



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

**Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem à
Pessoa em Situação Paliativa**

Liliana Filipa Martins de Sousa



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

Liliana Filipa Martins de Sousa

Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

I Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

Estágio de Natureza Profissional efetuado sob orientação da
Professora Especialista Mara Rocha

2023

AGRADECIMENTOS

À **Professora Mara Rocha**, enquanto orientadora deste projeto, pelo inestimável contributo na clareza que me foi transmitindo nas correções, assumindo-se como uma bússola deste percurso.

À **Enfermeira Susana Mendes** pelo exemplo que é, enquanto Enfermeira Especialista, na defesa dos princípios e dos valores dos Cuidados Paliativos, procurando o reconhecimento dos profissionais de enfermagem na dinâmica do Serviço Integrado de CP da ULSAM.

À **Professora Manuela Cerqueira** pela orientação e disponibilidade e por se assumir num elo facilitador deste processo formativo.

A todos os **colegas do SICP** e do **Curso de Mestrado** pelas palavras de incentivo ao longo deste percurso.

À minha **família** e particularmente ao Bruno, à Filipa e à Inês pela paciência, compreensão e carinho demonstrado.

Finalmente, a **mim**, pela determinação em trilhar este caminho, superando os fracassos e trabalhando na construção do meu legado.

MUITO OBRIGADA!

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar.”

(Horton, Freire, 2003)

RESUMO

O aumento da esperança média de vida e o conseqüente envelhecimento populacional, aliados ao aumento da prevalência de doenças crónicas, progressivas e limitantes tem-se traduzido em mudanças importantes no contexto das políticas de saúde, objetivando-se um fim de vida digno e com qualidade. Neste contexto, os Cuidados Paliativos representam a proposta terapêutica mais adequada, uma vez que procuram melhorar a qualidade de vida dos doentes, das suas famílias e cuidadores pela prevenção e alívio do sofrimento, através da identificação precoce, diagnóstico e tratamento adequado da dor e de outros problemas, sejam estes físicos, psicológicos, sociais ou espirituais.

No âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, realizou-se o estágio de natureza profissional no Serviço Integrado de Cuidados Paliativos da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, no período compreendido entre o dia 03 de março a 31 de agosto de 2022.

Ao longo do estágio foram desenvolvidas atividades em diversos domínios, nomeadamente na prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa; no domínio da gestão dos cuidados, dos recursos materiais e humanos em estreita colaboração com a enfermeira gestora do serviço; no planeamento de atividades de formação como meio de dar resposta aos projetos do serviço; na promoção da melhoria da qualidade dos cuidados colaborando no projeto de candidatura à acreditação da idoneidade formativa do contexto da prática clínica.

Foi desenvolvido, também, um trabalho de investigação que respondeu à necessidade de uma sistematização dos registos de enfermagem do referido serviço recorrendo a linguagem classificada, através da construção de um Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. Optou-se por um estudo metodológico, com recurso à Técnica de Delphi. Através da pesquisa bibliográfica e da consulta dos profissionais de enfermagem do serviço, foram identificados os fenómenos de enfermagem mais relevantes para a prática de cuidados de qualidade à pessoa em situação paliativa. Posteriormente, foram identificados todos os diagnósticos e intervenções associados a esses mesmos fenómenos passíveis de serem integrados no SClínico através da parametrização nacional de diagnósticos/intervenções de enfermagem. O painel de peritos validou uma versão de consenso composta por 176 itens (diagnósticos e intervenções de enfermagem). Este Padrão Documental permitirá

implementar no serviço registos uniformizados, possibilitando a monitorização de indicadores e assegurando dois requisitos fundamentais no âmbito da candidatura à acreditação da idoneidade formativa do contexto da prática clínica pela Ordem dos Enfermeiros: um documento orientador dos registos clínicos de enfermagem de acordo com a linguagem classificada, bem como um Sistema de Informação em Enfermagem mapeado para a referida linguagem.

Com a realização do estágio foi possível desenvolver competências especializadas na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa, através da prestação de cuidados sob orientação dos enfermeiros especialistas do serviço, da partilha de experiências, da reflexão, e da pesquisa bibliográfica baseada em evidência científica. Estas estratégias revelaram-se fundamentais como forma de suprimir as questões que foram surgindo no decorrer deste percurso. Adquiriram-se competências técnicas, científicas e relacionais alicerçadas numa abordagem estruturada dos cuidados nos princípios da compaixão, humildade e honestidade. Compreendeu-se, também, a extrema relevância da investigação, que deve ser contínua e acompanhar a evolução e as necessidades dos Cuidados Paliativos, na produção de conhecimento e na prática de cuidados de qualidade.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Registos de Enfermagem; Competência clínica; Qualidade em saúde.

ABSTRACT

The increase in average life expectancy and the consequent aging of the population, with the increase in the prevalence of chronic, progressive and limiting diseases, has resulted into important changes in the context of health policies, aiming for a dignified and quality end of life. In this context, Palliative Care represents the most appropriate therapeutic proposal, as it seeks to improve patient's quality of life as well as their families and caregivers by preventing and relieving suffering, through early identification, diagnosis, and appropriate treatment of pain and other problems, whether physical, psychological, social or spiritual.

As part of the first Master's Course in Nursing for People in Palliative Situations at the Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, a professional internship was carried out at the care unit *Serviço Integrado de Cuidados Paliativos* of *Unidade Local de Saúde do Alto Minho*, from March 03 to August 31, 2022. Throughout this internship, activities were carried out in several areas, namely in the provision of care to the person in a palliative situation and family; in the domain of care management, material and human resources in close collaboration with the head nurse of the care unit; in planning training activities as a mean of responding to service projects; in the promotion of the improvement of the quality of care by collaborating on the application project "acreditação da idoneidade formativa do contexto da prática clínica".

A research work was also carried out, focused on a need of the care unit for a systematization of the nursing records of the care unit using classified language, through the construction of a Documentary Pattern of Nursing Care for People in Palliative Situations. We opted for a methodological study, using the Delphi technique. Through bibliographical research and consultation with nursing professionals from the service, the most relevant nursing phenomena for the practice of quality care for people in palliative situations were identified. Subsequently, all diagnoses and interventions associated with these same phenomena were identified, which could be integrated into SClinico through the national parameterization of nursing diagnoses/interventions. A panel of experts validated a consensus version consisting of 176 items (nursing diagnoses and interventions). This Documentary Pattern will allow the implementation of standardized records in the service, enabling the monitoring of indicators and ensuring two fundamental requirements in the scope of the application for the accreditation of the formative suitability of the clinical practice context: a guiding document for clinical nursing records in accordance with classified language, as well as a Nursing Information System mapped to that language.

This professional internship enabled to develop specialized skills in the area of nursing for people in palliative situations, through the provision of care under the guidance of the specialist nurses of the care unit, sharing experiences, reflection, and bibliographic research based on scientific evidence. These strategies proved to be fundamental as a way of suppressing the questions that arose during this journey. Technical, scientific and relational skills were acquired based on a structured approach to care based on the principles of compassion, humility and honesty. The extreme relevance of research was also understood, which must be continuous and accompany the evolution and needs of Palliative Care, in the production of knowledge and in the practice of quality care.

Keywords: Palliative Care; Nursing documentation; Clinical competence; Quality in health

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

- ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos
- CAM - *Confusion assessment method*
- CF – Conferências Familiares
- CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos
- CP – Cuidados Paliativos
- DGS – Direção-geral da Saúde
- ECSCP - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
- EE – Enfermeiro Especialista
- EIHSCP – Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
- EJPC - *European Association for Palliative Care*
- ELA - Esclerose Lateral Amiotrófica
- ENG – Entubação Nasogástrica
- ENP – Estágio de Natureza Profissional
- ESAS – *Edmonton Symptom Assessment System*
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS – Organização mundial da saúde
- PEG - Gastrostomia Endoscópica Percutânea
- PII – Plano individual de intervenção
- PEDCP – Plano Estratégico para o desenvolvimento dos cuidados Paliativos
- PNCP – Plano nacional de cuidados paliativos
- REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
- RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos
- SAM – Sistema de Apoio ao Médico

- SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
- SICP – Serviço Integrado de Cuidados Paliativos
- SClínico - Sistema de Cuidados de Saúde Hospitalares
- SIE – Sistemas de informação em Enfermagem
- SI – Sistemas de Informação
- SIS – Sistemas de Informação em Saúde
- SNS - Serviço Nacional de Saúde
- SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
- UCP – Unidade de Cuidados Paliativos
- ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto Minho
- VD – Visita domiciliária
- WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	ii
RESUMO.....	iv
ABSTRACT	vi
SUMÁRIO.....	x
INTRODUÇÃO	1
PARTE I – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA: O PERCURSO REALIZADO	4
1. CUIDADOS PALIATIVOS: FILOSOFIA E PRINCÍPIOS	5
2. O CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA	11
2.1 ENP: o Serviço Integrado de Cuidados Paliativos da ULSAM	11
2.2 Prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa	14
2.3 Ética em Cuidados Paliativos.....	20
2.4 Gestão em Cuidados Paliativos	23
2.4.1 Gestão de recursos humanos.....	25
2.4.2 Gestão de recursos materiais	26
2.4.3 Gestão de Cuidados	28
2.5 Melhoria contínua da qualidade	29
2.6 Formação em Cuidados Paliativos	31
2.7 Investigação em Cuidados Paliativos.....	33
PARTE II – PADRÃO DOCUMENTAL DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA.....	35
1. A DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA	36
1.1 Padrão de documentação dos cuidados de enfermagem	37
1.2 SIE hospitalar: Scĺínico	39
2. PERCURSO METODOLÓGICO	41
2.1 Desenho do estudo	41
2.2 Técnica de Delphi.....	44
2.3 Seleção dos peritos.....	45

2.4 Procedimento de recolha de dados	48
2.5 Procedimento para análise dos dados	50
3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	52
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	53
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	69
CONCLUSÃO.....	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
ANEXOS	88
ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA	89
APÊNDICES.....	93
APÊNDICE I – PROTOCOLO DE APOIO TELEFÓNICO AO DOENTE/ FAMÍLIA	94
APÊNDICE II – PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO.	100
APÊNDICE III – CONVITE AOS PERITOS	105
APÊNDICE IV – CONSENTIMENTO INFORMADO – 1.ª RONDA	108
APÊNDICE V – CONSENTIMENTO INFORMADO – 2.ª RONDA	110
APÊNDICE VI – PADRÃO DOCUMENTAL DE CUIDADOS-1.º QUESTIONÁRIO ..	112
APÊNDICE VII – PADRÃO DOCUMENTAL DE CUIDADOS-2.º QUESTIONÁRIO .	122

INDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS E QUADROS

Figuras:

Figura 1 – Fluxograma do protocolo de apoio telefónico ao doente/família

Figura 2 - Princípios do programa dos 5 S

Figura 3 - Representação esquemática das fases do estudo de investigação

Gráficos:

Gráfico 1 – Caracterização do painel de peritos quanto à idade

Gráfico 2 – Caracterização do painel de peritos quanto ao género

Gráfico 3 – Caracterização do painel de peritos quanto à categoria profissional

Gráfico 4 – Caracterização do painel de peritos quanto às habilitações literárias

Gráfico 5 – Caracterização do painel de peritos quanto à formação em CP

Gráfico 6 – Caracterização do painel de peritos quanto à formação em SI

Quadros:

Quadro 1 – Indicadores de qualidade dos registos de enfermagem

Quadro 2 – Caracterização do painel de peritos quanto à experiência profissional e experiência em CP

Quadro 3 - Critérios de determinação do grau de consenso

Quadro 4– Resultados da 1.ª Ronda de Questionários

Quadro 5 – Resultados da 2.ª Ronda de Questionários

Quadro 6 – Quadro síntese dos resultados das duas rondas de questionários

Quadro 7 – Proposta de Padrão Documental de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

INTRODUÇÃO

O presente relatório integra-se na unidade curricular - Estágio de Natureza Profissional (ENP), que integra o plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. O mesmo encontra-se estruturado de forma a assegurar a aquisição de competências previstas para este ciclo de estudos, bem como as Competências Comuns (Regulamento n.º 140/2019) e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, conforme definido no Regulamento n.º 429/2018:

“Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto” (p.19365).

De forma a dar resposta ao cumprimento deste objetivo, numa primeira fase foi realizado um estágio de 225h presenciais numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), de internamento, a WeCare (Póvoa de Varzim), no período de 09 de dezembro de 2021 a 26 de fevereiro de 2022. Posteriormente, o ENP decorreu no Serviço Integrado de Cuidados Paliativos (SICP) da ULSAM, no período de 3 de março a 31 de agosto de 2022, com 390 horas presenciais, assumindo-se com um nível de diferenciação em Cuidados Paliativos distinto, baseado num modelo de consultadoria em diversas valências da prestação de cuidados, nomeadamente Equipa Intra-hospitalar e Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos. A opção por estes contextos baseou-se nos critérios definidos pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa da Ordem dos Enfermeiros (OE) e por serem equipas de referência nesta área (OE, 2017).

Tendo como enquadramento a tipologia das unidades de cuidados selecionadas e a natureza específica desta formação avançada em Cuidados Paliativos (CP), este estágio tem como principal objetivo o desenvolvimento de competências gerais e específicas preconizadas pela OE através da realização de atividades especializadas

nos contextos clínicos reais na área da Enfermagem à pessoa em situação paliativa, nomeadamente:

- Atender às necessidades da pessoa em cuidados paliativos que envolvem cuidados de grande complexidade, alicerçados nos princípios éticos estabelecidos no código deontológico profissional e estabelecendo um ambiente terapêutico seguro;
- Desenvolver competências transversais na área da gestão e formação, nomeadamente, na implementação de novas dinâmicas de intervenção e na identificação de necessidades de gestão dos recursos e liderança face às situações e ao contexto, com vista à melhoria contínua dos contextos da prática clínica;
- Promover a Investigação no âmbito dos cuidados à pessoa/família em situação paliativa, contribuindo para uma prática baseada na evidência científica (OE, 2021).

Neste sentido, e, decorrente do projeto de candidatura do SICP à Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica pela OE, emergiu a necessidade de desenvolver o estudo intitulado “Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa”. De facto, foi possível constatar no contexto do ENP realizado no SICP da ULSAM, a ausência de um suporte documentado dos cuidados de enfermagem prestados, sendo os registos existentes efetuados em modo de texto livre. No momento da admissão no SICP, é efetuada a avaliação inicial do doente, assim como, um plano de intervenção individual num documento de texto que não é integrado no processo clínico. Sabe-se, no entanto, que a existência de um instrumento que documente a prática de enfermagem facilita a análise, interpretação e comparação de dados, tanto a nível organizacional como nacional, representando uma importante fonte de informação para a gestão, formação, investigação e produção de indicadores para a avaliação da qualidade dos cuidados prestados e para a tomada de decisão política (Marques, 2021). Constitui, ainda, uma estratégia do Ministério da Saúde para uniformizar as práticas e garantir a normalização da informação em saúde, contribuindo para o melhor desempenho dos profissionais de saúde dentro da equipa multidisciplinar e possibilitando desta forma, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente (SPMS, 2017). A existência de um padrão de documentação dos cuidados de enfermagem uniformizado contribui, deste modo, para o reconhecimento e valorização da intervenção dos enfermeiros.

Com o presente relatório pretende-se descrever de forma crítica, reflexiva e baseada na evidência, as atividades desenvolvidas em contexto real de trabalho e o contributo deste ENP para o desenvolvimento pessoal e profissional do Enfermeiro Especialista, destacando as competências profissionais adquiridas, numa estreita relação com os

padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados e incluindo uma componente de investigação. (OE, 2021)

Deste modo, o presente documento encontra-se estruturado em duas partes apresentando-se, na primeira parte a filosofia e os princípios dos CP, assim como os princípios orientadores do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos CP (PEDCP) em Portugal, para o biénio 2021-2022. Efetua-se, ainda, a exposição das atividades/competências desenvolvidas no âmbito da prática de enfermagem especializada e no âmbito da gestão de cuidados e formação, procurando uma descrição crítico-reflexiva e articulada com os objetivos definidos para este ENP. Na segunda parte apresentam-se as várias etapas do estudo de investigação desenvolvido, nomeadamente, o enquadramento do tema, a revisão da literatura, os objetivos propostos, a metodologia utilizada, os resultados obtidos, a análise/discussão dos resultados e a conclusão.

Por último, nas considerações finais, serão salientados os aspetos essenciais deste trabalho, nomeadamente no que respeita à aquisição de competências através das atividades desenvolvidas. Faz-se, ainda, referencia às potencialidades e dificuldades encontradas no desenvolvimento deste percurso formativo.

**PARTE I – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM À
PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA: O PERCURSO REALIZADO**

1. CUIDADOS PALIATIVOS: FILOSOFIA E PRINCÍPIOS

Com o grande desenvolvimento científico e tecnológico verificado nas últimas décadas, tem-se assistido a uma sobrevivência de doentes com doenças crônicas, progressivas e limitantes, para os quais os Cuidados Paliativos representam a proposta terapêutica mais adequada, uma vez que são dirigidos aos diversos sintomas causadores de sofrimento físico, psíquico, espiritual e social, responsáveis por diminuir a qualidade de vida do doente (ANCP, 2009).

De acordo com Radbruch et al., citados por Feiteira (2017) os Cuidados Paliativos 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 até à morte. Apesar desta consciencialização da morte como parte da vida e da existência humana, é-nos difícil perspetivá-la para uma realidade próxima, evitando até pensarmos sobre o nosso fim de vida. A aceitação de que a medicina tem limitações e que a cura nem sempre é possível está, por vezes, longe do entendimento dos doentes e sua família, sobretudo quando se trata de doentes jovens que tentam preservar a vida a todo o custo e recorrendo a todos os meios disponíveis. Ao invés de aceitarem a inevitabilidade da morte, dando vida aos dias que restam, a família por vezes socorre-se do conhecimento científico e tecnológico e procura soluções terapêuticas que tornam o processo de morrer mais problemático; difícil de prever, mais difícil ainda de lidar, fonte de complicados dilemas éticos e escolhas difíceis, geradoras de angústias, ambivalência e incertezas (Pessini, 2005). É na gestão destas expectativas e focados na multidimensionalidade da pessoa portadora de uma doença sem perspetiva de cura, que os Cuidados Paliativos se revelam como os cuidados mais adequados, pois são fundamentados numa filosofia de Cuidar.

Cicely Saunders, fundadora do St. Christopher Hospice em 1967, foi pioneira na defesa do cuidado centrado na pessoa em fase de terminalidade, criando o conceito de “Dor Total” e dando início a um percurso de mudança de paradigma, focando a finalidade dos objetivos no cuidar, e não, na cura. É no seguimento deste movimento que os Cuidados Paliativos iniciam o seu percurso de organização e afirmação, sendo atualmente reconhecido pelas convenções das Nações Unidas e assumidos como um direito fundamental. Tal como referido no Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) 2021/2022, todas as pessoas devem ter acesso a cuidados paliativos de qualidade independente da sua idade, local de residência ou nível sócio económico, desde o diagnóstico até ao luto (CNCP, 2021).

São inúmeros os contributos de diversos autores para a definição de CP e que conduziram ao estabelecimento de alguns paradigmas que ainda atualmente se assumem como valores deste tipo de cuidados. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) definiu-os como uma abordagem que promove a qualidade de vida de doentes que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida e seus familiares, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2009, p.16):

“O Cuidar em Cuidados Paliativos não se baseia em protocolos, mas em princípios. Não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida. Indica-se o cuidado desde o diagnóstico, expandindo nosso campo de atuação. Não falaremos também em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, afastando dessa forma a ideia de “não ter mais nada a fazer”. Pela primeira vez, uma abordagem inclui a espiritualidade entre as dimensões do ser humano. A família é lembrada, portanto assistida, também apos a morte do paciente, no período de luto”.

É com base nestes pressupostos que assentam os princípios dos Cuidados Paliativos:

- Valorizam a vida e consideram a morte como um processo natural;
- Devem ser implementados o mais precocemente possível no decurso da doença em conjunto com terapêuticas curativas ou de prolongamento da vida;
- Devem ser oferecidos tendo por base as necessidades expressas e não exclusivamente o prognóstico e diagnóstico;
- Utilizam uma equipa multidisciplinar de modo a avaliar as necessidades do doente e sua família, incluindo o processo de luto;
- Promovem uma abordagem global e holística do sofrimento dos doentes, seja físico, psicológico, social ou espiritual.
- Promovem o bem-estar e a qualidade de vida do doente;
- Proporcionam um sistema de suporte que permite ajudar a família a lidar com a perda do seu ente querido e apoiar no processo de luto;
- Visam o alívio da dor e outra sintomatologia desencadeadora de sofrimento, potencializando a qualidade de vida;
- São uma intervenção rigorosa no âmbito dos cuidados de saúde, que utilizam a investigação para melhor entender e abordar os problemas expressos pelos doentes e suas famílias (Barbosa & Neto, citados por Feiteira, 2017).

De ressaltar que o verdadeiro pilar, do qual decorrem todos os princípios, é o valor da dignidade humana, que deve estar presente, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções (Nunes, 2008).

Destaca-se, ainda, a importância da comunicação neste contexto para a construção de uma relação terapêutica. Tal como nos refere Leal (2003) se o profissional mostrar consideração pelos sentimentos do doente, se tiver tempo, como é desejável, para responder a perguntas e lhe garantir que será continuamente apoiado mesmo quando a cura não for possível, consegue, com esta perícia, mitigar o sofrimento do mesmo. Na verdade, a comunicação interpessoal e o relacionamento humano representam a essência do cuidado que suporta fé e esperança nos momentos mais difíceis (Araújo, citado por ANCP, 2009).

Os profissionais que desempenham funções em equipas/unidades de Cuidados Paliativos devem ter bem presentes estes pressupostos, pois deles decorrem as quatro áreas fundamentais da intervenção dos Cuidados Paliativos: o controlo sintomático, a comunicação adequada, o trabalho em equipa e o apoio à família, nomeadamente no processo de luto.

Pilares dos Cuidados Paliativos

No que diz respeito ao *controlo de sintomas*, Neto (2010) refere que os enfermeiros, pela sua proximidade ao doente, têm um papel essencial na monitorização dos sintomas, contribuindo para o sucesso do processo terapêutico. Para tal, é necessário avaliar corretamente o sintoma manifestado recorrendo a escalas devidamente validadas para o efeito; perceber a etiologia dos sintomas e explicá-la, de forma clara, ao doente para que este possa perceber o que está a acontecer; dirigir a abordagem terapêutica, que pode ser farmacológica ou não farmacológica, a cada sintoma específico; e reavaliar periodicamente a eficácia das intervenções recorrendo a registos fidedignos e rigorosos.

A *componente comunicacional* representa uma das armas mais poderosas no que se refere à ajuda necessária à aceitação, à confrontação da doença e à adaptação às mudanças que ocorrem (Pereira, 2008). Tal como nos refere Neto, citado por Silva (2016, p.46) “é na área da comunicação que se situam as maiores necessidades dos doentes e famílias e que estes as classificam como sendo de maior importância na qualidade dos cuidados recebidos. Para que estas necessidades sejam atendidas o profissional de saúde tem que estabelecer uma relação com o doente/família alicerçada pela compaixão, humildade, respeito e empatia.”

Esta constatação vai de encontro ao ponto seguinte e que também se assume como um pilar fundamental dos Cuidados Paliativos que é o *trabalho em equipa*. O trabalho de equipa, na sua verdadeira conceção, implica que os elementos da equipa multidisciplinar sejam integrados em todo o processo, de modo a possibilitar o planeamento, coordenação, implementação e avaliação da eficácia e a eficiência dos cuidados prestados ao doente e família. Os enfermeiros que estão na prestação direta de cuidados não podem ser colocados à margem destas dinâmicas, pois ficarão limitados na capacidade de resposta às necessidades e potencialidades do doente/família e conseqüentemente na melhoria a qualidade de vida dos mesmos.

No que diz respeito à *família*, que deve ser considerada juntamente com o doente, como uma unidade de cuidados, é necessário perceber que estas vivenciam sofrimento pela perda iminente, fragilidade e angústia da separação, tal como o doente que experiencia a sua última etapa da vida (Pereira & Lopes, 2005).

A situação de fase final de vida confronta os doentes com novas situações, implicando reestruturações sucessivas no relacionamento social e familiar. Perante este pressuposto, poder-se-á dizer que “a atenção ao luto em Cuidados Paliativos é elementar e deve ser prestada: antes da morte, durante o processo de agonia e deve prolongar-se, se necessário, depois da morte. Este apoio ao luto deve ter como alvo o doente e a família” (Silva, 2016, p. 52).

Tal como nos refere Melo (2008, p. 13) “perante uma perda significativa, de uma pessoa ou até de um objeto estimado, surge um processo necessário e fundamental para que o vazio deixado, com o tempo, possa voltar a ser preenchido. Esse processo é denominado de *luto* e consiste numa adaptação à perda, envolvendo uma série de tarefas ou fases para que tal aconteça”. Também de acordo com Twycross (2001, p. 63), “o luto não é apenas emocional, é também uma experiência física, intelectual, social e espiritual. O luto afeta os sentimentos, os pensamentos e o comportamento”. O luto é a experiência mais universal e ao mesmo tempo mais desorganizadora e assustadora que vive o ser humano, sendo um processo pelo qual todos acabamos por passar.

O termo paliativo, deriva do latim *pallium* que significa manto ou capa e, desta forma, os CP pretendem como que “encobrir” os sintomas, não só os físicos como os psicológicos e espirituais, com o objetivo de promover o conforto e a qualidade de vida (Twycross, 2003). Conseguir-se, facilmente, compreender, que as quatro dimensões descritas anteriormente estão relacionadas entre si, e que não é possível atender à dimensão espiritual/psicológica se for descurado o adequado controlo de sintomas, do mesmo modo que um sofrimento existencial pode potenciar ou exacerbar o descontrolo

sintomático. Logo, não se podem dividir rigorosamente estas dimensões, uma vez que o ser humano é mais do que a soma das suas partes e está em constante interação com o meio.

Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

Como forma de garantir o acesso atempado e adequado a CP de qualidade a todos os cidadãos, incluindo crianças e jovens, o Ministério da Saúde criou a Comissão Nacional de CP, que é responsável por coordenar a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), elaborar e propor para aprovação à tutela, os planos estratégicos para o desenvolvimento dos cuidados paliativos (PEDCP). Estes planos estratégicos, já delineados desde 2007, permitiram a estruturação de uma RNCP funcional, com integração nos três níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (SNS), designadamente os Cuidados de Saúde Primários, os Cuidados Hospitalares e os Cuidados Continuados Integrados. Os cuidados são prestados por equipas especializadas de CP, com funções de prestação direta de cuidados, mas também de assessoria (CNCP, 2021). Para tal, estão definidos algumas linhas estratégicas gerais, das quais se destacam: a adequação dos recursos assistenciais especializados em CP atendendo à distribuição geográfica e acessibilidades da população alvo; a centralização dos cuidados na pessoa, (re)integração da família e reforço da rede social; a formação e capacitação dos profissionais de saúde; a certificação e monitorização das equipas especializadas de CP; a melhoria dos sistemas de informação; a informação e sensibilização da população; e a investigação em CP.

Em função destes princípios orientadores, O PEDCP 2021-2022 define quatro eixos prioritários de intervenção, nomeadamente, os cuidados centrados na pessoa (EIXO I), a formação (EIXO II), a qualidade (EIXO III) e a organização (EIXO IV).

No que diz respeito aos **cuidados centrados na pessoa**, está preconizado neste documento que o acesso aos CP deve estar disponível o mais precocemente possível, sendo imprescindível, para tal, a sensibilização e formação dos profissionais de saúde para a identificação de necessidades paliativas, numa abordagem colaborativa. Neste eixo de intervenção são, ainda, definidas algumas estratégias de prevenção do risco psicossocial, nomeadamente programas de apoio aos cuidadores formais e informais, assim como o envolvimento de toda a sociedade civil, consciencializando-a para as “exigências e necessidades da integração do conceito dos cuidados paliativos e da promoção dos valores sociais de solidariedade e cidadania” (CNCP, 2021, p. 28).

Relativamente ao eixo da **formação**, definida como fundamental para o desenvolvimento de competências em CP das equipas multidisciplinares, destaca-se a

criação de programas de formação para cuidadores formais e informais, a inclusão de conteúdos de cuidados paliativos nos cursos pré-graduados na área da saúde e a formação profissional. Esta última, integra os três níveis de tipologia de formação em CP, sendo o nível I de formação básica em CP, dirigida a todos os profissionais de saúde; o nível II de formação intermédia, destinada às equipas que acompanham um maior número de doentes com necessidades paliativas; e o nível III de formação avançada, destinada a profissionais que procuram a competência em CP. Destaca-se, também, neste eixo a formação contínua, através da elaboração de programas de formação com vista a uma resposta adequada às exigências de intervenção específicas de cada grupo profissional: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.

No eixo da **qualidade**, defende-se a implementação progressiva de um sistema de qualidade como garantia da melhor resposta às necessidades dos doentes/ famílias em CP, orientando a atividade das equipas para os resultados, sendo imperioso, para tal, haver liderança, envolvimento de todos os elementos da equipa e consistência de objetivos. Assume-se de igual modo, determinante, a definição de indicadores de atividade, assim como de normas/critérios de qualidade para as equipas de CP com a devida monitorização, numa perspetiva de controlo interno da atividade desenvolvida com vista à melhoria contínua.

Por último, o eixo da **organização** pressupõe que os diversos serviços de saúde estejam organizados dentro de uma rede nacional funcional coerente, melhorando o acesso aos CP e aumentando a qualidade, bem como a continuidade de cuidados, “permitindo que uma proporção maior de pessoas possa morrer em casa, se assim o desejarem” (CNCP, 2021, p. 40). Neste eixo são abordados aspetos relacionados com as dotações e formação dos recursos humanos das equipas da RNCP, bem como a parametrização dos Sistemas de Informação (SI) no sentido de melhorar a interoperabilidade entre os sistemas, agregar informação sobre cuidados e trabalhar indicadores, permitindo a comunicação entre equipas. Neste eixo é também abordada, a utilização de escalas validadas para a avaliação da complexidade do doente e a promoção da investigação em CP, que deve ser contínua e acompanhar a evolução e as necessidades dos Cuidados Paliativos (CNCP, 2021).

Apesar da crescente distribuição de recursos no território nacional ao longo dos últimos anos, o grande objetivo desta CNCP é conseguir um estado de integração avançada dos Cuidados Paliativos em todo o sistema de saúde, tal como descrita pela OMS, defendendo que o acesso aos CP deve ser determinado pelas necessidades da pessoa e família e não apenas pelo prognóstico da doença (CNCP, 2021).

2. O CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

Tal como referido na introdução deste trabalho, foi-me possibilitada a realização de um estágio numa UCP de internamento, a WeCare (Póvoa de Varzim), no período de 09 de dezembro de 2021 a 26 de fevereiro de 2022, tendo sido objeto de relatório, apresentado no final do mesmo.

É de salientar, que no decorrer do estágio na UCP - WeCare (Póvoa de Varzim), foram desenvolvidas atividades que atenderam aos pilares fundamentais dos cuidados paliativos: avaliação e controlo de sintomas; comunicação adequada; apoio à família e trabalho em equipa; tendo como principal objetivo a melhoria da qualidade das práticas de enfermagem em contexto de internamento, fundamentando-as na evidência científica, como preconizado pela OE. De um modo geral, este período traduziu-se na mobilização e transformação dos conhecimentos adquiridos na componente teórica, desenvolvendo competências específicas neste âmbito e dando respostas às necessidades dos doentes/famílias internados nesta unidade de cuidados.

De seguida será efetuada uma breve descrição do contexto em que decorreu o ENP, abordando as atividades realizadas, bem como as competências desenvolvidas tendo em conta os domínios de intervenção do enfermeiro especialista.

2.1 ENP: o Serviço Integrado de Cuidados Paliativos da ULSAM

A prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa e em fim de vida sempre esteve presente no meu percurso profissional, enquanto enfermeira a desempenhar funções na prestação direta de cuidados gerais a doentes do foro cirúrgico. No decorrer de dezoito anos de experiência num serviço de internamento de cirurgia geral, cuidar de pessoas em situação paliativa constituiu, sempre, uma preocupação do ponto de vista ético e deontológico, particularmente pela perceção frequente de que os doentes morriam sem uma resposta adequada para a estruturação de uma morte com dignidade, nomeadamente sem terem oportunidade de efetuar a revisão da sua existência e a construção do seu legado. Por outro lado, também não lhes era permitida, muitas vezes, a possibilidade de encontrarem um sentido para o seu próprio sofrimento e para a vivência da sua doença. Foi na procura de algumas soluções para a gestão destes conflitos introspectivos e com a consciência de que a humanização dos cuidados passa obrigatoriamente por reconhecer todos os fatores que influenciam a perceção da dor e do sofrimento do doente e família, que procurei o desenvolvimento de competências

nesta área de especialidade, com a realização do Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

Concomitantemente, no decorrer deste percurso académico surgiu a oportunidade de integrar o Serviço Integrado de Cuidados Paliativos (SICP) da ULSAM, o que se traduziu num duplo desafio, pois foi necessário conciliar a integração nesta unidade, com a execução do ENP. Acabou por se traduzir num processo facilitador pois fui consolidando os conhecimentos adquiridos na componente teórica do curso no contexto real da prática de cuidados.

Tendo em vista a aquisição de competências especializadas na prestação de cuidados na área da pessoa em situação paliativa e constatando, no decorrer da integração neste serviço, a inexistência do processo de enfermagem parametrizado no SClínico, algo que foi prática diária nos anos prévios de atividade em contexto de internamento, gerou a força motivadora que me levou a desenvolver investigação nesta área, de modo a otimizar os registos de enfermagem e assegurar a continuidade de cuidados. Procurando assim, encontrar respostas para estas inquietações, foi delineado um percurso de reflexão e capacitação profissional, tendo sido o SICP da ULSAM o contexto clínico escolhido para a realização deste ENP.

O SICP da ULSAM foi criado a 28 de outubro de 2013 com a designação de Equipa de Cuidados Paliativos. Trata-se de uma equipa multidisciplinar que integra a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), nos termos da Portaria n.º 66/2018; inclui a Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) (SICP, 2021). Conforme consta do Regulamento Interno, o SICP faz parte integrante da estrutura e hierarquia da ULSAM, dependendo diretamente do Conselho de Administração. Tem como missão garantir, na área de influência da ULSAM, apoio e suporte aos doentes em situação de doença grave, avançada e progressiva em contexto de internamento ou em ambulatório, bem como, aos seus familiares e cuidadores, com o propósito de garantir a qualidade de vida, preservação da dignidade (ULSAM,2013)

A EIHSCP presta apoio e consultadoria a todos os serviços de internamento hospitalar e hospital de dia, da área de influência da ULSAM, nomeadamente o Hospital de Santa Luzia em Viana do Castelo e o Hospital Conde Bertiandos de Ponte de Lima e realiza atividade de consulta externa em 3 modalidades: consulta externa programada, consulta aberta e consulta não presencial através de contacto telefónico.

A ECSCP está direcionada para a prestação de cuidados domiciliários e garante a permanência do doente em fim de vida no seu ambiente familiar e comunitário, dando

cobertura aos 10 municípios do distrito de Viana do Castelo. Esta atividade assistencial é garantida habitualmente por dois grupos de trabalho diários, que se encontram divididos em duas zonas, para uma resposta mais otimizada. Deste modo a zona 1 integra o concelho de Viana do Castelo, Caminha e Vila Nova de Cerveira e a zona 2 engloba os municípios de Arcos de Valdevez, Ponte da Barca, Paredes de Coura, Ponte de Lima, Monção, Melgaço e Valença.

De acordo com os artigos 9.º e 11.º da Portaria n.º 66/2018, o SICP assegura apoio psicoemocional aos familiares e/ou cuidadores durante o período de luto, tanto a nível hospitalar como comunitário. Tal como já foi referido, trata-se de uma equipa multidisciplinar, integrando atualmente, em regime de tempo integral, 7 médicos, 9 enfermeiras, 1 Assistente Social e 1 Assistente Técnico. Em regime de tempo parcial o SICP inclui 1 nutricionista, 2 psicólogos, 1 psiquiatra e 1 capelão. A coordenação do SICP é da competência de um médico, sendo a coordenação da Equipa de Enfermagem assumida por uma Enfermeira Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, ambos a desempenhar funções na equipa desde a sua constituição.

O SICP funciona de segunda a sexta-feira, entre as 8h e 17h, havendo uma forte articulação com os Cuidados de Saúde Primários para que, fora desse período, seja assegurada uma maior retaguarda para os doentes com maiores necessidades. Em situações de agudizações, os doentes/família são orientados para recorrer ao Serviço de Urgência.

No Relatório de Atividades de 2021, o SICP elenca diversos projetos a desenvolver, alguns dos quais foram contemplados no diagnóstico de situação efetuado na fase inicial deste ENP, nomeadamente:

- Parametrização do processo de enfermagem segundo a linguagem CIPE;
- Candidatura à Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica pela OE do Serviço Integrado de Cuidados Paliativos;
- Reorganização do espaço de armazém segundo metodologias LEAN, com adaptação para reposição de stocks com ferramenta KANBAN. (SICP, 2022)

2.2 Prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa

Considerando os objetivos definidos para o ENP e que se encontram estreitamente relacionados com o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista (EE) em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, a par das competências comuns de gestão e formação estabelecidas pela OE, importa agora descrever, de forma fundamentada e reflexiva, as atividades desenvolvidas no SICP da ULSAM. Tal como descrito anteriormente, este serviço apresenta diversas valências, o que permitiu diversificar a minha intervenção, quer no âmbito de consultadoria a todos os serviços de internamento hospitalar da área de influência da ULSAM, quer na realização de Visitas Domiciliárias (VD), bem como na atividade de consulta externa.

A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012, p. 5119) define CP como:

“Cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas em internamento ou no domicílio a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, 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 no tratamento rigoroso da dor e outros sintomas físicos, mas também psicossociais e espirituais”.

Importa referir que esta definição também é expressa no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (Regulamento n.º 429/2018). Neste sentido, espera-se que o enfermeiro especialista nesta área de intervenção seja capaz de intervir na multidimensionalidade da pessoa incurável.

Enquanto estudante a realizar um ENP, procurei desenvolver competências comuns e específicas em cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa, através da realização de atividades que proporcionassem essas aquisições. A abordagem das atividades realizadas será apresentada de seguida, tendo sido organizadas em função dos quatro pilares dos CP.

Apoio à família/Trabalho em equipa / Comunicação

Apesar das transformações ocorridas na sociedade, as práticas de cuidados aos indivíduos levam a identificar-nos que, ainda hoje, a família é o suporte mais comum dos cuidados desenvolvidos na comunidade, tendo os enfermeiros o compromisso de

integrar as famílias nos cuidados que prestam (Saarinen et al., 2021). Face à crise familiar que as situações de ameaça à vida podem habitualmente representar, a família experimenta, tal como o doente, um período de incerteza e de adaptação ao processo de doença. O sucesso dos cuidados prestados depende sobretudo, do suporte que os profissionais de saúde sejam capazes de prestar, enquanto o processo de doença avança.

Se a família não tiver habilidades ou acompanhamento/apoio de uma equipa neste processo de fim de vida, evidentemente que vai enfrentar a exaustão, sentimentos vários como o medo, a impotência, entre outros, pois “ter ao seu cuidado uma pessoa que se encontra a morrer é cansativo e traumático, bem como um fator de *stress* para o prestador de cuidados” (Rice, 2004, p. 482).

O Programa Nacional de Cuidados Paliativos, apresentado pela DGS em 2007 e do qual resultou o primeiro PEDCP (2017-2018), propõe a inclusão no plano funcional das ECSP, de uma “linha de apoio” devidamente estruturada, como estratégia de apoio aos doentes/famílias em cuidados domiciliários. Neste sentido e de modo a possibilitar uma efetiva facilidade de contacto, devem dispor de meios de comunicação telefónica e eletrónica facilmente acessíveis que permitam o apoio, orientação e esclarecimento de dúvidas/ dificuldades, com o intuito de diminuir o número de vindas à instituição hospitalar (Ministério da Saúde, 2007).

Muitas famílias vivenciam situações de sofrimento, pela perda iminente, fragilidade e angústia da separação (Pereira & Lopes, 2005). É fundamental que o doente, a família e a equipa de saúde tenham os mesmos objetivos a atingir para que não haja risco de comprometer o sucesso terapêutico que deve visar a preservação da dignidade pessoal. No contexto dos CP, a família assume um papel ainda mais determinante, uma vez que escutando as suas angústias, dúvidas e dificuldades se potenciam os sentimentos de compreensão e reconhecimento, contribuindo para que assumam com maior tranquilidade e segurança o cuidado da pessoa em situação paliativa. Em suma, acompanhar e apoiar famílias exige o estabelecimento de uma relação de parceria, adequando as propostas de acordo com as suas necessidades.

O SICP possui três contactos telefónicos correspondentes a cada uma das áreas de intervenção diárias: EIHSCP, ECSCP (zona1) e ECSCP (zona 2). No momento da primeira avaliação é explicado aos doentes/famílias que ficam com consultas periódicas agendadas em função da avaliação do estado clínico efetuada, mas é sempre disponibilizado o contacto para ligarem no caso de alguma dúvida, intercorrência que modifique o estado prévio do doente ou em caso de agravamento. Uma vez que existe

rotatividade de horário e de profissionais dentro de cada uma das valências, emergiu a necessidade de criar um **protocolo de apoio telefónico ao doente/família** onde fosse possível, de forma rápida, aceder ao processo clínico do doente e perceber qual a data da última consulta, quais os profissionais envolvidos e qual a situação atual do doente no que respeita a prescrições e controlo de sintomas.

Foram definidos como principais objetivos desta atividade:

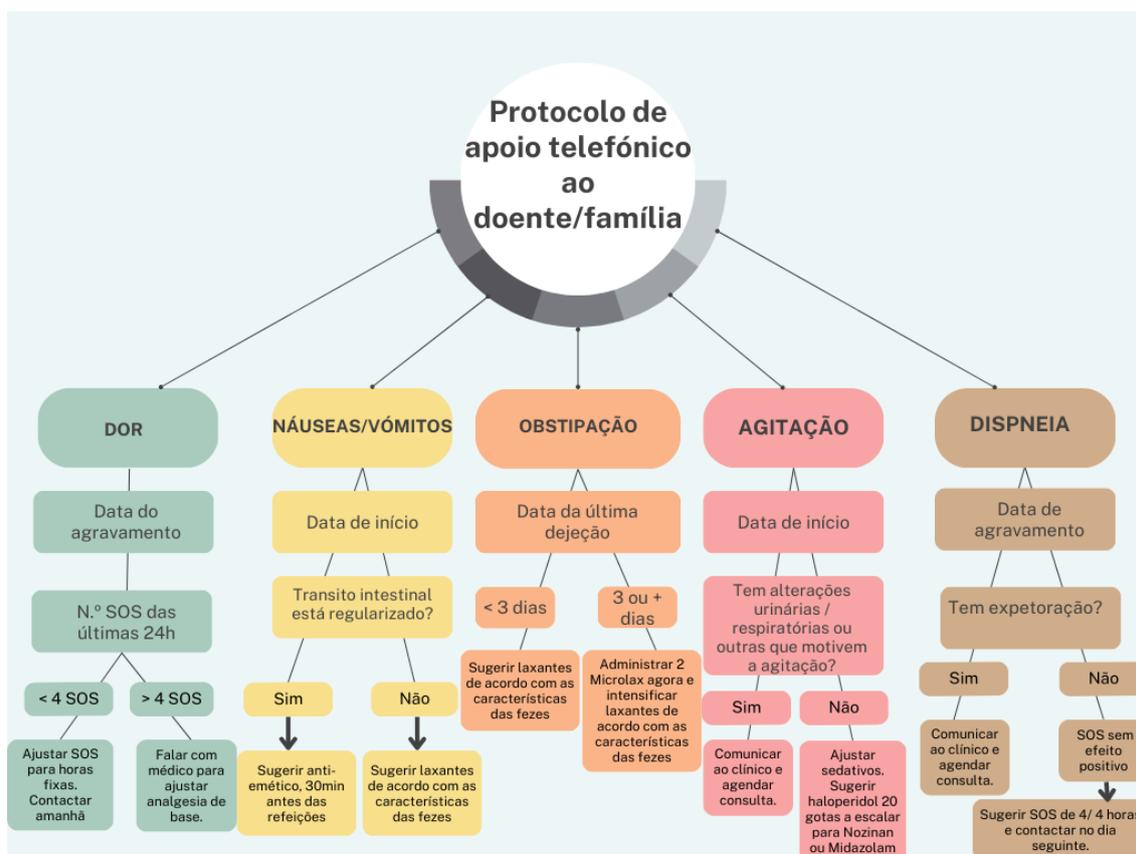
- Desenvolver a capacitação da família no processo de acompanhamento da pessoa em situação paliativa assente na confiança e compreensão empática;
- Desenvolver um guia orientador de apoio ao doente/família prático e seguro, garantindo a uniformização das orientações ministradas pelos profissionais;
- Elaborar uma ferramenta funcional, numa perspetiva cooperativa e interdisciplinar no SICP;
- Desenvolver competências no apoio à família e no trabalho em equipa no âmbito da prestação e cuidados especializados;

De forma a dar cumprimento a estes objetivos, definiram-se as estratégias que, seguidamente, se enumeram:

- Pesquisa bibliográfica acerca das intervenções no controlo dos sintomas mais prevalentes em CP;
- Definição do procedimento de atuação para cada um dos sintomas nomeados telefonicamente pelo doente/família;
- Familiarização com a ferramenta *Microsoft Forms*;
- Elaboração de um fluxograma para o atendimento telefónico;
- Apresentação do Protocolo de atendimento telefónico aos elementos coordenados do SICP.

Tal como se pode constatar no documento que integra o Apêndice I, o mesmo é de fácil preenchimento sendo perceptível, através de um fluxograma, verificar qual o sintoma mais evidente, em que contexto surgiu e quais as medidas adotadas até ao momento do contacto.

Figura 1 – Fluxograma do protocolo de apoio telefónico ao doente/ família



Para além de se assumir como um instrumento de apoio e orientação para o doentes/família e para os profissionais, a criação deste protocolo foi uma ferramenta facilitadora do trabalho em equipa, pois permite que todos os profissionais se inteirem, facilmente, da situação atual do doente, propondo-lhe uma resposta adequada às questões colocadas e ao objetivo dos cuidados.

Broca e Ferreira (2012) realçam que a comunicação é um elemento essencial nos cuidados, associando-se à prática de comunicar, numa equipa disposta e envolvida a estabelecer essa relação interdisciplinar.

“Como forma de melhorar ou realizar o cuidado de enfermagem, destaca-se a importância do diálogo, pois através dele se cria uma aproximação entre as pessoas, inicia-se um contacto mais próximo, uma relação de integração de culturas, uma troca de experiências e vivências. Uma relação de comunicação eficiente entre todos os membros da equipe de enfermagem e da equipe multidisciplinar contribui para que as inter-relações profissionais estabelecidas no trabalho delimitem, melhor se a assistência ao paciente será ou não humanizada. E para que o processo de humanização seja efetivo, transformador

e se realize, é imprescindível estreitar os laços de comunicação, de forma a desvendar e respeitar o ser profissional, favorecendo assim a compreensão contínua da realidade do paciente e do trabalhador” (2012, p.98).

A implementação desta atividade contribuiu, inegavelmente, para o desenvolvimento das minhas competências na área da comunicação enquanto estratégia de apoio à família. Reconhecendo que uma má comunicação “acarreta problemas entre o doente, família e equipa de saúde e, como tal, maior sofrimento para todos os envolvidos” (Feiteira, 2017, p.21), julgo que a criação deste protocolo me permitiu, com segurança e tranquilidade, prestar um melhor apoio à pessoa em situação paliativa.

Na sequência destes contactos telefónicos, os profissionais do SICP são constantemente confrontados com pedidos de ajuda: esclarecimento de dúvidas relativamente ao guia terapêutico, agendamentos de consultas, situações de descontrolo sintomático, agravamento de doença, pedidos para avaliação em contexto domiciliário, etc. Tendo consciência que o sucesso dos cuidados prestados depende, sobretudo, do suporte que os profissionais de saúde sejam capazes de prestar enquanto o processo de doença avança, a habilidade de orientar eficazmente os doentes/ família e dar resposta a estas solicitações, é determinante, podendo minimizar longos períodos de internamento na sequência de quadros de exaustão dos cuidadores e evitando, deste modo, a sobrecarga no sistema de saúde.

Sendo uma área de primordial relevância é, no entanto, uma das valências que os profissionais de enfermagem associam a sentimentos de stress e ansiedade, pela exigência de uma rápida agilização de informação e, muitas vezes recursos, para responder ao pedido que motiva o contacto telefónico. Segundo Phaneuf (2005, p.462), a família tem necessidade de informação para “compreender o que se passa, participar nas decisões para que eles próprios possam levar o suporte necessário à pessoa doente. É, portanto, normal que eles se voltem para as enfermeiras para receber conforto e informações”. Este é um desafio diário, exigente, mas que foi, de certo modo, atenuado com a implementação deste protocolo, uma vez que se traduziu num método estruturado de orientações acerca do processo terapêutico, transmitidas de forma segura e reduzindo o sentimento de ansiedade e medo dos familiares. Esta “aliança terapêutica, assente na confiança, compreensão empática e capacitação da pessoa e seus cuidadores/familiares” contemplada no Regulamento de competências específicas do EE na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (2018, p. 19365), constitui a base para o estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa em situação paliativa e seus familiares/cuidadores, nomeadamente, no que se refere ao suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no

acompanhamento no luto, pois tal como refere Pereira, “a informação prestada ao doente e à família constitui uma das armas mais poderosas no que se refere à ajuda necessária à aceitação, à confrontação da doença e à adaptação às mudanças que ocorrem” (2008, p.18).

Controlo sintomático

Foram inúmeras as vivências no decorrer do ENP que potenciaram o desenvolvimento das competências nos pilares fundamentais dos CP e, concretamente em contexto domiciliário, foi muito desafiante a aplicação dos conhecimentos adquiridos e perceber a forma como todas as dimensões interligadas contribuem para a dignificação do processo de fim de vida. De todas as situações experienciadas, recordo particularmente, uma doente com diagnóstico de neoplasia da tiroide com massa mediastínica a fazer compressão posterior da traqueia que numa agudização por dispneia intensa, nos pede na Visita Domiciliária (VD) que a ajudássemos a morrer. Este apelo, permite-nos perceber o grau de desconforto associado a este quadro clínico, acrescido do enorme sofrimento por parte da filha que se assumiu como cuidadora há mais de 20 anos, data em que regressou à casa dos pais após uma vivência de divórcio. Quando um doente nos pede para morrer e na ausência de formação especializada na área da comunicação, a tendência dos profissionais de saúde é relativizar e arriscar dizer que “vai ficar tudo bem”. Neste contexto, a atitude adotada, depois de validar com a família o pedido de ajuda e organizar a agenda no sentido de dar resposta ao apelo formulado de forma imediata, foi, realmente, estar presente. E depois de estar presente, em comunhão mútua com a doente no seu seio familiar, foi validar a angústia sentida sem pretensão de imaginar e quantificar esse sofrimento, mas disponibilizando ajuda no alívio desse desconforto e fazendo esse caminho com o doente e família. Após o exame físico percebeu-se que, estaríamos perante uma intercorrência infecciosa associada a possíveis microaspirações, tendo sido explicado à doente/família que nesse contexto e, após o alívio da dispneia, se iria optar por iniciar antibioterapia empírica que resultaria em duas respostas possíveis: com uma recuperação do estado prévio ou com a evolução para uma situação de últimos dias de vida. Após controlo da dispneia com titulação de opióide associado a hidrocortisona, fez-se a primeira administração do antibiótico e articulou-se com a equipa de Saúde Familiar para assegurarem a administração nos dias seguintes. Uma semana volvida, efetuámos nova VD de reavaliação e a doente encontrava-se sentada no pátio da sua casa num dia solarengo e recebe-nos dizendo: “assim vale a pena continuar por cá mais uns tempos!” Independentemente do desfecho, o facto de termos estado presentes num momento de

grande sofrimento, de termos conseguido estabilizá-la do ponto de vista sintomático, com a dispneia como principal queixa, e de termos assegurado a continuidade do tratamento com a equipa do Centro de Saúde, trouxe serenidade a esta doente e à sua família, conferindo-lhe a dignidade de viver de acordo com a sua escolha de permanecer em casa, na companhia dos seus entes queridos.

2.3 Ética em Cuidados Paliativos

Todos nós já vivenciamos situações complexas na prática de cuidados que nos confrontam com dilemas éticos de difícil resolução, seja pela inexistência de estratégias adequadas de os perceber e lidar com eles, seja pelo reduzido envolvimento do enfermeiro cuidador nos próprios processos de deliberação e tomada de decisão. No âmbito dos cuidados em fim de vida e tendo presente o artigo 87.º do Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2005, p.86) o enfermeiro deve

“defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida; respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoa que lhe sejam próximas; respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte”.

Para tal, considerando que a ética orienta o ser humano no agir, é necessário garantir que o doente tenha acesso a toda a informação acerca da sua situação clínica, estando o ato de informar cimentado em quatro princípios fundamentais da bioética: o princípio da beneficência, princípio da não maleficência, princípio da autonomia e o princípio da justiça (Pereira, 2008).

O princípio da autonomia é um dos princípios fundamentais da bioética e diz respeito à liberdade de fazer escolha relativamente ao que afeta a vida de cada um. Deste princípio derivam os direitos à informação e à confidencialidade. No que diz respeito ao direito a ser informado, o código deontológico refere que para fazer a sua livre escolha a pessoa deve ter em seu poder “o conhecimento de todos os dados que englobam a sua situação clínica, o seu prognóstico, as suas implicações e terapêuticas alternativas, incluindo exames complementares de diagnóstico” (OE, 2005, p.322). Só sendo conhecedor de todos estes factos, o doente decide sobre o que quer para si, baseando-se também nas suas crenças e valores pessoais.

Não são raras as situações de doentes que nos relatam o seu percurso de vida e do legado que construíram, como argumento para justificar algumas diretivas antecipadas

de vontade, no sentido de suspender tratamentos ou recusar procedimentos invasivos, sustentados na afirmação “eu já vivi a minha vida”. Muitas vezes são suposições alicerçadas em experiências prévias pessoais ou de alguém conhecido em instituições de saúde, aquilo que definiram para o seu projeto de vida/ saúde ou a vivência de uma depressão reativa em relação ao diagnóstico/prognóstico, pelo que é um dever do enfermeiro, desconstruir estas crenças, procurando esclarecer devidamente o doente acerca de todos os recursos de que dispõe para lidar com a sua doença com a melhor qualidade de vida possível. Tal como é referido no código deontológico, os problemas devem ser analisados “de uma forma mais globalizante, procurando as causas potenciais e as soluções possíveis para numerosos problemas individuais de saúde, dentro da sua própria família e da comunidade” (OE, 2005, p.56).

O cuidar em Enfermagem, atendendo a todas as dimensões que interferem no bem-estar do doente, visa “contribuir para o bem-viver a que todas as pessoas têm direito - considerando, na promoção do bem-viver, uma vida digna que tem, como situação-limite, uma morte digna. A ação de cuidar apoia-se em bases científicas, utilizando o pensamento racional, criativo, ético, estético e intuitivo.” (OE, 2005, p. 108). A eficácia plena deste processo só é atingida através da relação terapêutica que se estabelece na enfermagem e que se caracteriza pela “parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde” (OE, 2005, p. 282).

Tendo consciência de que apresentamos ao doente todas as opções terapêuticas em função das suas reais necessidades, podemos considerar que foram cumpridos os deveres enunciados no Artigo 84.º do Código Deontológico do Enfermeiro “no respeito pelo direito à autodeterminação” das pessoas. O respeito pela vontade em aceitar ou recusar determinados cuidados de saúde e de enfermagem constitui hoje um imperativo ético para os profissionais de saúde, pois também estes são detentores dos seus próprios princípios e valores, devendo “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida” (OE, 2005, p. 208) Por outro lado, é assumindo a responsabilidade pela pessoa enquanto ser holístico, ajudando-a nos seus processos de tomada de decisão no sentido de que o seu consentimento seja efetivamente livre e esclarecido; mostrando-lhe as diversas alternativas possíveis e não apenas aquelas que o medo ou o sofrimento conseguem trazer à consciência; disponibilizando-se para procurar recursos que suportem as consequências das suas decisões, implicando para isso os outros profissionais de saúde, os familiares e amigos,

assim como as organizações de saúde e outras que se mostrem adequadas como recurso face à situação concreta; que conseguimos conciliar o princípio do respeito pela liberdade e pela dignidade da pessoa humana com os deveres de respeitar o consentimento para os cuidados de enfermagem e de atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, protegendo e defendendo a vida humana em todas as circunstâncias (OE, 2005).

Neste enquadramento, recordo a situação de um doente acompanhado pelo SICP que nos desafiou perante um dilema ético, sujeito a uma reflexão profunda através do Modelo de Deliberação Ética de Diego Gracia. Este modelo representa uma abordagem teórica útil na tomada de decisões éticas na área da saúde, estabelecendo alguns passos nomeadamente:

1. Identificar o problema ético que carece de resolução. Este problema pode surgir de diversas situações, como conflitos entre princípios éticos, falta de consenso entre os profissionais envolvidos, entre outras situações;
2. Analisar o problema: depois de identificar o problema ético, é necessário analisar as diferentes perspetivas envolvidas através de revisão da literatura, consulta de especialistas e a recolha de informações relevantes para entender todas as implicações do problema;
3. Identificar as opções: com base na análise do problema, deve-se identificar as diferentes opções disponíveis para resolver a questão ética em questão. É importante considerar as implicações éticas e práticas de cada opção.
4. Avaliar as opções: depois de identificar as opções, é necessário avaliar cada uma delas. Isso pode incluir a consideração dos benefícios e riscos de cada opção, bem como a sua compatibilidade com os valores éticos em análise;
5. Tomar uma decisão: finalmente, com base na análise e avaliação das opções, deve-se tomar uma decisão ética informada e justificada.
6. Monitorizar e avaliar: após a tomada de decisão, é importante monitorizar e avaliar as consequências da decisão tomada, a fim de determinar se ela foi efetiva e se a solução ética escolhida foi aplicada adequadamente (Gracia, 2001; Nora et al., 2015)

No caso em questão, tratava-se de um doente de 41 anos diagnosticado com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) que é acolhido no SICP já com um quadro de grande sofrimento existencial, pela perda de capacidades motoras, apresentando-se em cadeira de rodas e com evitação do olhar. No momento da avaliação, apresentava, já, muita dificuldade em expressar-se pela disartria, tendo sido feito o pedido de colaboração ao SICP no sentido de orientar os procedimentos necessários a curto prazo, para a manutenção das funções vitais como o caso da colocação de PEG e

traqueostomia. Apesar da recusa inicial no agendamento destes procedimentos acabou por consentir, pelo agravamento da disfagia, com a colocação de PEG mantendo, no entanto, recusa total em relação à traqueostomia. Colocou-se, entretanto, a questão se, aquando do procedimento e numa situação de urgência/ emergência por falência respiratória seria questionável a ventilação invasiva. Analisando os factos apresentados, nomeadamente os aspetos técnicos do caso (diagnóstico, prognóstico, terapêutica), com vista à máxima redução possível da incerteza, foi decidido pelo cumprimento da diretiva antecipada da vontade do doente, expressa de forma legal, após ter sido devidamente informado de que esta seria a única forma de lhe prolongar a vida. Uma decisão pouco consensual para alguns profissionais envolvidos neste processo, nomeadamente para a anestesiolegista, mas que assenta nos princípios fundamentais da ética na saúde, nomeadamente, o princípio da autonomia.

Um enfermeiro especialista em Cuidados Paliativos deve ter bem presente estes princípios orientadores nas suas intervenções, alicerçado num caminho de construção de competências com vista ao aperfeiçoamento profissional. Estando consciente destes pressupostos e assumindo-os como fio condutor de um exercício que se pretende de excelência e responsável, torna-se mais claro identificar os conflitos éticos com que nos deparamos no decurso da nossa atividade profissional. Deste modo, e estando atentos e sensíveis para as questões éticas, recolhendo o máximo de informação acerca do doente e sua envolvência e procurando todas as soluções possíveis para mediar os conflitos de interesses existentes, poderemos desenvolver um modelo de deliberação ética adequado ao nosso contexto profissional e às situações complexas nele vividas.

2.4 Gestão em Cuidados Paliativos

As instituições de saúde têm vindo a sofrer uma crescente pressão social, política e económica para aumentar a quantidade e qualidade dos serviços prestados e diminuir os custos (Rocha et al., citado por Correia, 2016). Neste sentido, os enfermeiros exercem um papel fundamental para assegurar a melhoria contínua, dado o seu contacto assíduo e contínuo com o doente, conhecendo melhor os seus desejos e expectativas em relação à qualidade de um serviço de saúde (Rocha e Trevizan, 2009). Sendo a gestão/ coordenação do SICP assumida por uma enfermeira que integra a equipa na prestação de cuidados, a perceção desta afirmação é ainda mais evidente pela vivência pessoal dos constrangimentos que a equipa experiencia, criando as condições necessárias para a realização dos cuidados, tendo em conta as necessidades dos doentes e a obtenção dos objetivos estabelecidos. Por outro lado, torna-se uma

profunda conhecedora das mudanças de comportamentos ou atitudes necessárias com vista a atingir uma constante melhoria da qualidade dos cuidados prestados, influenciando, enquanto líder, a mudança de comportamentos dos restantes elementos da equipa.

Do EE espera-se que seja capaz de gerir eficazmente os cuidados, “otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4748). Deve, também, assumir um papel preponderante na liderança da equipa favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos, através da implementação de métodos de organização do trabalho adequados e da coordenação da equipa, considerando os recursos existentes, bem como, as características de cada elemento.

A área da gestão abrange três níveis de intervenção: Gestão dos Cuidados de Enfermagem; Gestão dos Recursos Humanos e Gestão dos Recursos Materiais. Para gerir adequadamente estas dimensões espera-se que o enfermeiro detenha um conjunto de competências, uma vez que deve gerir os cuidados de enfermagem tendo em conta a promoção do cuidar, o respeito pelo outro de forma a assegurar cuidados de enfermagem humanizados e de qualidade através da otimização dos recursos presentes (Rocha, citado por Correia, 2016).

Colaboração com a enfermeira gestora na gestão dos cuidados e dos recursos humanos e materiais do serviço

Com esta atividade procurou-se dar resposta aos objetivos que a seguir se apresentam:

- Desenvolver competências na gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta do SICP;
- Compreender o papel do enfermeiro enquanto gestor dos cuidados de Enfermagem;
- Desenvolver competências na gestão dos recursos humanos e materiais visando a garantia da qualidade dos cuidados.

No cumprimento destes objetivos a estratégia determinante foi a participação nas reuniões da equipa multidisciplinar, onde eram discutidos os planos de continuidade dos cuidados dos utentes avaliados pelo SICP, assim como a observação participada e refletida da atividade da enfermeira gestora.

2.4.1 Gestão de recursos humanos

Enquanto organização que agrega meios materiais e técnicos, sendo constituída por estruturas físicas, equipamentos e tecnologias, as instituições de saúde integram, também, um conjunto de indivíduos que trabalham para responder a um fim único: a prestação de cuidados (Frederico, citado por Correia, 2016).

A complexidade da gestão de recursos humanos e a sua deficiente gestão resulta no comprometimento da qualidade dos cuidados de enfermagem aos doentes. É uma atividade complexa que requer tempo e conhecimentos acerca do cliente, a dinâmica da unidade e as características da equipa de Enfermagem (Ferreira et al., 2001). Esta gestão pretende igualmente a criação de uma força de trabalho motivadora, para que os elementos da equipa se envolvam nas atividades do serviço e assim também responder às transformações, competitividade e exigências a que estão sujeitas as organizações frequentemente. Segundo o Decreto-Lei n.º 71/2019, o conteúdo funcional do EE integra a coordenação da supervisão clínica de enfermeiros especialistas da sua área de especialidade, bem como a avaliação das intervenções de enfermagem diferenciadas e complexas, ajustando-as sempre que necessário. Cabe-lhe, ainda, a responsabilidade de participar em projetos institucionais na área da acreditação e certificação, gestão da qualidade e do risco, particularmente na sua área de especialidade; definir indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem na sua área de especialidade e monitorizar os resultados obtidos em articulação com o enfermeiro gestor; e colaborar nos processos de avaliação de desempenho dos enfermeiros e enfermeiros especialistas, desde que funcionalmente dependentes.

No decorrer deste ENP houve oportunidade de desenvolver competências na área da gestão, colaborando com a Enfermeira Coordenadora na elaboração do horário e do plano de trabalho dos enfermeiros. De acordo com o âmbito de intervenção do SICP os enfermeiros ficam alocados mensalmente a cada uma das valências de intervenção: EIHS CP, ECSCP, Consulta Externa e Apoio no Luto. Uma vez que todos os enfermeiros que integram o SICP possuem formação diferenciada na área dos CP procura-se que haja rotatividade de um horário para outro entre as diferentes valências, atendendo também às preferências e competências de cada um, de forma a garantir os melhores cuidados de enfermagem. Considerando o número de elementos reduzido que integra este serviço e o facto de ser um indicador de estrutura que todos os elementos detenham formação em CP, o desenvolvimento desta atividade revelou-se um processo inteligível e simples, sendo possível assegurar a adequação dos recursos existentes às situações, visando a garantia da qualidade dos cuidados. Em todo o caso, foi possível

perceber a minúcia da enfermeira coordenadora na elaboração do horário mensal, nomeadamente na distribuição das folgas semanais, para que fosse garantida a equidade entre todos os enfermeiros. Este facto conduziu à reflexão sobre a importância das capacidades de liderança, tal como é descrito no regulamento das competências comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019): “adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos” (2019, p. 4749).

2.4.2 Gestão de recursos materiais

A gestão dos recursos materiais consiste num conjunto de atividades referentes à gestão e controlo de produtos, serviços e equipamentos, desde a sua aquisição à sua utilização. E de acordo com Melo et al. “influencia de forma significativa o trabalho dos profissionais que prestam cuidados, de forma direta ou indireta, podendo comprometer a qualidade dos cuidados prestados” (2022, p. 297). Neste contexto, a gestão logística é um aspeto determinante na qualidade e eficiência do serviço prestado, devendo garantir a disponibilidade do material e equipamento necessários para a prestação de cuidados na quantidade e tempo certo, de forma eficiente e sem desperdícios (Rocha & Carrasqueiro, 2022).

Uma das estratégias de melhoria contínua dos processos, que pode ser aplicada ao setor da saúde, é a filosofia *Lean* que tem como principal objetivo a maximização da produtividade, através da eliminação do desperdício, sustentada na melhoria estrutural dos processos, nomeadamente a redução do tempo entre o pedido e a entrega (Rocha & Carrasqueiro, 2022). Para a implementação prática desta filosofia podem-se recorrer a diversas ferramentas, sendo uma delas a metodologia 5S que assenta na padronização dos procedimentos e no envolvimento e responsabilização de toda a equipa, permitindo reduzir desperdícios (Rocha & Carrasqueiro, 2022). A sigla “5S” deriva das iniciais de cinco palavras japonesas, podendo ser aplicada à logística hospitalar de acordo com as fases descritas na figura apresentada.

Figura 2 – Princípios do programa dos 5 S

Termo Japonês	Termo Português	Significados
Seiri	Seleccionar	Eliminar o que não é útil. Manter apenas o necessário.
Seiton	Organizar	Desenvolver layout eficiente, funcional e prático. Todos os materiais úteis devem ter um local designado para serem guardados e estarem claramente identificados.
Seiso	Limpar	Ter um local de trabalho sempre limpo e arrumado. Aumentar a consciência de qualidade no trabalho e da qualidade do produto. Aumentar a eficiência no trabalho.
Seiketsu	Normalizar	Definir padrões e procedimentos para serem criadas e mantidas boas práticas de trabalho.
Shitsuke	Disciplinar	Estar comprometido com a cultura, valores, padrões, normas e procedimentos da empresa...

Fonte: Ferreira, 2022

Após realização de formação em serviço acerca destas metodologias, ministrada por entidade externa, este foi um processo que se desenvolveu em várias fases no SICP, desde logo pelo diagnóstico do processo e pela análise do desperdício, nomeadamente o stock de material desnecessário e excessivo, a falta de espaço e desorganização na arrumação do material, dificuldade na localização dos materiais e ausência de um padrão de identificação. Após esta identificação das necessidades e considerando as fases da metodologia 5 S foram definidas as estratégias para cada fase:

- Seleção: libertar os espaços existentes de material desnecessário ou para eliminar;
- Organização: rever a organização das áreas disponíveis – material clínico, soros e equipamentos; classificar o material por utilização; prever a integração com os serviços de abastecimento dos locais de consumo; garantir comunicação visual;
- Limpeza: envolver toda a equipa na implementação da metodologia; criar ambiente de utilização agradável;
- Normalização: garantir através de meios visuais a facilidade de manutenção da organização; prever a integração da equipa na manutenção da organização; disponibilizar informação necessária para a interpretação dos procedimentos implementados;
- Disciplina: Promover a melhoria contínua das práticas e organização.

De acordo com Rocha e Carrasqueiro, a aplicação desta metodologia “levará ao aumento da produtividade através da redução dos tempos de procura e da motivação

das equipas. Os locais/postos de trabalho estarão mais organizados, limpos e «transparentes», melhorando também a qualidade do serviço.” (2022, p. 323)

O principal objetivo desta atividade, enquadrada na formação obtida, prendia-se com a reposição automática de stocks no SICP, evitando o desperdício de tempo do enfermeiro na sua gestão e uma melhoria da eficiência da logística na própria organização. Para tal, adaptou-se o sistema *Kanban* que separa as posições do stock em três zonas: verde, amarela e vermelha. Este código visual por cores possibilita uma rápida perceção da quantidade de stock disponível e do *timing* em que o pedido de reposição deve ser efetuado, permitindo a redução do desperdício, mas também controlar os recursos existentes de forma rápida e precisa, de modo a responder rapidamente a eventuais mudanças (Rocha & Carrasqueiro, 2022).

Para além do contributo relevante no desenvolvimento das minhas competências neste domínio, esta atividade permitiu-me refletir acerca da aplicação destes princípios na minha vida pessoal. Na verdade, aprofundar a pesquisa bibliográfica acerca desta filosofia, possibilitou uma introspeção acerca da minha postura perante a vida e assumir algo que vou defendendo mais a cada dia, que é o foco no que é essencial, eliminando o que é acessório e supérfluo. Isto implica um treino e um aperfeiçoamento constantes em sintonia com disciplina e autocontrolo, de modo que o foco na nossa meta esteja sempre presente. Na prática dei por mim a reorganizar a despensa, a destralar espaços, a etiquetar materiais, procurando aperfeiçoar cada dia um pouco mais, com persistência e envolvendo toda a família no processo, pois entendo que estes princípios devem também fazer parte do processo de construção da identidade das minhas filhas.

2.4.3 Gestão de Cuidados

A gestão de cuidados de enfermagem é um dos domínios estabelecidos no regulamento das competências comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019), onde consta que o “Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança” (2019, p. 4748), nomeadamente otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão e efetua a supervisão das tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.

No SICP são feitas, semanalmente, reuniões interdisciplinares com o objetivo de discutir a situação dos doentes avaliados no período que a antecede, sendo este um dos indicadores do processo contratualizados para o serviço. Nestas reuniões é notória a forma estruturada como a enfermeira coordenadora aplica as competências acima

descritas, na medida em que colabora nas decisões da equipa de saúde; clarifica a informação sobre os doentes, através da consulta do SClínico para a tomada de decisão no processo de cuidar; orienta a decisão relativa às tarefas a delegar, nomeadamente no que respeita a atualizações no aplicativo da RNCC, instruindo a forma de as concretizar. As reuniões interdisciplinares cumprem ainda outro propósito, que se relaciona com a análise e discussão da melhor evidência científica a aplicar na prática de cuidados e a incluir no plano de cuidados dos doentes em situação paliativa. No decorrer do curso de mestrado fui-me apercebendo que, sendo a área da enfermagem à pessoa em situação paliativa, uma valência da Enfermagem Médico-cirúrgica ainda recente, a procura de evidência científica atualizada e em fontes fidedignas é essencial como fundamentação na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. Também no decurso da minha atividade profissional no SICP há, frequentemente, necessidade de organizar e divulgar resultados provenientes da evidência científica na área dos CP, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem e desmistifiquem alguns mitos ainda associados aos cuidados prestados à pessoa em situação paliativa.

Uma das atividades apresentadas no relatório de atividades do SICP como projeto futuro, foi a organização do II Congresso de Cuidados Paliativos do Alto Minho. Tendo como referência o regulamento n.º 140/2019, é da competência do EE atuar como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos. A realização deste evento proporciona o cumprimento deste objetivo, na medida em que contempla a realização de workshops que assentam em estudos de investigação realizados na área dos CP, possibilitando a integração de novos conhecimentos para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

2.5 Melhoria contínua da qualidade

O domínio da melhoria contínua da qualidade, conforme definido no Regulamento das competências do EE, determina que haja colaboração na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade (Regulamento n.º 140/2019). Neste âmbito, foi estabelecido como objetivo do SICP a candidatura à acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica pela OE, sendo uma das dimensões do referencial de avaliação deste processo, a existência de um SIE organizado em torno da sistematização do processo de tomada de decisão. Isto pressupõe, de acordo com o parecer da OE, a existência de um documento orientador

dos registos clínicos de enfermagem de acordo com a CIPE, bem como um SIE mapeado para a CIPE. Como já foi referido ao longo deste relatório, apesar de existência do SClínico, os registos de enfermagem efetuados no SICP estão desprovidos de qualquer sistematização e sem atender às fases do processo de enfermagem, uma vez que são em texto livre. Foi em função desta necessidade que foi definido o tema da investigação desenvolvido neste estágio e que culminou na apresentação de um Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. Para a sua integração e posterior implementação no SClínico foi estruturada uma componente de formação, que permitirá o desenvolvimento das aptidões dos profissionais de enfermagem do serviço para a execução do plano documental proposto. No seguimento deste processo e numa perspetiva de melhoria contínua, é fundamental definir atividades de monitorização, avaliação e correção, após a definição de indicadores de qualidade que permitam avaliar o impacto das intervenções e estratégias definidas. Os indicadores têm como objetivo apoiar os profissionais de saúde na quantificação, qualificação e comparação da respetiva atividade e auxiliar processos de melhoria contínua de qualidade, de modo que a gestão se faça de uma forma racional (Ministério da Saúde, 2010). Por outro lado, a existência de indicadores pressupõe uma gestão capacitada, comprometida com o processo de mudança e melhoria contínua da qualidade dos cuidados e de uma liderança capaz de envolver toda a equipa no cumprimento desses objetivos (Mezomo, 2001). Os indicadores de processo e resultado definidos para esta atividade com vista à consecução dos objetivos propostos são os que seguidamente se enumeram:

Quadro 1 – *Indicadores de qualidade dos registos de enfermagem*

Indicadores de processo:	Meta:
Realização das atividades planeadas $\frac{\text{N.º de atividades realizadas}}{\text{N.º de atividades planeadas}} \times 100$	80% das atividades planeadas sejam realizadas
Aceitação de participação $\frac{\text{N.º de enfermeiros que aceitaram}}{\text{N.º de enfermeiros convidados}} \times 100$	80% dos convidados aceitem participar
Participação nas sessões de formação $\frac{\text{N.º de participantes/presentes}}{\text{N.º total de convocados}} \times 100$	70% de participação nas sessões de formação

Indicadores de resultado:	Meta:
Elaboração do processo de enfermagem do doente $\frac{\text{N.º de processos elaborados}}{\text{N.º total de doentes na equipa}} \times 100$	20% dos doentes com o processo de enfermagem elaborado nas primeiras 48h
Elaboração de diagnósticos em função da avaliação do doente $\frac{\text{N.º de diagnósticos identificados}}{\text{N.º total de diagnósticos sugeridos}} \times 100$	50% dos diagnósticos sugeridos no padrão documental sejam identificados
Identificação das intervenções de enfermagem para cada diagnóstico $\frac{\text{N.º de intervenções identificados}}{\text{N.º total de intervenções sugeridas}} \times 100$	50% das intervenções sugeridas no padrão documental sejam identificados
Atualização do processo de enfermagem $\frac{\text{N.º de processos atualizados}}{\text{N.º total de processos elaborados}} \times 100$	20% dos processos de enfermagem atualizados após a consulta

Neste contexto, também o PEDCP 2021-2022 destaca a importância do estabelecimento progressivo de um sistema de qualidade, uma vez que representa uma garantia de uma melhor resposta às necessidades dos doentes/ famílias. Deste modo, a monitorização dos indicadores definidos garante a conceção de um processo eficaz de cuidados, eficiente e individualizado, que é facilitador no acompanhamento e avaliação da qualidade dos cuidados prestados e, portanto, com flexibilidade, para revisão/ alteração sempre que necessário (CNCP, 2021).

Uma vez que até ao término do ENP não foi possível concretizar o processo de implementação do Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa no SClínico, a monitorização dos indicadores de processo será calendarizada após a realização da componente de formação. Relativamente aos indicadores de resultado, os mesmos foram definidos para uma monitorização após 6 meses da operacionalização do Processo de Enfermagem no SClínico.

2.6 Formação em Cuidados Paliativos

A Formação pretende dar resposta não só aos projetos de desenvolvimento pessoal e profissional, mas também à evolução dos padrões de qualidade dos cuidados e à potencialização de novos saberes para atingir patamares de excelência, incentivando atividades de investigação e promovendo o desenvolvimento de tecnologias da saúde (Leitão et al., 2022; Ministério da Saúde, 2010).

O desenvolvimento pessoal e profissional é a chave das organizações de sucesso, ajudando-as a adaptarem-se às mudanças e evoluções que surgem permanentemente e objetivando a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados. A profissão de enfermagem exige uma formação contínua que permita ao profissional um desenvolvimento de competências científicas e técnicas. A formação em serviço deverá ser realizada em função das necessidades dos profissionais dos serviços, sendo papel do gestor motivar os enfermeiros de modo que estes invistam na sua formação visando a produção do saber, com o intuito de promover o seu crescimento enquanto profissional de saúde diferenciado.

Planeamento da formação

Uma vez definida a elaboração de um Padrão Documental dos Cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa no âmbito da componente de investigação do ENP, tornou-se premente a necessidade de planeamento de uma formação, direcionada aos profissionais de enfermagem da equipa, acerca da sua integração no SClinico. Associada à especificidade dos diagnósticos/intervenções de Enfermagem em CP, acresce a limitação de haver elementos da equipa que desconheciam este programa de registos de enfermagem na ótica do utilizador, o que se traduz num processo formativo que se deve desenvolver em várias etapas, com necessidade de treino e validação constantes.

Segundo Menoita (2019), a formação em serviço pretende contextualizar o conhecimento teórico na resolução de problemas reais da prática dos cuidados de enfermagem. Sendo este um problema identificado nesta unidade de cuidados, foi necessária uma sensibilização dos profissionais para esta temática, uma vez que, mesmo percebendo a sua importância, nem todos os profissionais tinham a motivação necessária para investir na formação nesta área por considerarem que é um trabalho acrescido que não constitui uma mais-valia à prática de cuidados.

De acordo com a OE (2012), a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore as necessidades de cuidados de enfermagem do doente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo mesmo, representa um elemento importante para a organização dos cuidados de enfermagem e foi com base neste pressuposto que se construiu o plano de formação desta atividade que consta no Apêndice II. Por limitações temporais do estágio e implementação de atividades já programadas no SICP, não foi possível realizar esta formação. Destaco, no entanto, o facto desta atividade me proporcionar o

desenvolvimento de competências na estruturação de planos de formação, de acordo com as necessidades dos pares e das características dos mesmos, com vista à melhoria da qualidade dos registos.

2.7 Investigação em Cuidados Paliativos

A investigação assume-se numa componente fulcral de um processo de aquisição de competências especializada enquanto mecanismo social e profissional de transformação do conhecimento. De acordo com Fortin (2009) a investigação científica permite, através de um processo coerente, resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real. No contexto dos Cuidados Paliativos, encarados na atualidade como um direito humano, a sua implementação deverá obedecer a uma estratégia bem definida, tendo como ponto de partida uma avaliação das reais necessidades da população. Assim, inegavelmente se poderá afirmar a importância que a investigação assume nesta área de cuidar, contribuindo para a aquisição e desenvolvimento de saberes e conhecimentos, a serem aplicados na prática de cuidados.

Tal como referido no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), este tem responsabilidade na execução de investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem. A investigação é a principal fonte de evidência científica e o enfermeiro especialista deve ser capaz de consultar e integrar a melhor evidência nas suas práticas, como também gerar nova evidência, através do desenvolvimento de práticas de investigação (Cambotas, 2014).

No decurso deste relatório foi sendo realçada a necessidade da existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore, sistematicamente, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente.

Neste contexto, optou-se pela realização de um estudo de investigação que culminou na elaboração de um “Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa” e que possibilitou o desenvolvimento de competências na área da qualidade dos cuidados de enfermagem, bem como a aquisição de conhecimentos na área dos registos de enfermagem. Proporcionou, ainda, o desenvolvimento de competências como investigador, nomeadamente no planeamento e desenvolvimento do trabalho de investigação. Estes objetivos vão de encontro a uma das competências

esperadas para o EE, no que concerne à implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, bem como a otimização de respostas às necessidades dos doentes em cuidados de Enfermagem.

Para a concretização dos objetivos enumerados e operacionalização da atividade descrita foi determinante atender a todas as fases do trabalho de investigação, nomeadamente a pesquisa bibliográfica, o planeamento, o desenvolvimento de instrumentos de recolha de dados, a aplicação de técnicas de investigação e a análise dos dados obtidos.

O trabalho desenvolvido para a apresentação do “Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa” encontra-se descrito na Parte II deste relatório.

**PARTE II – PADRÃO DOCUMENTAL DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM
À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA**

1. A DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

A especificidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa remete-nos para o paradigma do Cuidar, considerando todas as dimensões que interferem no bem-estar do doente: dimensão biológica, psicológica, sociocultural e espiritual (Cerqueira, 2005). Se definirmos os Cuidados Paliativos como cuidados ativos e totais aos doentes e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, quando a doença já não responde ao tratamento curativo e a sua expectativa de vida é relativamente curta (Twycross, 2003), torna-se perceptível a importância de aprender a lidar com o doente, ao invés de lidar com a doença, uma vez que esta segue o seu curso natural. Acresce salientar que “a ação de cuidar apoia-se em bases científicas, utilizando o pensamento racional, criativo, ético, estético e intuitivo” (OE, 2005, p. 108).

De acordo com Pereira (2009, p. 32) a prática de enfermagem “assenta na interação humana e caracteriza-se por uma riqueza informativa notável; o que justifica que se reflita sobre a essência da informação que lhe está associada, o valor que dela pode ser extraído e nos recursos e sistemas utilizados no seu processamento, gestão e armazenamento”.

É fundamental a documentação dos cuidados, nomeadamente os da área psico-espiritual e relacional para tornar visível perante gestores e sociedade os cuidados que os enfermeiros prestam às pessoas em fim de vida. Na verdade, é possível inferir que a qualidade da informação e conhecimento em enfermagem estão diretamente relacionados com a qualidade dos dados que lhe dão origem através dos registos de enfermagem (Pereira, 2009).

No entanto, apesar dos estudos apontarem para o facto dos enfermeiros passarem 30 a 64% do tempo a efetuar registos, constatamos que os cuidados documentados são apenas uma pequena parcela dos cuidados prestados (Silva, 2006). Também Marin (2010) descreve que os enfermeiros em geral utilizam cerca de 50% do seu tempo útil de trabalho em processos de comunicação, escrita ou oral, havendo vários outros estudos que confirmam esta inquietação.

Perante um problema que mantém a necessidade de cuidados em enfermagem, os registos devem demonstrar a reavaliação da situação clínica do doente, assim como, quais as intervenções adicionais que foram implementadas até que o problema se encontre resolvido (Jesus & Sousa, 2011).

A CIPE tratando-se de uma taxonomia, visa fornecer uma matriz unificadora, para a prática de enfermagem, faz parte “de um sistema de informação global que reúne práticas e políticas de saúde a fim de melhorar mundialmente a prestação de cuidados aos doentes” (OE, 2007, p.1); possibilita a informatização dos registos, fornece estrutura substantiva para nomear as intervenções e proporciona blocos semânticos para documentar as necessidades em cuidados, bem como, os resultados dos mesmos. É, por assim dizer, uma matriz de referência na nomeação de itens e de categorias de informação centrada no registo mínimo de dados em enfermagem (OE, 2006).

1.1 Padrão de documentação dos cuidados de enfermagem

A informação em saúde, a forma como é registada e o fluxo da mesma nas organizações, tem sido destacada como uma estratégia essencial para a melhoria da qualidade de cuidados prestados ao doente, para uma maior eficiência dos sistemas de saúde e para uma maior transparência a nível da gestão dos recursos existentes (Sousa, 2006). Jesus e Sousa (2011, p.227) referem que, “os sistemas de informação e documentação são determinantes para a qualidade, segurança, eficácia, eficiência, efetividade e humanização dos cuidados prestados pelos diferentes profissionais de saúde, independentemente do contexto, natureza jurídica da organização ou local onde a prestação de cuidados tem lugar”.

No contexto concreto da enfermagem, a partilha de informação entre os enfermeiros, a equipa de saúde e o doente é uma preocupação que remonta ao século XIX, onde Florence Nightingale já salientava a importância dos registos de enfermagem, sobretudo como forma de assegurar a continuidade de cuidados de enfermagem e como fonte de dados estatísticos fulcral para a tomada de decisão política na Saúde (Jesus & Sousa, 2011).

Em Portugal, os registos de enfermagem são uma imposição legal, tal como o é a aplicação da metodologia científica do processo de enfermagem na prestação de cuidados em todos os contextos da prática. No entanto, ainda num passado recente, os registos de enfermagem eram elaborados numa folha de registo própria, integrante do processo clínico do doente, uma série de documentos compilados em forma de arquivo clínico. Objetivamente, traduziam-se em registos manuais pouco claros e rigorosos e sem evidência da evolução do estado clínico do doente. De acordo com Silva (2006) os registos de enfermagem, em suporte papel, com um padrão narrativo pouco estruturado, geravam falta de integridade dos dados. O mesmo autor referia, ainda, que os enfermeiros extraíam poucas vantagens da informação processada nos registos de

enfermagem, pelo que não retiravam conhecimento da experiência documentada, sendo o tempo gasto a efetuar registos percecionado como um tempo mal-empregue, uma vez que compete com o tempo disponível para prestação de cuidados diretos (Silva, 2006).

Já no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, 1996) é definido o pressuposto de que os cuidados de enfermagem, assim como a estruturação dos registos, se devem caracterizar pela utilização da metodologia científica. De igual modo, também a OE sempre dedicou particular atenção à mensurabilidade dos registos de enfermagem.

Para Martins et al. (citado por Marques, 2021, p.23), “os registos constituem a base de toda a filosofia e metodologia do trabalho em enfermagem, sendo fundamental que sejam rigorosos, completos e corretamente realizados, pois constituem testemunho escrito do exercício da prática clínica”. Assume-se, portanto, que se não está registado, não foi executado.

Documentar os cuidados de enfermagem assume uma importância primordial, uma vez que assume diversas finalidades, tais como o suporte a questões de natureza ética e legal, o apoio no processo de tomada de decisão clínica, a partilha de informação assegurando a continuidade de cuidados e a avaliação da qualidade dos mesmos (tanto a nível individual, como coletivo), contribuindo, determinadamente, para a gestão, formação, investigação e produção de indicadores essenciais para a tomada de decisão profissional, social e política (Jesus & Sousa, 2011; OE, 2007).

Nos últimos 20 anos e com a crescente introdução e desenvolvimento das Tecnologias de Informação e Comunicação, nomeadamente ao nível dos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) em suporte eletrónico, o potencial de processamento aumentou, assim como o acesso à informação, constituindo uma oportunidade de melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados, permitindo a melhoria do desempenho profissional dos enfermeiros (Jesus & Sousa, 2011).

Deste modo, os SIE constituem uma ferramenta fundamental, uma vez que, ao adotar o suporte eletrónico, facilitam a documentação, otimizam o tempo despendido em questões burocráticas e aumentam a legibilidade e segurança da informação partilhada. Através da padronização dos registos “diminui-se a duplicação de dados, melhora-se consideravelmente a acessibilidade à informação, estando esta acessível em tempo útil, permitindo, assim, suporte à tomada decisão e contributo para a visibilidade dos cuidados de enfermagem” (Sousa et al. citados por Marques, 2021, p.25).

Neste contexto, a afirmação de Silva adquire particular importância quando refere que “faz sentido lembrar que a visibilidade do exercício profissional dos enfermeiros para fora do grupo profissional e para efeitos de inclusão dessa informação nas tomadas de posição em saúde, só é viável através da produção de indicadores que são produzidos a partir da informação documentada pelos enfermeiros ao nível da prestação de cuidados” (2006, p.19).

1.2 SIE hospitalar: Sclínico

A existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore as necessidades de cuidados de enfermagem do doente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo mesmo, representa um elemento importante para a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2012).

O Sistema de Informação (SI) amplamente utilizado no momento atual é o SClínico (Sistema de Cuidados de Saúde Hospitalares) que foi desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), inserindo-se na estratégia definida pelo Ministério da Saúde para a área de informatização clínica do SNS, que prevê a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos, de forma a garantir a normalização da informação. Este SI resultou da aglutinação do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) e do Sistema de Apoio ao Médico (SAM), passando a existir uma aplicação única, comum a todos os prestadores de cuidados de saúde na unidade hospitalar, que permite acesso, utilização e partilha de informação do processo clínico do utente.

O SAPE resultou de um processo evolutivo de vários SIE no decurso das últimas décadas, caracterizando-se pela inclusão da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e a parametrização dos conteúdos por unidade de cuidados, uma vez que as necessidades das pessoas em cuidados de enfermagem, os objetivos dos cuidados, as intervenções, os dados da avaliação inicial e os dados da observação/vigilância contínua do doente variam de unidade para unidade (OE, 2007).

Para além disso, a integridade referencial dos dados possibilita inferir resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, uma vez que facilita o acesso a todos os dados relativos a um determinado domínio específico da informação. Deste modo, ao aplicar como critério de acesso a orientação cronológica, permite perceber a evolução deste domínio ao longo, por exemplo, de um turno, dia, ou período de tempo (OE, 2007).

A utilização da CIPE como linguagem comum, foi acordada no consenso internacional em 2005, sendo proposta pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) para integrar o grupo de classificações aprovadas pela OMS. A nível nacional, foi considerada pela OE como referencial de linguagem obrigatório na implementação dos SIE (OE, 2007). A CIPE passou a incluir os três domínios específicos de conteúdos de enfermagem: diagnóstico, intervenção e resultado (Pereira, 2009; Silva 2006).

De acordo com Pereira (citado por Marques, 2021, p.30) os SIE, “ao incluírem a CIPE enquanto linguagem comum, proporcionam a evolução da formalização do conhecimento próprio da disciplina de enfermagem aplicada na prática clínica, e permitem a convergência a nível da partilha de códigos e significados fulcrais na geração de sínteses informativas, potenciando a gestão da informação”.

Um aspeto que diferencia o SClínico é o facto da parametrização deixar de ser efetuada pelo serviço utilizador, tendo sido constituída uma parametrização nacional, que permite limitar a diversificação de enunciados de diagnósticos e de intervenção de enfermagem, facilitando o tratamento dos dados recolhidos. Deste modo garante-se uma uniformização dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, facilitando a análise, interpretação e comparação de dados tanto a nível organizacional como nacional. Em suma, o SClínico representa uma fonte importante de informação para a gestão, formação, investigação e produção de indicadores importantes para a avaliação da qualidade dos cuidados prestados e para a tomada de decisão política (Marques, 2021).

Com a utilização deste SI pretende-se homogeneizar as práticas e a informação recolhida a nível nacional, contribuindo para o melhor desempenho dos profissionais de saúde dentro da equipa multidisciplinar, possibilitando o incremento da qualidade dos cuidados prestados ao doente (SPMS, 2020).

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Após a apresentação dos referenciais teóricos que sustentam a problemática do estudo, importa definir as opções metodológicas que fornecem à investigação o seu carácter sistemático, podendo definir-se a metodologia de investigação como “um processo de seleção da estratégia de investigação, que condiciona, por si só, a escolha das técnicas de recolha de dados, que devem ser adequadas aos objetivos que se pretendem atingir” (Sousa & Baptista, 2011, p.52).

2.1 Desenho do estudo

Os registos de enfermagem do SICP da ULSAM são, atualmente, efetuados em notas gerais, em formato de texto livre, sem suporte documentado dos cuidados de enfermagem prestados. No momento da admissão no SICP é efetuada a avaliação inicial do doente, assim como um plano de intervenção individual (PII) num documento *Word* que não é integrado no processo clínico. Sabe-se, no entanto, que a existência de um instrumento que documente a prática de enfermagem facilita a recolha de dados estatísticos e assegura a continuidade de cuidados como garante da qualidade dos mesmos, representando uma importante fonte de informação para a gestão (Jesus & Sousa, 2011).

A existência de um padrão de documentação uniformizado contribui, deste modo, para o reconhecimento e valorização do papel dos enfermeiros através de um instrumento que documente a prática de enfermagem no âmbito dos Cuidados Paliativos. A sua integração num sistema de Informação em Saúde (SIS) possibilita a recolha, o processamento, o armazenamento e a transmissão da informação, com vista a apoiar o processo de tomada decisão e gestão das organizações de saúde (Cavalcante et al., 2011).

Assim, o presente estudo tem como propósito a construção de um **Padrão documental dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa**, contribuindo para a implementação de registos de enfermagem do SICP da ULSAM. Neste sentido, optou-se por um estudo metodológico com recurso à técnica de Delphi, com vista à determinação de consenso de um grupo de peritos acerca dos diagnósticos prioritários num plano de cuidados à Pessoa em situação Paliativa. A técnica Delphi caracteriza-se pela realização de uma série de questionários, correspondendo cada questionário a uma ronda.

Assumindo este propósito, definiram-se como principais objetivos: Identificar os fenómenos de enfermagem mais relevantes para a prática em CP; construir e validar o Padrão documental dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

O estudo iniciou-se com uma revisão da literatura de forma a definir o quadro conceptual e os objetivos, bem como a seleção e estruturação dos itens a integrar no Padrão Documental. A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases documentais: Medline®, B-on® e SAGE®, utilizando os seguintes descritores: cuidados paliativos, registos de enfermagem, competência clínica, qualidade em saúde, *palliative care*, *nursing documentation*, *Clinical competence*, *Quality in health* e tendo como critério temporal os últimos 5 anos. Não foi encontrado nenhum estudo específico sobre registos de enfermagem em contexto de cuidados paliativos que sugerisse um padrão documental específico e sistematizado sobre os cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa, sendo esta, a problemática chave para a realização deste estudo. Para o efeito, foram também consultados outros documentos académicos relacionados com a elaboração de padrões de documentação dos cuidados de enfermagem noutros contextos.

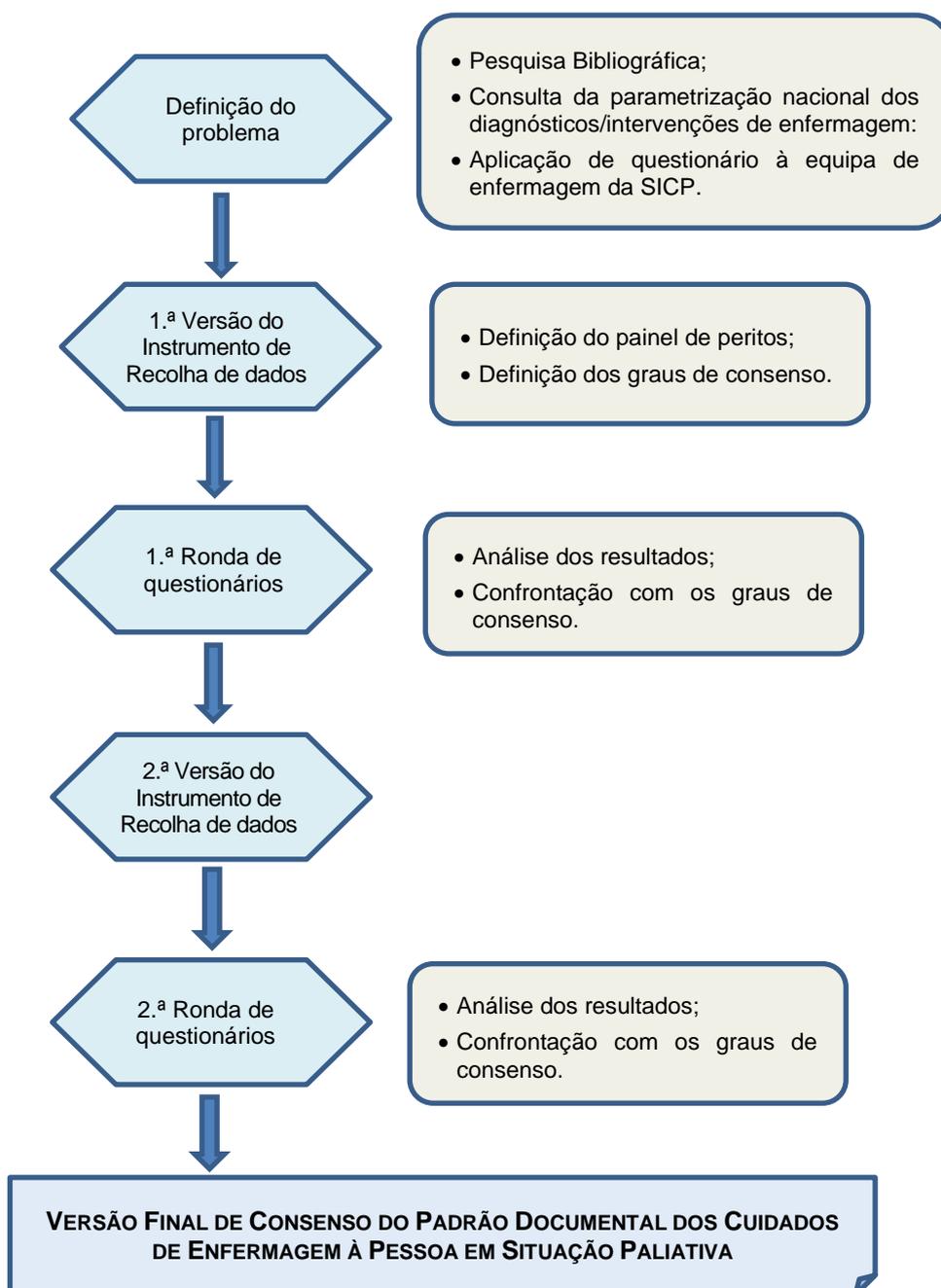
Deste modo, a seleção dos diagnósticos de enfermagem, considerados como prioritários num plano de cuidados à pessoa em situação paliativa, baseou-se no Catálogo da CIPE – “Cuidados Paliativos para uma Morte Digna” elaborado pela OE (2010), onde os enunciados de diagnóstico, intervenção e resultado são organizados tendo como referencial o Modelo de Cuidados de Preservação da Dignidade. Este modelo integra três subtemas: preocupações relacionadas com a doença, reportório da preservação da dignidade e inventário da dignidade social. Uma vez que este documento é meramente consultivo foi necessário analisar a parametrização nacional dos diagnósticos/ intervenções de enfermagem de forma a selecionar aqueles que seriam passíveis de integrar o SClínico. Com base na revisão da literatura existente foram selecionados 12 diagnósticos de enfermagem, considerados como prioritários num plano de cuidados à pessoa em situação paliativa, que foram submetidos em questionário à equipa de enfermagem da SICP, de modo a avaliar o grau de concordância com os mesmos.

Posteriormente, procedeu-se à elaboração da proposta de padrão de documentação, com os diagnósticos selecionados e respetivas intervenções associadas numa escala de respostas tipo Likert. Esta proposta foi depois submetida a um painel de peritos, para a obtenção de consenso, através da utilização da Técnica de Delphi. Após a realização da primeira ronda, passa-se a uma segunda ronda, na qual os especialistas voltarão a ordenar as proposições que obtiveram grau de consenso baixo/ moderado. Serão

realizadas tantas rondas de questionários quantas as necessárias para se atingir um grau de consenso razoável ou se concluir sobre a impossibilidade de consenso. O documento final inclui os diagnósticos/intervenções que obtiveram consenso elevado/muito elevado após a última ronda, e passa assim a constituir-se como padrão de documentação.

De modo a ser validado e compreendido pela equipa de enfermagem do SICP planeou-se uma formação em serviço acerca da operacionalização do Padrão Documental a ser implementado. Dado o espaço temporal do estágio não foi possível, durante o período de realização do mesmo, concluir este processo, pelo que foi demonstrada total disponibilidade para colaborar na sua implementação após o término do estágio.

Figura 3 - Representação Esquemática das fases do estudo de investigação



2.2 Técnica de Delphi

A técnica Delphi é um processo estruturado de comunicação e tomada de decisão, que envolve um grupo de especialistas, com o objetivo de chegar a um consenso sobre um determinado assunto. Esta técnica caracteriza-se pela realização de uma série de questionários, correspondendo cada questionário a uma ronda (Marques & Freitas, 2018).

Embora seja amplamente utilizada em diversas áreas, a técnica Delphi tem vantagens e desvantagens que devem ser consideradas antes de sua aplicação. Como vantagens pode-se salientar o facto de se traduzir num processo estruturado, uma vez que é projetado para maximizar a eficácia da tomada de decisão. Isso ajuda a garantir que as opiniões e informações sejam adequadamente recolhidas, organizadas e analisadas. Por outro lado, é uma técnica flexível, dado que pode ser adaptada a diversas situações e aplicada a diferentes tipos de problemas e decisões. Esta técnica pode, ainda, ajudar a reduzir conflitos e tensões entre os participantes, uma vez que as opiniões são anónimas e os especialistas não precisam se confrontar diretamente. Esta garantia de anonimato revela-se, assim, como um ponto favorável, pois encoraja a participação franca e objetiva dos especialistas, podendo conduzir a uma maior quantidade e qualidade de informações e opiniões.

Como desvantagens, ressaltam as condicionantes relacionadas com a disponibilidade dos especialistas para fornecer opiniões e informações. Se esses especialistas não estiverem disponíveis ou se suas opiniões não forem confiáveis, os resultados da técnica Delphi podem ser afetados negativamente. Por outro lado, apresenta limitações temporais, o que pode ser um problema se levar muito tempo a ser concluída e houver pressão para tomar uma decisão rapidamente. Embora a técnica Delphi tenha o objetivo de chegar a um consenso, existe o risco de que as opiniões se polarizem e que um consenso não seja alcançado. Isso pode acontecer se os especialistas tiverem opiniões muito divergentes ou se houver influência de algum participante mais forte, o que se traduz numa desvantagem (Massaroli et al., 2017).

A utilização desta técnica na área da saúde carece, ainda, de investigação e discussão acerca da utilização da mesma, no entanto, tem-se revelado uma ferramenta de pesquisa qualitativa com crescente interesse e aceitação e que, certamente, contribuirá para a produção de evidência científica na área dos CP, à semelhança de outras áreas da saúde (Revorêdo et al., 2015).

2.3 Seleção dos peritos

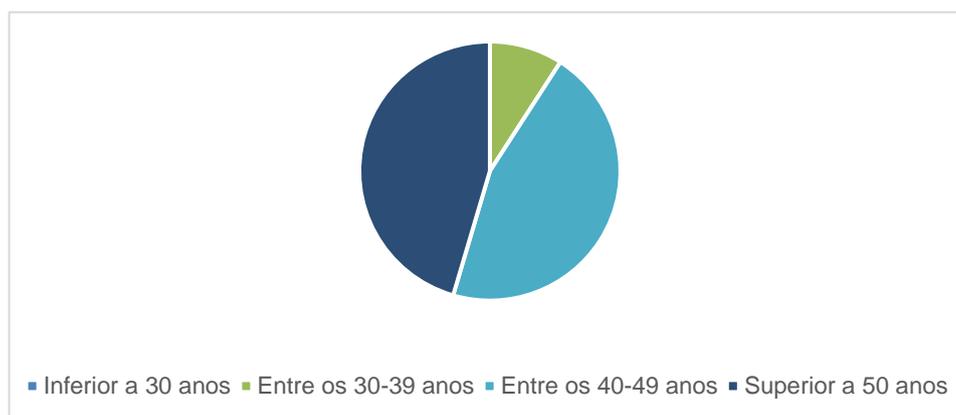
A escolha do painel de peritos deste estudo teve em consideração a experiência dos participantes, procurando “desenvolver uma descrição rica e densa da cultura ou fenômeno” (Streubert e Carpenter, 2013, pág. 40). De acordo com Benner (2001) um enfermeiro que detenha 3 a 5 anos de experiência no mesmo contexto de atuação, pode ser considerado perito num determinado domínio de prática de cuidados. A referida autora define o enfermeiro perito como alguém com uma “enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis” (2001, p. 58).

Para este estudo, foi estabelecido um grupo de 12 peritos, considerando o referido por Morse (2007) que define que o tamanho ideal do grupo varia de cinco a doze participantes por sessão, e por Streubert e Carpenter (2013, p.41) entre seis a dez. A amostra deve ter em conta os objetivos do estudo e é, normalmente, não aleatória, de conveniência ou intencional, constituída por indivíduos que correspondam aos critérios de inclusão definidos no início da pesquisa (Scarparo et. al., 2012). Deste modo, reuniu-se um grupo de peritos a nível nacional, na sua maioria externos à equipa (apenas um integra o SICP), tendo em conta os seguintes critérios de inclusão:

- Enfermeiros com Prática contínua em Cuidados Paliativos, superior a 3 anos;
- Enfermeiros com experiência Relevante na área (Enfermeiro Especialista, Gestor ou com grau de doutoramento);
- Enfermeiros com formação/ domínio da linguagem, parametrização e taxonomia CIPE.

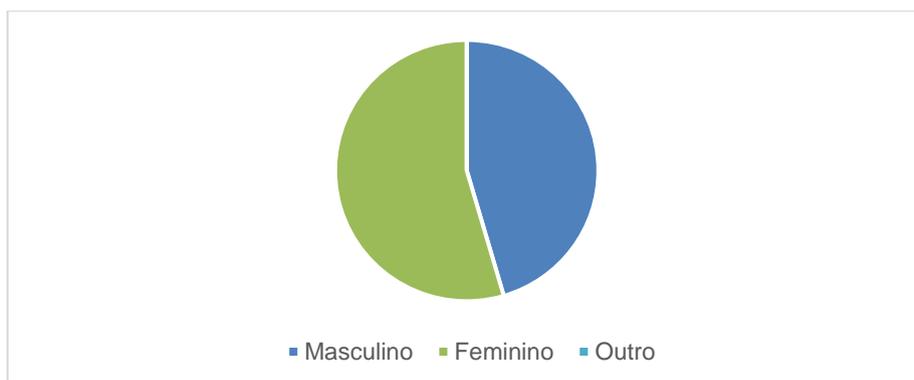
A caracterização dos peritos que responderam ao questionário acerca dos dados sociodemográficos (11 dos 12 participantes) encontra-se descrita nos gráficos seguidamente apresentados:

Gráfico 1 – Caracterização do painel de peritos quanto à idade



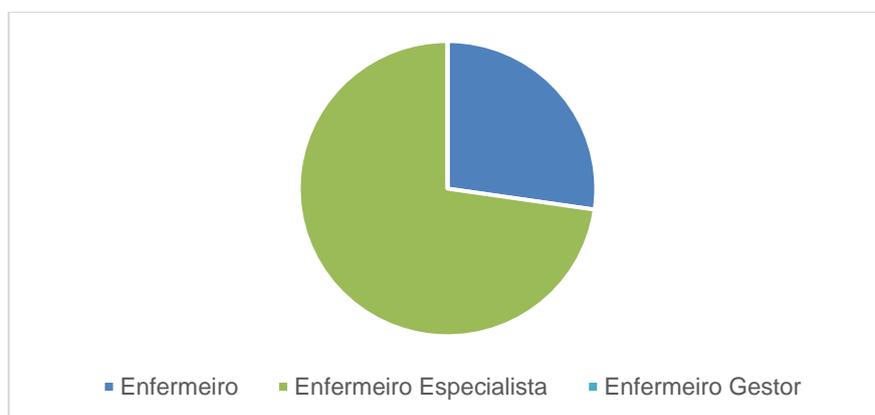
Pela análise dos dados podemos perceber que existe um número semelhante de enfermeiros que têm idade compreendida entre os 40-49 anos e com mais de 50 anos. Existe, apenas, um enfermeiro como idade inferior a 40 anos.

Gráfico 2 – Caracterização do painel de peritos quanto ao género



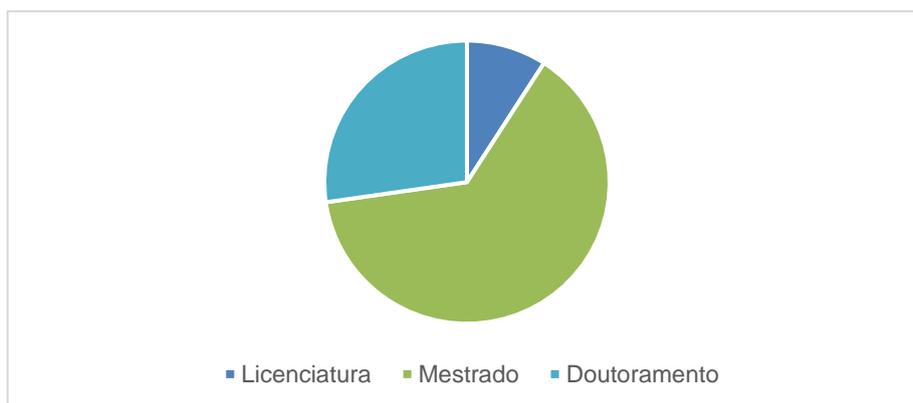
Relativamente ao género, constata-se que a maioria dos peritos (seis) são do sexo feminino.

Gráfico 3 – Caracterização do painel de peritos quanto à categoria profissional



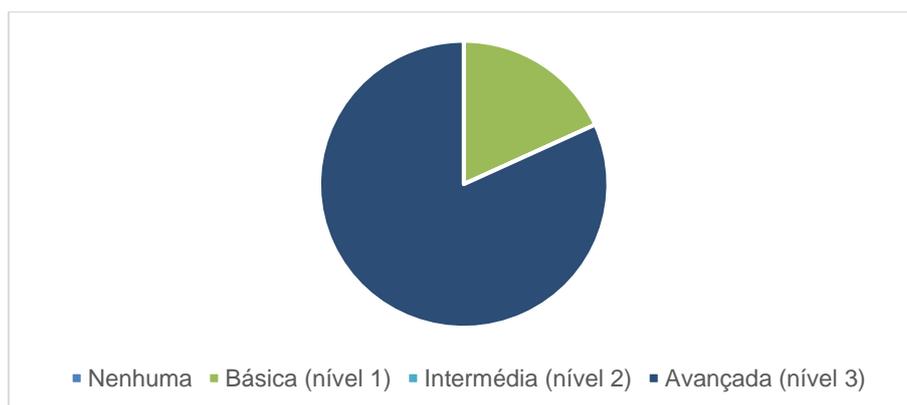
No que respeita à categoria profissional, verifica-se que 8 peritos apresentam formação diferenciada, integrando a categoria de EE.

Gráfico 4 – Caracterização do painel de peritos quanto às habilitações literárias



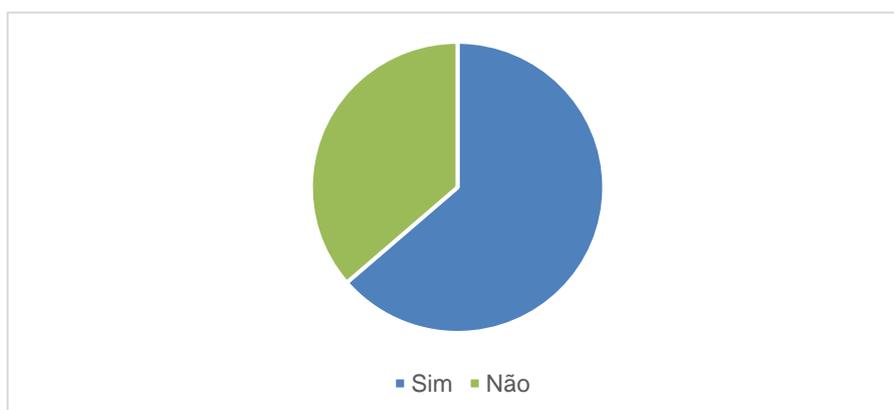
Quanto à formação académica, 7 enfermeiros que integram o painel de peritos possuem grau de mestre, 3 possuem doutoramento e 1 enfermeiro, o título de licenciado.

Gráfico 5 – Caracterização do painel de peritos quanto à formação em CP



Relativamente à formação específica na área dos CP, 9 enfermeiros referem possuir formação avançada (nível 3) e 2 detém formação básica (nível 1).

Gráfico 6 – Caracterização do painel de peritos quanto à formação em SI



No que respeita à formação em SIE, a maioria dos enfermeiros (sete) destacam ter formação nessa área.

Quadro 2 – Caracterização do painel de peritos quanto à experiência profissional e experiência em CP

	Mín.	Máx.	Média	Mediana
Experiência Profissional (anos)	13	38	25,5	23
Experiência profissional em CP (anos)	0	29	8,8	7,5

No que se refere à experiência profissional, de acordo com o quadro 2, esta situa-se entre os 13 e os 38 anos, com uma média de 25,5 anos e, concretamente a experiência em CP varia entre 0 e 29 anos, com uma média de 8,8 anos. Importa realçar que os dois peritos que não tem experiência em CP foram selecionados pelo domínio da linguagem, parametrização e taxonomia CIPE.

2.4 Procedimento de recolha de dados

Com base na pesquisa bibliográfica e na auscultação da equipa de enfermagem da SICP através de um questionário, foram selecionados 12 diagnósticos de enfermagem, considerados como prioritários num plano de cuidados à pessoa em situação paliativa. Posteriormente foram selecionadas, na parametrização nacional as intervenções relacionadas com estes mesmos diagnósticos, passíveis de registo. Daqui surgiu a primeira versão do instrumento de recolha de dados constituído por 152 itens (diagnósticos e intervenções), agrupados em 12 diagnósticos de enfermagem. Foi associada uma escala de Likert de cinco opções de resposta: 1 - Discordo completamente; 2 - Discordo; 3 - Não concordo nem discordo; 4 - Concordo; 5- Concordo completamente. Cada participante teria de selecionar a pontuação correspondente de acordo com a sua concordância em incorporar no padrão documental de cuidados os diagnósticos e as intervenções apresentados. O questionário contemplava, ainda, um campo para inclusão dos comentários e/ ou sugestões livres dos participantes. O questionário da 2.^a ronda, incluiu os itens que obtiveram um grau de consenso moderado ou baixo na 1.^a ronda, bem como novos itens sugeridos pelos participantes.

De modo a favorecer o comprometimento das pessoas selecionadas para integrar o painel de peritos, foi efetuado um primeiro contacto com os mesmos por correio

eletrónico ou presencial. Nesse convite informal era explanado, em detalhe, a contextualização do estudo e o contributo esperado dos peritos no decurso do mesmo. Confirmada a participação dos peritos, procedeu-se ao envio do convite formal para a participação no estudo (Apêndice III) através de correio eletrónico, com um *link* de acesso ao consentimento informado (Apêndice IV) e ao 1.º questionário (Apêndice V) elaborado com recurso ao aplicativo *Microsoft Forms* disponível na *internet*.

2.5 Procedimento para análise dos dados

Para que a Técnica de Delphi se traduza numa metodologia de pesquisa qualitativa que possibilite a obtenção de resultados densos sobre temáticas complexas e abrangentes, reunindo um conjunto de opiniões de especialistas separados geograficamente, é imprescindível a definição do nível de consenso no início do estudo.

Um dos critérios definição de consenso na Técnica de Delphi é a convergência de opiniões, ou seja, quando a maioria dos especialistas concorda com uma resposta para uma determinada pergunta, sendo um indicador de que um consenso pode estar sendo alcançado.

Estando definido, na literatura, que o nível de consenso na Técnica de Delphi pode variar de acordo com o objetivo do estudo e a área de interesse assumiram-se, para a análise do questionário neste estudo, os critérios definidos por Capelas et al. (2018). De acordo com este autor, o nível de consenso avalia-se através da análise de três medidas estatísticas: o grau de concordância, a mediana e o intervalo interquartil.

Quadro 3 – *Critérios de determinação do grau de consenso*

Grau de consenso	Concordância	Mediana	Intervalo Interquartil
Muito elevado	≥ 80%	5	0
Elevado	≥ 80%	≥ 4	1
Moderado	60-79%	≤ 4	1
Baixo	< 60%	4	> 1

Fonte: Capelas et al., 2018

Optou-se pelo tratamento estatístico descritivo simples, nomeadamente medidas de tendência central e de dispersão, com recurso aos critérios para determinação do grau de consenso propostos pelos autores de referência. Deste modo, o grau de concordância define-se com a percentagem de sujeitos que assinalaram as opções “concordo” ou “concordo totalmente” (opções 4 e 5 do questionário), a mediana é o valor central de um conjunto de dados, ou seja, o valor que divide o conjunto em duas partes iguais, e o intervalo interquartil é a diferença entre o 3º e o 1º quartil, isto é, onde se situam 50 % dos valores centrais.

O recurso a estas medidas de tratamento estatístico simples possibilita, através da sua análise, fazer leituras profundas da realidade e serve de base para uma melhor

compreensão dos fenómenos e, principalmente, para orientar a tomada de decisões informadas e transformar a realidade com base nas opiniões dos intervenientes e dos especialistas envolvidos (Fortin, 2009).

3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Na área da investigação, o investigador é pessoal e profissionalmente responsável por garantir que o desenho do seu estudo é sólido do ponto de vista ético e moral, nomeadamente no que respeita ao “consentimento informado, anonimato e confidencialidade, obtenção de dados, tratamento e relações participante-investigador” (Streubert e Carpenter, 2013, p. 63).

Para a realização deste estudo foram respeitadas as normas e as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia, as Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Organização Mundial de Saúde (Genebra 2002), o Código de Nuremberga e os princípios da Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001.

Existem cinco direitos fundamentais para os seres humanos que participam em estudos de investigação: direito à autodeterminação, direito à intimidade, direito ao anonimato e à confidencialidade, direito à proteção contra o desconforto e prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal (Morse, 2007). Atendendo a estes princípios, foi obtido o consentimento de todos os participantes, através de um formulário *online* onde eram explicados os objetivos do estudo, os métodos utilizados e que poderiam cessar a sua participação em qualquer momento, se assim o desejassem. A confidencialidade dos dados recolhidos foi assegurada. O anonimato é, ainda, garantido no caso da publicação dos resultados. Para além disso, foi submetida toda a documentação requerida à Comissão de Ética da ULSAM, nomeadamente a síntese do projeto de investigação e o instrumento de recolha de dados, tendo sido deferida a autorização para a realização do estudo através de parecer em anexo.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Dos 12 enfermeiros que constituíram o painel inicial, obtiveram-se 11 respostas o que corresponde a uma taxa de abstenção de 8,3%. A literatura aponta para taxas de abstenção de 30 a 50% na primeira ronda (Scarparo et al., 2012), pelo que este valor representa o elevado grau de compromisso por parte dos participantes para com o estudo. A segunda ronda, obteve uma taxa de resposta de 83,3%, já que responderam 10 enfermeiros. Isto representa um índice de abstenção de 16,7%, o que se traduz numa abstenção inferior à descrita na literatura que apresenta valores de abstenção esperados entre 20 e 30% (Revorêdo et al., 2015; Scarparo et. al., 2012). Estes valores, traduzem a elevada importância que os participantes atribuem ao estudo. De seguida serão apresentados os resultados obtidos nas duas rondas de questionários. De forma a facilitar a leitura dos resultados, estes encontram-se sistematizados em dois quadros, um com os dados obtidos na primeira ronda (Quadro 4), outro com os dados da segunda ronda (Quadro 5). Ambos os quadros apresentam as percentagens de concordância (Conc. %), medianas (Md), o intervalo interquartil (IIQ) e o grau de consenso (Cons.) de acordo com os critérios previamente estabelecidos (Muito Elevado – ME; Elevado – E; Moderado – M; Baixo – B; Sem consenso – SC).

Quadro 4 – Resultados da 1ª ronda

ITENS	Conc. %	Md	IIQ	Cons
Diagnósticos prioritários a integrar num plano de cuidados à Pessoa em Situação Paliativa				
1. Aceitação do estado de saúde	100%	5	1	E
2. Apetite	80%	5	1	E
3. Autocuidado	100%	5	1	E
4. Bem-estar	80%	5	0	ME
5. Conhecimento	80%	5	1	E
6. Coping	90%	5	1	E
7. Dor	90%	5	0	ME
8. Gestão do regime terapêutico	100%	5	1	E
9. Medo	90%	5	1	E
10. Obstipação	90%	5	1	E
11. Processo de luto	90%	5	1	E
12. Sono	100%	5	0	ME
ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE: comprometido				
Intervenções prioritárias				
Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde	100%	5	1	E
Ensinar sobre recursos da comunidade	70%	4	2	M

ITENS	Conc. %	Md	IIQ	Cons
Encorajar aceitação do estado de saúde	90%	5	1	E
Incentivar o envolvimento da família	100%	5	1	E
Orientar prestador de cuidados para serviço médico	60%	4	2	M
Promover consciencialização	90%	4	1	E
Ensinar sobre serviços de saúde	70%	4	2	M
Ensinar sobre estratégias adaptativas	80%	5	1	E
Incentivar interação social	80%	5	1	E
Orientar a família para o serviço médico	60%	4	1	M
Encorajar a usar os serviços da comunidade	70%	4	2	M
Incentivar a comunicação de emoções	100%	5	0	ME
Incentivar aceitação do estado de saúde	90%	5	1	E
Referir para o serviço médico	60%	4	1	M
Avaliar aceitação do estado de saúde	90%	5	0	ME
APETITE: Comprometido				
Intervenções prioritárias				
Supervisionar a dieta	80%	4	1	E
Providenciar dieta	70%	4	2	M
Monitorizar ingestão de líquidos	60%	4	2	M
Referir para o serviço médico	60%	4	2	M
Planear as refeições	90%	5	1	E
Planear dieta	90%	5	1	E
Avaliar apetite	100%	5	1	E
Gerir ambiente	100%	5	0	ME
Referir para o serviço de nutrição	80%	4	1	E
Vigiar refeição	90%	5	1	E
Requerer serviço de nutrição	60%	4	1	M
Monitorizar estado nutricional	70%	4	2	M
AUTOCUIDADO: Independente/Dependente em grau reduzido, moderado, elevado/Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador para promover o autocuidado				
Avaliar autocuidado	80%	5	1	E
Ensinar o prestador de cuidados sobre dispositivos para o autocuidado: beber	100%	4	1	E
Ensinar o prestador de cuidados sobre o autocuidado: arranjo pessoal	80%	5	1	E
Ensinar o prestador de cuidados sobre o mover-se em cadeira de rodas	80%	5	1	E
Ensinar o cuidador sobre dispositivos para ostomia de eliminação	100%	4	1	E
Ensinar o prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento	100%	5	1	E
Avaliar conhecimento do cuidador para promover o autocuidado	90%	5	1	E
Ensinar o prestador de cuidados a promover a autonomia	90%	5	1	E
Ensinar o prestador de cuidados sobre dispositivos para o alimentar-se	100%	5	1	E

ITENS	Conc. %	Md	IIQ	Cons
BEM-ESTAR: Comprometido				
Intervenções prioritárias				
Disponibilizar suporte emocional	100%	5	0	ME
Planejar o autocuidado: atividade física	90%	4	1	E
Avaliar o bem-estar	100%	5	0	ME
Incentivar o envolvimento da família	100%	5	0	ME
Escutar	100%	5	0	ME
Incentivar tomada de decisão	80%	5	1	E
Planejar atividades de lazer	90%	5	1	E
Apoiar na tomada de decisão	90%	5	0	ME
Encorajar tomada de decisão	90%	5	0	ME
CONHECIMENTO: Potencial para melhorar o conhecimento sobre a doença				
Intervenções prioritárias				
Ensinar sobre doença	70%	5	2	M
Ensinar sobre complicações da doença	80%	5	1	E
Avaliar conhecimento sobre a doença	80%	5	1	E
COPING: Comprometido/ Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de coping				
Intervenções prioritárias				
Instruir sobre estratégias	90%	4	1	E
Incentivar o envolvimento da família	100%	5	0	ME
Incentivar a comunicação de emoções	100%	5	0	ME
Avaliar coping	90%	5	1	E
Avaliar conhecimento sobre estratégias de coping	80%	5	1	E
Instruir sobre estratégias	80%	4	1	E
Ensinar sobre coping	90%	4	1	E
DOR: Presente em grau reduzido, moderado, elevado/ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor				
Intervenções prioritárias				
Orientar para uso de técnicas de relaxamento	90%	4	1	E
Aliviar dor através de embalagem fria	60%	4	2	M
Executar técnica de imaginação guiada	80%	4,5	1	E
Planejar técnica de distração	80%	4	1	E
Planejar técnica de relaxamento	80%	4	1	E
Monitorizar dor	100%	5	0	ME
Posicionar	100%	5	1	E
Vigiar dor	90%	5	0	ME
Executar tratamentos com estratégias não farmacológicas	90%	5	1	E
Aplicar envolvimento quente	70%	4	2	M
Aplicar envolvimento frio	70%	4	2	M
Executar técnica de massagem	80%	4	1	E
Executar técnica de distração	70%	4	1	M

ITENS	Conc. %	Md	IIQ	Cons
Executar técnica de relaxamento	80%	5	1	E
Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento	100%	5	1	E
Assistir a identificar estratégias de alívio da dor	90%	5	1	E
Gerir analgésicos	100%	5	0	ME
Ensinar o prestador de cuidados a gerir o regime medicamentoso	100%	5	0	ME
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor	100%	5	0	ME
Ensinar o prestador de cuidados a vigiar dor	100%	5	0	ME
GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO: Comprometida/ Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre regime terapêutico				
- Intervenções prioritárias				
Encorajar tomada de decisão	90%	4	1	E
Apoiar na tomada de decisão	100%	5	1	E
Incentivar o envolvimento da família na gestão do regime terapêutico	100%	5	0	ME
Ensinar sobre regime medicamentoso	100%	5	1	E
Gerir regime medicamentoso	100%	5	0	ME
Orientar para o serviço de saúde	70%	4	1	M
Ensinar sobre recursos da comunidade	80%	4	1	E
Ensinar sobre complicações	90%	5	1	E
Ensinar sobre gestão do regime terapêutico	90%	5	0	ME
Incentivar adesão ao regime terapêutico	90%	5	0	ME
Avaliar gestão do regime terapêutico	100%	5	0	ME
Assistir na gestão do regime terapêutico	100%	5	0	ME
Instruir a gerir analgesia	90%	5	1	E
Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão	100%	5	1	E
Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz	80%	5	1	E
Ensinar o prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	100%	5	0	ME
Ensinar o prestador de cuidados sobre complicações	100%	5	1	E
Ensinar o prestador de cuidados a gerir o regime medicamentoso	100%	5	0	ME
MEDO: Conhecimento sobre medo/ Potencial para melhorar o conhecimento sobre medo				
- Intervenções prioritárias				
Ensinar sobre autocontrolo: medo	80%	5	1	E
Avaliar conhecimento sobre medo	70%	5	2	M
Avaliar medo	100%	5	1	E
Encorajar autocontrolo: medo	90%	5	1	E
Ensinar sobre autocontrolo: medo	80%	4	1	E
Vigiar comportamento	90%	4	1	E
OBSTIPAÇÃO: Presente/ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de obstipação/ Risco de obstipação				
. Intervenções prioritárias				

ITENS	Conc. %	Md	IIQ	Cons
Vigiar eliminação intestinal	90%	5	1	E
Irrigar	50%	4	1	M
Aconselhar sobre padrão de eliminação intestinal adequado	90%	5	1	E
Avaliar obstipação	90%	5	0	ME
Estimular eliminação intestinal	100%	5	1	E
Ensinar o prestador de cuidados sobre eliminação intestinal	100%	5	0	ME
Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da obstipação	100%	5	0	ME
Ensinar o prestador de cuidados sobre dieta	70%	5	1	M
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da obstipação	90%	5	1	E
Ensinar o prestador de cuidados sobre alimentação	80%	5	1	E
Planejar dieta	80%	5	1	E
Vigiar o abdómen	100%	5	1	E
Incentivar ingestão de líquidos	80%	5	0	ME
Avaliar risco de obstipação	100%	5	0	ME
Ensinar sobre prevenção da obstipação	90%	5	0	ME
Incentivar atividade física	80%	4	1	E
Avaliar conhecimento sobre prevenção da obstipação	80%	5	1	E
Gerir regime medicamentoso	100%	5	0	ME
Auscultar	50%	4	1	M
PROCESSO DE LUTO: Comprometido/ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre processo de luto				
. Intervenções prioritárias				
Disponibilizar suporte emocional	100%	5	0	ME
Incentivar a comunicação de emoções	100%	5	0	ME
Assistir a família no processo de luto	100%	5	0	ME
Apoiar no luto	90%	5	0	ME
Incentivar o envolvimento da família	100%	5	0	ME
Ensinar a pessoa sobre o luto	70%	5	2	M
Avaliar processo de luto	100%	5	1	E
Escutar	100%	5	0	ME
Ensinar a família sobre o luto	70%	5	2	M
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre processo de luto	80%	5	1	E
SONO: Comprometido/ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para promover o sono/ Potencial para melhorar o conhecimento para promover o sono				
. Intervenções prioritárias				
Orientar para uso de técnicas de relaxamento	90%	5	1	E
Instruir a técnica de relaxamento	90%	5	1	E
Avaliar sono	100%	5	0	ME
Planejar o sono	90%	5	1	E
Ensinar o prestador de cuidados sobre sono	90%	4	1	E
Instruir o prestador de cuidados a executar a técnica de relaxamento	90%	5	1	E

ITENS	Conc. %	Md	IIQ	Cons
Ensinar o prestador de cuidados sobre padrão de sono	90%	4	1	E
Ensinar o prestador de cuidados sobre estratégias não farmacológicas	90%	5	1	E
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para promover o sono	80%	4	1	E
Ensinar sobre estratégias não farmacológicas	90%	5	1	E
Avaliar conhecimento para promover o sono	80%	5	1	E
Ensinar sobre padrão de sono	80%	5	1	E
SUGESTÕES:				
Incluir outros sintomas como por exemplo: Náuseas/vômitos; dispneia; <i>delirium</i> ; depressão (ou seja, o grupo de sintomas mais prevalentes em CP em conjunto com os já presentes aqui). Deveriam também ser incluídos diagnóstico no âmbito da espiritualidade (ex.: angústia espiritual) e da esperança.				
Para o diagnóstico "Processo de luto comprometido" associar as seguintes intervenções de enfermagem: Providenciar serviço religioso e Requerer serviço religioso.				
Doente em situação de últimas horas e dias de vida - cuidados de conforto e controlo de sintomas				
Diagnóstico: NÁUSEA Intervenções: Avaliar náusea; Gerir regime medicamentoso; Aliviar náusea através de embalagem fria; Gerir ambiente; Gerir dieta; Referir para o serviço médico; Interromper a ingestão de alimentos; Restringir ingestão de líquidos; Monitorizar conteúdo gástrico Diagnóstico: VÔMITO/Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção do vômito/Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção do vômito Intervenções: Avaliar vômito; Vigiar conteúdo gástrico; Interromper a ingestão de alimentos; Planear dieta/Avaliar conhecimento sobre prevenção do vômito; Ensinar sobre prevenção do vômito; Ensinar sobre dieta; Ensinar sobre ingestão de líquidos/Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção do vômito; Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção do vômito; Ensinar o prestador de cuidados sobre ingestão de líquidos; Ensinar o prestador de cuidados sobre dieta				

Legenda: *Conc.* - Concordância; *Md* - Mediana; *IIQ* - Intervalo interquartil; *Cons.* - Consenso; *ME* - Muito elevado; *E* -Elevado; *M* - Moderado; *B* - Baixo; *SC* – Sem consenso

No final da primeira ronda, 117 itens obtiveram consenso elevado e muito elevado e, por isso, reuniam condições para serem imediatamente incluídos na versão final do Padrão Documental de Cuidados.

A 2.^a ronda de questionários integrou 78 itens: 23 que se repetem do 1.^o questionário e que obtiveram um grau de consenso baixo e/ou moderado e 55 que resultam das sugestões apresentadas.

Quadro 5 – Resultados da 2.ª ronda

ITENS	Conc.%	Md	IIQ	Cons
ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE: comprometido				
. Intervenções prioritárias				
Ensinar sobre recursos da comunidade	87,5%	4	1	E
Orientar prestador de cuidados para serviço médico	87,5%	4	1	E
Ensinar sobre serviços de saúde	87,5%	4	1	E
Orientar a família para o serviço médico	87,5%	4	1	E
Encorajar a usar os serviços da comunidade	87,5%	4	0	ME
Referir para o serviço médico	75%	4	1	M
APETITE: Comprometido				
Providenciar dieta	87,5%	4	1	E
Monitorizar ingestão de líquidos	87,5%	5	1	E
Referir para o serviço médico	62,5%	4	1	M
Requerer serviço de nutrição	100%	4	1	E
Monitorizar estado nutricional	87,5%	4	1	E
CONHECIMENTO: Potencial para melhorar o conhecimento sobre a doença				
Ensinar sobre doença	87,5%	5	1	E
DOR: Presente em grau reduzido, moderado, elevado/ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor				
Aliviar dor através de embalagem fria	50%	4	2	B
Aplicar envolvimento quente	75%	4	1	M
Aplicar envolvimento frio	75%	4	1	M
Executar técnica de distração	62,5%	4	1	M
GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO: Comprometida/ Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre regime terapêutico				
Orientar para o serviço de saúde	75%	4	1	M
MEDO: Conhecimento sobre medo/ Potencial para melhorar o conhecimento sobre medo				
Avaliar conhecimento sobre medo	100%	5	1	E
OBSTIPAÇÃO: Presente/ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de obstipação/ Risco de obstipação				
Irrigar	50%	4	2	B
Ensinar o prestador de cuidados sobre dieta	100%	5	1	E
Auscultar	50%	4	2	B
PROCESSO DE LUTO: Comprometido/ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre processo de luto				
Ensinar a pessoa sobre o luto	100%	5	1	E
Ensinar a família sobre o luto	100%	5	0	ME
Providenciar serviço religioso	87,5%	4	1	E

ITENS	Conc.%	Md	IIQ	Cons
Requerer serviço religioso	75%	4	1	M
CONFORTO: Comprometido				
Promover conforto	100%	5	0	ME
Avaliar conforto	100%	5	0	ME
Gerir ambiente	87,5%	5	1	E
Posicionar	100%	5	1	E
Lavar a boca	100%	5	1	E
Otimizar ambiente físico	100%	5	1	E
NÁUSEA: Presente/ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de náusea				
Avaliar náusea	100%	5	0	ME
Gerir regime medicamentoso	100%	5	1	E
Aliviar náusea através de embalagem fria	50%	4	2	B
Gerir ambiente	100%	4	1	E
Gerir dieta	100%	5	1	E
Referir para o serviço médico	50%	4	2	B
Interromper a ingestão de alimentos	45%	4	2	B
Restringir ingestão de líquidos	50%	4	2	B
Monitorizar conteúdo gástrico	37,5%	4	2	B
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de náusea	100%	5	0	ME
Ensinar o prestador de cuidados a diminuir a náusea	100%	5	0	ME
VÓMITO: Presente/ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção do vômito				
Avaliar vômito	100%	5	0	ME
Vigiar conteúdo gástrico	50%	4	2	B
Interromper a ingestão de alimentos	60%	4	1	B
Planear dieta	45%	3	3	SC
Avaliar conhecimento sobre prevenção do vômito	100%	5	0	ME
Ensinar sobre prevenção do vômito	100%	5	0	ME
Ensinar sobre dieta	100%	5	1	E
Ensinar sobre ingestão de líquidos	100%	5	1	E
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção do vômito	100%	5	0	ME
Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção do vômito	100%	5	0	ME
Ensinar o prestador de cuidados sobre ingestão de líquidos	100%	5	0	ME
Ensinar o prestador de cuidados sobre dieta	100%	5	0	ME
DISPNEIA Presente/Potencial para melhorar o conhecimento sobre dispneia/ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre dispneia				
Otimizar ventilação através de dispositivos respiratórios	87,5%	4	1	E
Gerir inaloterapia	55%	3	3	SC
Planear o repouso	87,5%	4	1	E

ITENS	Conc.%	Md	IIQ	Cons
Elevar a cabeceira da cama	100%	5	0	ME
Vigiar respiração	100%	5	0	ME
Avaliar dispneia	87,5%	5	0	ME
Planejar atividade	87,5%	5	1	E
Posicionar	100%	5	0	ME
Gerir oxigenoterapia	75%	5	1	E
Avaliar conhecimento sobre dispneia	100%	5	1	E
Ensinar sobre dispneia	100%	5	0	ME
Ensinar sobre oxigenoterapia	87,5%	5	1	E
Ensinar sobre inaloterapia	87,5%	5	1	E
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre dispneia	100%	5	1	E
Ensinar o prestador de cuidados sobre oxigenoterapia	87,5%	5	1	E
Ensinar o prestador de cuidados sobre inaloterapia	87,5%	5	1	E
Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de dispneia	100%	5	0	ME
TRISTEZA: Presente				
Avaliar tristeza	100%	5	0	ME
Otimizar comunicação	100%	5	1	E
Incentivar o apoio / suporte da família	100%	5	0	ME
Incentivar a comunicação de emoções	100%	5	0	ME
Apoiar na tomada de decisão	87,5%	5	1	E
Vigiar comportamento	87,5%	5	1	E
Disponibilizar suporte emocional	100%	5	0	ME

Legenda: *Conc.* - Concordância; *Md* - Mediana; *IIQ* - Intervalo interquartil; *Cons.* - Consenso; *ME* - Muito elevado; *E* - Elevado; *M* - Moderado; *B* - Baixo; *SC* – Sem consenso

Após a 2.^a ronda, foram incluídos na versão final do Padrão Documental de Cuidados, os 59 itens que obtiveram um grau de consenso elevado ou muito elevado. Todas as outras questões foram eliminadas, por manterem um grau de consenso moderado ou baixo ou mesmo por não apresentarem qualquer grau de consenso. De salientar que nesta segunda ronda, nenhum dos participantes teceu qualquer comentário ou sugestão.

De forma a sistematizar os dados apurados após as duas rondas de questionários apresenta-se, de seguida, um esquema síntese dos resultados obtidos:

Quadro 6 – Quadro síntese dos resultados das duas rondas de questionários

Diagnósticos prioritários num plano de cuidados à Pessoa em Situação Paliativa	Distribuição das intervenções por graus de consenso				
	Muito Elevado	Elevado	Moderado	Baixo	Sem consenso
1. Aceitação do estado de saúde	3	11	1	-	-
2. Apetite	1	10	1	-	-
3. Autocuidado	0	9	-	-	-
4. Bem-estar	6	3	-	-	-
5. Conhecimento	0	3	-	-	-
6. <i>Coping</i>	2	5	-	-	-
7. Dor	7	9	3	1	-
8. Gestão do regime terapêutico	8	9	1	-	-
9. Medo	-	6	-	-	-
10. Obstipação	8	9	-	2	-
11. Processo de luto	7	3	-	-	-
12. Sono	1	11	-	-	-
13. Conforto	2	4	-	-	-
14. Náusea	3	3	-	5	-
15. Vômito	7	2	-	2	1
16. Dispneia	6	10	-	-	1
17. Tristeza	4	3	-	-	-

Assim, concluiu-se a proposta para o Padrão Documental de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa com 17 enunciados de diagnóstico que se traduziram em 176 itens, tal como se apresenta no Quadro 6.

Proposta de Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

Quadro 7 – *Proposta de Padrão Documental de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa*

ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE: comprometido
<p>Intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde ▪ Encorajar aceitação do estado de saúde ▪ Incentivar o envolvimento da família ▪ Promover consciencialização ▪ Ensinar sobre estratégias adaptativas ▪ Incentivar interação social ▪ Incentivar a comunicação de emoções ▪ Incentivar aceitação do estado de saúde ▪ Avaliar aceitação do estado de saúde ▪ Ensinar sobre recursos da comunidade ▪ Orientar prestador de cuidados para serviço médico ▪ Ensinar sobre serviços de saúde ▪ Orientar a família para o serviço médico ▪ Encorajar a usar os serviços da comunidade
APETITE: Comprometido
<p>Intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Supervisionar a dieta ▪ Planear as refeições ▪ Planear dieta ▪ Avaliar apetite ▪ Gerir ambiente ▪ Referir para o serviço de nutrição ▪ Vigiar refeição ▪ Providenciar dieta ▪ Monitorizar ingestão de líquidos ▪ Requerer serviço de nutrição ▪ Monitorizar estado nutricional
AUTOCUIDADO: Independente/Dependente em grau reduzido, moderado, elevado/ Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador para promover o autocuidado
<p>Intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar autocuidado ▪ Ensinar o prestador de cuidados sobre dispositivos para o autocuidado: beber ▪ Ensinar o prestador de cuidados sobre o autocuidado: arranjo pessoal

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar o prestador de cuidados sobre o mover-se em cadeira de rodas ▪ Ensinar o cuidador sobre dispositivos para ostomia de eliminação ▪ Ensinar o prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento ▪ Avaliar conhecimento do cuidador para promover o autocuidado ▪ Ensinar o prestador de cuidados a promover a autonomia ▪ Ensinar o prestador de cuidados sobre dispositivos para o alimentar-se
BEM-ESTAR: Comprometido
<p>Intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilizar suporte emocional ▪ Planejar o autocuidado: atividade física ▪ Avaliar o bem-estar ▪ Incentivar o envolvimento da família ▪ Escutar ▪ Incentivar tomada de decisão ▪ Planejar atividades de lazer ▪ Apoiar na tomada de decisão ▪ Encorajar tomada de decisão
CONHECIMENTO: Potencial para melhorar o conhecimento sobre a doença
<p>Intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar sobre doença ▪ Ensinar sobre complicações da doença ▪ Avaliar conhecimento sobre a doença
COPING: Comprometido/ Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de <i>coping</i>
<p>Intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instruir sobre estratégias ▪ Incentivar o envolvimento da família ▪ Incentivar a comunicação de emoções ▪ Avaliar <i>coping</i> ▪ Avaliar conhecimento sobre estratégias de <i>coping</i> ▪ Instruir sobre estratégias ▪ Ensinar sobre <i>coping</i>
DOR: Presente em grau reduzido, moderado, elevado/ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor
<p>Intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientar para uso de técnicas de relaxamento ▪ Executar técnica de imaginação guiada ▪ Planejar técnica de distração ▪ Planejar técnica de relaxamento ▪ Monitorizar dor

- Posicionar
- Vigiar dor
- Executar tratamentos com estratégias não farmacológicas
- Executar técnica de massagem
- Executar técnica de relaxamento
- Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento
- Assistir a identificar estratégias de alívio da dor
- Gerir analgésicos
- Ensinar o prestador de cuidados a gerir o regime medicamentoso
- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor
- Ensinar o prestador de cuidados a vigiar dor

GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO: Comprometida/ Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre regime terapêutico

Intervenções:

- Encorajar tomada de decisão
- Apoiar na tomada de decisão
- Incentivar o envolvimento da família na gestão do regime terapêutico
- Ensinar sobre regime medicamentoso
- Gerir regime medicamentoso
- Ensinar sobre recursos da comunidade
- Ensinar sobre complicações
- Ensinar sobre gestão do regime terapêutico
- Incentivar adesão ao regime terapêutico
- Avaliar gestão do regime terapêutico
- Assistir na gestão do regime terapêutico
- Instruir a gerir analgesia
- Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão
- Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz
- Ensinar o prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico
- Ensinar o prestador de cuidados sobre complicações
- Ensinar o prestador de cuidados a gerir o regime medicamentoso

MEDO: Conhecimento sobre medo/ Potencial para melhorar o conhecimento sobre medo

Intervenções:

- Ensinar sobre autocontrolo: medo
- Avaliar medo
- Encorajar autocontrolo: medo
- Ensinar sobre autocontrolo: medo
- Vigiar comportamento
- Avaliar conhecimento sobre medo

OBSTIPAÇÃO: Presente/ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de obstipação/ Risco de obstipação

Intervenções:

- Vigiar eliminação intestinal
- Aconselhar sobre padrão de eliminação intestinal adequado
- Avaliar obstipação
- Estimular eliminação intestinal
- Ensinar o prestador de cuidados sobre eliminação intestinal
- Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da obstipação
- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da obstipação
- Ensinar o prestador de cuidados sobre alimentação
- Planejar dieta
- Vigiar o abdómen
- Incentivar ingestão de líquidos
- Avaliar risco de obstipação
- Ensinar sobre prevenção da obstipação
- Incentivar atividade física
- Avaliar conhecimento sobre prevenção da obstipação
- Gerir regime medicamentoso
- Ensinar o prestador de cuidados sobre dieta

PROCESSO DE LUTO: Comprometido/ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre processo de luto

Intervenções:

- Disponibilizar suporte emocional
- Incentivar a comunicação de emoções
- Assistir a família no processo de luto
- Apoiar no luto
- Incentivar o envolvimento da família
- Avaliar processo de luto
- Escutar
- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre processo de luto
- Ensinar a pessoa sobre o luto
- Ensinar a família sobre o luto
- Providenciar serviço religioso

SONO: Comprometido/ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para promover o sono/ Potencial para melhorar o conhecimento para promover o sono

Intervenções:

- Orientar para uso de técnicas de relaxamento
- Instruir a técnica de relaxamento
- Avaliar sono
- Planejar o sono
- Ensinar o prestador de cuidados sobre sono

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instruir o prestador de cuidados a executar a técnica de relaxamento ▪ Ensinar o prestador de cuidados sobre padrão de sono ▪ Ensinar o prestador de cuidados sobre estratégias não farmacológicas ▪ Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para promover o sono ▪ Ensinar sobre estratégias não farmacológicas ▪ Avaliar conhecimento para promover o sono ▪ Ensinar sobre padrão de sono
CONFORTO: Comprometido
<p>Intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover conforto ▪ Avaliar conforto ▪ Gerir ambiente ▪ Posicionar ▪ Lavar a boca ▪ Otimizar ambiente físico
NÁUSEA: Presente/ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de náusea
<p>Intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar náusea ▪ Gerir regime medicamentoso ▪ Gerir ambiente ▪ Gerir dieta ▪ Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de náusea ▪ Ensinar o prestador de cuidados a diminuir a náusea
VÓMITO: Presente/ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção do vômito
<p>Intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar vômito ▪ Avaliar conhecimento sobre prevenção do vômito ▪ Ensinar sobre prevenção do vômito ▪ Ensinar sobre dieta ▪ Ensinar sobre ingestão de líquidos ▪ Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção do vômito ▪ Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção do vômito ▪ Ensinar o prestador de cuidados sobre ingestão de líquidos ▪ Ensinar o prestador de cuidados sobre dieta
DISPNEIA Presente/Potencial para melhorar o conhecimento sobre dispneia/ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre dispneia
<p>Intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Otimizar ventilação através de dispositivos respiratórios

- Planejar o repouso
- Elevar a cabeceira da cama
- Vigiar respiração
- Avaliar dispneia
- Planejar atividade
- Posicionar
- Gerir oxigenoterapia
- Avaliar conhecimento sobre dispneia
- Ensinar sobre dispneia
- Ensinar sobre oxigenoterapia
- Ensinar sobre inaloterapia
- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre dispneia
- Ensinar o prestador de cuidados sobre oxigenoterapia
- Ensinar o prestador de cuidados sobre inaloterapia
- Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de dispneia

TRISTEZA: Presente

Intervenções:

- Avaliar tristeza
- Otimizar comunicação
- Incentivar o apoio / suporte da família
- Incentivar a comunicação de emoções
- Apoiar na tomada de decisão
- Vigiar comportamento
- Disponibilizar suporte emocional

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Perante a inexistência de um padrão documental dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa na literatura e a necessidade de dar resposta à exigência da OE relativamente à existência de um SIE mapeado para a CIPE no âmbito da candidatura à acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática, foi possível obter através da Técnica de Delphi, uma versão de consenso sobre os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem prioritários num padrão documental dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa.

Tal como referido no desenho do estudo, a seleção dos diagnósticos de enfermagem iniciais, considerados como prioritários num plano de cuidados à pessoa em situação paliativa baseou-se no Catálogo da CIPE – “Cuidados Paliativos para uma Morte Digna” elaborado pela OE (2010), no qual os enunciados de diagnóstico, intervenção e resultado, são organizados tendo como referencial o Modelo de Cuidados de Preservação da Dignidade de Chochinov. Este modelo integra três subtemas: preocupações relacionadas com a doença, reportório da preservação da dignidade e inventário da dignidade social, constituindo uma base para atingir o propósito terapêutico de melhorar a dignidade no fim de vida do doente paliativo (Chochinov et al., 2005).

Os diagnósticos de enfermagem propostos como prioritários num plano de cuidados à pessoa em situação paliativa obtiveram, quer pela equipa de enfermagem da SICP, quer pelo grupo de peritos, um grau de consenso elevado/ muito elevado, passando a integrar a proposta final do padrão documental. No seguimento das sugestões apresentadas no final do questionário da 1.ª ronda, foram acrescentados, na 2.ª ronda, os enunciados de diagnóstico “Conforto”, “Tristeza” “Náusea” “Vómito” e “Dispneia”.

A análise deste resultado remete-nos para uma reflexão acerca da importância que os profissionais que integraram o painel de peritos atribuem, por um lado, ao controlo sintomático do doente e, por outro, às perturbações psicológicas e da dignidade que reconhecem na pessoa em situação paliativa.

Convém ter presente que um controlo sintomático inadequado agrava o sofrimento e afeta de forma negativa a evolução da doença. O plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos 2021-2022 salienta que o controlo de sintomas é um dos indicadores para a melhoria da qualidade do doente e família.

Como refere Twycross (citado por Feiteira, 2017, p.32)

“avaliar e reavaliar são pontos chave num controlo sintomático bem-sucedido, pois doenças progressivas acarretam na maioria das vezes o aparecimento de novos sintomas, pelo que a sua monitorização permite sistematizar o seguimento, clarificar os objetivos e avaliar a eficácia das intervenções instituídas, de modo a promover uma reavaliação continua das mesmas”.

Neste sentido, o Sclínico permite uma sistematização dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, facilitando a análise, interpretação e comparação de dados tanto a nível organizacional como nacional (Marques, 2021).

Com base nos pressupostos mencionados, consideramos que se trata de uma oportunidade para analisar de forma crítica e reflexiva os cuidados de enfermagem e a sua repercussão na minimização do sofrimento e conseqüentemente, na melhoria da qualidade dos cuidados. Deste modo, documentar os cuidados de enfermagem é fundamental para a personalização dos cuidados.

Este padrão documental dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa permite-nos avaliar em todos os contactos, as intervenções relacionadas com os focos “Dor”, “Obstipação”, “Náusea”, “Vómito”, “Dispneia” e “Sono”. Estes representam alguns dos sintomas objetivos mais prevalentes em CP, que se apresentam na primeira linha das manifestações da doença e que têm efeitos impactantes na qualidade de vida do doente. Importa lembrar que a palavra sintoma corresponde à multidimensionalidade o que implica avaliação, explicação, tratamento individualizado, controlo, observação e detalhe (Twycross,2003).

Relativamente à dor, estima-se estar presente em 50% dos doentes em CP, no entanto, quando se refere à fase final de vida, a prevalência é de 75% a 85%. É de referir ainda, que as náuseas e os vómitos, são sintomas que afetam cerca de 62% dos doentes oncológicos, afetando, determinadamente, a qualidade de vida do doente (Astudillo et al., 2006; Barbosa et al. 2016; Gonçalves, 2011, citados por Feiteira, 2017).

Os enunciados de diagnóstico propostos no padrão documental, contemplam intervenções farmacológicas e não farmacológicas, de modo a tratar adequadamente os múltiplos sintomas que surgem no decorrer da doença, reavaliando periodicamente os que têm repercussões diretas no bem-estar do doente e sua família e antecipando medidas terapêuticas, conforme preconizado nos princípios do controlo sintomático (Barbosa et al., 2016). Pressupõem, ainda, que a sua expressão pode ser variável em função de fatores psicológicos, crenças e mitos individuais, fatores culturais e étnicos (Mazzocato, citado por Cerqueira, 2005).

Analisando os resultados das duas rondas de consenso, constata-se que a maioria dos itens rejeitados pelos participantes dizem respeito a intervenções não farmacológicas específicas, tais como “Aplicar envolvimento frio/ quente”, cuja eficácia neste contexto se restringe a situações limitadas e muito específicas, tais como em processos inflamatórios agudos ou tensão muscular (AEOP, 2015). Por outro lado, foram também menos consensuais as intervenções relacionadas com procedimentos invasivos cujo benefício para o doente não é unânime no âmbito dos CP, como é o caso da ENG para drenagem gástrica ou a irrigação. Uma vez que os CP intervêm nos diversos estadios da doença, nomeadamente na intercorrência, pode fazer sentido considerar este tipo de intervenções, se as necessidades do doente o justificarem e em função do tipo de estrutura organizacional onde ele está inserido. No entanto, dada o carácter invasivo dos mesmos, há sempre uma grande ponderação por parte das equipas de CP na sua execução, e tendo sempre presente o princípio de autonomia do doente.

O princípio da autonomia é um dos princípios fundamentais da bioética e diz respeito à liberdade de fazer escolha relativamente ao que afeta a vida de cada um. Deste princípio derivam os direitos à informação e à confidencialidade. O Código Deontológico do Enfermeiro refere que para fazer a sua livre escolha o doente deve ter em seu poder “o conhecimento de todos os dados que englobam a sua situação clínica, o seu prognóstico, as suas implicações e terapêuticas alternativas” (OE, 2005, p.322). De acordo com Silva (2016), nas situações de terminalidade, fase em que a morte está iminente, numa previsão de horas ou dias (agonia), não se preveem intervenções agudas, o que justifica a não inclusão de intervenções como “Monitorizar o conteúdo gástrico” ou “Vigiar o conteúdo gástrico” na proposta final do padrão documental dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa.

Para além destes focos relacionados com as perturbações físicas da doença, a proposta final do padrão documental dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa inclui as intervenções relacionadas com as perturbações psicológicas, nomeadamente os focos “Medo”, “Conhecimento” “*Coping*” “Processo de luto” “Bem-estar” e “Tristeza”. É de salientar que todas as intervenções relacionadas com estes enunciados de diagnóstico, foram integradas no documento final após a 1.^a ronda, pois obtiveram grau de consenso elevado ou muito elevado. A única exceção foi a intervenção “Ensinar sobre a doença” que, embora tenha tido moderado grau de consenso na primeira ronda, obteve consenso elevado na segunda ronda de questionários.

Muitas das intervenções que dão resposta a estes diagnósticos convidam os doentes a relatar e discutir questões de vida que lhes são mais importantes, recuperando memórias positivas e a possibilidade de lhes facilitar a construção de um legado.

(Donato et.al, 2016), como exemplo: “Incentivar a comunicação de emoções”, “Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde”, “Escutar”, “Apoiar na tomada de decisão”, “Disponibilizar suporte emocional”. De facto, enfrentar uma doença crónica, progressiva e terminal, conduz a um processo de perdas funcionais do doente e a perspectiva de morte iminente, desencadeando uma resposta de luto que antecede a perda real do doente (Barbosa, 2016; Coelho & Barbosa, 2017; Holm, et al., 2019).

Um estudo de Chochinov (2007) permitiu concluir que, apesar do processo de fim de vida ter várias perdas associadas, o facto dos utentes receberem CP de excelência, englobando todas as dimensões da pessoa (física, psicossocial, existencial e espiritual), torna possível a diminuição das ameaças à dignidade, através de um ambiente de escuta ativa e apoio, através de uma visão holística e com um controlo sintomático eficaz. Intervir nestas dimensões é manter a dignidade da pessoa, dando ênfase às suas preocupações com o futuro. Quando estes temas são discutidos, seja através da resolução de assuntos pendentes ou mensagens escritas para orientar a vida de um ente querido, cada pessoa doente poderá manter a responsabilidade e papel ativo na sua resolução, identificando soluções para resolver problemas, mesmo após a própria morte (Julião, 2014).

Neste âmbito, também Donato et.al, (2016) referem que há evidências de efeitos positivos na aplicação da Terapia da Dignidade relacionados com satisfação, utilidade, aumento da dignidade, do significado da vida, do senso de propósito e da vontade de viver, levando a uma diminuição significativa do sofrimento.

Ajudar a pessoa em sofrimento, implica a mobilização de todas os conceitos que integram este fenómeno complexo e a compreensão de todas as suas dimensões “de modo a evitar a perceção de perda de controlo e a facilitar a descoberta de algum sentido positivo para a própria experiência do sofrimento” Gameiro (2003, p.23). Também Gonçalves ressalva que, “para efetivar a intervenção no sofrimento associado à doença terminal – e apesar da complexidade do conceito de “sofrimento” - será necessário clarificar o mais possível quais as vertentes que ele encerra” (Gonçalves, 2015, p.15). Destas, destacam-se o sofrimento físico, psicológico, relacional e espiritual, identificados em função das inúmeras dimensões que num processo de doença são afetadas e que convergem num sofrimento global (Gonçalves cit Barbosa, 2010).

Na obtenção dos resultados deste estudo foi determinante a formação e experiência profissional do grupo de peritos em CP, revelando consistência com a literatura que reconhece o controlo sintomático, a comunicação, o apoio à família e o trabalho em equipa, como os pilares dos CP. De facto, a existência de mais de 80% dos profissionais

com formação avançada em CP (nível 3) vai de encontro ao recomendado pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) e ao que está definido no PEDCP 2021-2022, onde se reconhece que a complexidade das situações clínicas, a variedade das patologias, o manejo exigente de um largo espectro terapêutico e a gestão de um sofrimento intenso requerem, naturalmente, uma preparação sólida e diferenciada. Para além da preparação técnica e formação teórica destaca-se, ainda, a experiência prática efetiva deste grupo de peritos que se situa acima dos 8 anos de experiência.

Este estudo permitiu definir um grupo de diagnósticos e intervenções consideradas prioritárias na atuação dos enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação paliativa. A elaboração deste padrão de documentação estruturado, permite simplificar a elaboração de registos, sistematizar, organizar e uniformizar o conteúdo da informação, o que se traduz no Processo de Enfermagem, uma metodologia científica de sustento à prática de enfermagem, recorrendo à CIPE, enquanto linguagem comum, traduzindo-se nos ganhos em saúde das populações (OE, 2017).

Leal (2006, p.39), citando Dias et al. realça que só através dos registos “os enfermeiros dão visibilidade ao seu desempenho, reforçando igualmente a sua autonomia e responsabilidade profissional”. Do mesmo modo, Martins et al. (2008) referem que é imperativo valorizar e registar todas as intervenções que traduzam o cuidar, uma vez que contribuem, não só, para a melhoria dos cuidados prestados, mas também para elevar a visibilidade da enfermagem junto dos doentes e das suas famílias.

A eficácia de todo este processo está intimamente relacionada com o desenvolvimento e utilização dos SIE, como meio facilitador dos registos, da qualidade da informação e da sua visibilidade. Particularmente, o desenvolvimento do SClínico têm sido uma estratégia determinante, pois tal como refere Silva (2016), evita a cristalização dos conteúdos do SIE.

É reconhecidamente aceite que a informação produzida pelos enfermeiros se demonstra imperativa na definição futura de políticas de saúde (Marques, 2021). No entanto,

“a visibilidade do exercício profissional dos enfermeiros para fora do grupo profissional e para efeitos de inclusão dessa informação nas tomadas de posição em saúde, só é viável através da produção de indicadores que são produzidos a partir da informação documentada pelos enfermeiros ao nível da prestação de cuidados” (Silva 2016, p.19).

Para tal, é imprescindível garantir a qualidade dessa informação, uma vez que representa um importante recurso na investigação sobre o cuidar em enfermagem, reforçando uma das finalidades da linguagem classificada entre os enfermeiros que é a de “estimular a investigação em enfermagem, através dos dados disponíveis nos sistemas de informação” (Silva, 2006). Também Azevedo et al. fortalecem esta perspetiva, afirmando que ao considerar-se que “os registos são instrumentos de consulta em situações que envolvem aspetos éticos, legais, científicos, educacionais e da qualidade dos cuidados, é indispensável que sua realização seja feita seguindo um padrão de qualidade” (2012, p. 68).

Em síntese, acreditamos que documentar é favorecer uma prática assente na evidencia e na melhoria da qualidade dos cuidados.

CONCLUSÃO

Finalizado este estudo de investigação, impõe-se evidenciar as conclusões mais significativas, destacando o contributo do mesmo na concretização dos objetivos definidos em função das necessidades do SICP, designadamente a construção de um Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

A inexistência dos registos de enfermagem estruturados ou a pouca qualidade dos mesmos questiona a valorização e visibilidade do trabalho dos enfermeiros nas organizações e na sociedade, apesar da crescente investigação acerca deste tema na profissão de enfermagem.

A metodologia utilizada neste estudo, com recurso à Técnica de Delphi, possibilitou constatar que a estruturação dos registos permite ao enfermeiro uma melhor gestão das práticas, conduzindo a um modelo de cuidados centrados na pessoa doente, reconhecendo, neste contexto, as particularidades dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação paliativa.

Deste processo de sistematização e reflexão sobre os cuidados centrados na pessoa, ficou patente que o controlo sintomático do doente confere significado à vida de quem sofre. A integração de diagnósticos relacionados com os sintomas mais prevalentes em CP, como a dor, dispneia, náusea, vômito, obstipação, entre outros, garantem o alívio do sofrimento da pessoa em situação paliativa, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.

Incentivar a comunicação de emoções”, “Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde”, “Escutar”, “Apoiar na tomada de decisão”, “Disponibilizar suporte emocional são intervenções centrais para o SI em Enfermagem na medida em que fornecem dados referentes ao processo de tomada de decisão e, como tal, permitem alcançar a dimensão da dignidade do doente. Neste contexto, o estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa em situação paliativa e a sua família/cuidadores proporcionam o suporte necessário no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto.

Este estudo incidiu sobre a realidade específica do SICP, que pretende a candidatura à acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica pela OE, procurando sistematizar, conforme requerido, os diagnósticos e intervenções mais relevantes para a prática e que são passíveis de registo num SI em Enfermagem mapeado de acordo com linguagem classificada.

Como limitação do estudo, poderia referir-se o limite temporal do trabalho académico que não possibilitou a realização da formação acerca do padrão documental, assim como a não integração do mesmo no SClinico. Também a inexistência de estudos no âmbito específico dos registos de enfermagem na área dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa constituiu-se como uma dificuldade na análise dos resultados, condicionando o recurso a informações relevantes para a mesma.

Com a implementação deste padrão documental, espera-se contribuir para a elaboração de registos sistematizados e uniformizados, organizando o conteúdo dos dados registados pelos enfermeiros em conhecimento útil, imprescindível para o desenvolvimento da profissão e da disciplina de enfermagem.

Como sugestões apontam-se a realização de estudos que avaliem a receptividade dos enfermeiros a este padrão documental que poderão conduzir, eventualmente, à sua reformulação em função da ótica do utilizador; a realização de auditorias para a introdução de melhorias neste âmbito; e a importância de avaliar a utilidade do padrão documental na construção de indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Findo este percurso de desenvolvimento de competências comuns e específicas na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, verificamos que prestar cuidados de enfermagem num Serviço Integrado de Cuidados Paliativos exige cuidados de suporte integrais e centrados na díade pessoa doente e família.

O contributo das diversas situações complexas vivenciadas no decorrer deste percurso, recorrendo uma mobilização ativa dos conhecimentos adquiridos, alicerçados numa análise crítica e reflexiva, e com base na evidência científica, foi, indiscutivelmente, relevante neste processo de formação.

Consideramos que gerir sintomas exige um corpo de conhecimentos e competências altamente diferenciadas, exigindo preparação técnica, formação teórica e experiência prática efetiva.

Apoiar a família e o processo de luto são princípios fundamentais que norteiam a prestação de cuidados especializados na área dos CP, de modo a reduzir longos períodos de internamento na sequência de quadros de exaustão, evitando a sobrecarga no sistema de saúde e garantindo melhores resultados no processo de luto. Para tal, a avaliação sistemática das necessidades dos familiares do doente em CP é determinante.

Trabalhar em equipa é essencial para assegurar uma resposta eficiente às necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais dos doentes e suas famílias, atendendo aos seus valores e preferências. Só através de uma abordagem pluridisciplinar e envolvendo as estruturas de apoio da RNCP, sociais e da própria comunidade, é possível garantir a capacitação, apoio e acompanhamento dos cuidadores e a melhoria da qualidade de vida dos doentes.

Neste âmbito, destaco a possibilidade de ter tido experiências relevantes em todas estas dimensões, tendo daí resultado a criação de um protocolo de atendimento telefónico como estratégia facilitadora do apoio à família e do trabalho em equipa, que se traduziu numa atividade de melhoria da dinâmica do SICP.

Sendo o SICP um serviço tão específico e de prestação de cuidados diferenciados, é fundamental que o enfermeiro especialista se assuma como consultor, quando intervêm nos diferentes contextos onde os doentes são avaliados, como gestor dos recursos humanos e materiais e como líder de uma equipa que se confronta com situações que envolvem grande sofrimento multidimensional. Neste domínio foram desenvolvidas atividades que contribuíram para o cumprimento dos objetivos e da política de qualidade

do serviço, nomeadamente a melhoria do processo de logística da reposição de *stocks*, em função da exigência dos cuidados e da política da organização.

No enquadramento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, o domínio da formação em serviço representa uma excelente oportunidade de expor a melhor evidência científica à equipa, motivando-a a incorporar essa evidência no exercício da atividade diária através da reflexão e discussão acerca das práticas. Assumindo-se como veículo de promoção da melhoria contínua da qualidade do exercício profissional, foram delineadas atividades de formação no âmbito do SClínico. Deste modo, procurou-se garantir os requisitos necessários para a candidatura à acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica pela OE, assegurando a existência de um SIE organizado em torno da sistematização do processo de tomada de decisão. Salienta-se, de igual modo, a importância da implementação das atividades de formação planeadas, assim como a aplicação dos indicadores de avaliação definidos na calendarização proposta, com vista à melhoria contínua deste processo, promovendo uma reflexão acerca das dificuldades sentidas pelos profissionais e os constrangimentos à sua aplicação.

A definição de um padrão documental de cuidados de enfermagem para a pessoa em situação paliativa, para além de estimular a pesquisa e reflexão profundas da minha atuação enquanto futura EE, analisando o cuidado recebido pelo doente e as suas respostas, possibilitou a sistematização do processo de enfermagem em termos de apresentação, estrutura e conteúdo. Tendo como propósito terapêutico assegurar a dignidade da pessoa em situação paliativa até ao momento da sua morte, foram identificados 17 enunciados de diagnóstico, considerados por um grupo de peritos, como fundamentais na documentação dos cuidados prestados.

Enquanto agente ativo no campo da investigação, o EE tem um papel relevante na construção/expansão de um corpo único de conhecimentos científicos que a credibilize como disciplina. Recorrendo a técnicas de investigação como a pesquisa bibliográfica, a elaboração e aplicação de questionários, a consulta de peritos e a análise dos dados através de medidas estatísticas, a investigação reveste-se de pertinência profissional (contribui para a produção científica da profissão que desempenhamos), pertinência pessoal (contribui para a melhoria das condições de trabalho das unidades de cuidados) e pertinência social (representa o sentido altruísta do estudo, potenciando a melhoria dos cuidados de saúde acessíveis aos utentes).

Pelo que atrás foi exposto, considera-se que a realização deste estágio potenciou o desenvolvimento de competências de EE, de acordo com os objetivos propostos na fase

inicial. Destaco, neste processo, a disponibilidade demonstrada pelas equipas dos serviços de CP onde o estágio se desenvolveu que, apesar de todas as adversidades, trabalham de forma empenhada para assegurar cuidados de qualidade aos doentes, e sempre proporcionaram a integração dos estudantes, fazendo o acompanhamento necessário neste processo de ensino/aprendizagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2012). *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed). Ed Niura Souza.

Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP) (2015). *Entender a dor oncológica*. Grunenthal.

Azevedo, L. et al. (2012). A visão da equipe de enfermagem sobre seus registros. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 13 (1), 64-73. <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027980009.pdf>

Azevedo, P. M. S. & Sousa, P. A. F. (2012). Partilha de informação de enfermagem: dimensões do papel de prestador de cuidados. *Revista Referencia*. 7 (III). p. 113-122.

Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed). Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina Universidade de Lisboa.

Barbosa, A. (2016). O Luto em Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (3.ª ed., p. 553-629). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Coimbra.

Broca, P. V. & Ferreira M. A. (2012). Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira Enfermagem*. 65(1) 97-103. <https://www.scielo.br/j/reben/a/rxxwHhHCkZbGpD9M47DjDxp/?lang=pt&format=pdf>

Cambotas, C. M. J. C. (2014). *A Prática Baseada na Evidência em Contexto da Enfermagem Perioperatória*. [Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem, IPS – Escola Superior de Saúde] Repositório Aberto do Instituto Politécnico de Setúbal. <http://hdl.handle.net/10400.26/7489>

Capelas, M. L. et al. (2018). Indicadores de qualidade prioritários para os serviços de cuidados paliativos em Portugal. *Cadernos de Saúde*. 10 (2). 11-24. Doi: <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7245>

Cavalcante, R. B., Silva, P. C. & Ferreira, M. N. (2011). Sistema de informação em saúde, possibilidade e desafios. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 1 (2) p. 290-299. DOI: <https://doi.org/10.5902/217976922580>

Cerqueira, M. (2005). *O cuidador e o doente paliativo – Análise das necessidades/dificuldades do cuidador para o cuidar do doente paliativo do domicílio*. Formasau – Formação e Saúde, Lda.

Chochinov H. M.; Hack T.; Hassard T., Kristjanson L. J.; McClement S. & Harlos M. (2005). Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol*. 23(24). 5520-5.

Chochinov H. M. (2007). Dignity and the essence of Medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *British Medical Journal*. 335 (28). 184- 187.

Coelho, A., & Barbosa, A. (2017). Family Anticipatory Grief: An Integrative Literature Review. *The American journal of hospice & palliative care*, 34(8), 774–785. <https://doi.org/10.1177/1049909116647960>.

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) (2021-2022). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>

Correia, M. M. (2016). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros*. 2016. [Dissertação de Mestrado da ESEP] Repositório Aberto da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Porto. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18161/1/manuela%20veloso%2028%20%281%29.pdf>

Costa, S., Paz, A. & Sousa, E. (2010). Avaliação dos registos de enfermagem quanto ao exame físico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 31(1). 62-69. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000100009>

Decreto-Lei n.º 247/2009. Estabelece o regime da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, bem como os respectivos requisitos de habilitação profissional e percurso de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica (2009). Diário da República I Série, n.º 184 de 2009-09-22. 6758 - 6761. <https://dre.pt/dre/detalhe/diario-republica/184-2009-129493>

Direção Geral de Saúde (DGS) (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos: Circular Normativa*. [http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_Circular_Normativa \(DGS_13-7-2004\).pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_Circular_Normativa (DGS_13-7-2004).pdf).

Donato S. C. T., Matuoka J. Y., Yamashita C. C. & Salvetti M. G. (2016). Effects of dignity therapy on terminally ill patients: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP*. 50(6). 1011-1021. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000700019>

European Association for Palliative Care (EAPC) (2013). Competências Centrais em Cuidados Paliativos: Um Guia Orientador da EAPC sobre Educação em cuidados paliativos. *European Journal of Palliative Care*. 16(6), 278–289.

Feiteira, B.M.G.P. (2017). *As Conferências Familiares em Cuidados Paliativos: Contributos para a Prática Clínica de Enfermagem*. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]: Repositório aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/109838/2/239244.pdf>

Ferreira, E. (2022, março, 2-80). *Introdução aos 5 S's* [Formação em serviço] xzconsultores. Viana do Castelo.

Ferreira, J., Neves, J. & Caetano, A. (2001). *Manual de Psicossociologia das Organizações*. McGraw-Hill.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Lusodidacta,

Frederico, M. & Sousa, F. (2022). *Gerir com qualidade em saúde*. Ed Lidel.

Gameiro, M. G. H. (2003). *Sofrimento na Doença: Estudo da estrutura dimensional das experiências subjectivas de sofrimento na doença e da relação com outras variáveis biopsicossociais da pessoa doente*. Quarteto.

Gonçalves, T. (2015). *Intervenção de enfermagem no sofrimento espiritual da pessoa com doença Oncológica em fim de vida*. [Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório comum da ESEL. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16446/1/Relatório%20Final.pdf>

Gracia D. (2001). Moral deliberation: the role of methodologies in clinical ethics. *Med Health Care Philos*. 4(2). 223-32.

Holm, M., Alvariza, A., Fürst, C. J., Öhlen, J., & Årestedt, K. (2019). Psychometric evaluation of the anticipatory grief scale in a sample of family caregivers in the context of palliative care. *Health and quality of life outcomes*, 17(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1110-4>

Horton, M. & Freire, P. (2003). *O caminho se faz caminhando: conversas sobre educação e mudança social*. Vozes.

Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC) (2021). *Normas APA 7ª ed.: Guia informativo do IPVC*.

www.ipvc.pt/ese/wp-content/uploads/sites/4/2021/03/APA7th_Guia_BibliotecasIPVC.pdf

Jesus, E. H. & Sousa, P. F. (2011). Sistemas de informação e profissionais de Saúde: visão dos enfermeiros. In. Pereira, D. & Nascimento, J.C.& Gomes, R. *Sistema de informação na saúde: perspectivas e desafios em Portugal*. Edições Sílabo.

Julião, M. (2014). *Eficácia da terapia da dignidade no sofrimento psicossocial de doentes em fim de vida seguidos em cuidados paliativos: ensaio clínico aleatorizado e controlado*. [Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório aberto da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/11700>

Leal, F. (2003). Transmissão de más notícias. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, 40-43.

Leal, M. T. (2006). *A CIPE e a visibilidade da enfermagem: Mitos e realidades*. Lusociência.

Lei n.º 52/2012. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (2012). Diário da República. I Série, n.º 172 de 2012-09-05. 5119-5124.

<https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>

Marin, H. F. (2010). Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *Journal of Health Informatics*. 2 (1). 20-24. <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/viewFile/4/52>

Marques, J. B. V. & Freitas, Denise (2018). Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. *Rev. pro-posições*. 29 (2) p. 389-415. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>

Marques, J.R.S. (2021). *Cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto pré-hospitalar - Uma proposta de Padrão de Documentação* [Dissertação de Mestrado, IPVC] Repositório Aberto do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://repositório.ipvic.pt/handle/20.500.11960/2702>

Martins, A. et al. (2008). Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem? *Revista Pensar enfermagem*. 12 (2). 52-61.

Massaroli, A., Martini, J. G., Lino, M.M., Spenassato, D. & Massaroli, R. (2017). Método delphi como referencial metodológico para a pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 26(4). 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001110017>

Matsuda, L., Silva, D., Évora, Y. & Coimbra, J. (2006). Anotações/registros de enfermagem: Instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 8 (3). DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v8i3.7080>

- Melo, R., Rocha, M. & Parreira, P. (2022). Logística aplicada aos serviços de saúde. In Parreira et al., *Gestão nas organizações de Saúde – Qualidade, segurança e desafios para o Séc. XXI*. Volume 3 (297-333).
- Melo, R. C. (2008). Sofrimento Humano foco da prática de Enfermagem. *Revista Enfermagem*. 49/50, 12–17
- Menoita, E. C. (2019). *Formação em serviço: um contributo para o desenvolvimento de competências*. Ed Formasau.
- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde. Princípios Básicos*. Editora Manole.
- Ministério da Saúde (2010). *A Organização Interna e a Governação dos Hospitais*. <https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf>
- Morse, J. (2007). *Aspetos essenciais de metodologia de investigação qualitativa*. FORMASAU.
- Neto, Isabel (2010). O que são os Cuidados Paliativos. In Neto, I. G. *Cuidados Paliativos*. Alêtheia editores.
- Nora, C.R.D., Zoboli, E.L.C.P & Vieira, M.M (2015). Deliberação ética em saúde: revisão integrativa da literatura. *Revista bioética*. 23 (1). 114-23. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231052>
- Nunes, L. (2008). Ética em Cuidados Paliativos: limites ao investimento curativo. *Revista Bioética*. 16, 41-50.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem – Tomada de Posição*. Conselho Diretivo. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadas_posicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Sistema de informação de enfermagem (SIE): princípios básicos da arquitetura e requisitos técnico-funcionais*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIEPrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Cuidados Paliativos para uma Morte Digna – catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CIPE_Cuidados%20Paliativos.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Editorial Letrário.

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Análise dos Resultados do Inquérito sobre Sistemas de Informação em Enfermagem*.

www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sie/Documents/Resultados_InqueritoSIE_Fevereiro2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Programa formativo em enfermagem médico-cirúrgica - na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação paliativa*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5966/8regulamento_comptcespecfrmedicocirurgica.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros, Conselho Jurisdicional (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf.

Pereira, Aurora (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Edição Formasau.

Pereira, F. (2009). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. Formasau.

Pereira, M. G. & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e a sua família* (2ªEd). Climepsi Editores.

Pessini L. (2005). Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. *Revista Prática Hospitalar*, 7 (41), 107-112.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.

Pires, A. (2007). *Qualidade: Sistemas de gestão da qualidade*. Edições Sílabo.

Querido, A.; Salazar, H. & Neto, I. (2016). *Comunicação*. In Barbosa, A.; Pina, P.; Tavares, F. & Neto, I. *Manual de Cuidados Paliativos* (3ªed). Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina Universidade de Lisboa.

Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em situação paliativa (2018). Diário da República II Série, n.º 135 de 2018-07-16. 19359 - 19370. <https://files.dre.pt/gratuitos/2s/2018/07/2S135A0000S00.pdf>.

- Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019). Diário da República II Série, n.º 126 de 2019-02-06. 4744 – 4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Revorêdo, L.S., Maia, R.S., Torres, G.V. & Maia, E.M.C. (2015). O uso da técnica delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. *Arq. Ciênc. Saúde*. 22(2). 16-21.
- Rice, R. (2004). *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários*. Lusociência.
- Rocha, E. & Trevizan, M. (2009). Quality management at a Hospital's Nursing Service. *Revista Latino-americana Enfermagem*. 17 (2). 240-245.
- Roy, C. & Andrews, H. (2001). *Teoria da enfermagem: o modelo de adaptação de roy*. Instituto Piaget.
- Saarinen, J, Mishina, K, Soikkeli-Jalonen, A & Haavisto, E. (2021). Family members' participation in palliative inpatient care: An integrative review. *Scand J Caring Sci*. 1– 12. <https://doi.org/10.1111/scs.13062>
- Scarparo, Ariane. F. et al. (2012). Reflexões sobre o uso da técnica de Delphi em pesquisas na Enfermagem. *Rev. Rene*. 13 (1). 242-251. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil683607>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) (2017) *Manual SClinico Hospitalar*. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar>
- Silva, A. A. P. (2006). *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Formasau.
- Silva, Hugo (2016). *Cuidados paliativos no Alto Minho: uma necessidade* [Dissertação de Mestrado, IPVC – Escola Superior de Saúde] Repositório Aberto do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1661/1/Hugo_Silva.pdf
- Sousa, M. & Baptista, C. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios segundo Bolonha*. LIDEL.
- Sousa, P. (2006). *Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde*. Formasau.
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. Lusodidacta – Soc. Port. De Material Didático, Lda.
- Twycross, R. (2001). *Introducing Palliative Care*. Radcliffe Publishing Ltd.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Climepsi Editores.

Vieira, S. M. C. (2018). *Utilização e Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem: Influência na Tomada de Decisão e na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho]. Repositório comum da UM.

World Health Organization (WHO) (2002) - *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>

Wright, L. & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias. um guia para a avaliação e intervenção na família* (5.^a Ed). Roca.

ANEXOS

ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº40/2022 de 28/06/2022	Solicitado pelo Conselho de Administração
Assunto: Estudo de investigação subordinado ao tema: "Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa – Padrão de Documentação".	Em nome do(s) investigador(es): "Liliana Filipa Martins de Sousa, Mestranda do I Mestrado em Cuidados Paliativos, da Escola Superior de Saúde do IPVC."

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Trata-se de um estudo metodológico com recurso à técnica de Delphi, com vista à determinação de consenso de um grupo de peritos acerca dos diagnósticos prioritários num plano de cuidados à Pessoa em situação Paliativa, que tem como objetivo: Construir uma proposta de padrão documental dos cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, para a EIHS CP da ULSAM. A técnica Delphi caracteriza-se pela realização de uma série de questionários, correspondendo cada questionário a uma ronda. Em cada ronda, o perito tem que responder a um questionário. Foi estabelecido um grupo de 12 peritos, que correspondam aos seguintes critérios de inclusão:

- Prática contínua em Cuidados Paliativos, superior a 3 anos; e/ou
- Experiência Relevante na área (Enfermeiro Especialista ou Gestor); e/ou
- Domínio comprovado da linguagem, parametrização e taxonomia CIPE."

2. Fundamentação

"A especificidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa remete-nos para o paradigma do Cuidar, considerando todas as dimensões que interferem no bem-estar do utente: dimensão biológica, psicológica, sócio-cultural e espiritual (Cerqueira, 2005). Se definirmos os Cuidados Paliativos como cuidados ativos e totais aos doentes e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, quando a doença já não responde ao tratamento curativo e a sua expectativa de vida é relativamente curta (Twycross, 2013), torna-se perceptível a importância de aprender a lidar com o utente, ao invés de lidar com a doença, uma vez que esta segue o seu fluxo natural. "A ação de cuidar apoia-se em bases científicas, utilizando o pensamento racional, criativo, ético, estético e intuitivo." (Código Deontológico dos Enfermeiros, 2005, p. 108).

	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 53/2022 -CES	Pág. 2 de 3
--	--	-------------

É fundamental a documentação dos cuidados, nomeadamente os da área psico-espiritual e relacional para tornar visível, perante gestores e sociedade, os cuidados que os enfermeiros prestam às pessoas em fim de vida. A documentação de enfermagem deverá dar visibilidade à particularidade das necessidades de quem está a morrer e a especificidade dos cuidados prestados durante à pessoa em situação paliativa.

A CIPE tratando-se de uma taxonomia, visa fornecer uma matriz unificadora, para a prática de enfermagem, faz parte "...de um sistema de informação global que reúne práticas e políticas de saúde a fim de melhorar mundialmente a prestação de cuidados aos doentes" (OE, 2007:1). Possibilita a informatização dos registos, fornece estrutura substantiva para nomear as intervenções e proporciona blocos semânticos para documentar as necessidades em cuidados, bem como, os resultados dos mesmos. É por assim dizer uma matriz de referência na nomeação de itens e de categorias de informação centrada no registo mínimo de dados em enfermagem (OE, 2006).

Os registos de enfermagem da Equipa de Cuidados Paliativos (ECP) da ULSAM são, atualmente, efetuados em notas gerais, em formato de texto livre, sem suporte documentado dos cuidados de enfermagem prestados. No momento da admissão na equipa é efetuada a avaliação inicial do utente, assim como um plano de intervenção individual num documento de texto que não é integrado no processo clínico. Sabe-se, no entanto, que a existência de um instrumento que documente a prática de enfermagem facilita a análise, interpretação e comparação de dados tanto a nível organizacional como nacional, representando uma importante fonte de informação para a gestão, formação, investigação e produção de indicadores para a avaliação da qualidade dos cuidados prestados e para a tomada de decisão política.]...[

A existência de um padrão de documentação uniformizado contribui, deste modo, para o reconhecimento e valorização do papel dos enfermeiros através de um instrumento que documente a prática de enfermagem no âmbito dos Cuidados Paliativos.

3. Conclusão/parecer

O pedido de estudo apresentado cumpre os requisitos exigidos pela CES da ULSAM, no Mod. Q741, reiteramos, ainda, a obrigatoriedade de entrega do trabalho final e esta Comissão, conforme consta no compromisso dos investigadores plasmados no mesmo documento.

O tempo de autorização para a colheita de dados é da data desta autorização até ao dia 31 de dezembro de 2022. Propomos, por isto, a emissão de um parecer favorável.

Nota: Referências bibliográficas:

Cerqueira, Maria Manuela - O cuidador e o doente paliativo. Coimbra. Edição Formasau, 2005.

Morse, J. - Aspetos essenciais de metodologia de investigação qualitativa. Coimbra: FORMASAU, 2007

Ordem dos Enfermeiros. (Abr. 2006). Cerimónia de lançamento reúne em Lisboa mais de 100 de enfermeiros: Secretária de Estado elogia CIPE e defende a sua informatização. Revista Ordem dos Enfermeiros, 21, 10-12.

Ordem dos Enfermeiros – Código Deontológico do Enfermeiro. Editorial Letrário, Lisboa, 2005.

Ordem dos Enfermeiros - Sistema de informação de enfermagem (SIE): princípios básicos da arquitetura e requisitos técnico-funcionais. [em linha]. Lisboa: O.E., 2007. [acedido em 12-06-2022]. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIEPrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf

Quintiliano, K. M. S. ., & Soares, F. J. P. (2020). Definição de competências em cuidados paliativos na formação do médico generalista. *New Trends in Qualitative Research*, 3, 175–187

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde - SPMS – Manual SClínico Hospitalar. 2017. [acedido em 12-06-2022]. Disponível em: <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar/>

Silva, A. P. (2001). *Sistemas de Informação em Enfermagem uma teoria explicativa de mudança*. [Tese de doutoramento]. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

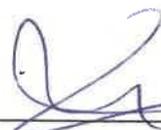
Streubert, H. J.; Carpenter, D. R. - *Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o Imperativo Humanista* 5ª Ed. Loures: Lusodidacta, 2013. ISBN: 978-989- 8075-34-5

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

Relator(es)	Rosa Olívia Mimoso
Ratificado em reunião do dia	20-10-2022
Enviado parecer: ___ / ___ / ___	

20/10/2022

O Presidente da CES



DR. CARLOS RIBEIRO

Presidente da CES

APÊNDICES

**APÊNDICE I – PROTOCOLO DE APOIO TELEFÓNICO AO DOENTE/
FAMÍLIA**

PROTOCOLO DE APOIO TELEFÓNICO AO DOENTE/ FAMÍLIA

*Obrigatória

*Este formulário irá registar o seu nome, por favor, preencha o seu nome

1. Nome do utente*

2. N.º Processo*

3. Data da última consulta (dd/MM/yyyy)*

4. Pessoa que contacta

5. Queixa principal

- Dor
- Náuseas / Vómitos
- Obstipação
- Agitação
- Dispneia
- Renovação de receituário
- Outra

6. Data do agravamento (dd/MM/yyyy)

7. Provocou agravamento do grau de dependência/ alteração do estado basal?

Sim

Não

8. N.º SOS das últimas 24h*

< 4

≥ 4

4 ou mais SOS nas últimas 24h

PROCEDIMENTO: Articular com o médico assistente para ajustar analgesia de base

Menos de 4 SOS nas últimas 24h

PROCEDIMENTO: Ajustar SOS para horas fixas. Contactar amanhã.

9. Provocou agravamento do grau de dependência/ alteração do estado basal?

Sim

Não

Com agravamento

PROCEDIMENTO: Agendar consulta breve

Sem agravamento

PROCEDIMENTO: Reavaliar no dia seguinte

10. Data de início (dd/MM/yyyy)

11. Trânsito intestinal está regularizado?

Sim

Não

12. Tem medicação associada em SOS?

Sim

Não

Náuseas/ Vômitos – Com medicação associada

PROCEDIMENTO: Sugerir metoclopramida 10mg, 30 min antes das refeições

Náuseas/ Vômitos – Sem medicação associada

PROCEDIMENTO: Articular com o médico assistente para agilizar prescrição

13. Data da última dejeção

< 3 dias

3 ou mais dias

14. Características das fezes

fezes duras

fezes moles

Fezes duras

PROCEDIMENTO: Sugerir lactulose 3x/dia

Fezes moles

PROCEDIMENTO: Sugerir dulcogotas 15 gotas até 3x/dia

Obstipação – dejeção há 3 ou mais dias

PROCEDIMENTO: Administrar microlax e intensificar laxantes de acordo com as características das fezes

15. Data de início (dd/MM/yyyy)

16. Tem alterações urinárias/ respiratórias ou outras que motivem a agitação?

Sim

Não

Tem alterações urinárias/ respiratórias

PROCEDIMENTO: Comunicar ao médico assistente e agendar consulta

Não tem alterações urinárias/ respiratórias

17. Tem medicação associada?

Sim

Não

Não tem alterações urinárias/ respiratórias – Com medicação associada

PROCEDIMENTO: Ajustar sedativos. Haloperidol 20 gotas a escalar para Nozinan ou Midazolam

Não tem alterações urinárias/ respiratórias – Sem medicação associada

PROCEDIMENTO: Comunicar ao médico assistente e agendar consulta

18. Data de agravamento (dd/MM/yyyy)

19. Tem expetoração?

Sim

Não

Dispneia com expetoração

PROCEDIMENTO: Comunicar ao médico assistente e agendar consulta

20. Fez SOS com efeito positivo?

Sim

Não

Dispneia sem expetoração – SOS com efeito positivo

PROCEDIMENTO: Comunicar ao médico assistente e agendar consulta

Dispneia sem expetoração – SOS sem efeito positivo

PROCEDIMENTO: Sugerir toma de SOS de 4 em 4 horas e contactar no dia seguinte

21. Medicação em falta

22. Observações

Microsoft forms

**APÊNDICE II – PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES DE FORMAÇÃO EM
SERVIÇO**

PLANO DE SESSÃO

Entidade:	Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo – IPVC		
Atividade:	Formação		
Tema:	Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa no SClínico		
Local:	Sala Reuniões - Equipa Cuidados Paliativos ULSAM		
Horário:	9h-11h	Regime:	Presencial

Público-alvo:	Enfermeiros		
Equipa	Serviço Integrado de Cuidados Paliativos – Unidade Local de Saúde do Alto Minho		
Data	A definir	Nº Horas:	2h
Objetivo Geral:	Contribuir para a formação no âmbito da documentação dos cuidados de enfermagem e do SClínico		

Sessão nº 1	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Tempo Previsto	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Meios e Recursos
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Contextualizar a sessão de formação. 	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação dos conteúdos a abordar na sessão; Contextualização da sessão no âmbito do Projeto de Investigação integrado no ENP. 	5´min	<ul style="list-style-type: none"> Método expositivo 	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Abordagem das seguintes temáticas: <ul style="list-style-type: none"> O processo de enfermagem como projeto de melhoria contínua do serviço CIPE; SClínico; Os registos de enfermagem como ganhos em saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Demonstrar, através de evidência científica a importância dos registos de enfermagem; Apresentar a importância da elaboração do plano de cuidados no SClínico como projeto de melhoria contínua; Analisar as fases inerentes à documentação dos cuidados no SClínico; Discutir sobre a importância dos registos com base na da evidência científica; 		<ul style="list-style-type: none"> Método expositivo/ Metodologias Interativas 	<ul style="list-style-type: none"> Computador Apresentação em powerpoint

Sessão nº 1	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Tempo Previsto	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Meios e Recursos
Desenvolvimento		<ul style="list-style-type: none"> • Compreender as fases de elaboração do plano de cuidados no SClínico; • Enumerar os diagnósticos propostos no padrão de documentação e respetivas intervenções. 	15'	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo/ Metodologias Interativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de um plano de cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa: <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação de um caso clínico fictício; - Identificação dos diagnósticos no SClínico; - Identificação das intervenções integradas em cada diagnóstico; - Atualização do processo de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar o processo de elaboração de um plano de cuidados no SClínico; • Instruir a forma de atualizar o plano de cuidados em função da evolução do utente. 	45'	Método expositivo/ Metodologias Interativas	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação em powerpoint
Avaliação de conhecimentos adquiridos	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da formação 		10'		
Avaliação da ação de formação	<ul style="list-style-type: none"> • Questionário de satisfação acerca da atividade (Mod.Q1111.2 Jun/2020 da ULSAM) 		5'		
Metodologia de Avaliação	Realização de auditorias periódicas para reavaliação dos processos de alguns utentes selecionados aleatoriamente				

Data

Responsável pela Atividade

PLANO DE SESSÃO

Entidade:	Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo – IPVC		
Atividade:	Formação		
Tema:	Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa no SClínico		
Local:	Sala Reuniões – Serviço Integrado de Cuidados Paliativos ULSAM		
Horário:	9h-11h	Regime:	Presencial

Público-alvo:	Enfermeiros		
Equipa	Serviço Integrado de Cuidados Paliativos – Unidade Local de Saúde do Alto Minho		
Data	A definir	Nº Horas:	2h
Objetivo Geral:	Contribuir para a formação no âmbito da documentação dos cuidados de enfermagem e do SClínico		

Sessão nº 2	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Tempo Previsto	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Meios e Recursos
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Breve revisão dos conteúdos abordados na sessão n. 01 	<ul style="list-style-type: none"> Consolidar os conteúdos abordados na sessão anterior 	5'	<ul style="list-style-type: none"> Método expositivo /Metodologias interativas 	<ul style="list-style-type: none"> Computador
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Elaboração de um plano de cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa: <ul style="list-style-type: none"> - Aceder a um utente fictício no SClínico; - Identificação dos diagnósticos no SClínico em função do caso apresentado; - Identificação das intervenções integradas em cada diagnóstico; - Atualização do processo de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> Perceber a pertinência dos diagnósticos sugeridos no contexto do caso clínico apresentado; Treinar a elaboração dos diagnósticos; Treinar a definição das intervenções integradas em cada diagnóstico; Treinar a forma de atualizar o processo de 	60'	<ul style="list-style-type: none"> Trabalho de grupo 	<ul style="list-style-type: none"> Pen Apresentação em powerpoint

Sessão nº 2	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Tempo Previsto	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Meios e Recursos
		enfermagem em função da evolução do utente.			
Avaliação de conhecimentos adquiridos	<ul style="list-style-type: none"> Reflexão autocrítica do desempenho 		10'		
Avaliação da ação de formação	<ul style="list-style-type: none"> Questionário de satisfação acerca da atividade (Mod.Q1111.2 Jun/2020 da ULSAM) 		5'		
Metodologia de Avaliação	Realização de auditorias periódicas para reavaliação dos processos de alguns utentes selecionados aleatoriamente				

Data

Responsável pela Atividade

APÊNDICE III – CONVITE AOS PERITOS

Exmo(a) Senhor(a) Enfermeiro(a)

Eu, Liliana Filipa Martins de Sousa, mestranda no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho por este meio convidá-lo(a) a participar no estudo subordinado ao tema "Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa", com orientação da Professora Mara Rocha.

Este estudo insere-se no Estágio de Natureza Profissional a desenvolver na Equipa de Cuidados Paliativos da ULSAM e tem como objetivo contribuir para a implementação de registos de enfermagem na equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos da ULSAM, com base num padrão documental de cuidados uniformizado e consensual para toda a equipa. É um estudo metodológico com recurso à Técnica de Delphi, com vista à determinação de consenso de opinião de um grupo de peritos acerca dos diagnósticos e intervenções prioritários no plano de cuidados à pessoa em situação paliativa, através da aplicação de questionários estruturados, por meio de validações estruturadas em rondas.

O instrumento de colheita de dados a utilizar neste estudo - Questionário: "Padrão documental dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa" - foi construído com base numa pesquisa bibliográfica que permitiu a identificação de diagnósticos e intervenções mais adequados à pessoa em situação paliativa, construídos com base na linguagem CIPE e passíveis de registo no sistema informático atualmente em uso no serviço.

Em cada ronda, o perito tem que responder a um questionário através da ferramenta *Google Forms*, classificando as várias proposições apresentadas por ordem de importância, utilizando uma escala de Likert. Cada perito poderá acrescentar novas proposições que farão parte da ronda seguinte. Na segunda ronda, os peritos voltam a pronunciar-se sobre as proposições que não obtiveram um consenso elevado ou muito elevado e sobre as proposições

sugeridas pelos peritos na primeira ronda. Serão realizadas tantas rondas de questionários quantas as necessárias para que o consenso seja alcançado (previsão de duas a três rondas de opiniões).

O interesse em convidá-lo partiu do reconhecimento da sua pessoa como perito na área dos cuidados de enfermagem em Cuidados Paliativos. A sua participação é voluntária, contudo, ao aceitar integrar este painel de peritos contribuirá para a elaboração de um padrão de documentação na área dos cuidados paliativos, com vista à melhoria da assistência à pessoa em situação paliativa.

A sua participação ocorrerá por meio eletrónico, de forma confidencial, e solicita-se a sua participação até ao dia 15 de Outubro de 2022.

Caso aceite participar, deverá seleccionar o link que aparece no final deste e-mail onde será encaminhado para o instrumento de colheita de dados a preencher.

Em qualquer etapa do estudo poderão ser solicitados esclarecimentos através do e-mail: lilianasousa81@gmail.com

Grata pela sua colaboração.

<https://forms.office.com/Pages/ShareFormPage.aspx?id=CEbIh3wxUaAJGPMli5fUYEZXC6HEX1Gh8O9yfS5fx1UQ0RKNUiQVUdUM040RIITT1VNRTE5RkpHRi4u&sharetoken=soPQJWUcUB2Rgxbi8YQH>

APÊNDICE IV – CONSENTIMENTO INFORMADO – 1.ª RONDA

CONSENTIMENTO INFORMADO

Ao prosseguir para o questionário consente participar no presente estudo, tendo conhecimento sobre a finalidade, objetivos e métodos do mesmo previamente autorizado pela Comissão de Ética da instituição onde exerço funções. Assegura-se o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar ou de interromper, sem qualquer tipo de consequências. A utilização dos dados é permitida, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e que serão destruídos após conclusão do estudo.

APÊNDICE V – CONSENTIMENTO INFORMADO – 2.ª RONDA

Exmo(a) Senhor(a) Enfermeiro(a),

Na continuidade do estudo “Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem no Bloco Operatório”, no qual gentilmente aceitou participar, venho por este meio solicitar a sua participação na 2.^a Ronda de questionários da Técnica de Delphi. Este novo questionário é composto por 18 itens: 13 que se repetem do 1^o questionário e que obtiveram um grau de consenso baixo e/ou moderado; 3 que devido a erros da aplicação não foi possível analisar com precisão e 3 que resultam das sugestões apresentadas. Para tomar conhecimento dos resultados da primeira ronda envio em anexo um documento com um quadro resumo dos mesmos. As questões que obtiveram consenso Baixo ou Moderado serão acompanhadas pelos dados estatísticos da 1^a ronda para que melhor possa analisar e refletir na sua resposta, podendo mantê-la ou alterá-la se assim o considerar. Solicita-se a sua participação até ao dia 23 de agosto de 2021. Caso aceite participar na segunda parte deste questionário deverá selecionar a opção “seguinte”.

Grata pela sua colaboração,

**APÊNDICE VI – PADRÃO DOCUMENTAL DE CUIDADOS – 1.º
QUESTIONÁRIO**

1. Diagnósticos prioritários num plano de cuidados à pessoa em situação paliativa

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Aceitação do estado de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apetite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autocuidado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bem-estar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conhecimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coping	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gestão do regime terapêutico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obstipação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Processo de luto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE: Comprometido

Intervenções prioritárias

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar sobre recursos da comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encorajar aceitação do estado de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o envolvimento da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orientar prestador de cuidados para serviço médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover consciencialização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ensinar sobre serviços de saúde	<input type="radio"/>				
Ensinar sobre estratégias adaptativas	<input type="radio"/>				
Incentivar interação social	<input type="radio"/>				
Orientar a família para o serviço médico	<input type="radio"/>				
Encorajar a usar os serviços da comunidade	<input type="radio"/>				
Incentivar a comunicação de emoções	<input type="radio"/>				
Incentivar aceitação do estado de saúde	<input type="radio"/>				
Referir para o serviço médico	<input type="radio"/>				
Avaliar aceitação do estado de saúde	<input type="radio"/>				

3. APETITE: Comprometido

Intervenções prioritárias

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Supervisionar a dieta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Providenciar dieta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monitorizar ingestão de líquidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Referir para o serviço médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Planear as refeições	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Planear dieta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar apetite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gerir ambiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Referir para o serviço de nutrição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vigiar refeição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Requerer serviço de nutrição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monitorizar estado nutricional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. AUTOCUIDADO: Independente/ Dependente em grau reduzido, moderado, elevado/ Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador para promover o autocuidado

Intervenções prioritárias

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Avaliar auto cuidado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar o prestador de cuidados sobre dispositivos para o auto cuidado: beber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: arranjo pessoal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar o prestador de cuidados sobre o mover-se em cadeira de rodas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar o cuidador sobre dispositivos para ostomia de eliminação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar o prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar conhecimento do cuidador para promover o auto cuidado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar o prestador de cuidados a promover a autonomia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar o prestador de cuidados sobre dispositivos para o alimentar-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. BEM-ESTAR: Comprometido

Intervenções prioritárias

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Disponibilizar suporte emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Planear o auto cuidado: atividade física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avaliar o bem-estar	<input type="radio"/>				
Incentivar o envolvimento da família	<input type="radio"/>				
Escutar	<input type="radio"/>				
Incentivar tomada de decisão	<input type="radio"/>				
Planear atividades de lazer	<input type="radio"/>				
Apoiar na tomada de decisão	<input type="radio"/>				
Encorajar tomada de decisão	<input type="radio"/>				

6. CONHECIMENTO: Potencial para melhorar o conhecimento sobre a doença

Intervenções prioritárias

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Ensinar sobre doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar sobre complicações da doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar conhecimento sobre a doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. COPING: Comprometido/ Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de coping

Intervenções prioritárias

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Instruir sobre estratégias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o envolvimento da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar a comunicação de emoções	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar coping	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar conhecimento sobre estratégias de coping	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Instruir sobre estratégias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ensinar sobre coping	<input type="radio"/>				
----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

8. DOR: Presente em grau reduzido, moderado, elevado/ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor

Intervenções prioritárias

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Orientar para uso de técnicas de relaxamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aliviar dor através de embalagem fria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Executar técnica de imaginação guiada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Planear técnica de distração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Planear técnica de relaxamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monitorizar dor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posicionar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vigiar dor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Executar tratamentos com estratégias não farmacológicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplicar envolvimento quente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplicar envolvimento frio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Executar técnica de massagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Executar técnica de distração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Executar técnica de relaxamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assistir a identificar estratégias de alívio da dor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gerir analgésicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar o prestador de cuidados a gerir o regime medicamentoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ensinar o prestador de cuidados a vigiar dor	<input type="radio"/>				
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

9. GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO: Comprometida/ Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre regime terapêutico

Intervenções prioritárias

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Encorajar tomada de decisão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apoiar na tomada de decisão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o envolvimento da família na gestão do regime terapêutico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar sobre regime medicamentoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gerir regime medicamentoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orientar para o serviço de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar sobre recursos da comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar sobre complicações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar sobre gestão do regime terapêutico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar adesão ao regime terapêutico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar gestão do regime terapêutico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assistir na gestão do regime terapêutico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Instruir a gerir analgesia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar o prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ensinar o prestador de cuidados sobre complicações	<input type="radio"/>				
Ensinar o prestador de cuidados a gerir o regime medicamentoso	<input type="radio"/>				

10. MEDO: Conhecimento sobre medo/ Potencial para melhorar o conhecimento sobre medo

Intervenções prioritárias

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Ensinar sobre auto controlo: medo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar conhecimento sobre medo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar medo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encorajar auto controlo: medo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar sobre auto controlo: medo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vigiar comportamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. OBSTIPAÇÃO: Presente/ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de obstipação/ Risco de obstipação

Intervenções prioritárias

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Vigiar eliminação intestinal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irrigar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aconselhar sobre padrão de eliminação intestinal adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar obstipação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estimular eliminação intestinal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar o prestador de cuidados sobre eliminação intestinal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da obstipação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ensinar o prestador de cuidados sobre dieta	<input type="radio"/>				
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da obstipação	<input type="radio"/>				
Ensinar o prestador de cuidados sobre alimentação	<input type="radio"/>				
Planear dieta	<input type="radio"/>				
Vigiar o abdómen	<input type="radio"/>				
Incentivar ingestão de líquidos	<input type="radio"/>				
Avaliar risco de obstipação	<input type="radio"/>				
Ensinar sobre prevenção da obstipação	<input type="radio"/>				
Incentivar atividade física	<input type="radio"/>				
Avaliar conhecimento sobre prevenção da obstipação	<input type="radio"/>				
Gerir regime medicamentoso	<input type="radio"/>				
Auscultar	<input type="radio"/>				

12. PROCESSO DE LUTO: Comprometido/ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre processo de luto

Intervenções prioritárias

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Disponibilizar suporte emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar a comunicação de emoções	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assistir a família no processo de luto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apoiar no luto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o envolvimento da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar a pessoa sobre o luto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar processo de luto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Escutar	<input type="radio"/>				
Ensinar a família sobre o luto	<input type="radio"/>				
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre processo de luto	<input type="radio"/>				

13. SONO: Comprometido/ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para promover o sono/ Potencial para melhorar o conhecimento para promover o sono

Intervenções prioritárias

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Orientar para uso de técnicas de relaxamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Instruir a técnica de relaxamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar sono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Planear o sono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar o prestador de cuidados sobre sono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Instruir o prestador de cuidados a executar a técnica de relaxamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar o prestador de cuidados sobre padrão de sono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar o prestador de cuidados sobre estratégias não farmacológicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para promover o sono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar sobre estratégias não farmacológicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar conhecimento para promover o sono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar sobre padrão de sono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**APÊNDICE VII – PADRÃO DOCUMENTAL DE CUIDADOS – 2.º
QUESTIONÁRIO**

1. ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE: Comprometido

Intervenções prioritárias

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Ensinar sobre recursos da comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orientar prestador de cuidados para serviço médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar sobre serviços de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orientar a família para o serviço médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encorajar a usar os serviços da comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Referir para o serviço médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. APETITE: Comprometido

Intervenções prioritárias

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Providenciar dieta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monitorizar ingestão de líquidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Referir para o serviço médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Requerer serviço de nutrição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monitorizar estado nutricional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. CONHECIMENTO: Potencial para melhorar o conhecimento sobre a doença

Intervenções prioritárias

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Ensinar sobre doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO: Comprometida/ Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre regime terapêutico

Intervenções prioritárias

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Orientar para o serviço de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. MEDO: Conhecimento sobre medo/ Potencial para melhorar o conhecimento sobre medo

Intervenções prioritárias

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Avaliar conhecimento sobre medo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. OBSTIPAÇÃO: Presente/ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de obstipação/ Risco de obstipação

Intervenções prioritárias

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Irrigar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar o prestador de cuidados sobre dieta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auscultar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. PROCESSO DE LUTO: Comprometido/ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre processo de luto

Intervenções prioritárias

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Ensinar a pessoa sobre o luto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar a família sobre o luto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Providenciar serviço religioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Requerer serviço religioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. CONFORTO: Comprometido

Intervenções prioritárias

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Promover conforto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar conforto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gerir ambiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posicionar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavar a boca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otimizar ambiente físico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. NÁUSEA: Presente/ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de náusea

Intervenções prioritárias

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Avaliar náusea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gerir regime medicamentoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aliviar náusea através de embalagem fria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gerir ambiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gerir dieta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Referir para o serviço médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interromper a ingestão de alimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Restringir ingestão de líquidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monitorizar conteúdo gástrico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de náusea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar o prestador de cuidados a diminuir a náusea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. VÓMITO: Presente/ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção do vômito

Intervenções prioritárias

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Avaliar vômito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vigiar conteúdo gástrico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interromper a ingestão de alimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Planear dieta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar conhecimento sobre prevenção do vômito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar sobre prevenção do vômito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar sobre dieta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar sobre ingestão de líquidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção do vômito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção do vômito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar o prestador de cuidados sobre ingestão de líquidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensinar o prestador de cuidados sobre dieta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. DISPNEIA Presente/Potencial para melhorar o conhecimento sobre dispneia/ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre dispneia

Intervenções prioritárias

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Otimizar ventilação através de dispositivos respiratórios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gerir inaloterapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Planear o repouso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elevar a cabeceira da cama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vigiar respiração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar dispneia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Planear atividade	<input type="radio"/>				
Posicionar	<input type="radio"/>				
Gerir oxigenoterapia	<input type="radio"/>				
Avaliar conhecimento sobre dispneia	<input type="radio"/>				
Ensinar sobre dispneia	<input type="radio"/>				
Ensinar sobre oxigenoterapia	<input type="radio"/>				
Ensinar sobre inaloterapia	<input type="radio"/>				
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre dispneia	<input type="radio"/>				
Ensinar o prestador de cuidados sobre oxigenoterapia	<input type="radio"/>				
Ensinar o prestador de cuidados sobre inaloterapia	<input type="radio"/>				
Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de dispneia	<input type="radio"/>				

13. TRISTEZA: Presente

Intervenções prioritárias

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Avaliar tristeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otimizar comunicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o apoio / suporte da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar a comunicação de emoções	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apoiar na tomada de decisão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vigiar comportamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disponibilizar suporte emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. SUGESTÕES (Diagnósticos/ Intervenções/ Outros)