvimento e reconhecimento, perante as inúmeras exigências e responsabilidades de uma conquista gradual na carreira profissional. Um panorama que afeta a autoestima e motivação pessoal/profissional, decorrente de fatores influentes (como a baixa remuneração salarial e falta de recursos humanos). Todavia, o lema e o prazer em Cuidar, superam as adversidades e dificuldades. Há que assumir a destreza de procedimentos técnicos e a perícia do cuidar, respeitando valores que suportem as competências relacionais, emocionais, sociais e éticas para fomentar o bem-estar dos doentes/famílias/cuidadores. Além do bom relacionamento na equipa, respeitando diferenças e valorizando os saberes de pessoas com características individuais. Sendo nessa base conjunta, que o serviço/ instituição pode ser aperfeiçoado. Porque seremos melhores devido à exigência dos “nossos doentes”.

→ A importância de “Humanizar” para melhor “Cuidar”

Na área da saúde, humanizar é estar coerente com os valores (Bermejo, 2018), tratar com cortesia, saber ouvir, oferecer empatia, ser solidário e compreender o doente (Osswald, 2002, in Barbosa 2010). O conceito de humanização traduz-se no ato ou efeito de tornar humano, dar condição ou forma humana, manifestando-se no ato de ser bondoso, compreensível, humanitário e sociável (Porto Editora, 2021). Relaciona-se com questões de dignidade humana e de preocupação pelo outro, articulando-se o cuidado competente e o cuidado pessoal. Defende-se que humanizar é ser solidário e como força motora da humanização dos cuidados articula-se com aspetos da corporeidade humana e envolve um cuidado com afeto, sensibilidade e compaixão pelo outro (Bermejo, 2018). Relaciona o respeito pela prática e aos recursos envolvidos no relacionamento entre profissionais e doentes/famílias (Kurashiki, 2021). Com base em pesquisas, os termos “cuidado” e “humanização”, são discutidos de forma a apresentarem os mesmos elementos ou categorias, registando-se que o cuidado é tratado como uma atitude ou ação que deve ser realizada de forma humanizada. Pois quando se fala de “cuidado humanizado”, afirma-se que o cuidado seja uma consequência da humanização, e, como tal, essa humanização qualifica e adjectiva esse cuidado (Waldow&Borges, 2011). Percebendo-se que “humanizar o cuidar” é atribuir qualidade à relação doente/profissional de saúde (Barbosa & Neto, 2010). É respeitar a privacidade, o consentimento informado e adequar o tratamento às necessidades, explicando benefícios e efeitos secundários inerentes. Daí a necessidade de integrar a implementação da humanização para melhorar a comunicação, a segurança do doente e a satisfação do profissional e do doente/família, com o intuito de evoluir para modelos de cuidados mais holísticos, integrados e centrados no doente/família (Anguita et al, 2019). Essa forma holística (integrando as diversas áreas da vida da pessoa) objetiva direccionar a atenção para o doente e não só para a doença. Porque não tratamos um corpo, um órgão, mas uma biografia. Podendo não ser o caminho mais fácil, mas o único possível quando pensamos em qualidade de vida e cuidado humanizado (Kurashiki, 2021).

Os CP são categorizados como um dos melhores exemplos de humanização de cuidados, pelo motivo de serem constituídos por uma equipa profissional multidisciplinar altamente especializada e por atuar no controlo de sintomas, estendendo a sua ação à família, tendo essa um papel fundamental em todo o processo. Em qualquer ação paliativa objetiva-se um fim humanista, perspetivando melhorar a qualidade de vida do doente/família e promovendo a dignidade humana (Kurashiki, 2021). Um estudo revela que a humanização é um processo que envolve várias dimensões: o profissional de saúde, como uma pedra angular no processo através de atitudes e comportamentos que humanizam os cuidados prestados; as relações humanas que são estabelecidas e mantêm a continuidade dos cuidados de saúde centrados no doente/família, nos quais o acolhimento e a utilização das competências de comunicação são peças fundamentais; e a equipa interdisciplinar através do trabalho de equipa e das relações estabelecidas, na busca de objetivos partilhados e do bem comum (Anguita et al, 2019).

A humanização transpõe o cuidar para além de uma simples administração de fármacos, porque o doente é importante. Devemos solicitar a sua participação no processo de tomada de decisão, respeitando opiniões/desejos, sendo nossa prioridade o seu bem-estar e qualidade de vida. É perceptível que a humanização deve estar presente em todos os momentos da vida e pressupõe, prestar cuidados de qualidade, numa conjugação do domínio tecnológico (processo, comunicação e equipamentos) com a esfera subjetiva (relacionamento interpessoal). Porque o

domínio do cuidar, requer uma atenção integral, promovendo o desenvolvimento e capacitando de forma a superar os efeitos da doença (Gondim, Souza & Albuquerque, 2014).

Neste sentido, a humanização e o cuidar constituem a base da profissão de enfermagem, sendo focos necessários e fundamentais na assistência. Cria-se uma relação especial. Os enfermeiros são uma classe profissional essencial! Responsáveis pelo ato de cuidar, competindo-lhes acompanhar todo o processo de saúde/doença, prestando cuidados humanizados, ancorados no respeito e indo ao encontro das suas necessidades em saúde. São os profissionais com mais contato direto, sendo uma fonte de acolhimento, colaboração, tranquilidade e de garantia de melhor resposta aos tratamentos (Morsch, 2020). Daí a valorização do cuidado em todas as dimensões técnicas e científicas, reconhecendo os direitos do doente, respeitando a sua individualidade, dignidade, autonomia e subjetividade, pressupondo-se essa relação humana doente/ enfermeiro (Almeida, 2009). O cuidar induz um verdadeiro olhar para o outro e para o mundo, sendo essa a atitude e maneira de estar na vida. Exige que cada um seja dotado de uma virtude intelectual e moral, que requer compromisso, disponibilidade, respeito, compaixão, confiança, consciência e competência (Hesbeen, 2000). Simples atos como uma palavra, um sorriso e um toque são respostas de interação pessoal. Transpondo para a atualidade pandémica, quando um rosto fica escondido por detrás de uma máscara, evidencia-se que um simples olhar pode transmitir emoções e sentimentos.

3. Diagnóstico da situação: descrição do problema

Mediante o gradual aumento de doenças e o alargamento da esperança média de vida, é basilar difundir os CP, focando-se a formação, a disponibilidade de fármacos (opióides) e o aumento de recursos, os pilares primordiais para esse desenvolvimento (Sapeta, 2016). Estes cuidados pressupõem o controlo de sintomas, sendo o controlo da dor, um componente essencial e uma das preocupações dos doentes em fim de vida e dos profissionais que os cuidam, por acompanhar a generalidade das situações patológicas e ser uma causa frequente de sofrimento e de incapacidade (Nascimento et al., 2011; PRISMA, 2013; Pinto&Querido, 2018; OE, 2016). Considerando-se, por isso, norma de boa prática, que a dor como 5.º sinal vital, seja sistematicamente valorizada, diagnosticada, avaliada e registada (DGS, 2003). Defendendo o direito de não sofrerem (DR n.º 137/2018, Lei n.º 31/2018).

Apesar de não se reconhecer como uma doença, em Portugal, é um problema de saúde pública (Lopes, 2022). Sendo visível o crescente número de consultas de dor na instituição hospitalar onde trabalho (**Tabela 3**), daí a necessidade de avaliação aquando elaboração do plano de formação (julho de 2019) Até ao momento, não existe qualquer estudo sobre os estes dados, mas, recorrendo à experiência da Consulta de Dor, pode caracterizar-se uma percentagem de doentes complexos, com múltiplas comorbilidades, com presença de indicadores gerais de declínio, com reinternamentos frequentes, e algumas idas ao serviço de urgência por dor não controlada. Percebendo-se que esses critérios e aspetos estão associados a doenças crónicas, que podem potenciar necessidades paliativas. Justificando que os indicadores apontam o aumento de doentes/famílias com necessidades paliativas, com urgência de resposta adequada de saúde, garantindo a igualdade, equidade no acesso e qualidade de vida (Sapeta, 2016).

Tabela 3 – Registo do Número de Consultas de dor no HD

Registo do Número de Consultas de dor (janeiro 2015- junho 2019)			
Ano	Primeiras consultas	Consultas subsequentes	Total de consultas
2015	130	506	636
2016	140	565	705
2017	149	530	679
2018	168	552	720
Até junho 2019	91	282	373

Fonte: Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão do HD

Sendo Enfermeira na área de Cuidados Paliativos, Oncologia e Dor considero fulcral a abordagem e revisão de práticas clínicas e a melhoria da prestação de cuidados na avaliação e tratamento da dor. Constatando a necessidade de preparar melhor os profissionais de saúde, investindo na sua sensibilização, capacitação e competência, reconhecendo-se a formação como essencial e determinante para a prática dos cuidados e o eixo estratégico para o progresso. Fundamentando uma prioridade para a humanização dos cuidados, um dever dos profissionais de saúde e um direito dos doentes (DGS, 2003; OE, 2016). Verificando-se que o investimento na sensibilização e os programas de formação são a estratégia acertada e eficaz face ao controlo da dor, no sentido de iniciar, manter e atualizar conhecimentos e competências, desejando fomentar e incutir boas práticas baseadas em linhas orientadoras, comprovadas com evidência científica. Desse modo, há que alertar os profissionais, imprimir princípios e mudanças na prática clínica, independentemente do local onde desempenhem as suas funções (DGS, 2008; Kulkamp, 2008; OE, 2008; Batalha, 2014; DR n.º 38/2017, Portaria n.º 75/2017; Valente et al., 2019).

Traçando o diagnóstico da situação hospitalar e pontos problemáticos, as observações e relatos espelham lacunas e défices na avaliação da dor aquando da triagem e admissão do doente, na ausência de aplicação de escalas de avaliação e pouca informação clínica das necessidades do doente. Regista-se uma abordagem incompleta e carente de aspetos físicos, psicológicos, antecedentes, patologia associada e restante articulação com a medicação. Nalguns casos não se aborda a intensidade, etiologia, duração, localização, qualidade, significado pessoal e fatores de alívio e agravantes de dor (Smeltzer&Bare, 2005), sendo aspetos influentes na avaliação e decisão do plano terapêutico. Frequentes erros de prescrição e uso terapêutico de opióides, nomeadamente na titulação, na rotação e na mudança de vias de administração. Sendo essa uma ótima medicação, um recurso muito eficaz quando bem trabalhado, conhecido e explicado. Acrescento ainda, pouco investimento nos ensinamentos, conduzindo o doente a abandonar a terapêutica no seu domicílio, pelo seu uso incorreto e pela falha de alívio terapêutico, pelos mitos e preconceitos associados, coadjuvando com o risco potencial de possíveis efeitos colaterais e também o seu uso ilícito. Por estes motivos, considera-se uma mais valia para o conforto e segurança do utente, a importância da comunicação entre equipas e, sempre que possível e necessário, uma referenciação mais precoce para a EIHS CP ou para as consultas de CP ou de Dor. Há a necessidade de evoluir da multi para a interdisciplinaridade, aglomerando diferentes especialidades/ valências e

referenciar em caso de dúvidas ou maior conveniência (DGS, 2008; Kulkamp, 2008, Lopes, 2022). Destacando que o ideal de intervenção advém dessa parceria de equipas, trabalho conjunto de forma integrada e união de forças projetando alterar comportamentos e contrariar resultados. Não podemos ficar alheios quando se divulga que o controlo inadequado de dor acontece nas instituições hospitalares e que a analgesia insuficiente propicia o aumento do sofrimento no doente devido ao preconceito e desinformação por parte dos profissionais de saúde, chegando a ser descrito que a avaliação e a prescrição médica são os principais empecilhos para o controlo de dor (Nascimento et al, 2011). Sendo a falta de organização o maior obstáculo no alívio da dor, porque a solução não parece ser o desenvolvimento de novos fármacos ou tecnologias analgésicas (Valente et al, 2019).

Perante o cerne de necessidades, a intenção não é julgar a prática dos profissionais (Kulkamp, 2008). Mas, fornecer orientações/recomendações corretas, contribuir para a uniformização da abordagem, capacitar equipas, aumentar a segurança e adotar uma postura adequada quando lidamos com a analgesia opióide. Com o objetivo de reduzir a intensidade da dor, a incidência de efeitos laterais, melhorar a satisfação e qualidade de vida do doente, aumentando a sua integridade nos setores da sua vida familiar, profissional e social (Nascimento et al, 2011; Valente et al, 2019).

Neste contexto, com base na descrição do problema e nas necessidades institucionais, valorizo a formação contínua como fulcral para o processo da qualidade de cuidados de saúde, justificando que o investimento e planificação desta intervenção formativa temática é adequado, pertinente, relevante e com importância crescente, fomentando assim a ligação teórico-prática. Contribuindo para preparar o futuro e um percurso de novas soluções, para ampliar as boas práticas e uniformizar os cuidados ao doente com dor. Objetivando aprofundar o desenvolvimento pessoal e profissional, promover o aperfeiçoamento de competências, melhorar a prática profissional e o processo tecnológico e científico. Por esta razão, direcionouse o plano de formação e intervenção, com o propósito de aliar as equipas médicas e de enfermagem desta instituição hospitalar. Uma vez que o tratamento da dor pressupõe que o Enfermeiro e o Médico possuam conhecimento adequado, permitindo analisar o fenómeno, implementar estratégias terapêuticas e avaliar os resultados (Kulkamp, 2008; Raposo et al., 2015). Nesta aliança de ideias, encarando a gestão da dor como um desafio também coadjuvei e ambicionei o arranque do papel do enfermeiro da EIHS CP nesta instituição. Pretendendo conduzir esta plano de intervenção e assumir um compromisso profissional, ingressar um plano terapêutico e promover um papel pedagógico, de ligação e de ensino.

4. Implementação do projeto de intervenção/ formação

4.1. Objetivos

As equipas de saúde devem ter a preocupação constante de implementar boas práticas de cuidados, promovendo a qualidade de vida em doentes com necessidades paliativas (Capelas&Neto, 2010). De acordo com o regulamento da ESALD-IPCB (Adenda ao Regulamento, 2018), pretende-se adquirir as competências definidas ao grau de mestre. Como meta definem-se objetivos, destacando como **objetivo principal**: promover o Papel do Enfermeiro da EIHS CP na formação e no tratamento da dor.

Apresentam-se como **objetivos específicos** do projeto de intervenção e de formação:

- Aplicar conhecimentos e estratégias no controlo da dor, focando o papel do Enfermeiro na humanização e formação para melhor cuidar da pessoa com dor;
- Estruturar um projeto de intervenção hospitalar na vertente de CP, particularizando a humanização do cuidar a pessoa com dor;
- Promover um programa de formação em CP para as equipas médica e de enfermagem;
- Contribuir para coesão das equipas internas de profissionais de saúde do hospital;
- Partilhar experiências de prática assistencial entre as equipas e serviços;
- Sensibilizar os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) para uma adequada avaliação, monitorização e registo de dor;
- Perceber a prevalência de utentes na instituição, incluindo internamento, consultas e em ambulatório de Hospital Dia;
- Investir na atualização de conhecimentos e formação contínua sobre a temática da dor (monitorização, avaliação e registo; opções terapêuticas; características dos analgésicos opióides - indicações, titulação, contra-indicações, efeitos colaterais, rotação e adaptação da via às condições particulares e individuais do utente);
- Valorizar o acompanhamento da família/ cuidador na vigilância terapêutica;
- Conhecer as indicações, as contra-indicações e efeitos colaterais das intervenções não farmacológicas;
- Reconhecer o valor das medidas não farmacológicas – massagem terapêutica;
- Realizar a análise crítica de artigos científicos complementando e justificando as áreas temáticas abordadas;
- Desvendar dificuldades /necessidades de suporte na organização e gestão da prestação de cuidados para apresentar proposta de melhoria.

4.2. Análise de SWOT

Com o intuito de uma análise estratégica recorreu-se à metodologia SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*).

Strengths (forças), a nível do ambiente interno identificam-se como pontes fortes:

- EIHSCP constituída por dois profissionais de saúde com formação em CP;
- Formação e competência prática de profissionais de saúde no reconhecimento e tratamento de dor, segundo as recomendações da OMS;
- Sensibilidade dos profissionais de saúde para a mudança comportamental/ atitudes na prestação de cuidados e formação contínua sobre a prática da Dor;
- Articulação da equipa médica de Anestesia/Dor na consulta de Dor (3.^a e 4.^a feiras);
- Recetividade da equipa médica da Consulta de Dor no atendimento de doentes e suas famílias aquando consultas sem agenda;
- Disponibilidade da equipa médica na colaboração da avaliação clínica e ajuste terapêutico a doentes internados e em ambulatório, sempre que solicitado;
- Articulação e apoio da equipa de Enfermagem da Unidade Funcional Hospital Dia (de 2.^a a 6.^a feira, das 8h30-17h): no esclarecimento de dúvidas (presenciais e mediante chamada

telefónica); na administração terapêutica e na Consulta de Enfermagem de Dor e pelo desenvolvimento dos Projetos: Medidas não farmacológicas para o controlo de dor - massagem terapêutica (2013); Apoio domiciliário a doentes oncológicos (2015)

- Registo eletrónico da avaliação da dor no sistema informático – *SClinico*.

Weaknesses (fraquezas), a nível do ambiente interno identificam-se:

- Acumulação de funções no seio da instituição e carga excessiva de trabalho
- Pouco tempo disponível para a EIHSCP;
- Escassez de recursos humanos;
- Exaustão dos profissionais de saúde;
- Insuficiente horário da Consulta Externa de Dor (3.ª feira e 4.ª feira);
- Dificuldades acrescidas no controlo de dor decorrente do encaminhamento tardio de doentes (crónicos e paliativos) para a EIHSCP e consultas (CP ou Dor);
- Ausência de investimento na investigação.

Opportunities (oportunidades), identificam-se como pontes fortes:

- Sensibilização, interesse e contributo da Direção do Hospital ao impulsionar um Médico e um Enfermeiro da EIHSCP a frequentar Curso de Mestrado em CP;
- Os profissionais de saúde da EIHSCP são comuns a diversos serviços, facultando uma maior abrangência de doentes com necessidades de tratamento de dor;
- Existência do serviço de Hospitalização Domiciliária (desde maio de 2019);
- Recetividade dos gestores (direção hospitalar e serviços) por recorrer ao abrigo da comissão gratuita de Serviço, permitindo formações externas;
- Consultas gratuitas, com isenção de taxas moderadoras (facilidade de acesso)
- Aumento de doentes mais interativos/ elucidados sobre CP e o tratamento da Dor;
- Abertura da Consulta Externa de CP a 20 de setembro de 2019 (6.ª feira - manhã), com agendamento extra desde janeiro 2022 (2.ª feira – tarde);
- Reconhecimento, gratidão e satisfação dos doentes/famílias/cuidadores pelo trabalho desenvolvido nas Consultas de Dor e CP;
- Algumas parcerias na comunidade – Centro de Saúde e Lares.

Threats (ameaças), identificam-se como pontos negativos:

- Doente/ Família/ Cuidador complexos e exigentes (alguns com baixo nível de capacitação);
- Alguns doentes sem Médico de Família na comunidade;
- Falta de articulação e sintonia com serviços farmacêuticos (externos ao Hospital),
- Pouca articulação entre hospital e comunidade, particularmente das equipas hospitalares com os cuidados primários/Centros de Saúde.
- Défice de formação de profissionais na avaliação da dor com consequência prática na prescrição médica, ajuste terapêutico e na rotação de opióides;
- Registos clínicos incompletos e pouco detalhados;
- Pouco investimento em ensinamentos aquando a alta do doente (do internamento e do serviço de urgência) conduzindo ao abandono ou erros terapêuticos. Nalguns casos somente detetados nas consultas ou na Unidade Funcional Hospital Dia.

4.3. Ações a curto, médio e longo prazo

Perspetivando colmatar as necessidades, delimitou-se a implementação do projeto entre 2020-2025. A planificação foi delineada em 2019, sendo calendarizadas ações a curto (1 ano), a médio (3 anos) e a longo prazo (5 anos) (**Tabela 4**).

Perspetivando a divulgação do trabalho desenvolvido e inculindo o impacto na mudança e melhoria na prática dos cuidados, pretende-se publicar e relatar esses resultados longo do tempo. Nomeadamente, em reuniões periódicas das equipas de enfermagem da instituição hospitalar.

Tabela 4 – Medidas propostas (2020-2025)

Medidas propostas 2020-2025	
A curto prazo - 1 ano	<p><u>Janeiro 2020</u> – Reunião de equipas do HD, para mobilizar a missão dos CP, privilegiar o controlo sintomático e canalizar a temática para a gestão da dor. Convocar: EIHS CP e elos de ligação; Médicos a Consulta de Dor; Diretores de Serviço; Enfermeiros Chefes/Responsáveis; Responsável pela Hospitalização Domiciliária e elementos da Direção Clínica do Conselho de Administração.</p> <p><u>Março 2020</u> - Implementação da formação “Conviver com a dor do doente paliativo – abordagem e estratégias dos Cuidados Paliativos”. Desenvolver o papel do enfermeiro da EIHS CP.</p> <p><u>Abril 2020</u> - Realização de Workshop de casos clínicos – Quando e como usar opióides? Quais os efeitos secundários? Que cuidados em particular? Como rodar opióides? Como parar opióides?</p> <p>Elaboração de manual de boas práticas para o controlo de dor em CP.</p>
A médio prazo - 3 anos	<p>A partir de 2021, pretende-se alargar a oferta formativa (em sessões e temáticas):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Curso Básico sobre CP e Dor, com presença de formadores externos. - Convite e partilha com as Unidades de Saúde Familiar na realização de conferência sobre a prática atual e perfectivas futuras dos CP, particularizando o cuidado da pessoa com dor; - Avaliação da dor segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). - Atualização de manual de boas práticas para o controlo de dor em CP. - Adequação de protocolos de referenciação. - Elaboração de manual de apoio/ guia de acolhimento para o utente/ família/ cuidador.
A longo prazo - 5 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Atualização do plano de formação sobre: “Avaliação da dor segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e “O tratamento e controlo da dor com opioides, segundo as recomendações da OMS”. - Seminário de partilhas de experiências e dificuldades dos profissionais de saúde; - “Conferências/ Workshops (casos clínicos) de CP “- Controlo de sintomas”, “Comunicação e relação de ajuda”, “Cuidar a família e apoio no luto”.

4.4. Estratégias projetadas em situação pandémica face à planificação

Mediante a situação pandémica SARS-CoV-2, os anos de 2020 e 2021 foram atípicos, ocorrendo uma série de constrangimentos que impediram a realização de planos, o adiamento de tarefas na instituição hospitalar e o atraso no cumprimento de ações inerentes à conclusão deste mestrado. Das ações planeadas para o 1.º ano (2020), não foi possível realizar as previstas reuniões de equipas. No entanto, de forma a mobilizar a missão dos CP na instituição hospitalar realizaram-se duas reuniões entre a EIHS CP e o Conselho de Administração, para averiguar o balanço da atuação da equipa e as necessidades vivenciadas. Obtiveram-se ganhos importantes, nomeadamente: a reconstituição da EIHS CP; maior carga horária distribuída a cada elemento e reconhecimento pelo trabalho desempenhado. Organizou-se uma sessão de apresentação/ divulgação da EIHS CP, mas apenas se concretizou uma reunião presencial com o Serviço de Medicina, em junho de 2021. Essa partilha foi enriquecedora, por abarcar profissionais (principalmente médicos) com funções nos serviços de internamento (medicina e outros) e na urgência (geral e respiratória). No decorrer de 2022, perspetiva-se retomar a intervenção às restantes equipas hospitalares. Aliado à necessidade de rotação e mobilização de recursos humanos entre serviços (principalmente enfermeiros) reunimos com o Enfermeiro Diretor e atualizamos elos de ligação da EIHS CP, com o objetivo de facilitar o processo de comunicação/ referenciação.

Quanto à implementação da formação e à realização de *Workshop* de casos clínicos, não se cumpriu no tempo delineado (**Tabela 4**). As formações foram três vezes desmarcadas devido às restrições pandémicas. Em parceria com o Gabinete de Formação hospitalar, essa formação foi inserida no “Plano de Formação 2021”, ingressando uma candidatura aprovada e cofinanciada pelo PO ISE (Programa Operacional Inclusão Social e Emprego). Como estratégia de planeamento, mediante a redução de recursos humanos (por absentismo e exigências laborais) e a data de entregue deste relatório, sugeriu-se adaptar esta formação presencial para *on line*. Delineou-se um **Webinar**, mantendo os destinatários e a temática, de forma sucinta e resumida, adaptando o tempo (de 4h para 1h). Mas, devido a critérios inerentes a formações cofinanciadas, não foi aceite. Porém, o *Webinar*, não fica totalmente anulado, sendo agendado para novembro, considerando uma mais valia e um reforço pertinente e oportuno. Por este motivo, aguardou-se autorização da instituição hospitalar para proceder à formação presencial, sendo concretizada em abril e maio de 2022.

4.5. Estrutura do plano formativo da sessão formativa

Os conteúdos programáticos abordam a vertente dos CP e da dor no bem-estar do doente. Abrangem noções desde a avaliação da dor e conhecimento no ajuste de regimes analgésicos. Focam aspetos práticos do uso de opióides. Demonstram a eficácia do controlo da dor perante intervenções farmacológicas e não farmacológicas. E divulgam dois projetos de enfermagem (**Tabela 5**).

Tabela 5 – Estrutura do plano formativo da sessão

Tema Central da Sessão de formação: “Conviver” com a dor do doente paliativo – abordagem e estratégia dos Cuidados Paliativos		
Subtemas	Conteúdos programáticos	Horários
Receção de boas vindas (14H) – Conhecer, comunicar, crescer, conviver para melhor cuidar (Apresentação de equipas)		15 min
1-Implementar os CP no cuidar	Filosofia, valores e princípios Vantagens e dificuldades na implementação de CP Áreas chave de intervenção de CP Referenciação mais precoce – Humanizar e aceitar limites	20 min
2-A importância da Dor na atualidade	Abordagem do conceito de dor - 5.º Sinal Vital A experiência em Dor – equipas (Hospital Dia, Consulta Dor e Oncologia; EIHSCP e Consulta de CP Divulgação do “Projeto (2015) – Apoio domiciliário a doentes oncológicos” Perspetivas futuras na instituição hospitalar	14h35- 14h45 10 min.
3-Cuidar um doente com dor – O que podemos fazer?	Papel do profissional de saúde Avaliação da pessoa com dor Princípios gerais no controlo sintomático Regimes terapêuticos – plano Relevância dos registos clínicos – <i>SCLINIC</i> Ligação entre equipas – Descomplicar!	14h45- 15h15 30 min
4 - Conviver com a dor - Avaliação e Controlo	Dimensões/dificuldades na avaliação da dor Avaliação da dor: história do doente e da sua dor; pessoa verbal/não verbal. Instrumentos de avaliação – Escalas	15h15- 15h45 30min
5 - Convívio com os Opióides – suas características	Escada Analgésica da OMS – 4 degraus “Relação” entre opióides e terapêutica adjuvante Orientações para a boa prática clínica Rotação – “jogo” de equivalências e adaptações Importância plano terapêutico (individual) e ensinamentos	16h-17h15 1h15min
6-Confraternizar com “opiofobias”	Efeitos colaterais, prevenção e Controlo Mitos e medos – Paradigma da morfina	17h15 10min
7 - A dor ultrapassa os opioides - Terapia massagem terapêutica	Benefícios no controlo da dor Divulgação do Projeto (2013) - Medidas não farmacológicas para o controle de dor - massagem terapêutica <i>Feedback</i> da experiência clínica hospitalar	17h25 10min
8- Apresentação e discussão de casos clínicos		17h35
9 - Caminhar com os opióides” - Visões futuras/ estudos	Compromisso e controvérsias tratamento Partilhar experiências e saberes no cuidar Bibliografia sugerida, normas e recomendações Associações	25min
Confraternização - “Somos Equipa de porta aberta”		30 min
Disponibilidade/ contatos da equipa e “Debate” de ideias		(Extra)

População alvo/ destinatários → Profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e assistentes sociais)

Cronograma de atividades e tempos letivos → Com o intuito de conciliar a disponibilidade de profissionais de saúde, favorecendo a gestão de recursos humanos e ambicionando maior adesão à formação, planearam-se três sessões (repetidas). Optou-se por diferentes dias da semana (segunda, quarta e quinta-feira) de forma a não interferir com folgas e com o agendamento de consultas em dias estipulados. A distribuição por datas faseadas (20/04, 28/04 e 16/05) justifica a importância do tempo de intervalo entre elas, de forma a ajustar aspetos/critérios após o *feedback* dos colegas, e da análise das respostas do instrumento de avaliação pedagógica da ação formativa. Outro fator de relevância foi realizar as formações fora do período de férias de verão, favorecendo ajustes de escalas e pretendendo abranger enfermeiros estagiários e médicos internos. Planificaram-se essas sessões para o período da tarde (14-18 horas), uma vez que nas enfermarias existe maior dinâmica e necessidades de recursos no período da manhã e, também na Unidade Funcional Hospital Dia o grosso de tratamentos é nesse período.

A **metodologia letiva** baseou-se no método expositivo oral direto e interativo, com recurso à participação dos profissionais. Abrindo espaço de debate para reflexões /opiniões pessoais e em grupo, expondo experiências práticas e casos clínicos. No seio na instituição, como enfermeira da EIHS CP assumi a responsabilidade de realizar a sessão formativa. Na abordagem temática, com o intuito de uma criar uma maior proximidade e empatia entre os profissionais, recorreu-se às seguintes **estratégias pedagógicas**:

- ✓ Organização de diapositivos para apresentação na ação formativa;
- ✓ Elaboração de um balão de ideias sobre Cuidados Paliativos;
- ✓ Apresentação de um vídeo prático sobre procedimento de bomba portátil com terapêutica opióide (preparação e administração de perfusão central (CTI - cateter totalmente implantado) ou via subcutânea. Focando o Projeto (2015) – Apoio domiciliário a doentes oncológicos terminais;
- ✓ Visualização de fotografias do espaço físico onde se realizava a massagem terapêutica agregada à Consulta de Enfermagem da Dor. Facilitando uma melhor captação e divulgação do benefício e sucesso desse programa;
- ✓ Testemunho de três utentes (com prévio consentimento, para cada sessão) que usufruíram desse programa de Massagem Terapêutica, e que retratam a sua experiência pessoal mediante a redução do consumo de opióides;
- ✓ Exposição de casos clínicos complexos, solicitando a interação dos formandos.

Para a **realização da formação presencial**, solicitou-se os seguintes **recursos**:

- Espaço físico – Auditório;
- Computador, projetor multimédia, colunas de som, quadro e canetas;
- Equipamento disponível para demonstração (bomba de perfusão portátil, agulha de *Implantofix*, material de punção para hipodermoclise/ terapêutica SC)
- Escalas de avaliação de dor
- Escalas/ Instrumentos de avaliação na prática clínica de CP

4.6. Áreas de melhoria

A implementação e organização da formação na instituição terá a finalidade de sensibilizar os profissionais para a máxima dos CP, particularizando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos doentes com dor. Além de promover o desenvolvimento profissional, estimular o envolvimento das equipas e incentivar as trocas de experiências que conduzam a um melhor desempenho na prática. Sublinhando dessa forma, a ação e o papel do enfermeiro no seio da EIHS CP, como membro responsável na formação em CP na instituição de saúde. Pretende-se criar um clima de confiança mútua, apelando à participação e interação, valorizando o saber e criando um impacto para a mudança. Nesta parceria, deseja-se aliviar a dor do doente, oferecendo-lhe o valor da sua qualidade de vida, preconizando a utilização de opióides para o controlo da dor (indicador de processo), de acordo com as recomendações da OMS.

Indicador de Processo: “Utilização dos opióides para o controlo da dor, segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde”

Definição de termos, segundo as recomendações da OMS (*WHO*, 1986) define-se:

- “Dor moderada a intensa” (4 a 7 na Escala) → indicação tratamento opióides fracos
- “Dor intensa” (superior a 8 na Escala) → indicação tratamento opióides fortes

Define-se como melhoria a presença de dor inferior a 4 na Escala Numérica da Dor, considerando “dor controlada” às 48 horas. Quanto ao tempo estabelecido, importa referir que a EIHS CP e as consultas de CP e Dor, estão ausentes durante o fim-de-semana. Podendo alargar para as 72 horas. Porém com a missão de sensibilizar e formar os profissionais de serviço pretende-se conseguir esse controle de dor às 48 horas.

Método de calculo do standard

$$\% = \frac{\text{Número de doentes com dor controlada às 48 horas}}{\text{Número de doentes com dor (moderada a intensa)}} \times 100$$

Standard recomendado: 70%.

No 1.º ano recomenda-se um standard de 50% de doentes com dor controlada às 48h. Com incrementos de 5% ao ano. Sendo o cumprimento do objetivo de 70% de doentes com dor controlada ao fim dos 5 anos (**Tabela 6**).

Tabela 6 - Evolução do Standard recomendado

Anos	1.º	3.º	5.º
Objetivo: Dor controlada às 48 horas	50%	60%	70%

Fonte de informação: dados administrativos e registos informáticos nos sistemas SClínico e GHAF.

4.7. Avaliação

A realização deste projeto de formação foi uma experiência muito enriquecedora, desde a sua planificação, adaptação e concretização. Encarei este desafio como uma oportunidade de mudança e valorização. Um marco fulcral no hospital, porque os CP são uma temática ainda pouco abordada, daí a necessidade de evidenciar as especificidades, complexidades e perspectivas futuras. Neste sentido, articulou-se e conjugou-se num mesmo esforço e tempo, o cumprimento de um objetivo de mestrado e o desenvolvimento do papel de enfermeiro da EIHSCP. Sendo também um acréscimo para a instituição hospitalar por ingressar o Plano de Formação Anual e o programa cofinanciado PO ISE (Programa Operacional Inclusão Social e Emprego).

O sucesso desta intervenção iniciou-se na divulgação, contando com o apoio do Conselho de Administração Hospitalar e do Gabinete de Formação Contínua e Biblioteca. Procedeu-se à divulgação via e-mail para: médicos, enfermeiros e assistentes sociais (APÊNDICE A). Similarmente, contatei via telefone os enfermeiros chefes e os elos de ligação para os informar/cativar, aproveitando para atualizar e motivar esses elos. Posteriormente, visitei os serviços para sublinhar a relevância desta temática. Registou-se adesão de 49 profissionais (6 médicos, 40 enfermeiros e 3 assistentes sociais). Dos elementos da equipa multiprofissional, é notório uma maior percentagem de enfermeiros inscritos, evidenciando uma maior sensibilização para as necessidades paliativas e para a temática da dor. Os dados foram reportados à Direção Clínica, consumando uma realidade insatisfatória de adesão médica a formações intra-hospitalares. Futuramente considero importante investir noutras estratégias para mobilizar a população alvo a frequentar a formação, ambicionando mesmo implementar o seu carácter obrigatório, tendo em conta a importância desta temática no seio hospitalar.

Realizaram-se três ações formativas “Conviver com a dor do doente paliativo – abordagem e estratégias dos cuidados paliativos” nas datas: 20/04, 28/04 e 16/05/2022. Cada formação iniciou-se com a receção de boas vindas, agradecendo a presença e interesse de cada profissional. Prosseguiu-se para construção de um processo de relação multidisciplinar, sublinhando a importância de alcançar sucessivas etapas, nomeadamente: “conhecer”, “comunicar”, “crescer”, “conviver” para melhor “cuidar”, encarando a arte de cuidar como um privilégio. Valorizou-se a relação interpessoal, o respeito pelos valores/cultura do doente e a sua participação na tomada de decisões. Desse modo, convidaram-se os formandos a realizar uma “viagem de balão” e a voar sobre a temática dos CP, desafiando o preenchimento de um balão de ideias. Solicitou-se a opinião e o significado de CP. Lancei a primeira palavra (vida) e obtive as seguintes respostas: *“qualidade, esperança, conforto, paz, alívio, apoio, ajuda, respeito, individualidade, diferenciação, comunhão, expectativas, dignidade, mudança, partilha, morte, desapego, sofrimento e dor”*.

No decorrer da formação, proporcionaram-se momentos de convívio profissional, conhecimento prático e científico, comunicação entre equipas, permuta de ideias, experiências e saberes. Foi uma ótima chance e oportunidade de desvendar e partilhar o percurso da EIHSCP: os esforços realizados, as conquistas conseguidas e os objetivos futuros. A mensagem focou a missão, os valores e os princípios dos CP, abordaram-se as dificuldades de cada serviço, enalteciam-se as vitórias que se cruzaram e, acima de tudo, cultivou-se o empenho e motivação em formar e paliar, tendo a preocupação em oferecer cuidados de excelências aos nossos doentes/ famílias. Assim se justifica ter atingido os objetivos delineados: “partilhar

experiências de prática assistencial entre equipas e serviços”, “contribuir para a coesão de equipas internas de profissionais de saúde do hospital” e “perceber a prevalência de utentes na instituição”. Além destes benefícios, esta formação contribuiu para que a realidade hospitalar se tornasse mais transparente, evidenciando necessidades específicas de cada equipa, permitindo focar e direcionar intervenções, a fim de alcançar resultados positivos. Concluiu-se que a prioridade de mudança tem na base a formação dos profissionais de saúde, sendo eles os primeiros agentes dessa mudança. Porque é obrigação de cada um de nós, pensar e refletir no nosso futuro, projetar uma inovação e articulação que viabilize melhores práticas e uma união e parceria capaz de desbravar novos caminhos e horizontes.

Na vertente de CP, a escolha temática direcionada para a humanização e tratamento da dor, foi uma boa aposta. A dor é um problema de saúde pública, que merece reconhecimento e maior investimento na sua gestão, de forma a evitar a agudização e a deterioração do estado de saúde global de quem sofre. Não posso ficar indiferente a histórias de vidas e a falhas de conhecimentos/competências na prestação de cuidados, que foram discutidas e refletidas. Por este motivo, esta sensibilização focou a importância da avaliação da dor, representando um passo fundamental para a sua eficaz gestão. Permitiu uniformizar a comunicação entre os formandos e sublinhar o dever de cada profissional de garantir a efetiva humanização dos cuidados, de investir em saberes práticos, sendo uma mais valia a criação de boas práticas. A compilação de recomendações, normas e estudos diferenciados, enriqueceu a intervenção, atingindo o objetivo planeado na atualização de conhecimentos e formação contínua sobre a temática da dor. Contribuindo diretamente para o desenvolvimento/ desempenho profissional que conduzirá a uma melhor qualidade dos cuidados prestados.

Nesta sequência de ideias, considerei importante adjuvar a eficácia de intervenções farmacológicas e não farmacológicas no tratamento da dor, valorizando o papel do enfermeiro na promoção de conforto e bem-estar. Demonstrei o que se faz de bem na prática hospitalar. Não devemos ficar restritos ao nosso serviço, devemos projetar um olhar diferenciado, há que partilhar e fazer crescer cuidados de alta qualidade e de satisfação dos doentes. Tendo como base o *feedback* positivo, a divulgação do projeto – “Medidas não farmacológicas para o controlo a dor – massagem terapêutica” (2013), sendo complementado com a RIL. Desta forma, alcançou-se o objetivo de “reconhecer o valor das medidas não farmacológicas – massagem terapêutica”.

No final de cada sessão, procedi à avaliação de cada formando, considerando o seu interesse, participação e relacionamento interpessoal (APÊNDICE B). Não tendo planificado a avaliação da aquisição de conhecimentos, por se tratar de uma formação de 4 horas, sendo o objetivo fulcral a sensibilização para a mudança de prestação de cuidados. Esses objetivos pedagógicos, foram aplicados na realização do 1.º Curso básico de CP, com duração de 21 horas. Para breve projetando-se a avaliação do indicador de processo definido no tópico área de melhora. Justifico assim, que apenas apliquei o instrumento de avaliação global do formando (APÊNDICE C), obtendo respostas numa escala legendada (N-Nada, P-Pouco, S-Suficiente, B-Bom e MB-Muito Bom) relativas aos: objetivos e conteúdo, métodos e meios, organização, formador e observações gerais. Colocando a possibilidade de sugestões e comentários de melhoria desta intervenção e de outras áreas de interesse e necessidade. O balanço foi muito positivo e gratificante. Cerca de 88% profissionais consideraram a formação num nível global Muito Bom (MB), os restantes 12% num nível Bom (B). E da análise de opiniões/comentários, regista-se:

- *“Formação muito útil para aprofundamento de conhecimentos”;*
- *“Sessão muito interativa com a audiência, muito direcionada para a prática clínica, permitindo atualizar e aprofundar conhecimentos. Gostei muito!”;*
- *“Formação muito pertinente nesta instituição, permitiu sensibilizar profissionais de saúde para a importância da temática”;*
- *“Formação muito proveitosa, interessante e pertinente, que deveria ser estendida a toda a comunidade hospitalar”;*
- *“Esta formação deveria ser de carácter obrigatório no nosso hospital!”*
- *“O conteúdo da formação estava bem estruturado com informação/conhecimentos atualizados, sendo uma mais valia para o profissional de saúde”.*

Como sugestões de melhoria assinala-se: *“aumentar a duração para 8 horas” e “focar mais informação para o serviço social”*. Como necessidades formativas focaram-se: o curso básico e intermédio de CP, a gestão de conflitos e a saúde mental. Assim sendo, procedeu-se à organização e realização do 1.º Curso Básico de CP (21 horas) a 10,17 e 24 de novembro de 2022, contando com parceria de profissionais com formação avançada de outras instituições de saúde (APÊNDICE D). Estando já planeado para 2023, o 1.º Curso Intermédio (abril) e 2.º Curso Básico (outubro) de CP. Mediante a análise de opiniões/ comentários concluo que formação representou uma “porta-aberta” para o futuro, possibilitando a promoção, valorização e aperfeiçoamento do papel de enfermeiro no seio da EIHSCP. Justifico ter alcançado a meta e os objetivos ambicionados, com resultados positivos. A estruturação do projeto foi um enorme desafio pessoal e uma aventura profissional, pela responsabilidade de assumir sozinho a sua concretização num tempo muito limitado. Superei a constante dicotomia de sentimentos. A insegurança e o medo do erro foram abolidos pela vontade, motivação, esforço e determinação. A perseverança e a ambição de fazer cada vez melhor aliou-se à receção dos formandos, ditando o sucesso da relevância e aplicabilidade para a prática assistencial. Neste ponto, convém valorizar que o parecer e a opinião de cada profissional em conjugação com o recurso a exemplos/exercícios práticos foram a forma de integrar e compreender os conteúdos estipulados. Os momentos de trocas positivas e esclarecimento de dúvidas pertinentes ressaltou a intenção de mudança por parte dos profissionais face à temática abordada. Trabalhamos em serviços distintos, mas juntos somos mais fortes e coesos. Essa partilha de visão e missão no seio hospitalar, desmistificou crenças e mitos, evidenciando-se que esta intervenção já esteja a revelar frutos e sinais de melhoria da organização/gestão de recursos. Denoto mais contatos telefónicos, mais pedidos de reavaliação da EIHSCP e mais referenciações para a consulta de CP. Este é o rumo certo! Ambiciono causar a mudança na prática e no comportamento dos profissionais, no sentido de melhorar cuidados e aumentar a satisfação e qualidade de vida dos doentes/famílias. Em associação com o descrito no item “áreas de melhoria”, pretende-se personalizar e melhorar o cuidado da pessoa com dor aperfeiçoando a atitude e profissionalismo, desejando que esse investimento se reflita na avaliação/ intervenção/registo clínico. Oxalá que se obtenham resultados a nível multimodal e interdisciplinar, retratando assim o impacto da mudança. Anseio continuar a progredir como enfermeira da EIHSCP, perspetivando delinear um bom percurso profissional na instituição hospitalar, em articulação com a equipa multidisciplinar, assumindo o privilégio e o papel central na relação com as equipas de enfermagem. Foi dado um passo, mas estou disposta a dar muitos mais para possibilitar acréscimos na EIHSCP, desejando que os esforços coletivos sejam empreendidos, e que se rume a novos caminhos e avanços.

5. Revisão Integrativa da Literatura (RIL) - “Massagem terapêutica no tratamento da dor do doente oncológico - o seu efeito e evidência na redução de terapêutica opióide”

RESUMO

CONTEXTO: A dor é um sintoma prevalente e clinicamente relevante no doente, comprometendo a qualidade de vida e interferindo no bem-estar, sendo umas das principais causas de sofrimento humano. Mediante a complexidade de um doente oncológico, exige-se uma abordagem terapêutica específica, adaptada e individualizada, sendo prioritário investir e destacar boas práticas para o seu tratamento da dor. Desse modo, pode-se compilar um conjunto de medidas terapêuticas complementares. Coadjuvando nessas ações de promoção de saúde, medidas farmacológicas, com recurso a terapêutica opióide e medidas não farmacológicas, como o uso massagem terapêutica.

OBJETIVO: Explorar se o efeito da massagem terapêutica no tratamento da dor do doente oncológico, tem evidência na redução de terapêutica opióide.

METODOLOGIA: Revisão integrativa da literatura, de estudos publicados entre 2015 e 2022 (até novembro), em bases de dados e motores de busca online. Através de descritores de pesquisa: “*massage therapy*”, “*pain*”, “*cancer patients*”, “*opioid-sparing*”, “*non-pharmacological measures*” e “*palliative care*”. Posteriormente, na discussão dos resultados, compilou-se a pesquisa bibliográfica em repositórios científicos, Ordem dos Enfermeiros e Sociedade Portuguesa de Anestesia.

RESULTADOS: O corpus do estudo foi composto por 13 artigos. A massagem é uma terapia de medicina integrativa com benefícios no controlo da dor, com resultados favoráveis e positivos no tratamento da dor oncológica. Sendo evidente que esse controlo da dor seja mais eficaz quando envolve intervenções farmacológicas e não farmacológicas.

CONCLUSÕES: A massagem terapêutica oferece efeitos benéficos gerais de qualidade de vida e de bem-estar, contribuiu para o controlo de sintomas, sendo uma opção segura e viável para a gestão da dor oncológica. Apesar da escassez de estudos, da heterogeneidade metodológica e do elevado risco de viés dos resultados, os achados consultados sugerem que a massagem terapêutica, como medida não farmacológica no tratamento da dor oncológico, permite reduzir a dose de terapêutica opióide. Sendo capaz de minorar a dependência desnecessária de intervenções farmacológicas e melhorar a qualidade de vida de doentes oncológicos. Porém, são necessários mais investigações e maior consistência empírica.

PALAVRAS-CHAVE: Massagem terapêutica, dor, doente oncológico, redução opióides, medidas não farmacológicas

ABSTRACT

CONTEXT: Pain is a prevalent and clinically relevant symptom in patients, compromising quality of life and interfering with well-being, being one of the main causes of human suffering. Due to the complexity of an oncological patient, a specific, adapted and individualized therapeutic approach is required, making it a priority to invest and highlight good practices for their pain treatment. In this way, a set of complementary therapeutic measures can be compiled. Assisting in these health promotion actions, pharmacological measures, using opioid therapy and non-pharmacological measures, such as the use of massage therapy.

OBJECTIVE: To explore whether the effect of massage therapy in the treatment of pain in cancer patients has evidence in reducing opioid therapy.

METHODOLOGY: Integrative literature review of studies published between 2015 and 2022 (until November), in databases and online search engines. Through research descriptors: “massage therapy”, “pain”, cancer patients”, “opioid-sparing”, “non-pharmacological measures” and “palliative care”. After discussing the results, a bibliographic research was compiled in scientific repositories, Ordem dos Enfermeiros and Sociedade Portuguesa de Anestesia.

RESULTS: The study corpus consisted of 13 articles. Massage is an integrative medicine therapy with benefits in pain control, with favorable and positive results in the treatment of cancer pain. It is evident that this pain control is more effective when it involves pharmacological and non-pharmacological interventions.

CONCLUSIONS: Therapeutic massage offers general beneficial effects on quality of life and well-being, it contributes to the control of symptoms, being a safe and viable option for the management of cancer pain. Despite the scarcity of studies, the methodological heterogeneity and the high risk of bias in the results, the consulted findings suggest that massage therapy, as a non-pharmacological measure in the treatment of cancer pain, allows reducing the dose of opioid therapy. Being able to alleviate unnecessary dependence on pharmacological interventions and improve the quality of life of cancer patients. However, further investigations and greater empirical consistency are needed.

KEYWORDS: Therapeutic massage, pain, cancer patient, opioid reduction, non-pharmacological measures.

INTRODUÇÃO

Em Portugal, a dor é considerada o 5.º sinal vital, determinando como norma de boa prática que a sua presença e intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas (DGS, 2003). Cerca de 60 a 70% dos doentes com necessidades paliativas têm dor, destacando-se que 80 a 90% são doentes oncológicos (Barbosa et al., 2016). Mediante os dados, compreende-se a importância do tratamento da dor como elemento vital e basilar no contributo para o bem-estar e a qualidade de vida dos doentes. A dor é total, complexa e desafiante, necessitando de gestão de tratamento. Justifica-se que o controlo da dor se torna mais eficaz quando envolve técnicas farmacológicas e não farmacológicas. Uma vez que, existem variadas formas de controlar, minimizar ou eliminar a dor, porque as medidas de combate, nem sempre são sinónimo de terapêutica medicamentosa (OE, 2016). Deste modo, acredita-se que a massagem terapêutica tenha a vantagem de reduzir riscos de efeitos adversos e a responsabilidade por dependência, promove o impacto e efeito terapêutico, e ainda é um foco na redução de custo económico. Logo, exige-se um apelo à ação para aumentar a consciencialização sobre medidas não farmacológicas eficazes para a dor. Conduzindo à necessidade de divulgar os efeitos benéficos, e transpor para a prática a importância em formar e treinar profissionais de saúde, abarcando iniciativas políticas que contornem as barreiras do sistema. Pois a massagem terapêutica encaixa-se num novo paradigma, sendo uma estratégia para um sistema de práticas integradas de tratamento de dor, centradas no doente e baseadas num modelo biopsicossocial (Buckenmaier et al., 2016). Por tudo isto, o sucesso da estratégia terapêutica na prática profissional deve aglomerar e jogar entre as indicações, fármacos usados, doses, riscos, complicações e recomendações.

Convém realçar que a terapia da massagem não remove a necessidade de medicamentos no tratamento da dor, nem é apropriada para todos os doentes com dor (Buckenmaier et al, 2016). Revertendo para a área temática, a massagem terapêutica tem efeitos benéficos na saúde das pessoas com patologia oncológica (Alves et al, 2015). Pois oferece benefícios gerais de qualidade de vida, como o alívio da dor, associado à própria doença ou decorrente de possíveis tratamentos (Cowen et al., 2017). Uma vez que esses doentes apresentam um conjunto de necessidades de intervenções específicas e diferenciadas, decorrentes de um enorme impacto e colisão face às incertezas ao futuro e ao sentido da vida. Um somatório de sofrimento, dor física e psicológica da envolvimento de tratamentos, das alterações de imagem, da perda de autonomia e controlo levam a implicações no relacionamento interpessoal e na sua qualidade de vida. Nesse encontro, o papel dos profissionais de saúde é fundamental nessa situação de transição de saúde/doença, transmitindo a noção importante de ser humano. Justificando a intervenção de massagem terapêutica como estratégia de autocuidado e harmonização. Podendo ser aplicada com fins terapêuticos no restabelecimento do equilíbrio das diversas estruturas humanas. Para que desse modo, tais ações terapêuticas promovam a saúde e contribuam para uma prática de excelência (Alves et al, 2015). Atualmente, essas práticas integrativas ainda permanecem pouco estudadas e com evidências insuficientes para serem definitivamente recomendadas.

METODOLOGIA

A metodologia da pesquisa baseou-se numa revisão integrativa da literatura, de carácter descritivo e abordagem qualitativa e quantitativa. Delineou-se os parâmetros do PICOD (**Tabela 7**). Delineando-se a questão de partida: “O efeito da massagem terapêutica no tratamento da dor do doente oncológico permitirá reduzir as doses de terapêutica opióide?”

Tabela 7 – PICOD da revisão integrativa

P	População	Doente oncológico, adulto e com dor
I	Intervenção	Explorar se o efeito da massagem terapêutica no tratamento da dor do doente oncológico tem evidência na redução de terapêutica opióide.
C	Comparação	Se existe comparação entre doentes oncológicos (paliativos) tratados com terapêutica opióide e doentes tratados com terapêutica opióide e massagem terapêutica
O	Outcome/ resultado	A associação de massagem terapêutica no tratamento da dor reduz a intensidade da dor e as doses de terapêutica opióide
D	Desenho do estudo	Método misto, combina estudos: qualitativos e quantitativos

Como critérios de inclusão consideraram-se estudos de natureza qualitativa, num horizonte temporal da pesquisa entre 2015 até novembro de 2022, em doentes adultos com idade superior a 18 anos e patologia oncológica. Incluíram-se publicações de estudos de língua inglesa, portuguesa e espanhola.

No desenho de estudo, considerou-se como critérios de exclusão os estudos com doentes em idade pediátrica e todos os artigos não relacionados com a temática específica em estudo. A fonte dos dados de pesquisa foi executada em bases de dados online, nomeadamente: *Cochrane Library*, *SciELO*, *PubMed*, *Medline*, *Pain Medicine*, *Biblioteca de conhecimento online (B-On)*, *Google Scholar (Google Académico)*. Através de descritores de pesquisa: “*cancer patients*”, “*massage therapy*”, “*opioid-sparing*”, “*pain*”, “*non-pharmacological measures*” e “*paliative care*”. Combinados com recursos a operadores booleanos “AND” e “NOT”. Sendo as equações de busca, aplicadas aos resumos e ajustadas a cada motor de busca (**Tabela 8**).

Tabela 8 - Equações de busca por base de dados

Base de Dados	Equações de busca
<i>Cochrane Library</i>	“cancer patients” AND “massage therapy” AND “pain” AND “non-pharmacological measures” AND “opioid”
<i>SciELO</i>	“cancer patients” AND “massage therapy”
<i>B-On</i>	“cancer patients” AND “massage therapy” AND “pain” AND “opioid sparing” AND “non-pharmacological measures” NOT “children”
<i>PubMed</i>	“cancer patients” AND “massage therapy” AND “pain” NOT “children”
<i>Medline</i>	
<i>Pain Medicine</i>	“pain” AND cancer patients AND massage therapy
<i>Google Scholar (Google Académico)</i>	→ solicitado alerta temático

Da pesquisa resultaram 88 artigos, seguindo-se o processo de seleção dos estudos científicos, criando o fluxograma PRISMA (2020), sendo o corpus deste estudo composto por 13 artigos para a revisão integrativa da literatura, por se enquadrar na temática específica e se aproximar do objetivo deste estudo, considerando os critérios de inclusão e exclusão delineados (**Figura 3**).

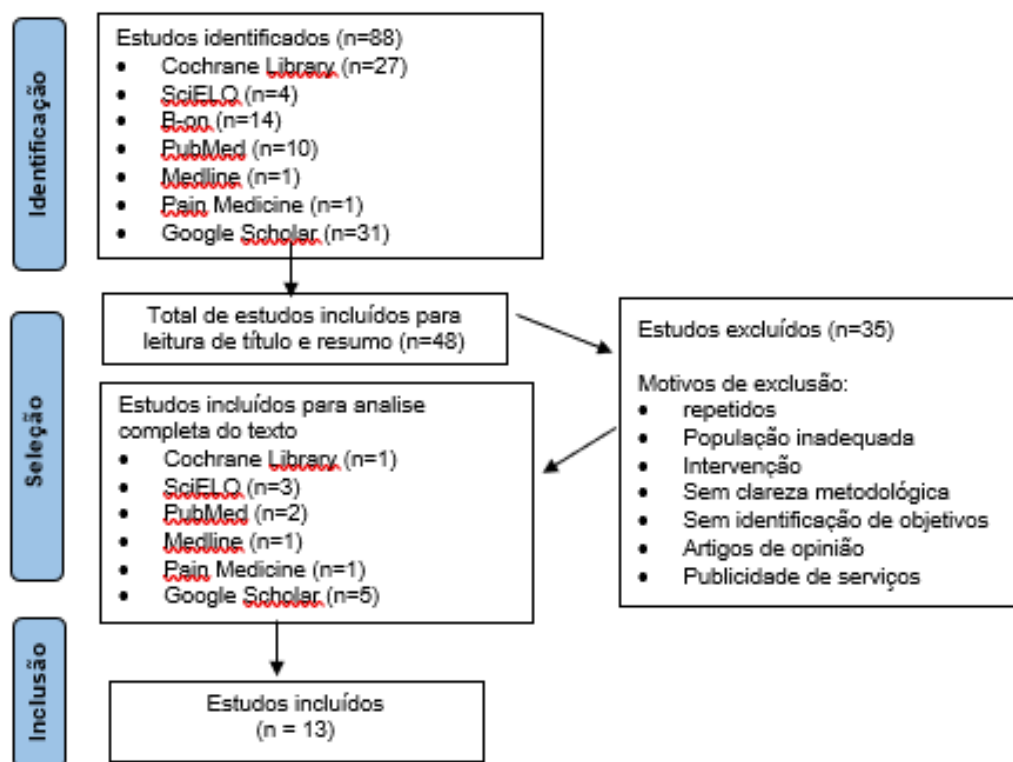


Figura 3 – Fluxograma PRISMA do processo de seleção do corpus documental

RESULTADOS

Realizou-se a análise dos artigos selecionados assinalando: o autor/ pais e ano de publicação; título, objetivo, desenho/metodologia e resultados/conclusões (**Tabela 9**). Na discussão destes resultados, acrescentar-se-ão recomendações da Ordem dos Enfermeiros, da Sociedade Portuguesa de Anestesia e artigos do RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal).

Tabela 9 – Apresentação dos artigos selecionados

Autor/ país/ ano	Título / Objetivo	Desenho/ metodologia	Resultados/ conclusões
<p>Nascimento, N; Santos, ATN; Alves, PGJM</p> <p>País: Brasil</p> <p>Ano: 2022</p> <p>Pesquisa: Google Scholar</p>	<p>TÍTULO: Métodos e Técnicas Não Farmacológicas no Tratamento da Dor Oncológica: Revisão Sistemática da Literatura</p> <p>OBJETIVO: Verificar quais são as técnicas e os métodos não farmacológicos utilizados no tratamento da dor oncológica assim como descrever sobre sua eficácia terapêutica</p>	<p>Revisão Sistemática da Literatura. Foram incluídos 12 artigos com amostra total de 885 pacientes submetidos a protocolos de técnicas não farmacológicas com várias terapias (...) incluindo massagem. Todos os artigos analisados apresentaram bons resultados no tratamento da dor oncológica</p>	<p>A dor oncológica: é uma sensação desagradável e responsável por diversos prejuízos na vida dos doentes; relacionada a fatores, associada à disseminação invasiva de células cancerosas no corpo ou em decorrência do tratamento antineoplásico. As terapias complementares e a educação em saúde podem contribuir na redução do quadro algico; no entanto, programas de exercícios só possibilitam melhorias durante o período do tratamento. Mas são práticas integrativas com efeito analgésico importante, sendo uma medida de fácil aplicação, baixo custo e segura. Os estudos apontam bons resultados para o alívio da dor, o que favorece a redução de custos com medicamentos e melhora da qualidade de vida dos pacientes. Entretanto, são necessários mais estudos com maiores amostras para implementar a investigação destes métodos e técnicas. As intervenções não farmacológicas podem ser muito eficazes para todos tipos e intensidade da dor, sendo recomendadas como mais uma alternativa ao tratamento da dor oncológica ou usada concomitantemente com o farmacológico, de acordo com a prescrição nos protocolos de intervenções.</p>
<p>Deng GMD</p> <p>País: Nova York, EUA</p> <p>Ano: 2019</p> <p>Base: PubMed</p>	<p>TÍTULO: Terapias de medicina integrativa para o controlo da dor em doentes oncológicos</p> <p>OBJETIVO: Perceber o valor clínico da terapia de medicina integrativa: acupuntura, massagem terapêutica e musicoterapia</p>	<p>Embora a maioria dos estudos sejam de desenho não controlado, um n.º substancial de ensaios clínicos randomizados (Ecrãs) foi conduzido e relatado</p>	<p>O tratamento da dor de doentes oncológicos deve incluir intervenções farmacológicas e não farmacológicas. As terapias de medicina integrativa, como a massagem terapêutica, demonstram benefícios, melhoram a qualidade de vida de doentes oncológicos e podem ajudar melhorar o controle da dor e reduzir a dependência desnecessária de intervenções farmacológicas. Tendo o potencial de diminuir a dose necessária de analgésicos opióides (necessários e apropriados para doentes oncológicos com dor intratável) e os seus efeitos adversos (sedação, fadiga, náuseas e vômitos). A massagem, embora possa não reduzir a dor em si, pode aliviar a ansiedade e as alterações de humor, comumente associadas à dor. É uma terapia segura, com baixos riscos, quando praticada por profissionais devidamente treinados.</p>

<p>Zeliadt, SB, Douglas, JH, Gelman, H Coggeshall S; Taylor SL; Kligler B; Bokhour BG</p> <p>País: USA</p> <p>Ano: 2022</p> <p>Pesquisa: Cochrane Library</p>	<p>TÍTULO: Efetividade de um modelo de atenção integral com ênfase na saúde complementar e integrativa na redução do uso de opióides entre doentes com dor crónica</p> <p>OBJETIVO: Avaliar se o programa piloto VHA interfere no uso de opióides prescritos entre pacientes com dor musculoesquelética crónica. Perceber como as terapias de Saúde Complementar e Integrativa afetaram o uso de opióides para o controlo da dor crónica</p>	<p>Aplicação do programa de saúde em doentes com dor musculoesquelética crónica em 18 centros médicos. No período temporal 1/4/2018–30/09/2019.</p> <p>Comparação entre as terapias de saúde complementares e integrativas (oferta de 9 terapias neste programa) e os cuidados convencionais.</p>	<p>O modelo adotou uma abordagem interdisciplinar enfatizando terapias não farmacológicas na gestão da dor, autocuidado, desenvolvimento de habilidades e suporte, que se move de um sistema médico, orientado para a doença e bem-estar.</p> <p>As doses prescritas de opióides diminuíram 12,0% nos pacientes que iniciaram terapias de saúde complementares e integrativas em comparação com os cuidados convencionais.</p> <p>O programa foi associado a maiores reduções nas doses de opióides prescritos em comparação com as tendências seculares associadas aos cuidados convencionais, especialmente quando nos pacientes conectados a terapias de saúde complementares e integrativas.</p>
<p>Alves MLS; Jardim MHAG; Pereira B; Gomes; Freitas OMS</p> <p>País: Portugal</p> <p>Ano: 2015</p> <p>Pesquisa: SciELO</p>	<p>TÍTULO: Efeito da massagem terapêutica na saúde mental das pessoas com patologia oncológica</p> <p>OBJETIVO: Avaliar o efeito da intervenção da massagem terapêutica na saúde mental das pessoas com patologia oncológica</p>	<p>Revisão sistemática da literatura, entre 2000 e 2012, estudos primários completos que avaliam o efeito da massagem nos doentes com idade superior ou igual a 18 anos e com diagnóstico médico de cancro</p>	<p>Eficácia/efeitos benéficos da massagem terapêutica: humor deprimido, raiva, desconforto físico e emocional, bem-estar emocional e no padrão de sono, relaxamento e stress.</p> <p>Resultados contraditórios a nível do efeito da intervenção na ansiedade e na depressão. Não existem estudos que confirmem os efeitos da intervenção na qualidade de vida e sofrimento. Necessidade de aumentar as evidências empíricas e dar a conhecer os benefícios associados à massagem terapêutica dos doentes oncológicos.</p> <p>IMPLICAÇÕES PRÁTICAS: Os enfermeiros podem aplicar na prestação de cuidados diários ao doente como complementaridade às terapêuticas farmacológicas vigentes no sistema de saúde.</p>

<p>Lopes-Júnior LC; Et al.</p> <p>País: Brasil</p> <p>Ano: 2015</p> <p>Pesquisa: SciELO</p>	<p>TÍTULO: Eficácia das terapias complementares no controlo da dor oncológica em cuidados paliativos: revisão sistemática</p> <p>OBJETIVO: Sintetizar o conhecimento e avaliar as evidências provenientes de ensaios clínicos controlados randomizados sobre a eficácia das terapias complementares no tratamento da dor oncológica em CP.</p>	<p>Revisão sistemática guiada pelos itens de relatório preferidos para revisões sistemáticas e meta-análises.</p> <p>Dos 815 estudos, 3 são sobre massoterapia</p>	<p>A massagem terapêutica destaca-se como a modalidade de terapia complementar mais comumente utilizada; pode ser mais eficaz do que o toque simples na diminuição da dor oncológica e na melhoria do humor imediatamente após as sessões de tratamento. Benefícios significativos no relaxamento muscular progressivo e imagem guiada para o tratamento da dor oncológica. Combinação de massagem terapêutica e exercício mostrou-se eficaz na redução imediata da dor oncológica, da angústia e do sofrimento e melhoria no humor. Salienta-se a necessidade de estudos com amostras representativas e delineamentos metodológicos rigorosos para confirmar tais achados. Há escassez de tratamentos eficientes da dor para doentes oncológicos, especialmente aqueles em CP. Daí a importância da combinação de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos devido à complexidade da dor oncológica</p>
<p>Boyd C, MA, Crawford C, BA, Paat CF, BS, Price A, Xenakis L, MPA, Zhang W, Evidence for Massage Therapy (EMT)</p> <p>País: EUA</p> <p>Ano: 2016</p> <p>Pesquisa: Pain Medicine</p>	<p>TÍTULO: O Impacto da Massagem Terapêutica em Populações com Dor -uma Revisão Sistemática e Meta-análise de Ensaios Controlados Randomizados: Parte II, Populações de Dor oncológica</p> <p>OBJETIVO: Avaliar a qualidade da massoterapia e as evidências de sua eficácia no tratamento da dor e na qualidade de vida</p>	<p>Revisão sistemática e meta-análise nas principais bases de dados foram pesquisadas desde o início até fevereiro de 2014.</p>	<p>A dor é multidimensional e pode ser melhor abordada por meio de uma abordagem holística e biopsicossocial.</p> <p>A massagem terapêutica: é eficaz para o tratamento da dor; é benéfica para o tratamento da fadiga e ansiedade.</p> <p>Com base nas evidências, são sugeridas fracas recomendações.</p> <p>Existem lacunas e exige-se uma de pesquisa sobre a massagem terapêutica como uma opção viável na gestão da dor oncológica</p>

<p>Buckenmaier, C; Cambron, J; Werner, R; Buckenmaier, P; Deery, C; Schwartz, J; Whitridge, P</p> <p>País: EUA</p> <p>Ano: 2016</p> <p>Pesquisa: Google Scholar</p>	<p>TÍTULO: Massagem terapêutica para a dor – apelo à ação</p> <p>OBJETIVO: Identificar as lacunas atuais na ciência para desenvolver recomendações de consenso</p> <p>Decidir com base em evidencias, sobre o uso de massagem terapêutica no controlo da dor</p>	<p>Artigo de revisão</p>	<p>Problema de mentalidade da saúde – opióides/ “pilula para todos os males”. Sendo inquestionável a eficácia dos opióides no tratamento da dor. A dor carece de programas de ensino e formação. A estratégia é investir em planos de prevenção e educação, práticas integradas centradas no doente, baseadas num modelo biopsicossocial. Onde a massagem terapêutica se encaixa nesse novo paradigma de tratamento. É uma adição refrescante com pouca ou nenhuma morbidade; é uma ferramenta viável de controle de dor em doentes diversificados; porque não remove a necessidade de medicamentos analgésicos, não sendo também uma terapia apropriada para todos dos doentes; é um parceiro razoável no arsenal de terapias, mas necessita-se de mais evidencia sobre estas abordagens, para ajudar a medicina a superar o pensamento antigo focado nos opioides.</p>
<p>Cowen VS, Miccio RS, Parikh B.</p> <p>País: EUA</p> <p>Ano: 2017</p> <p>Pesquisa: PubMed</p>	<p>TÍTULO: Massagem Terapêutica no Tratamento oncológico em ambulatório - Uma Análise da Área Metropolitana</p> <p>OBJETIVO: Abordar de métodos mistos para produzir dados abrangentes para análise, a fim de capturar informações sobre o que constitui massagem no cancro</p>	<p>Abordagem descritiva e de métodos mistos. Uma análise de conteúdo usando informações publicadas na web e por telefone. Realizada por 8 centros. Os tratamentos variaram de 10 a 90 min, sendo 30 min a duração mais descrita</p>	<p>Em todos os tipos de massagem, notou-se a falta de consistência na duração dos tratamentos oferecidos aos doentes oncológicos. Para melhorar a qualidade de vida e aliviar os sintomas relacionados ao cancro e tratamento, os doentes oncológicos recorrem a terapias alternativas, incluindo massagem. A massagem oferece benefícios gerais de qualidade de vida, bem como alívio dos sintomas relacionados à doença e ao tratamento, incluindo dor, ansiedade e fadiga.</p> <p>Pesquisas indicam que a massagem pode influenciar favoravelmente esses sintomas e pode servir como uma alternativa valiosa às intervenções convencionais e ao regime farmacológico</p>

<p>Ramos, AFN; Tavares, APM, Mendonça, SMS</p> <p>País: Portugal</p> <p>Ano: 2017</p> <p>Pesquisa: SciELO</p>	<p>TÍTULO: Controlo da dor e da dispneia em doentes oncológicos em situação de urgência: resultados da intervenção</p> <p>OBJETIVO: Delinear linhas orientadoras de boa prática no controlo da dor e dispneia, de pacientes com doença oncológica em serviço de urgência.</p>	<p>Diretrizes emitidas por entidades de referência entre setembro de 2009 a 2014</p> <p>TOTAL: 15 estudos</p>	<p>O tratamento farmacológico da dor deve-se reger pela EAM da OMS, com inclusão da titulação, equianalgesia, rotatividade de opioides, vias de administração, condições dolorosas de difícil tratamento e controle de efeitos adversos.</p> <p>A eficácia do regime farmacológico e/ou controle dos efeitos adversos pode ser potencializada pelo uso simultâneo de técnicas não farmacológicas que contribuam para reduzir a intensidade da dor basal e controlar as exacerbações, melhorando o conforto, o bem-estar, reduzindo o nível de ansiedade, dor e dispneia que são resultados impactados pela assistência de enfermagem. É considerada uma medida que potencializam o regime farmacológico</p>
<p>Tick H, Nielsen A, Pelletier KR, Bonakdar R, Simmons S, Glick R, Ratner E, Lemmon RL</p> <p>País: Estados Unidos (Nova York)</p> <p>Ano: 2018</p> <p>Pesquisa: Medline</p>	<p>TÍTULO: Estratégias Não Farmacológicas baseadas em evidências para o Tratamento da dor - <i>White Paper</i></p> <p>OBJETIVO: Promover a investigação em curso e divulgar o papel dos tratamentos não farmacológicos eficazes na dor, com foco no impacto terapêutico e económico de curto e longo prazo de práticas de cuidado integral</p>	<p>Detalhar o contexto historio e a magnitude da dor, como atual problema, incluindo impactos individuais, sociais e económicos e os desafios do controlo de dor</p>	<p>Há pressão para que a medicina da dor se afaste de dependência de opióides, procedimentos e cirurgias ineficazes.</p> <p>Terapias não farmacológicas (massagem terapêutica) são eficazes como poupadores de opióides. Há que transformar a gestão da dor num modelo compreensivo responsivo, exigindo opções de tratamento e cuidados colaborativos, baseados em evidências que incluam estratégias eficazes não farmacológicas e tenham a vantagem de reduzir riscos de eventos adversos e responsabilidade por dependência.</p>

<p>Lozier, CC.; Nugent, SM.; Smith, NX.; Yarborough, BJ; Dobscha, SK.; Deyo, RA.; Morasco, BJ.</p> <p>País: EUA Ano: 2018 Pesquisa: Google Scholar</p>	<p>TÍTULO: Correlatos de uso e eficácia da estratégia não farmacológica para a dor crônica em doentes com prescrição de opióides a longo prazo</p> <p>OBJETIVO: Examinar a frequência e correlações de uso e utilidade autoavaliada de tratamentos não farmacológicos para doentes com dor crônica com prescrição de opióides de longo prazo</p>	<p>Artigo de revisão</p>	<p>Existe uma crescente conscientização de danos, dependência, overdose e efeitos adversos associados ao uso prolongado de opióides.</p> <p>Por isso, incentiva-se para uma combinação de intervenções, não farmacológicas para a dor crônica, sendo recomendadas pelas diretrizes de tratamento de dor.</p>
<p>Guerini. MM; Oliveira CRV; Reis, BCC.</p> <p>País: Brasil Ano: 2022 Pesquisa: Google Scholar</p>	<p>TÍTULO: Tratamento da dor crônica no doente oncológico: uma revisão de literatura.</p> <p>OBJETIVO: Avaliar as principais formas de controle da dor crônica no paciente oncológico.</p>	<p>Compilação de pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa e caráter descritivo através de uma revisão integrativa da literatura</p>	<p>O tratamento mais utilizado para o controle da Dor Crônica Oncológica (DCO) é a terapia farmacológica.</p> <p>Os opióides são a eleição, apesar dos efeitos adversos, dependência física e psicológica. Porém estudos apontam a importância da terapia multimodal, multidisciplinar e intervenções não farmacológicas associadas aos opióides, para a melhoria da qualidade de vida.</p> <p>Devido impacto da dor, é de suma importância que os doentes tenham acesso a equipes multidisciplinares, em que os profissionais tenham conhecimento sobre terapias alternativas e prestem um tratamento da dor de forma multimodal.</p>

<p>Dias A.G.; Neto F.L.; Gomes J.F.</p> <p>País: Portugal Ano: 2021 Pesquisa: Google Scholar</p>	<p>TÍTULO: Tratamento da dor oncológica metastizada</p> <p>OBJETIVO: Conhecer as abordagens terapêuticas</p>	<p>Artigo - Revisão literária</p> <p>APED (associação Portuguesa para o Estudo da Dor)</p>	<p>A doença oncológica é um grave problema de saúde que afeta 12,7 milhões de pessoas em todo o mundo, com uma prevalência crescente, prevendo que duplique em 2030. A dor é uma comorbilidade experienciada de forma complexa e a abordagem clássica com a administração de medicamentos opióides parece ser insuficiente para alcançar o controlo adequado da dor. Pode-se associar tratamentos complementares e alternativos para alívio da dor até 80% dos doentes;</p> <p>A eficácia da massagem terapêutica é controversa; a maioria dos estudos sugere que a massagem pode ter um efeito benéfico na dor com uma duração limitada de 16-18 horas; outros estudos afirmam que não há benefício na redução da dor oncológica, contudo os doentes sentem-se mais relaxados e com melhor humor, podendo alterar a forma como percebem a sua dor. Apesar do efeito benéfico na dor oncológica, os níveis de evidência são baixos devido a estudos de pequena dimensão, elevada heterogeneidade e elevado risco de enviesamento, portanto, estas terapias não poderão ser recomendadas numa medicina baseada na evidência. No futuro, é importante que surjam novas estratégias terapêuticas que abordem as vias específicas da dor oncológica e proporcionem uma melhoria na qualidade de vida.</p>
--	--	--	---

DISCUSSÃO

A doença oncológica é um grave problema de saúde que afeta 12,7 milhões de pessoas em todo o mundo, com uma prevalência crescente, prevendo-se que duplique em 2030 (Dias et al., 2021). Inerente a esta patologia, a dor é uma experiência universal, sendo um problema altamente prevalente e clinicamente relevante. Descrevendo-se a dor oncológica, como uma sensação desagradável e responsável por diversos prejuízos na vida desses doentes, sofrendo interferência de diversos fatores e estando associada à disseminação invasiva de células cancerosas no corpo ou em decorrência dos tratamentos antineoplásicos (Nascimento et al., 2022). Desse modo, encara-se a dor como uma comorbidade complexa (Dias et al., 2021). É multidimensional, exigindo uma abordagem holística e uma estratégia focada num sistema de práticas integradas, centrado no doente e baseado num modelo biopsicossocial de tratamento de dor (Boyd et al., 2016; Buckenmaier et al., 2016). Carece, portanto, de uma abordagem interdisciplinar que deve incluir e combinar intervenções farmacológicas e não farmacológicas, considerando assim a complexidade da dor do doente oncológico (Deng, 2019; Lopes-Júnior et al., 2015). Sendo evidente que esse controlo da dor seja mais eficaz quando envolve várias intervenções (farmacológicas e não farmacológicas), porque atua nos diversos componentes da dor (OE, 2016). Nesse sentido, deve-se direcionar a gestão da dor para o autocuidado, desenvolvimento de habilidades e suporte profissional orientado para a doença e bem-estar (Zeliadt et al., 2022). 4, multidisciplinar e intervenções não farmacológicas associadas, para a melhoria da qualidade de vida (Guerini et al., 2022). Também, a Sociedade Portuguesa de Anestesiologia refere que a elaboração e implementação de um plano terapêutico integrado, deve basear-se na combinação lógica e eficaz de meios farmacológicos e não farmacológicos (Valente et al., 2019). Podendo-se então, encaixar a massagem terapêutica como um novo paradigma do tratamento da dor (Buckenmaier et al., 2016). Com base nos resultados da pesquisa, já se reconhece o uso da massagem terapêutica como uma atitude importante no controlo da dor de um determinado grupo de doentes, nomeadamente em doentes oncológicos (Boyd et al., 2016). Sendo a modalidade de terapia complementar mais comumente utilizada e mais eficaz do que o toque simples na diminuição da dor oncológica (Lopes-Júnior et al., 2015). Sendo vista como uma adição refrescante com pouca ou nenhuma morbidade, um parceiro razoável no arsenal de terapia e uma ferramenta viável de controle de dor em doentes diversificados (Buckenmaier et al., 2016). Logo, uma medida adequada, oportuna e relevante. Descrita como uma prática integrativa com efeito analgésico importante, de fácil aplicação, baixo custo e segura (Nascimento et al., 2022).

Da compilação dos resultados, regista-se que a massagem oferece benefícios gerais de qualidade de vida, bem como alívio sintomático relacionado com a doença e com os tratamentos (Cowen et al., 2017). Porque os seus benefícios resultam de um jogo de combinação de efeitos biomecânicos, fisiológicos, neurológicos e psicológicos (Buckenmaier et al., 2016). Comprovando-se, que a massagem pode ter um efeito benéfico na dor com uma duração limitada de 16-18 horas, mas outros estudos afirmam que não há benefício na redução da dor oncológica, contudo os doentes sentem-se mais relaxados e com melhor humor, podendo alterar a forma como percebem a sua dor (Dias et al., 2021). Também se registam efeitos benéficos a nível: da raiva, do desconforto físico e emocional, do bem-estar emocional; no padrão de sono, relaxamento e stress (Alves et al., 2015), no tratamento da fadiga e ansiedade (Boyd et al., 2016; Cowen et al., 2017). Sendo também eficaz na redução imediata da angústia e do sofrimento (Lopes-Júnior et al., 2015). Apontando-se ainda como melhoria do

humor deprimido (Alves et al., 2015; Lopes-Júnior et al., 2015). Contudo, a eficácia da massagem terapêutica não deixa de ser controversa para alguns autores (Dias et al., 2021). Daí justificar-se as fracas recomendações (Boyd et al., 2016). Porque não existem dados que confirmem os efeitos da intervenção na qualidade de vida e sofrimento, além de existirem resultados contraditórios a nível do seu efeito, particularmente na intervenção na ansiedade e na depressão (Alves et al., 2015). Apesar destes sintomas descritos não se enquadrarem nos critérios de inclusão desta revisão, foram aspetos retratados nos estudos consultados, daí apenas os sinalizar, uma vez que podem interferir na dor do doente oncológico, sendo também importante perceber a influência das terapias no alívio desses sintomas relacionados com a doença oncológica, a fim de melhorar a qualidade de vida e o bem-estar desses doentes.

Assim, focando o objetivo e face à questão de partida desta RIL, a massagem é uma terapia de medicina integrativa com benefícios no controlo da dor (Lopes-Júnior et al., 2015; Deng, 2019), com resultados favoráveis e positivos no tratamento da dor oncológica. Capaz de reduzir a dependência desnecessária de intervenções farmacológicas e melhorar a qualidade de vida de doentes oncológicos (Deng, 2019). É eficaz como poupador de opióide (Tick et al., 2018). Tendo o potencial de diminuir a dose necessária de analgésicos opióides (necessários e apropriados para doentes oncológicos com dor intratável) (Deng, 2019). Comprovando-se, que existem maiores reduções nas doses de opióides prescritos, em comparação com as tendências seculares associadas aos cuidados convencionais, especialmente quando os doentes recebem terapias de saúde complementares e integrativas. Provando que as doses prescritas de opióides diminuem 12,0% nos doentes que iniciam terapias de saúde complementares e integrativas, em comparação com os cuidados convencionais (Zeliadt et al., 2022). Logo, pode-se dizer que a massagem terapêutica nos doentes oncológicos, permite diminuir o recurso a terapêutica farmacologia instituída. Porém, retrata-se a necessidade de mais investigação, devido ao pequeno número de ensaios clínicos que investigam a redução de opióides.

Justificando-se assim, um novo pensamento que ajudará a medicina da dor a superar a mentalidade antiga da saúde focada nos opióides, como “pilula para todos os males”, sem se questionar a eficácia dos opióides no tratamento da dor (Buckenmaier et al., 2016). Mas, confirmando que as intervenções não farmacológicas, por serem medidas não invasivas, são um aliado no tratamento da dor crónica em doentes sob tratamento farmacológico de opióides. Havendo um incentivo em combinar medidas não farmacológicas e analgésicos, como tratamento de eleição para a dor. Assim, verifica-se uma crescente conscientização de efeitos secundários associados ao uso prolongado desses opióides, nomeadamente risco de dependência e overdose (Tick et al., 2018; Lozier et al., 2018). Já se apontam bons resultados para o alívio da dor, o que favorece a redução de custos com medicamentos, diminuição dos possíveis efeitos adversos (sedação, fadiga, náuseas e vômitos) e melhoria da qualidade de vida dos doentes (Deng, 2019; Nascimento et al., 2022). Ou seja, a eficácia do regime farmacológico e/ou controle dos efeitos adversos pode ser potencializada pelo uso simultâneo de técnicas não farmacológicas que contribuam para reduzir a intensidade da dor basal e controlar as exacerbações, melhorando o conforto e o bem-estar (Ramos et al., 2017). Compreendendo, desse modo, que a massagem terapêutica pode ser uma opção viável na gestão da dor oncológica (Body et al., 2016). Assim, percebe-se que existe pressão para que a medicina da dor se afaste da dependência de opióides, sendo entendido um problema atual, que acarreta impactos individuais, sociais e económicos. Justificando-se, por isso, a necessidade de um trabalho da saúde na gestão de tratamento de dor e um investimento em terapias não farmacológicas eficazes na dor, nomeadamente na dor crónica e oncológica, capaz de

transformar o sistema de tratamento de dor num modelo compreensivo e responsivo, que aborde opções de tratamento e cuidados colaborativos baseados em evidências que incluam medidas eficazes de estratégias não farmacológicas (Tick et al., 2018). Desta forma, as terapias complementares e a educação em saúde contribuem na redução do quadro álgico (Nascimento et al., 2022).

Certos estudos já identificam as lacunas na ciência, de forma a projetar o desenvolvimento de recomendações em pesquisas futuras. Porém, ainda não existe um consenso para a prática clínica sobre as recomendações desta terapia. Considerando-se particularmente, que a eficácia da massagem terapêutica em doentes oncológicos, ainda não é clara (Body et al., 2016). Apesar das descobertas, a massagem não é uma ideia nova, mas a natureza do seu efeito terapêutico permanece resistente a explicações detalhadas, obrigando a um esforço adicional nesta área temática. Alerta-se para a necessidade de aumentar as evidências empíricas, bem como a importância de dar a conhecer os benéficos associados à massagem terapêutica, incidindo particularmente nesses doentes oncológicos (Lopes-Júnior et al., 2015; Alves et al., 2015). É “preciso valorizar os resultados relatados” pelos doentes, em vez de “procedimentos e pílulas” (Buckenmaier et al., 2016). Precisamos de mais estudos com maiores amostras representativas e delineamentos metodológicos rigorosos para implementar a investigação destes métodos e técnicas, de forma a que as intervenções não farmacológicas sejam eficazes para todos tipos e intensidade da dor, podendo serem recomendadas como mais uma alternativa ao tratamento da dor oncológica ou usada concomitantemente com o farmacológico, de acordo com a prescrição nos protocolos de intervenções no tratamento da dor (Lopes-Júnior et al., 2015; Nascimento et al., 2022). Nesta visão, há que: demonstrar e evidenciar aos profissionais de saúde e os administradores, a eficácia destes tratamentos não farmacológicos; defender iniciativas políticas; promover a investigação e, divulgar os seus benéficos terapêuticos/económicos destas práticas de cuidado integral (Tick et al., 2018).

Como implicações práticas, destaca-se deficiências na formação dos profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, como uma causa para o inadequado tratamento da dor. Logo, os programas de formação são essenciais, devendo ser realizados de forma regular no sentido de iniciar, manter e atualizar conhecimentos e competências (Valente et al., 2019). Há que investir na mudança da prática clínica e no comportamento, com o intuito de melhorar a eficácia e segurança dos cuidados. Por isso, sendo o controlo da dor, um direito das pessoas e um dever dos profissionais, o enfermeiro é o profissional de saúde mais capacitado para promover e intervir no controlo da dor, sendo privilegiado pela proximidade de tempo e contato (OE, 2016). Tendo o dever de implementar intervenções que vão de encontro às necessidades” (DR n.º 181/2015, Lei n.º 156/2015). Podendo aplicar na prestação de cuidados diários ao doente, como complementaridade às terapêuticas farmacológicas vigentes no sistema de saúde (Alves et al., 2015). Uma vez que têm autonomia para decidir sobre a sua implementação, tendo por base os conhecimentos técnicos e científicos que detêm, a identificação da problemática do beneficiário de cuidados, os riscos e problemas potenciais que da implementação podem advir, atuando no melhor interesse da pessoa assistida, sendo por isso uma mais-valia para esses doentes (OE, 2016). Por tudo mencionado, é fundamental incrementar no corpo de saberes da enfermagem a produção de conhecimentos sobre o tema, com o intuito de subsidiar orientações e treino da equipa, propondo diretrizes atualizadas e protocolos inovadores. Para que desse modo, seja possível contribuir para a prática de excelência baseada na evidência (Alves et al., 2015).

CONCLUSÕES

A massagem terapêutica oferece efeitos benéficos gerais de qualidade de vida e de bem-estar, interferindo no controlo de sintomas físicos, psicológicos e emocionais, sendo uma opção segura e viável para a gestão de dor dos doentes oncológicos. Não remove a necessidade de tratamento farmacológico, mas representa um aliado numa abordagem interdisciplinar que deve incluir e combinar intervenções farmacológicas e não farmacológicas, considerando a complexidade da dor do doente com patologia oncológica. Apesar da escassez de estudos (qualitativos e quantitativos), os resultados da pesquisa sugerem que a massagem terapêutica, como medida não farmacológica no tratamento da dor oncológica, permite reduzir a dose de terapêutica opioíde. Sendo capaz de minorar a dependência desnecessária de intervenções farmacológicas e melhorar a qualidade de vida de doentes oncológicos. Porém, são necessárias mais investigações e maior consistência empírica que comprove a eficácia desta técnica no controlo de dor como cuidado complementar ao tratamento farmacológico. Sendo pertinente a elaboração e aplicação de planos de prevenção, cuidados e educação sobre esta temática. Como limitações desta revisão integrativa da literatura, aponta-se a carência de trabalhos de investigação relacionados com o foco da temática; o horizonte temporal restrito e insuficiente e a própria especificidade do desenho da revisão. Perspetivam-se pesquisas futuras com mais evidência científica, esperando que os sistemas de saúde invistam em tratamentos de qualidade e bem-estar perante um crescente número de doentes oncológicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, MLSD; Jardim, MHAG; Gomes, BP; Freitas, OMS (2015). Efeito da massagem terapêutica na saúde mental das pessoas com patologia oncológica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (spe2), 119-122. Disponível em: http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000100020&lng=pt&tlng=pt.

Barbosa A., Pina, P.R., Tavares F., Neto I.G. (2016) *Manual de Cuidados Paliativos (3ª edição)*, Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa Centro de Bioética

Boyd CMA, Crawford CBA, Paat CFBS, Price A, Xenakis LMPA, Zhang W, Evidence for Massage Therapy (EMT) (2016), Working Group, The Impact of Massage Therapy on Function in Pain Populações—Uma Revisão Sistemática e Meta-análise de Ensaios Controlados Randomizados: Parte II, Populações de Dor de Câncer, *Medicina da Dor*, Volume 17, Edição 8, Agosto de 2016, Páginas 1553–1568. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/pm/pnw100>

Buckenmaier, C; Cambron, J; Werner, R; Buckenmaier, P; Deery, C; Schwartz, J; Whitridge, P (2016). *Massage Therapy for Pain—Call to Action*. *Pain Medicine*, (), pnw092–. doi:10.1093/pm/pnw092

Cowen VS, Miccio RS, Parikh B (2017), *Massagem Terapêutica no Tratamento Ambulatorial do Câncer: Uma Análise da Área Metropolitana*. *J Evid Complementary Altern Med*. 2017 out;22(4):851-855. doi: 10.1177/2156587217727938. Epub 28 de agosto de 2017. PMID: 28845677; PMCID: PMC5871309

Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto

Deng GMD (2019), *Terapias de medicina integrativa para o manejo da dor em pacientes com câncer*. *The Cancer Journal*: 9/10 2019 - Volume 25 - Edição 5 - p 343-348 doi: 10.1097/PPO.0000000000000399

DGS - Direção Geral da Saúde, (2003). *A dor como 5.º sinal vital*. Registo sistemático da intensidade da Dor; Circular Normativa n.º 09/DGCG. Data: 14/06/2003, Ministério da Saúde, Administrações

Regionais de Saúde, Disponível em: https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-2003.pdf

Diário da República (DR) 93/1998. Decreto – Lei n.º 104/98. n.º 93/1998, Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto. Série I-A de 1998-04-21. Diário da República Eletrónico. Disponível em: <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/1998-70937797>

Dias A.G; Neto, F.L.; Gomes J.F. (2021), Tratamento da dor oncológica metastizada, artigo da APED (Associação Portuguesa para o estudo da Dor); Portugal, Permanyer, DOI:10.24875/Dor.M20000002

Guerini. M.M; Oliveira C.R.V; Reis, B.C.C. (2022). Tratamento da dor crônica no paciente oncológico: uma revisão de literatura. Revista Eletrônica Acervo Médico, 4, e9885. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reamed.e9885.2022>

Lopes-Júnior, Luís Carlos et al. (2015), Efficacy of the complementary therapies in the management of cancer pain in palliative care: A systematic review* * Supported by Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES), Grant # 359/2019, Brasil, Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]. 2020, v. 28, e3377. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.4213.3377>>. ISSN 1518-8345.

Lozier, CC.; Nugent, SM.; Smith, NX.; Yarborough, BJ; Dobscha, SK.; Deyo, RA.; Morasco, BJ. (2018). Correlates of use and Perceived Effectiveness of Non-pharmacologic Strategies for Chronic Pain Among Patients Prescribed Long-term Opioid Therapy. Journal of General Internal Medicine, 33(S1), 46–53. doi:10.1007/s11606-018-4325-x

Nascimento, N., Santos, A. T. N., & Alves, P. G. J. M. (2022). Métodos e Técnicas Não Farmacológicas no Tratamento da Dor Oncológica: Revisão Sistemática da Literatura. Revista Brasileira de Cancerologia, 68(4).

OE - Ordem dos Enfermeiros, (2016), Massagem Terapêutica na Consulta de Enfermagem na Unidade de Dor Crônica, Parecer n.º 04/2016, Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8252/parecer_04_2016_10_03_mceemc_massagemterapeuticaconsultaenfermagemunidadedorcronica.pdf

PRISMA (2020). Fluxograma. Flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only, Disponivrl em: <http://www.prisma-statement.org/>

Ramos, AFN; Tavares, APM, Mendonça, SMS (2017), Controlo da dor e da dispneia em doentes oncológicos em situação de urgência: resultados da intervenção de enfermagem. Revista Dor [online]. 2017, v. 18, n.02 pp. 166-172. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170033>>. ISSN 2317-6393. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170033>

RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal)

Tick H, Nielsen A, Pelletier KR, Bonakdar R, Simmons S, Glick R, Ratner E, Lemmon RL, Wayne P, Zador V (2018); Força Tarefa da Dor do Consórcio Acadêmico de Medicina Integrativa e Saúde. Estratégias Não Farmacológicas Baseadas em Evidências para Cuidado Abrangente da Dor: White Paper da Força-Tarefa de Dor do Consórcio. Explorar (NY). 2018 maio-junho;14(3):177-211. doi: 10.1016/j.explore.2018.02.001. PMID: 29735382.

Valente, R. F., Carmona, C., Serralheiro, I., Monteiro, M., Gomes, P., Santos, R., & Fonseca, S. (2019). Recomendações da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia para o Tratamento da Dor Aguda 2018. Revista Da Sociedade Portuguesa De Anestesiologia, 28(2), 102–109. Disponível em: <https://doi.org/10.25751/rspa.15020>

Zeliadt, SB, Douglas, JH, Gelman, H. et al. (2022), Efetividade de um modelo de atenção integral à saúde com ênfase em saúde complementar e integrativa na redução do uso de opioides entre pacientes com dor crônica. BMC Health Serv Res 22, 1053 (2022). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08388-2>

CONCLUSÃO

O presente relatório evidencia o desempenho e reflete o espelho de uma viagem de ligação entre os conhecimentos teóricos, a prática clínica e as intervenções realizadas. Resulta da reflexão e análise crítica das escolhas, atividades e metas alcançadas em associação com o aprofundamento da evidência científica, tendo o intuito de consolidar as competências adquiridas, em articulação com os objetivos estabelecidos.

A estruturação deste relatório é composta por três partes, cada fase relevante e complementar. A prática clínica surge no âmbito do plano de estudos como um momento fulcral de aquisição de conhecimentos, atingindo o objetivo de desenvolver experiências de prática assistencial, aplicando os valores e princípios dos CP. Do estágio realizado na UCP, destaco o poder de cuidados humanizados, a sensibilização dos paliativos e a mentalidade de qualidade de vida até ao último momento. A interação e união de profissionais de saúde, o espírito de trabalho de equipa com um objetivo comum, compreendido por todos foram critérios vantajosos. Há que elogiar a prática desta UCP, uma mais valia o contacto com esse meio hospitalar. Profissionais competentes, responsáveis, pessoas especiais e humanas, contribuindo para um excelente período de aprendizagem e uma reflexão sobre os melhores cuidados que o doente merece e necessita. Um local envolto de conforto, proporcionando uma esperança de vida e uma atenção integral. Comprovando, que existem serviços públicos onde o doente é alvo e merecedor de cuidados de qualidade, onde se promove a sua autonomia, dignidade e respeito pelos direitos humanos. E onde os familiares/ cuidadores recebem apoio e suporte. Atualmente continuo a agradecer todo o apoio e parceria demonstrado. Deste empenho, dedicação e comunicação nasceu uma excelente relação e empatia. E não tenho dúvida, que esse é o melhor fruto. Ganhei ferramentas terapêuticas e aprendi muito! Atingi os objetivos, conseguindo demonstrar a capacidade de estabelecer relações terapêuticas e multiprofissionais, colaborando com os membros da equipa de saúde na gestão do serviço. Sinto um orgulho pessoal pelo sentimento de pertença a uma “família” de CP, mesmo trabalhando noutra hospital, com realidades diferentes.

Na sequência temática, ao longo do relatório abordou-se a área de exercício profissional e o percurso na prática clínica: identificando as competências adquiridas nas áreas-chave dos CP, (comunicação, controlo de sintomas, o apoio á família e no trabalho de equipa), justificando os objetivos atingidos e pormenorizando atividades realizadas, demonstrando a aplicabilidade prática e a ligação teórica.

Outro marco deste mestrado, foi a implementação do projeto de intervenção e formação hospitalar, contribuindo para o incremento paulatino da filosofia de cuidados paliativos. Fez todo o sentido, aliar a parte teórica à prática, atualizar conhecimentos, melhorar a prestação de cuidados e investir num futuro profissional mais capaz, competente e humano. Concluo que a intervenção formativa representou uma “porta-aberta”. A aplicação de conhecimentos e estratégias possibilitou a promoção, valorização e aperfeiçoamento do papel e do cuidar de Enfermeiro na humanização e formação. Superei com sucesso este enorme desafio pessoal/profissional, assumi a responsabilidade de agente disseminador de boas práticas e motivador de outros profissionais para a necessidade de repensar o nosso trabalho e investir na mudança. Os CP são uma prioridade da política de saúde, e a incrementação desta temática

no seio hospitalar é muito pertinente e necessária. Tenho a noção de resistências, lido com dificuldades diariamente, mas ambiciono a mudança de práticas e a aquisição de novos modelos de atuação. É urgente educar, refletir, adequar planos, aperfeiçoar a comunicação entre equipas e olhar por cada um de nós! É complicado lidar com casos clínicos delicados, mas dá sentido ao dia-a-dia de uma verdadeira enfermeira! Retirar as lições necessárias, descomplicar e procurar as possíveis soluções. Demonstrando e atingindo dessa forma, a capacidade de reflexão ética e crítica na análise de assuntos complexos inerentes à prática. Sou mais ágil a identificar, mais eficaz a gerir e mais atenta a cuidar. Projeto a missão de cuidar do outro, como gostaria que cuidassem de mim. Porque na essência desse cuidar reside o amor, a empatia e a ciência. Visualizo um horizonte repleto de caminhos e melhores decisões. Compreendendo que a união dos CP a uma proposta mais humanizada, não é uma obrigação, mas sim um ato de respeito e solidariedade com o doente/família, proporcionando o alívio do sofrimento ocasionado pela doença (Nogueira et al., 2015). Sendo dever do enfermeiro implementar intervenções que vão ao encontro das necessidades (Decreto-Lei n. 104/1998), valorizando as nossas intervenções na promoção do conforto e do bem-estar. Como reforço desta ideia, OMS reconheceu que 2020 foi o “Ano do Enfermeiro”, sendo imperativo tirar o máximo partido da visibilidade do papel dos enfermeiros e da ciência na saúde a nível mundial, no sentido de avançar rumo a melhores modelos de cuidados e formulações de políticas de saúde universais que garantam cuidados de saúde equitativos e de qualidade (Meleis, 2021).

Neste ponto, não poderia abdicar de um paralelismo com atualidade e as transformações decorrentes. A pandemia de SARS-Cov-2 assolou o planeta e trouxe uma consciência coletiva mais apurada do valor da vida. Vivemos uma crise que nos obriga a refletir, a reinventar e viver de modo diferente. Obrigando a por a prova a nossa resiliência e a mostrar a importância do suporte de sistema de saúde e dos seus profissionais. Este período abriu a oportunidade para realçar a análise, decisão e ação sobre o trabalho interprofissional. Foi crucial a articulação e diversidade, perante a escassez e a complexidade da intervenção. Por isso, há que enaltecer os enfermeiros, por brilharem através do seu conhecimento, da sua prática, da sua voz, da sua advocacia e do seu cuidado. Destaco o valor qualitativo desse desempenho em cuidados paliativos e no processo de morte (Meleis, 2021). Portanto, há que defender a qualidade do nosso cuidar e a segurança na vida das pessoas, consolidando com a melhor evidência científica.

Falando de evidência científica, na terceira parte deste relatório, projetou-se a Revisão Integrativa da Literatura (RIL), elegendo um assunto relevante para a prática da Enfermagem e de CP. As medidas complementares simbolizam um olhar diferenciado, um passo significativo e um ótimo contributo, proporcionando conforto e bem-estar aos que dele beneficiam. Segundo os artigos consultados, a dor pode ser controlada mediante uma abordagem e avaliação completa, recorrendo a uma compilação de medidas não farmacológicas (como a massagem terapêutica) e a tratamentos farmacológicos (como é o uso de opióides e seus adjuvantes). Mas, exige-se mais evidência científica que demonstre que a prática de terapias não farmacológicas é uma estratégia eficaz e viável no controlo da dor, permitindo reduzir a dose terapêutica e poupar o consumo de opióides. Sendo os resultados desta RIL, o ponto de partida para futuramente desenvolver uma investigação nesta temática.

Em suma, a realização deste Mestrado em Cuidados Paliativos acarretou diversas oportunidades, experiências e partilhas que possibilitaram a construção gradual, representando um rumo acertado no meu caminho pessoal e profissional. Saliento que perante as necessidades e dificuldades, sou hoje uma enfermeira mais motivada, empenhada, resiliente,

disposta a enfrentar e aceitar desafios, tendo maior esperança e expectativa nesta área de cuidados e ainda mais paixão pelo que se faz. Sinto-me mais autónoma, competente e preparada para lidar com o inesperado que ameaça a saúde e a qualidade da vida humana. Desejo que esta preparação profissional contribua para a sinergia e força do coletivo do trabalho de equipa, sendo crucial conseguir fazer mais e melhor. Ganhei um orgulho pela nossa equipa! E uma vontade de colocar em prática as restantes medidas propostas delineadas neste projeto de mestrado. Que consigamos melhorar o trabalho paliativo na “linha da frente” no apoio aos nossos doentes e que o dia de amanhã seja diferente. Há que consolidar o trabalho e assegurar que damos voz aos cuidados paliativos (Pereira, 2019). Estamos juntos numa caminhada, temos muita estrada pela frente. Mas, faremos que o futuro próximo seja mais parecido com tudo o que desejamos e ambicionamos na nossa profissão! OXALÁ a minha dedicação prática, seja capaz de transformar atitudes, refletir sobre os cuidados, melhorar os resultados, fomentar a esperança e construir um melhor amanhã, fazendo com que os cuidados paliativos cheguem a todos aqueles que deles mais necessitam.

Referências bibliográficas

- Abomdanza E. (2018). In IPO de Lisboa Francisco Gentil. Agenda Solidária IPO 2019. Livros Horizonte e Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil. ISBN: 978-972-24-1891-1
- Albom, M. (1997). *As Terças com Morrie*. Cascais: Ed. Sinais de Fogo, p. 113
- Almeida K.L.S., Garcia, D.M. (2015). O uso de estratégias de comunicação em cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa, *Cogitare Enfermagem*, Out/dez; 20(4): 725-732.
- Almeida, G. (2009). *Direitos Humanos em fim de vida: Decisão de Não Reanimar*. Coimbra
- Alves E.M.M. (2020). O impacto da resiliência e do ambiente ético hospitalar na percepção de Burnout nos profissionais de cuidados paliativos. Universidade do Porto. Mestrado Cuidados Paliativos
- Alves L. (2018). In IPO de Lisboa Francisco Gentil. Agenda Solidária IPO 2019. Livros Horizonte e Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil. ISBN: 978-972-24-1891-1
- Alves S. et al., (2004). *Cuidados Paliativos. Enfermagem Oncológica*. 1.^a Edição, Coimbra: Formasau, p.138-159.
- Alves, MLSD; Jardim, MHAG; Gomes, BP; Freitas, OMS (2015). Efeito da massagem terapêutica na saúde mental das pessoas com patologia oncológica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (spe2), 119-122. Disponível em: http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000100020&lng=pt&tln=pt.
- American Psychological Association (APA). (2015). *Manual para a realização de citações em texto e referências bibliográficas*. Publication manual of the APA. 6th ed. Washington (DC): APA.
- American Thoracic Society. *Dyspnea: mechanisms, assessment and management: a consensus statement*. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999 Jan;(159): p. 321-40
- Américo, A. F. (2009). As últimas 48 horas de vida. Em A. N. *Paliativos, Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 290-298). Rio de Janeiro: Diagraphic.
- ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006). *Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos, Recomendações da APCP (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos)*
- ANCP - Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006). *Organização de Serviços em Cuidados Paliativos. Recomendações da ANCP, Porto, Portugal*.
- Andrade CG, Costa SFG, Lopes MEL. (2013). Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18 (9):2523-2530. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a06.pdf>
- Anguita et al, (2019), Humanização dos cuidados de saúde no serviço de urgência: análise qualitativa baseada nas experiências dos enfermeiros, Artigo de Investigação, *Revista de Enfermagem Referência*, vol. IV, núm. 23, pp. 59-68, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, DOI: <https://doi.org/0.12707/RIV19030>
- Antunes (1998). *Consentimento informado*. In “Ética em cuidados de saúde”. Porto: Porto Editora.
- Aoun SM, Breen LJ, Rumbold B, Howting D. (2014). Reported experiences of bereavement support in Western Australia: a pilot study. *Aust New Zel J Public Health*. 2014;38(5):473–9.
- Aparício M. (2018) *Comunicação em Cuidados Paliativos*. Material de apoio às aulas, XVIII Mestrado em Cuidados Paliativos, Castelo Branco, IPCB/ ESALD.

APCP - Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, (2016). Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal. Proposta de Programa Nacional de Cuidados Paliativos enviada para o Ministério da Saúde

APCP - Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, (2022), Programa do X Congresso Nacional de Cuidados Paliativos/ I Congresso Internacional da APCP.

APED - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, (2013) Definição de dor crónica. Lisboa. Disponível em: <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor>

Arantes A.C.Q. (2020). Histórias lindas de morrer. 1.ª edição. Alfragide: Oficina do livro. ISBN 978-989-660-889-7.

Araújo A.R., Mota T., Gonçalves F. (2021) in Guia Prático de Controle de Sintomas. Capítulos: Náuseas e Vômitos; Oclusão intestinal maligna, 2.ª Edição

Araújo MMT, Silva MJP. (2007). A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. Rev Esc Enfermagem USP.2007; 41 (4):668-74.

Araújo MMT, Silva MJP. (2012). Estratégias de comunicação utilizada por profissionais de saúde na atenção a pacientes sob cuidados paliativos. Rev Esc Enfermagem USP; 46 (3):626-632. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/14.pdf>

Areia, N.; Major, S.; Relvas, A (2017). Necessidades dos familiares de doentes terminais em cuidados paliativos: Revisão crítica da literatura. Psychologica. Vol. 60, nº1 (2017), p. 137-152.

Badenas R. (2016). Enfrentar a dor – conforto e esperança perante o sofrimento humano. 1.ª edição. Editorial Safeliz. ISBN 978-989-8799-16-6 (pp. 23-246)

Barbosa A., Neto, I.G. (2006) Manual de Cuidados Paliativos (1ª edição), Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética. ISBN: 978-972-9349-21-8.

Barbosa A., Neto, I.G. (2010) Manual de Cuidados Paliativos (2ª edição), Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética. ISBN: 978-972-9349-21-8.7

Barbosa A., Pina, P.R., Tavares F., Neto I.G. (2016) Manual de Cuidados Paliativos (3ª edição), Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa Centro de Bioética

Barreto, M.,Díaz, J., Gallego, j., Fontana., Belinchón, J.& Barcia C, (2006). El proceso de comunicación en pacientes com tumor cerebral. Medicina Paliativa, 13 (1), 63.

Buckman, R.A. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. Disponível em: <https://www.infona.pl/resource/bwmeta1.element.elsevier-c30f5c76-e704-32d0-a8bc-818a5aa302b7>

Bartel R. (2016). Conversations: Creating Choice in End of Life Care. Melbourne: Australian Centre for Health Research (ACHR).

Batalha L.M.C., Costa, L.P.S, Reis, G.M.R., Jacinto, F.M.R.C., Machado, R., Santos, P.M.G. (2014), Dor pediátrica em Portugal: resultados da sensibilização e formação, Ata Pediátrica Portuguesa, Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/267508113>

Bermejo JC. (2018). Apontamentos para uma introdução ao counselling em saúde. Mestrado em Cuidados Paliativos – Comunicação e Saúde. Disponível em: www.josecarlosbermejo.es

Bernardo (1998) – referência na aula de Comunicação e Luto, pela Enf.ª Sílvia Ramos, Mestrado em Cuidados Paliativos, Castelo Branco (IPCB/ESALD)

Bernardo A., Rosado J., Salazar H. (2006). Burnout e autocuidado. In: Barbosa A., Neto I.G. Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa. Núcleo de Cuidados Paliativos – Centro da Bioética. Faculdade de medicina de Lisboa (pp. 475-484).

Bernardo A., Rosado J., Salazar H. (2010). Trabalho de equipa. In: Barbosa A., Neto I.G. Manual de Cuidados Paliativos (pp.761-772). Lisboa. Faculdade de medicina da Universidade de Lisboa e Fundação Calouste Gulbenkian. 2.^a Edição. ISBN 978-972-9349-5.

Bernardo A., Rosado J., Salazar H. (2016). Trabalho em equipa. In: Barbosa A., Neto I.G. Manual de Cuidados Paliativos (pp.761-772). Lisboa. Faculdade de medicina da Universidade de Lisboa e Fundação Calouste Gulbenkian. 3.^a Edição. ISBN 978-972-9349-37-9. p. 907-914.

Bessa M. (2013). A densificação dos princípios da bioética em Portugal, Estudo de Caso: a atuação do CNECV. Mestrado em Direito – Ciências Jurídico-Políticas.

Boyd CMA, Crawford CBA, Paat CFBS, Price A, Xenakis LMPA, Zhang W, Evidence for Massage Therapy (EMT) (2016), Working Group, The Impact of Massage Therapy on Function in Pain Populações—Uma Revisão Sistemática e Meta-análise de Ensaios Controlados Randomizados: Parte II, Populações de Dor de Câncer, Medicina da Dor , Volume 17, Edição 8, Agosto de 2016, Páginas 1553–1568. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/pm/pnw100>

Braz, M. S., Franco, M. H. P. (2017) Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado, Psicologia: Ciência e Profissão Jan/Mar. 37 n°1, 90-105.

Bruera, E., Higginson, I., Gunten, C., & Morita, T. (2015). Textbook of palliative medicine and supportive care, eBook ISBN 9780429072406

Buckenmaier, C; Cambron, J; Werner, R; Buckenmaier, P; Deery, C; Schwartz, J; Whitridge, P (2016). Massage Therapy for Pain—Call to Action. Pain Medicine, doi:10.1093/pm/pnw092

Caeiro, R. T. (1991) Registos clínicos em medicina familiar, Instituto de medicina geral da zona sul. Lisboa: ÉDIPO

Capelas M.L., Silva A., Coelho P., Afonso T., Simões C. (2018), Indicadores de Qualidade Prioritários para os Serviços de Cuidados Paliativos em Portugal. Relatório de Outono 2018 do Observatório Português dos Cuidados Paliativos.

Capelas M.L.V. (2008), Organização de Serviços: Estimativa de Necessidades para Portugal, Dor, 16, p. 40-44.

Capelas ML. (2014) Indicadores de qualidade para os serviços de Cuidados Paliativos em Portugal. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Capelas ML; Neto I. (2010). Organização de Serviços. In António Barbosa e Isabel Galriço Neto. Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética, 2010. p.789-799.

Carqueja, E., (2018) O Luto: Avaliação e intervenção terapêutica - Material de apoio às aulas, XVIII Mestrado em Cuidados Paliativos, Castelo Branco, IPCB/ ESALD.

Carvalho, C.S.U. (2008). A necessária atenção à família do paciente oncológico. Revista brasileira de Cancerologia; 54 (1): p. 87-96.

Caseiro, A. e Capelas, M. (2018), Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos: Avaliação das necessidades num Concelho da Região de Lisboa. Cuidados Paliativos. Vol. 5, n°1 (2018), p. 59-67.

Cavalcante A. (2014). O que realmente importa. Self- Desenvolvimento Pessoal. Parede. ISBN: 978-989-98706-5-9.

Chan HYL, Lee LH, Chan CWH. (2013), The perceptions and experiences of nurses and bereaved families towards bereavement care in an oncology unit. *Support Care Cancer*. 2013;21:1551-6.

CID-11, (2019). International Classification of Diseases 11th Revision. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/lm/en#http://id.who.int/icd/entity/129180281> (in12july2019)

CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, (2016) Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biénio 2017-2018. Ministério da Saúde. Despacho 14311-A/2016, de 28 de novembro, – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, D.R. II, 2ª série (35360-(2) – 35360-(6). Disponível em: <https://dre.pt/application/file/105264087>

CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, (2018), PEDCP - Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biénio 2019-2020. Ministério da Saúde. Despacho nº 3721/2019, de 03 de abril, Gabinete da Secretária de Estado da Saúde, D.R. II Série. 66 (10570-10575) Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/121939043>

CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, (2020) Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biénio 2021-2022. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt> >

Coluzzi, F, Taylor, R., Pergolizzi, J.V., Mattia C., Raffaf, R.B. (2016), Orientação para boa prática clínica para opioides no tratamento da dor: os três “Ts” – titulação (teste), ajustes (individualização), transição (redução gradual), *Brazilian Journal of Anesthesiology*, volume 66, Issue 3, p.310-317

Decreto do Presidente da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro

Costa PS. (2013). *Desistir não é opção*. Lua de Papel. Alfragide. ISBN: 978-989-23-1954-4.

Cowen VS, Miccio RS, Parikh B (2017), Massagem Terapêutica no Tratamento Ambulatorial do Câncer: Uma Análise da Área Metropolitana. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, EUA. out;22(4):851-855. doi: 10.1177/2156587217727938. Epub 28 de agosto de 2017. PMID: 28845677; PMCID: PMC5871309

Cramond, L., Fletcher, I., & Rehan, C. (2020). Experiences of clinical psychologists working in palliative care: A qualitative study. *European Journal of Cancer Care*. <https://doi.org/10.1111/ecc.13220>

Deng GMD (2019), Terapias de medicina integrativa para o manejo da dor em pacientes com câncer. *The Cancer Journal*: 9/10 2019 - Volume 25 - Edição 5 - p 343-348 doi: 10.1097/PPO.000000000000399

DGS - Direção Geral da Saúde (2003), a dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor; Circular Normativa n.º 09/DGCG. Data: 14/06/2003, Administrações Regionais de Saúde, Disponível em: https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

DGS - Direção Geral da Saúde (2004). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Circular Normativa n.º 14/DGCG de 13/07/2004, Ministério da Saúde, Disponível em: [http://www.apcp.com.pt/uploads/PlanoNacionalCP - Circular Normativa \(DGS 13-7-2004\).pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/PlanoNacionalCP - Circular Normativa (DGS 13-7-2004).pdf)

DGS - Direção-Geral da Saúde (2008), Utilização dos medicamentos opióides fortes na dor crónica não oncológica, Circular Informativa Nº: 09/DSCS/DPCD/DSQC, Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-09dscsdpcddsqc-de-24032008-pdf.aspx>

Diário da República (DR) n.º 26/2019, Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Série II de 2019-02-06. Diário da república Eletrónico. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Diário da República (DR) n.º 66/2019, Despacho n.º 3721/2019, Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biénio 2019/2020, Série II de 2019-04-03, Diário da República Eletrónico, Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/3721-2019-121939043>

Diário da República (DR) n.º 109/2006. Decreto -Lei n.º 101/2006. /2015, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Série I-A de 2006-06-06. Diário da República Eletrónico. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/69895072/indice>

Diário da República (DR) n.º 112/2016, Portaria n.º 165/2016, Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), Série I de 2016-06-14. Diário da República Eletrónico, Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/165-2016-74671910>

Diário da República (DR) n.º 113/2016, Despacho n.º 7824/2016, Membros da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, Série II de 2016-06-15, páginas 18798 – 18801. Diário da República Eletrónico, Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/7824-2016-74699399>

Diário da República (DR) n.º 135/2018, Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Série II de 2018-07-16. Diário da República Eletrónico, Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/diario-republica/135-2018-115692952>

Diário da República (DR) n.º 137/2018, Lei n.º 31/2018, Direito das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida. Série I de 2018-07-18. Diário da República Eletrónico, Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/31-2018-115712240>

Diário da República (DR) n.º 172/2012, Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro, Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, Série I de 2012-09-05, Diário da República Eletrónico, Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/52-2012-174841>

Diário da República (DR) n.º 181/2015, Lei n.º 156/2015. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Código Deontológico dos enfermeiros. Série I de 2015-09-16. Diário da República Eletrónico. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Diário da República (DR) n.º 197/2015, Portaria n.º 340/2015, Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), a caracterização dos serviços e a admissão nas equipas locais e as condições e requisitos de construção e segurança das instalações de cuidados paliativos. Série I de 2015-10-08. Diário da República Eletrónico, Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/340-2015-70485726>

Diário da República (DR) n.º 2/2001, Decreto do Presidente da República n.º 1/2021. Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina. Série I-A de 2001-01-03. Diário da República Eletrónico. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-presidente-republica/1-2001-235127>

Diário da República (DR) n.º 228/2016, Despacho n.º 14311-A/2016, Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biénio 2017/2018. 1.º Suplemento, Série II de 2016-11-28. Diário da República Eletrónico. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/14311-a-2016-105263926>

Diário da República (DR) n.º 38/2017, Portaria n.º 75/2017. Rede Nacional de Cuidados Paliativos, a caracterização dos serviços e a admissão nas equipas locais e as condições e requisitos de construção e segurança das instalações de cuidados paliativos. Série I de 2017-02-22. Diário da República Eletrónico. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/75-2017-106509197>

Diário da República (DR) n.º 43/2020, Despacho n.º 2836-A/2020, Prevenção e controlo de infeção por novo Coronavírus (COVID-19, 2º Suplemento, Série II de 2020-03-02, páginas 2 – 4, Diário da República Eletrónico, Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/2836-a-2020-129793730>

Diário da República (DR) n.º 46/2018, Portaria n.º 66/2018, Série I de 2018-03-06, Rede Nacional de Cuidados Paliativos: a caracterização dos serviços e a admissão nas equipas locais e as condições e requisitos de construção e segurança das instalações de cuidados paliativos. Série I de 2018-03-06. Diário da República Eletrónico. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/66-2018-114822275>

Dias A.G; Neto, F.L.; Gomes J.F. (2021), Tratamento da dor oncológica metastizada, artigo da APED (Associação Portuguesa para o estudo da Dor); Portugal, Permanyer, DOI:10.24875/Dor.M20000002

Donato SCT, Matuoka JY, Yamashita CC, Salvetti MG (2016). Effects of dignity therapy on terminally ill patients: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(6):1011-1021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000700019>

EAPC - European Association for Palliative Care (2009). White Paper on Standards and Norms for Hospice and Palliative Care in Europe: Part 1. *European Journal of Palliative Care*. 2009; 16(6): p. 278-289.

Eccleston C., Fisher E., Thomas K.H., Hearn L., Derry S., Stannard C., Knaggs R., Moore R.A. (2017). Intervenções para a redução do uso de opioides prescritos na dor crônica não oncológica. *Cochrane Data base of Systematic Reviews 2017, Issue 11*. Artigo Nº: CD010323. DOI: 10.1002 / 14651858.CD010323.pub3.

Educação e trabalho interprofissional em saúde. (p.65). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. ISBN 978-989-53081-2-5.

Encarnação, J.F., & Farinasso, A.L. (2014). A família e o familiar cuidador de pacientes fora de possibilidades terapêuticas: uma revisão integrativa. *Seminário Ciências Agrárias*, 35, 137-148.

ESALD - IPCB (2018), Adenda ao Regulamento dos ciclos de estudos conducentes ao grau de Mestre do Instituto Politécnico de Castelo Branco, aprovada em Concelho de Coordenação Académica.

ESAS - Edmonton Symptom Assessment System, versão atualizada em 2010 – ESAS-r, para ambulatório e internamento

Fernandes J. (2016). Apoio à família em cuidados paliativos. In Barbosa, A., Pina, P. R., Tavares, F., Neto, I. G. (2016) *Manual de Cuidados Paliativos (3ª edição)*, Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa Centro de Bioética. ISBN 978-972-9349-37-9. p. 653-664.

Fernández-Sánchez, J.C., Pérez-Mármol, J.M., Santos-Ruiz. A.M., Pérez-García, M., & Peralta-Ramírez, M.I. (2018). Burnout and executive functions in Palliative Care health professionals: influence of burnout on decision making. *AnSistSanitNavar*. 29;41(2), 171-180. doi: 10.23938/ASSN.0308. Spanish.

Ferreira K., Santos A., (2009). Hipodermoclise, Proctóclise e administração de medicamentos por via subcutânea. Capítulo 29. In Santos, Franlin. *Cuidados Paliativos – Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas*, Rio de Janeiro: Atheneu.

Ferreira M., Moraes R., Moreira S. (2021) *Comunicação em Cuidados paliativos (Capítulo 20)*. In: Freire E., *Guia Prático de Controlo Sintomático*. 2.ª edição. Porto Editora. Pp. 177-181.

Fiolhais C. (2018). In IPO de Lisboa Francisco Gentil. *Agenda Solidária IPO 2019*. Livros Horizonte e Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil. ISBN: 978-972-24-1891-1

Fontes K.B.; Jaques A.E. (2007), O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. *Ciência saúde*,6, 2007. p. 481-487.

Forjaz M. (2014). *Nunca te distraias da vida*. Oficina do Livro-Sociedade Editorial Lda. Alfragide. ISBN: 978-989-741-126-7.

Frankl V. (2012), *O Homem em busca de um sentido*, Alfragide: Lua de papel, p.107.

Freire E. (2018) *Comunicação em cuidados Paliativos: Profissionais de saúde reforçam competências*. JustNews Artigos de Saúde (publicação em 10 de setembro de 2018. Disponível em: <https://www.justnews.pt/noticias/cuidados-paliativos-profissionais-de-sade-melhoram-competncias-de-comunicacao#.XE4wvVz7TIU>

Freire, E. Saavedra M., Rocha, M.C. (2017), Guia Prático de Controlo Sintomático, Angelini Farmacêutica, Lda. ANG 39-09/17

Freire, E.R. (2015). Futilidade Médica, da teoria à prática. Artigos de Medicina, artigos de revisão, 29[4]:98-102.

Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão do HD (dados administrativos)

Gade, G.; Venohr, I.; Conner, D.; McGrady, K.; Beane, J.; Richardson, R.; Williams, M.; Liberson, M.; Blum, M.; Della Penna; R. (2008) Impact of an Inpatient Palliative Care Team: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Palliative Medicine*, 11(2), 180-190.

Galvão C., (2005). Utilização da via subcutânea no doente idoso e terminal. *PGM* 2005; 23 (2):97-107.

Gamondi C., Larkin P., Payne S. (2013). Core competencies in palliative care: na EAPC White paper on palliative care education – part1 and 2. *European Journal of Palliative Care*, 20 (2, 3).

Gomes B., Sarmiento V., Ferreira P., Higginson I. (2010). Preferências e locais de morte em regiões de Portugal em 2010. Fundação Calouste Gulbenkian. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/uploads/portuguesereport2013v6.pdf>

Gomes, B.; Calanzani, N.; Curiale, V.; McCrone, P.; Higginson, I. (2013), Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6): 1-279.

Gonçalves F., (2018), Cuidados da boca, Microsoft PowerPoint 23/06/2018, recuperado de <https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/180624114421.pdf>

Gonçalves R.G, (2018), Formação do Enfermeiro em cuidados paliativos no Estado do Rio Grande do Norte, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de ciências da saúde - Departamento de enfermagem, Natal.

Gondin, C. T., Souza, M. F. B., Albuquerque, N., M., C., V. (2014). Cuidado humanizado: Uma prática possível. *Rev Nurse*, 71(7), 208-211. Disponível em http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd_anais/pdf/id33r0.pdf.

Greenlee et al., (2017). Diretrizes de prática clínica sobre o uso baseado em evidências de terapias integrativas durante e após o tratamento do câncer de mama, Artigo de Revisão, Disponível em: <https://doi.org/10.3322/caac.21397>

Guarda H., Galvão c., Gonçalves M.J. (2010). Apoio à família. In Barbosa A., Neto, I.G. (2010) Manual de Cuidados Paliativos (2ª edição), Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.

Guerini. M.M; Oliveira C.R.V; Reis, B.C.C. (2022). Tratamento da dor crônica no paciente oncológico: uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 4, e9885. <https://doi.org/10.25248/reamed.e9885.2022>

Gysels H., Higginson J. (2009). Caring for person in advanced illness and suffering from breathlessness at home: Thereats and resources. *Paliattive Support Care*. Junh; 7(2) p.153-62.

HAJC – Psicologia (2017), Protocolo de Apoio ao Luto, Hospital Arcebispo João Crisóstomo, Cantanhede.

HAJC (2019), Regulamento interno da Unidade de Cuidados Paliativos, HAJC.

Halawi M.J., Lieberman, J-R., (2018), Combate à epidemia de opióides: lições aprendidas e estratégias de gerenciamento, Publicado on-line, Doi: 10.1016 / j. artd.2018.10.003

Hatanaka, V. M. A. (2009). Obstipação e Diarreia. In Pinto, A. et al. Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos

HDFD (2021). O apoio (necessário) que vai para além do medicamento. Entrevista com a EIHSCP. Disponível em: <https://www.hdfigueira.min-saude.pt/2021/08/30/o-apoio-necessario-que-vai-para-alem-do-medicamento>

Henoch I., Bergman B., Danielson E. (2008). Dysnea experience and management strategies in patients with lung cancer. *Psychooncology*. Dez; 17(7): p. 709-715.

Henriques J., Martins L.S., Sapeta P. (2016). Preferência do local de cuidados dos doentes em fim de vida. Revisão Sistemática da Literatura. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco. ESALD - Relatórios técnico/científicos. Revisão sistemática da literatura. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.11/5407>

Hesbeen, W. (2000). Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar. *Lusociência*, 1ª edição.

Hesbeen, W. (2004). Qualidade em Enfermagem – Pensamentos e ação na perspetiva do cuidar. Loure. Lusociência Edições Técnicas e Científicas, LDA. ISBN:972-8383-20-7.

Higginson, I.; Finlay, I.; Goodwin, D.; Cook, A.; Hood, K.; Edwards, A.; Douglas H.; Norman, C. (2002), Do hospital-based palliative teams improve care for patients or families at the end of life?, *J Pain Symptom Manage*, 23 (2), 96-106.

Holtlander L, Duggleby W, Teucher U, Cooper D, Bally JMG, Solar J, et al. (2016). European Journal of Oncology Nursing Developing and pilot-testing a Finding Balance Intervention for older adult bereaved family caregivers: A randomized feasibility trial. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2016; 21:66–74. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2016.01.003>

ICN - Internacional Council of Nurses (2008) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Versão Beta2. Lisboa: versão oficial em português

Jesus, E. (2021). Ano internacional dos profissionais da saúde e cuidadores – sobre a importância da formação e do trabalho interdisciplinar em saúde. In: Mendes A.

Júnior L.P. (2017). Autonomia, cuidado e respeito: o debate sobre o prolongamento assistido da vida. Universidade de Barcelona. *Revista de Bioética y Derecho, Perspetivas Bioéticas*, volume 39. Pp. 121-134. www.bioeticayderecho.ub.edu - ISSN 1886-5887

Justino, E., Tuoto, F., Kalinke, L., & Mantovani, M. (2013). HIPODERMÓCLISE EM PACIENTES ONCOLÓGICOS SOB CUIDADOS PALIATIVOS. *Cogitare Enfermagem*, 18(1). doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i1.31307>

Kavács, M.J. (2014) A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Revista Bioética* 22(1):94-104.

Kavalieratos, D., Siconolfi, D.E., Steinhauer, K.E., Bull, J., Arnold, R.M., Swetz, K.M., & Kamal, A.H. (2017). "It Is Like Heart Failure. It Is Chronic ... and It Will Kill You": A Qualitative Analysis of Burnout Among Hospice and Palliative Care Clinicians. *J Pain Symptom Manage*, 53(5), 901-910

Kulkamp I.C., Barbosa C.G., Bianchini K.C. (2008), Percepção de profissionais de saúde sobre aspetos relacionados à dor e utilização de opióides: um estudo qualitativo, *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (Sup), p.721-731.

Kurashiki R. (2021), A importância da humanização nos cuidados paliativos, Valencis Curitiba Hospice, <http://www.valencis.com.br/blog/importancia-da-humanizacao-nos-cuidados-paliativos/>

Kurashiki R. (2021). A importância da humanização nos cuidados paliativos. *Psicólogo do Valencis Curitiba Hospice*. Publicação a 09. junho .2021 Disponível em: <https://www.valencis.com.br/blog/importancia-da-humanizacao-nos-cuidados-paliativos/>

Leite R.A. (2013). Competências essenciais de comunicação clínica no curso de Medicina da UBI: avaliação e revisão curricular. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã.

Lipsenthal L. (2012). Só se vive uma vez: aproveite cada momento como se fosse o último. Nascente. Amadora. ISBN:978-989-668-150-0.

Lobo, M.O., Garcez, F.C.M., Bezerra, A.J.C., Gomes, L. (2017) Relação médico-paciente idoso no cinema: visões de atendimento, *Revista Bioética* 25 (2): 382-91

Lopes B.C. (2022) Lutem para que a Medicina seja reconhecida como uma entidade própria. Justnews. Publicação a 2 de junho de 2022. Disponível em: <https://justnews.pt/noticias/lutem-para-que-a-medicina-da-dor-seja-reconhecida-como-entidade-propria#.Y2m47HbP3IU>

Lopes-Júnior, Luís Carlos et al. (2015), Efficacy of the complementary therapies in the management of cancer pain in palliative care: A systematic review* * Supported by Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES), Grant # 359/2019, Brasil, *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2020, v. 28, e3377. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.4213.3377>>. ISSN 1518-8345.

Lozier, CC.; Nugent, SM.; Smith, NX.; Yarborough, BJ; Dobscha, SK.; Deyo, RA.; Morasco, BJ. (2018). Correlates of use and Perceived Effectiveness of Non-pharmacologic Strategies for Chronic Pain Among Patients Prescribed Long-term Opioid Therapy. *Journal of General Internal Medicine*, 33(S1), 46–53. doi:10.1007/s11606-018-4325-x

Lüthi F., Cantin B. (2010), The Complex Role of a Palliative Care Consultant in a Tertiary Hospital: Can a Practice Model Help in this Wild World. *Journal of Palliative Medicine*, 13 (10), 1178- 1180.

Machado P. (2012) Dispneia no doente paliativo: incidência, abordagens e sua efetividade. Dissertação de mestrado: Universidade Católica Portuguesa.

Malloy P. et al. (2010). Beyond Bad News – Comunicaton Skills of Nurses in Palliative Care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. Vol.12

Martinelli, M. (2011). O Trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. *The Social Worker's job in hospitals: daily challenges*. Ser São Paulo, 107, 497-508.

Martins L. (2004) Beneficência e não maleficência. In: Neves, MCP e Pacheco S., Para uma ética da Enfermagem. Gráfica de Coimbra, Lda. Em colaboração com o centro de Estudos de Bioética/ Pólo Açores. Coimbra. ISBN:972-603-326-8.

Mendes L.M. (2018). In IPO de Lisboa Francisco Gentil. Agenda Solidária IPO 2019. Livros Horizonte e Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil. ISBN: 978-972-24-1891-1

Meleis, A.I. (2021). Educação e trabalho interprofissional em saúde. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), Coordenação Editorial: Aida Mendes, ISBN 978-989-53081-2-5. p. 12.

Mello D.F., et al. (2005). Genograma e Ecomapa - Possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*. Volume: 15, pp.79-89.

Melo A. (2017). Processo de Luto: O Inevitável Percurso Face a Inevitabilidade da Morte (pp.1-22). Disponível em <https://www.integra.pt/textos/luto.pdf>>família I.M.,

Mak S, Lee J. Luger T., Taylor S.L., Shanman R., Beroes-Severin J.M, Shekelle P.G. (2019), Massagem para a dor: um mapa de evidências, *J Altern Complement Med*. 2019 May; 25 (5): 475-502. doi: 10.1089 / acm.2018.0282.

Monteiro C., Goncalves F. (2000). Oclusão Intestinal na doença maligna avançada. *Revista Portuguesa Clínica Geral* 2000; 16:379-85. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt>

Moreira, I.M.P.B. (2006). O doente terminal em contexto familiar - Uma análise da experiência do cuidar vivenciada pela família, 2.^a edição, FORMASAU, Formação e Saúde Lda. Coimbra. ISBN 972-8485-64-64

Morrison, R.; Penrod, J.; Cassel, J.; Caust-Ellenbogen M.; Litke, A.; Spragens, L.; Meier, D. (2008), Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs, *Arch Intern Med*, 168 (16), 1783-90.

Morsch J.A. (2020), Como adequar o atendimento com mais humanização na enfermagem, publicação a 6 de novembro de 2020, <https://telemedicinamorsch.com.br/blog/humanizacao-na-enfermagem>

Mota, A. B. (2017). O autocuidado do psicólogo clínico: equilíbrio entre a vida pessoal e profissional (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Muniz, J.R., Eisenstein, E. (2009) Genograma: informações sobre família na (in)formação médica, *Revista Brasileira de Educação Médica*, volume 33 (1): 72-79.

Nascimento L.A, Santos M.R., Aroni P., Martins M.B, Kreling M.C.G.D. (2011), Manejo da dor e dificuldades relatadas pela equipa de enfermagem na administração de opióides”, *Revista Eletrónica de Enfermagem*, Artigo original, ISSN 1518-1944, out/dez; 13 (4), p. 714-20. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a16.htm>

Nascimento, N., Santos, A. T. N., & Alves, P. G. J. M. (2022). Métodos e Técnicas Não Farmacológicas no Tratamento da Dor Oncológica: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 68(4).

National Quality Forum (2006) A National Framework and Preferred Practices for Palliative and Hospice Care Quality. Washington : NQF, 2006. 1 933875 06 2.

Neto I.G. (2003) Conferencia familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos, *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* 19: 38-74. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/9906/9644>

Neto I.G. (2008). Utilização da via subcutânea na prática clínica. *Medicina Interna*, Vol. 15, n. 4. 2008;15:277-83

Neto I.G. (2010). Agonia. In Barbosa A., Neto, I.G. (2010) *Manual de Cuidados Paliativos* (2^a edição), pp. 387-400). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Neto I.G. (2010). Gestão da dor Oncológica. In: Barbosa A., Neto I.G. - *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e Fundação Calouste Gulbenkian. 2.^a edição. ISBN 978-972-9349-5.

Neto I.G. (2010). Modelos de Controlo Sintomático. In: Barbosa A., Neto I.G. - *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e Fundação Calouste Gulbenkian. 2.^a edição. ISBN 978-972-9349-5.

Neto I.G. (2013). Trabalho em equipa. III Mestrado de Cuidados Paliativos. IPCB – ESALD.

Neto I.G. (2020). Viver da esperança quando está perto o fim da linha, *Projetos expresso*, entrevista realizada pelo jornalista André Rito (23 novembro 2020).

Neto IG. (2017). Princípios do Controlo de Sintomas, um pilar dos Cuidados Paliativos, *Ordem dos Médicos*, Disponível em: <https://ordemdosmedicos.pt/principios-do-controlo-de-sintomas-um-pilar-dos-cuidados-paliativos-por-isabel-galrica-neto/>

Neves MCP, Soares J. (2018), *Ética Aplicada: Saúde*, Edições 70. Lisboa. ISBN: 978-972-44-1955-8.

Neves, S., Simões C., Ferreira C., (2015), Consultoria em cuidados paliativos: desafios e implicações para a prática, Disponível em: <http://www.jornalenfermeiro.pt/actualidade/item/745-consultoria-em-cuidados-paliativos-desafios-e-implicacoes-para-a-pratica.html>

Nogueira E., Santos T., Monteiro. (2015). Aspetos éticos e Legais da Ordem de Não Ressuscitar – Perceção do Enfermeiro. Interfaces Científicas – Saúde e Ambiente, Aracaju, Volume 3, N. º3, p.39-48.

Norcross, J. C., & VandenBos, G. R. (2018). Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care. Guilford Publications.

Nunes L. (2016). E quando eu não puder decidir. Fundação Francisco Manuel dos Santos, Lisboa. ISBN:978-989-8838-69-8

Nuñez Olarte, J.M. (1996) Control de sintomas en el enfermo terminal. In Baron, ;, Gonzalez; et al (eds). Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Suporte en al Enfermo com Cancer. Madrid: Panamericana, pp.1117-1123.

O'Connor, M; Chapman, Y (2008), The Palliative Care Clinical Nurse Consultant: An Essential Link. Collegian, 15, 15

OE – Ordem dos Enfermeiros (2008), Dor - Guia Orientador de Boa prática. Conselho de Enfermagem. Lisboa.

Oliveira MC, (2018). Comunicação como instrumento facilitador no processo de cuidar em cuidados paliativos. EBSCO Industries. Retrieved from <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/6028>

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011), Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica e paliativa. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documentos/MCEEMCRegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2014), Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica. Proposta de Regulamento dos Padrões de Qualidade da Especialidade de Enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa. Coimbra. Portugal: OE.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2016), Massagem Terapêutica na Consulta de Enfermagem na Unidade de Dor Crónica, Parecer n.º 04/2016, Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8252/parecer_04_2016_10_03_mceemc_massagemterapeuticaconsultaenfermagemunidadedorcronica.pdf

Palliative Care Competence Framework Steering Group. (2014). Palliative Care Competence Framework Dublin: Health Service Executive.

Pereira S., (2019). Cuidar o nosso legado: um desafio, uma missão. Revista Cuidados Paliativos, Editorial, volume 06, número 01, novembro 2019.

Pimenta S., Capelas M.L, (2019). A abordagem do luto em cuidados paliativos. Cadernos de saúde. Volume 11. Número 1 (pp. 5-18). [https://doi.org/10.34632/cadernos de saúde.2019.7247](https://doi.org/10.34632/cadernos%20de%20saude.2019.7247)

Pimparel MMT, Marques CR. (1998). Dor oncológica – Guia Prático. (do prefácio de Vitor Coelho). Colaboração Novartis. Ponticor Lda. Coimbra.

Pinto A.C., Querido A.I.F. (2018), Avaliação e controlo da dor na pessoa com alterações da comunicação: atitudes, práticas, barreiras e conhecimentos dos enfermeiros, Instituto Politécnico de Leiria, Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.8/3251>.

Pinto, C., (2018) Material de apoio às aulas, Mestrado em Cuidados Paliativos, Castelo Branco, IPCB/ESALD.

Porto Editora (2021), humanizar, Dicionário da Língua Portuguesa. Porto: Porto Editora. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/humanizar>

PRISMA (2013), Higginson, I.J., Gomes, B., Calanzani, N., Gao, W., Bausewein, C., Daveson, B.A., Deliens, L., Ferreira, P.L., Toscani, F., Gysels, M., Ceulemans, L., Simon, S.T., Cohen, J., Harding, R. (2013). Priorities for treatment, care and information if faced with serious illness: a comparative population-based survey in seven European countries. *Palliative medicine*, 28(2),101-110.

PRISMA (2020). Fluxograma. Flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only, Disponível em: <http://www.prisma-statement.org/>

Pupulin J.S., Sawada N.O. (2010). Privacidade Física referente à Exposição e Manipulação Corporal: Percepção de pacientes hospitalizados. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1a04Privacidade>

Querido A., Salazar H., Neto I. (2016). Comunicação. In Barbosa A., Neto, I.G. Manual de Cuidados Paliativos (3ª edição), Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética. ISBN: 978-972-9349-21-8.

Querido, A. (2015). A Esperança na Prática Especializada de Enfermagem de Saúde Mental e Pediátrica. Tese de Mestrado. Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Leiria. 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Ramos, AFN; Tavares, APM, Mendonça, SMS (2017), Controlo da dor e da dispneia em doentes oncológicos em situação de urgência: resultados da intervenção de enfermagem. *Revista Dor* [online]. 2017, v. 18, n.02 pp. 166-172. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170033>>. ISSN 2317-6393. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170033>

Raposo C., Oliveira A., Ribeiro A., Santos C., Santos J., Freitas J., Correia I., (2015), Conhecimentos e atitudes dos enfermeiros perante a dor, *Nursing Knowledge and Attitudes Regarding Pain*, Conference Paper, Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/275520159>

Rassin M. et al., (2006) Caregivers Role in Breaking Bad News: Patients, Doctors and Nurses pointts of view. *Cancer Nursing*.29 (4), pp.302-308. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/543717-1>

RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal)

Rebello JE, (2007). Desatar o nó do luto. Casa das Letras, Oficina do Livro, Sociedade Editorial Lda. Alfragide. ISBN 978-972-46-1666-7

Rebello JE, (2009). Amor, Luto e Solidão. Casa das Letras, Oficina do Livro, Sociedade Editorial Lda. Alfragide. ISBN 978-972-46-1865-4

Registos informáticos nos sistemas SClínico e GHAF do HD.

Reigada C. (2008). As Conferências Familiares em Cuidados Paliativos. Universidade Católica Portuguesa – Porto. Trabalho realizado no âmbito da Pós-Graduação em Cuidados Paliativos.

Reigada C. Ribeiro J.L.P., Novellas A., Pereira J.L. (2014). Integração da família nos cuidados ao doente: Até onde podemos ir? Artigo de investigação. *Onco.News*.

Reigada, C. (2010) Indicadores de capacidade de cuidar, em famílias de doentes oncológicos paliativos Dissertação de Mestrado em Cuidados paliativos, Universidade Católica Portuguesa

Reigada. C., Ribeiro, J.L.P., Novellas, A., Pereira, J.L., (2014) O Suporte à Família em Cuidados Paliativos, *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 13, n. 1, p. 159 - 169. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/17.pdf>

Ribeiro (2012). Gestão de Cuidados de Enfermagem: A Implementação da Formação em Serviço na Unidade de saúde Familiar Quinta da Prata. Tese de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Portalegre.

Ribeiro C., Martinez M., (2016) Cuidados Paliativos a importância do trabalho de equipa e aliança terapêutica. Revista Sociedade Portuguesa de Oncologia. 2(1). Pp.25-29. Disponível em: <https://www.sponcologia.pt/fotos/editor2/revista-sociedade-portuguesa-de-oncologia-online.pdf>

Ribeiro R, (2013). A transmissão de más notícias na perspetiva do enfermeiro. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de ciências da Saúde. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos, Lisboa. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13988/1/v2%20>

Ribeiro R. (2013). A Transmissão de Más Notícias na Perspetiva do Enfermeiro (Tese de mestrado). Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13988/1/V2%20-%20ROTEN-%20Raquel-tese.pdf>

Ritto, A.C. (2005). Dor – 5.º sinal vital: do projeto à realidade, a longa caminhada. *Enfermagem*, 39(2):5-9

Romero I., Braga B., Rogrigues J.,Rodrigues R., Neto I.G (2018). Deprescrever nos Doentes em fim de vida. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. Disponível em: <http://revista.spmi.pt> – DOI: 10.24950/rspmi/Revisao/139/1/2018

Salazar, H. (2017) *Intervenção psicológica em cuidados paliativos*, Lisboa: Lidel. p.29

Santos M.A.A. (2018). In IPO de Lisboa Francisco Gentil. *Agenda Solidária IPO 2019*. Livros Horizonte e Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil. ISBN: 978-972-24-1891-1

Santos MI. (2013). *Enfermagem à procura de si – Integrando modalidades terapêuticas não convencionais no processo de cuidados*. Lusociência. ISBN: 978-972-8930-97-4

Sapeta P. (1998). *A família face ao doente terminal hospitalizado*. *Enfermagem oncológica*. Volume 2, n.º8, pp.20-24.

Sapeta P. (2011). *Cuidar em fim de vida: o processo de interação enfermeiro- doente*. Loures: Lusociência, 2011. p. 305. ISBN-978-972-8930-69-1.

Sapeta P. (2016), *Formação em cuidados paliativos: uma determinante no futuro dos cuidados de saúde*, Editorial Cuidados Paliativos, volume 3, n.º2 – Dezembro 2016.

Schub T, Kornusky J. (2018). End-of-Life Care: Caring for the Dying Patient and Family of the Dying Patient. *Nurs Pract Ski*. 2018;1-6.

Sequeira C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto, 2007. ISBN 978-989-558- 092-7.

Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão do HD.

Shahvisi A. (2019), *A medicina é patriarcal, mas a medicina alternativa não é a resposta*, *Revista de Investigação Bioética*, Março 2019, Volume 16, edição 1, pp 99-112

Silva, M. I. S. (2016) *Morbilidade psicológica, padrões de funcionamento familiar e perceção do suporte social em familiares de doentes seguidos numa equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos*, Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, repositório da UTAD.

Smeltzer S.C.; Bare B.G. (2005) - *Brunner e Suddarth Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005. ISBN 9788527718394.

SNS (2020), *Info Saúde*. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/pesquisar>

Tamborelli V., Costa, A.F., Pereira V.V., Torturella M. (2010), O papel da enfermagem e da fisioterapia na dor em pacientes geriátricos terminais, *Enfermagem e fisioterapia na dor, Geriatria & Gerontologia*, 4(3):146-153

Tick H, Nielsen A, Pelletier KR, Bonakdar R, Simmons S, Glick R, Ratner E, Lemmon RL, Wayne P, Zador V (2018); Força Tarefa da Dor do Consórcio Acadêmico de Medicina Integrativa e Saúde. Estratégias Não Farmacológicas Baseadas em Evidências para Cuidado Abrangente da Dor: White Paper da Força-Tarefa de Dor do Consórcio. *Explorar* (NY). 2018 maio-junho;14(3):177-211. doi: 10.1016/j.explore.2018.02.001. PMID: 29735382.

Twycross R., (2003). *Cuidados Paliativos*, Lisboa: Climepsi Editores, 2.^a edição. ISBN 972-976-093-6. (p.38, 45, 173)

UCP - Regulamento Interno (2007)

UNESCO (2015), Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2015). Comissão Nacional da UNESCO – Portugal. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura.

Valente, R. F., Carmona, C., Serralheiro, I., Monteiro, M., Gomes, P., Santos, R., & Fonseca, S. (2019). Recomendações da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia para o Tratamento da Dor Aguda 2018. *Revista Da Sociedade Portuguesa De Anestesiologia*, 28(2), 102-109. <https://doi.org/10.25751/rspa.15020>

Vasconcelos P., Cruz T., Bragança N., (2015) “Referenciação para cuidados paliativos num serviço de medicina interna”, *Revista Clínica Hospitalar Prof Dr. Fernando Fonseca* 2015; 3(2): 14-19, Disponível em: <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/download/168/97?lang=en4>

Vieira, C., Brás, M., Fragoso, M. (2019), Opióides na Dor Oncológica e o seu Uso em Circunstâncias Particulares: Uma Revisão Narrativa, *Ordem dos Médicos, Ata Médica Portuguesa*, Volume 32, p. 388-399.

Waldow V.R., Borges R.F. (2011). Cuidar e humanizar: relações e significados. Artigos de Revisão, *Scielo Brasil. Acta Paulista de Enfermagem* 24 (3), Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017>

Walsh, F. & McGoldrick, M. (1998). *A Family Systems Perspective on Loss, Recovery and Resilience*. In P. Sutcliffe, G. Tufnell & U. Cornish (Eds.), *Working with the Dying and the Bereaved*. London: MacMillan Press

WHO - World Health Organization (2015). *Global strategy on people-centred and integrated health services: interim report* (No. WHO/HIS/SDS/2015.6).

WHO - World Health Organization (1986), *Cancer pain relief*. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43944>

WHO - World Health Organization (2002). *Definition of Palliative Care*. Disponível em: www.who.int/cancer/palliative/definition/en/

WHO - World Health Organization (2011). *International Classification of Diseases (ICD)*, Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.

Wise, E. H., Reuman, L. (2019). Promoting competent and flourishing life-long practice for psychologists: A communitarian perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 50(2), 129. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pro0000226>

Zeliadt, SB, Douglas, JH, Gelman, H. et al. (2022), Efetividade de um modelo de atenção integral à saúde com ênfase em saúde complementar e integrativa na redução do uso de opioides entre pacientes com dor crônica. *BMC Health Serv Res* 22, 1053 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08388-2>

APÊNDICES

APÊNDICE A

Divulgação da Formação Intra-hospitalar: “Conviver com a dor do doente paliativo - Abordagem e estratégia dos Cuidados Paliativos”



Gabinete de Formação Contínua e Biblioteca

Formação

Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

2022

Conviver com a dor do doente paliativo (Abordagem e Estratégia dos Cuidados Paliativos)

20 de março (1ª Ação)

28 de março (2ª Ação)

14h00 às 18h00

Formadores:

Enfermeira Alexandra Silva

Destinatários:

Médicos, Enfermeiros, Assistentes Sociais

Auditório do HDFS, EPE



INFORMAÇÕES/INSCRIÇÕES - Gabinete de Formação Contínua e Biblioteca do HDFS, EPE

formacao@hdfigueira.min-saude.pt

T: 233 402 000 – ext.:548/F: 233 431 268

Inscrições limitadas à capacidade da sala

Cofinanciado por:



APÊNDICE B

Instrumento de avaliação aos formandos



Gabinete de Formação Contínua e Biblioteca

AVALIAÇÃO AOS FORMANDOS

Curso 21 Ação 3 – Conviver com a dor do doente paliativo

Data: 16/05/2022

Horário: 14h00 às 18h00

Duração: 4 horas

Nome do Formando: _____

1. Interesse Demonstrado pelo Tema

- A - Revelou muito interesse
- B - Denotou interesse em todos os temas
- C - Revelou pouco interesse
- D - Pareceu ausente e desinteressado

2. Aquisição de Competências

- A - Progrediu rapidamente
- B - Progrediu com relativa facilidade
- C - Progrediu com dificuldade
- D - Progrediu muito pouco

3. Participação

- A - Participou frequentemente
- B - Participou regularmente
- C - Participou pouco
- D - Nunca participou

4. Relacionamento Interpessoal

- A - Estabeleceu sempre boas relações com os outros
- B - Estabeleceu, na maior parte das vezes relações positivas com os outros
- C - Denotou dificuldade de relacionamento interpessoal
- D - Gerou frequentemente conflitos

5. Apreciação Global

Muito Bom Bom Suficiente Insuficiente

Assinado: _____

Data: ___/___/_____



LGFCB.08.1

APÊNDICE C

Instrumento de avaliação global do formando

AVALIAÇÃO GLOBAL DO FORMANDO**Curso Frequentado**

Curso 21 Ação 3 – Conviver com a dor do doente paliativo

Data Início	Data Fim	Horário	Duração
16/05/2022	16/05/2022	14h00 às 18h00	4 horas

A sua opinião sobre o curso é importante para nós, por favor responda às questões colocadas, assinalando com (X) a resposta que melhor traduza a sua opinião.

N - Nada	P - Pouco	S - Suficiente	B - Bom	MB - Muito Bom
----------	-----------	----------------	---------	----------------

1. OBJECTIVOS E CONTEÚDO

	N	P	S	B	MB
1.1. Foi informado dos objetivos do curso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2. Os objetivos pareceram-lhe claros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3. Os temas tratados têm sido interessantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4. Tem tido facilidade na compreensão dos temas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5. Os conhecimentos adquiridos têm utilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6. A distribuição do tempo pelos temas tem sido equilibrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. MÉTODOS E MEIOS (Casos, Exercícios, Audiovisuais, Outros)

	N	P	S	B	MB
2.1. Os métodos utilizados são adequados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. As atividades do curso são participativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. As potencialidades do grupo são aproveitadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4. Os trabalhos práticos e exercícios têm sido suficientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5. Os testes refletem as matérias abordadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6. Os meios utilizados facilitam a compreensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7. O material pedagógico (Dispositivos, Esquemas, Documentação) parece-lhe claro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8. As condições da sala de formação são adequadas (Espaço, Iluminação, Temperatura, Insuflação)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9. A documentação e bibliografia facultada serão úteis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ORGANIZAÇÃO

	N	P	S	B	MB
3.1. A organização do curso satisfaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2. A documentação facultada satisfaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3. A coordenação da ação tem sido determinante para a obtenção de bons resultados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Gabinete de Formação Contínua e Biblioteca



4. FORMADORES

	N	P	S	B	MB
4.1. Os objetivos da ação foram atingidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2. A exposição do (s) Formador (es) foi clara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3. Os exercícios práticos efetuados tinham interesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4. A metodologia pedagógica mostrou-se adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5. A qualidade ^{quantidade} o conteúdo abordado/duração da ação de formação foi ajustada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6. O interesse prático da ação de formação é elevado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7. O Formador conseguiu sempre motivar os participantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. OBSERVAÇÕES GERAIS

5.1. Para os conhecimentos que já possui da matéria, as atividades são de:

Iniciação

Atualização

Aprofundamento

5.2. Comentário Global

N P S B MB

5.3. No conjunto este curso tem um valor global

5.4. Sugestão para melhorar o curso

5.5. Pretendendo o HDF, EPE dar resposta às necessidades formativas, pedimos-lhe que indique cursos do seu interesse.

Co-financiado por:



APÊNDICE D

Divulgação e Programa da Formação:

1.º Curso Básico de Cuidados Paliativos



CURSO BÁSICO DE CUIDADOS PALIATIVOS DO H.D.F.F., EPE

10,17 e 24' novembro'2022

Auditório do Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

O curso básico de cuidados paliativos pretende fomentar a filosofia e os princípios dos Cuidados Paliativos e capacitar os profissionais, em trabalho interdisciplinar a efetuar ações paliativas. Objetiva-se adquirir conhecimentos científicos e técnicos pertinentes e atualizados para adequar as práticas à prestação de cuidados ao doente paliativo.

Programa

Horários	1.º dia (10/11/2022) Conteúdos programáticos	Formadores
8:45 – 9:00	ABERTURA Dr. Rui Silva (Presidente da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos)	
	Boas vindas - Apresentação do curso - Entrega da documentação	Elementos da EIHSCP do H.D.F.F., EPE
9:00 – 10:45	Filosofia, valores e princípios gerais dos Cuidados Paliativos. Gestão e organização de serviços de cuidados paliativos Trabalho de equipa Articulação da EIHSCP com outros serviços	Enf.ª Alexandra Silva (H.D.F.F., EPE)
11:00 – 13:00	Ética aplicada aos Cuidados Paliativos Análise de dilemas em Cuidados Paliativos: futilidade e encamiçamento terapêutico	Enf.ª Ângela Simões (ULS de Castelo Branco)
13:00 – 14:00	ALMOÇO	
14:00 – 16:00	Comunicação em CP Situações problemáticas: - Gestão de más notícias - Conspiração do silêncio	Dr.ª Piedade Leão (IPO Coimbra)
16:15 – 17:00	Impacto da morte no doente, família e equipa Luto	

I.02a).1



Horários	2.º dia (17/11/2022) Conteúdos programáticos	Formadores
9:00 – 12:45	Dor: avaliação e controlo Discussão de casos clínicos	Dr. Élio Rodrigues (IPO Coimbra)
12:45 – 14:00	ALMOÇO	
14:00 – 17:00	Princípios gerais do controlo de sintomas: digestivos, respiratórios, neurológicos e dermatológicos Urgências em CP	Dr.ª Marisa Rosete (IPO Coimbra / HDFF, EPE)

Horários	3.º dia (24/11/2022) Conteúdos programáticos	Formadores
9:00 – 10:45	Terapêutica subcutânea (Hipodermoclise, administração de fármacos, DIB)	Enf.ª Alexandra Silva (HDFF, EPE) Dr.ª Marisa Rosete (IPO Coimbra / HDFF, EPE)
11:00 – 12:45	Situações de últimas horas e dias de vida	Enf.ª Ana Rocha (IPO Coimbra)
12:45 – 14:00	ALMOÇO	
14:00 – 15:00	Cuidar a família - Necessidades - Capacitação do cuidador - Conferência familiar - Redes de apoio	Dr.ª Margarida Pires (IPO Coimbra)
15:15 – 16:00	Espiritualidade	Enf.ª Ana Rocha (IPO Coimbra)
16:00 – 16:45	Partilha de experiências pessoais e profissionais Prevenção de Burnout	Enf.ª Sara Gomes (IPO Coimbra)
16:45 - 17:00	Avaliação final	