



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

## **CUIDADOS À BOCA À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA**

Joana Patrícia da Cruz Torres



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Joana Patrícia da Cruz Torres

**CUIDADOS À BOCA À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA:  
ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL**

Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

Trabalho efetuado sob a orientação da  
Professora Doutora Clementina Sousa

Novembro de 2022

## AGRADECIMENTOS

Nenhum caminho se faz sozinho, e se partilhado, tem outro significado. Esta é a oportunidade de expressar o meu profundo obrigado a todos os que de forma mais ou menos consciente possibilitaram a concretização deste trabalho.

De forma individual, gostaria de agradecer...

... à minha família, pelo apoio e amor incondicional;

... à orientadora Prof. Doutora Clementina Sousa, pela orientação e acompanhamento;

... à EIHSCP do CHMA pela inspiração e partilha de conhecimentos tão relevantes na  
construção deste trabalho;

... à Enfermeira Tutora Catarina Alves e ao Enfermeiro Tutor e amigo Ivo Ribeiro, por  
todo o seu cuidado, colaboração, incentivo e, sobretudo, por nunca me terem deixado  
desistir;

... aos meus amigos e colegas de trabalho, pela amizade, tolerância, paciência,  
disponibilidade e colaboração.

## DEDICATÓRIA

A ti mãe, por esperares sempre por mim e sempre me compreenderes.

Ao meu pai e ao meu irmão, por estarem sempre lá.

E ao Nuno, por me fazer acreditar.

## PENSAMENTO

*"Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim."*

James R. Sherman

## RESUMO

No âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, realizamos a prática clínica numa Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. O presente relatório espelha o percurso de desenvolvimento de competências especializadas, gerais e específicas. Desta forma, emerge como um relato descritivo, fundamentado e crítico-reflexivo das atividades desenvolvidas no estágio, alicerçado num referencial teórico, com vista à aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. A construção de conhecimento baseado na evidência, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados, faz parte do referencial das competências especializadas. Com esse intuito, e tendo por base uma problemática do contexto da prestação de cuidados de enfermagem – os cuidados à boca à pessoa em situação paliativa – foi desenvolvido um estudo de investigação do tipo quantitativo, exploratório-descritivo, tendo por objetivo analisar os conhecimentos e as práticas dos enfermeiros de um Centro Hospitalar da região Norte, nos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa. A amostra engloba 123 enfermeiros que responderam ao questionário construído para o efeito, os dados obtidos foram sujeitos a procedimentos estatísticos no programa *SPSS*. Concluímos que os cuidados orais assumem primordial importância na promoção do conforto e bem-estar da pessoa em situação paliativa, pois algumas afeções da boca, com elevada prevalência em cuidados paliativos, causam complicações graves, comprometendo seriamente a sua qualidade de vida. Contudo, constatamos que estes cuidados continuam a ser desvalorizados pelos enfermeiros na sua prática, existindo falta de conhecimentos, estratégias e intervenções que visem a promoção da saúde oral. Dada a importância dos cuidados à boca, é fulcral o papel do enfermeiro na implementação de cuidados orais específicos e sistematizados, valorizando sempre as necessidades específicas da pessoa, contribuindo para aumentar a qualidade de vida da pessoa e a qualidade dos cuidados prestados. A formação contínua e a consciencialização pelos enfermeiros da sua importância conduzem a que estes sejam valorizados pelas equipas, nomeadamente como foco de atenção da prática de enfermagem.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Cuidados Paliativos; Pessoa em Situação Paliativa; Cuidados Orais.

## **ABSTRACT**

In the context of the curricular unit Professional Internship of the Master's Degree in Palliative Care Nursing of the School of Health of the Polytechnic Institute of Viana do Castelo, we conducted clinical practice in an Intra-Hospital Palliative Care Support Team. This report reflects the development of specialised, general and specific skills. Thus, it emerges as a descriptive, reasoned and critical-reflective report of the activities developed in the internship, based on a theoretical framework, with a view to acquiring the common and specific skills of the specialist nurse. The construction of evidence-based knowledge, with a view to improving the quality of care, is part of the framework of specialist skills. With this purpose, and based on an issue related to the provision of nursing care - oral care to patients in palliative situation - a quantitative exploratory-descriptive research study was conducted with the purpose of analysing the nurses' knowledge and practices in oral care to patients in palliative situation at a Hospital Centre of the Northern region. The sample included 123 nurses who answered the questionnaire designed for this purpose, and the data obtained were subjected to statistical procedures using the SPSS software. We concluded that oral care is of utmost importance in promoting the comfort and well-being of palliative patients, since some mouth conditions, which are highly prevalent in palliative care, cause severe complications, seriously compromising their quality of life. However, we found that this care continues to be undervalued by nurses in their practice, with a lack of knowledge, strategies and interventions aimed at promoting oral health. Given the importance of oral care, the nurses' role is essential in the implementation of specific and systematised oral care, always valuing the person's specific needs, thus contributing to increase the person's quality of life and the quality of care. The nurses' continuous training and awareness of their importance lead to their being valued by the teams, namely as a focus of attention in nursing practice.

**Keywords:** Nursing; Palliative Care; Palliative Person; Oral Care

## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

APCP - Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CHMA - Centro Hospitalar do Médio Ave

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

DGS - Direção Geral de Saúde

EAPC - Associação Europeia de Cuidados Paliativos

ECCI - Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ECOG - *Eastern Cooperative Oncology Group*

ECSCP - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

ed. - Edição

EEEMCEPSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

EIHSCP - Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ENP - Estágio de Natureza Profissional

EPSP - Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

ESAS - *Edmonton Symptom Assessment Scale*

et al. - e colaboradores

EV – Endovenosa

IASP - Associação Internacional para o Estudo da Dor

ICN - *International Council of Nurses*

INE - Instituto Nacional de Estatística

ml - mililitros

NANDA - *North American Nursing Diagnosis Association*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - página

PEDCP - Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

PNCP - Plano Nacional de Cuidados Paliativos

PNS - Plano Nacional de Saúde

PPS - *Palliative Performance Scale*

SC - Subcutânea

SECPAL – Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPIKES – *Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy and Summary*

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

UCP - Unidade de Cuidados Paliativos

UF - Unidade de Vila Nova de Famalicão

µg/h - microgramas por hora

UST - Unidade de Santo Tirso

WHO - *World Health Organization*

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>CAPÍTULO 1 - ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL: O PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA</b> .....	17
1.1. O CONTEXTO DE ESTÁGIO .....	18
1.2. CUIDADOS PALIATIVOS.....	24
1.3. O CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA E A TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA .....	29
<b>CAPÍTULO 2 - A RELEVÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO NOS CUIDADOS À BOCA À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA</b> .....	34
2.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	35
2.1.1. As afeções da boca em cuidados paliativos .....	35
2.1.2. A importância dos cuidados à boca em cuidados paliativos.....	40
2.1.3. O papel do enfermeiro especialista nos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa.....	44
2.2. OPÇÕES METODOLÓGICAS .....	47
2.2.1. Questão de investigação, objetivos e finalidades do estudo .....	47
2.2.2. Tipo de estudo.....	48
2.2.3. Contexto de pesquisa, população e amostra .....	49
2.2.4. Instrumento de colheita de dados .....	49
2.2.5. Procedimentos estatísticos .....	50
2.2.6. Princípios éticos .....	50
2.3. RESULTADOS.....	51
2.3.1. Caracterização socioprofissional.....	52
2.3.2. Conhecimentos e práticas de cuidados à boca da pessoa em situação paliativa	54
2.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	62
2.5. CONCLUSÕES.....	67
<b>CAPÍTULO 3 - DAS ATIVIDADES REALIZADAS AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO CUIDAR À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA: REFLEXÃO CRÍTICA</b> .....	69
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	70
3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal .....	70
3.1.2. Melhoria contínua da qualidade .....	73
3.1.3. Gestão dos cuidados .....	77
3.2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	80

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA.....	86
3.2.1. Controlo sintomático, apoio à família e trabalho em equipa.....	87
3.2.2. Comunicação e relação terapêutica .....	100
CONCLUSÃO .....	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	111
ANEXOS .....	123
Anexo 1. Pedido de acesso à informação para investigação .....	124
Anexo 2. Guia de acolhimento.....	134
Anexo 3. Guia terapêutico .....	136
Anexo 4. Guia rápido para controlo sintomático à pessoa em fim de vida .....	138
Anexo 5. Comunicação: instrumento facilitador no processo de cuidar em cuidados paliativos .....	141
Anexo 6. Pedido de autorização de novo fármaco.....	145
Anexo 7. Protocolo de más notícias.....	149
APÊNDICES.....	151
Apêndice 1. Questionário sobre os cuidados à boca à pessoa em situação paliativa. ....	152
Apêndice 2. Esboço do protocolo: Cuidados à boca à pessoa em situação paliativa. ....	165
Apêndice 3. Plano de formação: Cuidados orais em cuidados paliativos .....	174
Apêndice 4. Slides de <i>Power point</i> da sessão formativa: Cuidados orais em cuidados paliativos .....	176
Apêndice 5. Questionário para avaliação da sessão formativa sobre os cuidados orais em cuidados paliativos .....	186
Apêndice 6. Quadro das respostas da questão aberta sobre a pertinência do estudo.....	190
Apêndice 7. Guia orientador dos cuidados orais em cuidados paliativos .....	193

# ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

## FIGURAS

Figura 1 - Algoritmo de atuação para cuidados de higiene oral.....	37
--	----

## GRÁFICOS

Gráfico 1- Cuidados à boca à pessoa independente em situação paliativa.....	56
Gráfico 2- Cuidados à boca no planeamento da alta da pessoa em situação paliativa ...	57
Gráfico 3 - Opinião sobre os conteúdos da sessão de formação .....	82
Gráfico 4 - Aquisição de novos conhecimentos .....	82
Gráfico 5 - Conteúdos úteis para a prática clínica.....	83
Gráfico 6 - Tempo de duração da sessão .....	83
Gráfico 7 - Domínio e clareza do formador na exposição dos conteúdos.....	84
Gráfico 8 - Metodologia utilizada e à sua adequação aos conteúdos abordados.....	84

## TABELAS

Tabela 1- Caracterização da amostra.....	52
Tabela 2 - Prestação dos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa .....	54
Tabela 3 - Procedimentos sobre cuidados à boca à pessoa em situação paliativa.....	57
Tabela 4- Influência dos cuidados à boca à pessoa na situação paliativa.....	58
Tabela 5 - Registos de enfermagem relativos aos cuidados à boca.....	59
Tabela 6 - Conhecimentos e competências para a prestação de cuidados à boca .....	60
Tabela 7- Dificuldades/barreiras para a realização dos cuidados à boca .....	61
Tabela 8 - Valorização dos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa .....	62
Tabela 9 - Proposta para os registos de enfermagem .....	77
Tabela 10 – Análise de conteúdo relativa à opinião dos enfermeiros sobre a pertinência do estudo sobre os cuidados à boca à pessoa em situação paliativa.....	85

## **INTRODUÇÃO**

Atualmente, decorrente de constantes progressos tecnológicos e científicos, associados a uma melhoria global das condições de vida, verifica-se um aumento da esperança média de vida e, conseqüentemente, um crescente número de pessoas portadoras de doença crónica e incurável. Pessoas que necessitam de cuidados específicos para um fim de vida com qualidade, dignidade e conforto – os cuidados paliativos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estes “são uma parte crucial dos serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas. Aliviar o sofrimento sério relacionado à saúde, seja ele físico, psicológico, social ou espiritual, é uma responsabilidade ética global” (*World Health Organization* [WHO], 2020).

O presente relatório insere-se no âmbito da realização do Estágio de Natureza Profissional (ENP) do Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, no ano letivo 2021/2022. Este mestrado, além de conferir o grau académico, assegura a aquisição de uma especialização de natureza profissional, visando o desenvolvimento de competências na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. Desta forma, este relatório emerge como um relato fundamentado e crítico-reflexivo das atividades desenvolvidas ao longo do ENP, com vista à aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (EEEMCEPSP).

Para tal, realizou-se um estágio na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) do Centro Hospitalar do Médio Ave (CHMA), no período compreendido entre 7 de março de 2022 e 31 de agosto de 2022. O desenvolvimento de competências aqui explanadas vem na continuidade do estágio Enfermagem em Cuidados Paliativos do 2º semestre do 1º ano do presente mestrado, ao qual se obteve creditação pela unidade curricular Relatório e Estágio do Curso de Formação Especializada em Enfermagem de Cuidados Paliativos da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, ano letivo 2009/2010. Este decorreu em regime de Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), sendo elas, a UCP do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto, e a UCP de Vila Pouca de Aguiar do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Ao longo deste percurso, traduzido neste relatório, elegemos a utilização do termo “pessoa em situação paliativa”, conceito central deste mestrado. Pessoa é um ser social

único e agente intencional de comportamentos, alicerçados em valores, crenças e desejos individuais; sendo, também, centro de processos não intencionais, fundamentais no equilíbrio e que lhe conferem unicidade (Decreto-lei nº 161/96, 1996). Por conseguinte, entendemos a pessoa em situação paliativa como aquela que experiencia uma situação ameaçadora de vida, como consequência de doença crónica, progressiva e incurável. Cabe ao profissional de saúde, nomeadamente ao enfermeiro, desenvolver conhecimentos e competências em cuidados paliativos, com o objetivo principal de proporcionar o máximo de conforto e bem-estar à pessoa e sua família, na última fase de vida.

Nesta linha de pensamento, o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) para 2021/2022, perspectiva a integração dos princípios e filosofia dos cuidados paliativos em todos os serviços, prestados por todas as suas equipas, promovendo e garantindo que estas adquiram as necessárias competências básicas para uma abordagem paliativa de excelência (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos [CNCP], 2021).

Em Portugal, atualmente, os serviços especializados em cuidados paliativos são insuficientes, bem como os seus profissionais, encontrando-se as pessoas em situação paliativa internadas por diversos serviços, não sendo estes nem vocacionados nem especializados para a prestação de cuidados a estas pessoas. Esta é a realidade por nós verificada no exercício profissional. Os internamentos são maioritariamente de pessoas de idade avançada, dependentes nos autocuidados, portadoras de doenças crónicas e incuráveis. Pessoas cuja perspectiva de cura já não é possível, mas com um longo caminho no que respeita ao alívio do sofrimento, na procura de um fim de vida digno. Por estes fundamentos, consideramos imprescindível manter e fomentar o desenvolvimento do conhecimento nesta vasta área, que são os cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa.

Partindo destes pressupostos, e da nossa experiência pessoal e profissional, surgiu a necessidade de aprofundar e desenvolver novos conhecimentos e competências especializadas no âmbito dos cuidados paliativos. Como já aqui foi referido, já existia uma perspectiva da prestação de cuidados paliativos em regime de UCP, pelo que fazia todo o sentido e pertinência conhecer a especificidade da prestação de cuidados em regime de EIHS CP, sendo esta a razão da nossa opção. Assim, o estágio decorreu numa equipa de referência na área dos cuidados paliativos e em regime de suporte, permitindo

a aquisição, desenvolvimento e, mobilização de conhecimentos e competências especializadas em cuidados paliativos.

No sentido de nortear o ENP, foram delineados os seguintes objetivos específicos no seio da EIHSCP: desenvolver competências técnico-científicas e humanas na prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa e família; aprofundar capacidades de comunicação terapêutica eficazes ao longo do processo de doença, morte e luto; desenvolver o pensamento crítico para a tomada de decisão no seio da equipa multidisciplinar; e desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista na área da gestão e melhoria da qualidade, da formação de profissionais de saúde e da investigação, tendo como problemática os cuidados à boca à pessoa em situação paliativa.

Os cuidados orais à pessoa em situação paliativa são considerados um dos mais importantes para a manutenção do bem-estar, conforto e qualidade de vida, assumindo-se, igualmente, como essenciais para a preservação da saúde oral, e prevenção de afeções orais (Capaz et al., 2019; Sifuentes & Lapane, 2020).

Torna-se imperioso que os enfermeiros possuam um conjunto de conhecimentos e habilidades, nomeadamente sobre a anatomia, fisiologia da boca e das suas estruturas, avaliação da cavidade oral e do seu estado, alterações que possam surgir e intervenções sistematizadas. Alguns autores apontam para a necessidade de criação de protocolos sobre os cuidados orais uniformizados, específicos e direcionados às necessidades da pessoa em situação paliativa, por forma a garantir a continuidade de cuidados (Amante, 2019; Gomes, 2017).

Apesar dos cuidados orais à pessoa em situação paliativa serem fundamentais, nem sempre são valorizados pelos enfermeiros na sua intervenção. É, por isso, de primordial importância fomentar o desenvolvimento do conhecimento na área dos cuidados à boca.

Assim, para dar resposta aos objetivos do ENP, às necessidades identificadas e às inquietações supracitadas elaboramos a seguinte questão de investigação: “Qual o conhecimento e as práticas dos enfermeiros relativamente aos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa?”.

Indo ao encontro da questão delineada, o objetivo geral visa analisar os conhecimentos e as práticas dos enfermeiros nos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa. Para responder a esta questão, realizamos um estudo exploratório-descritivo, de natureza quantitativa. A população alvo do estudo incluiu todos os enfermeiros em exercício de

funções nos serviços de Cirurgia, Medicina, Ortopedia, Ginecologia, UCIM, Polivalente e Urgência de um Centro Hospitalar da região Norte. A amostra foi constituída por 123 enfermeiros que responderam ao questionário e que reuniram os critérios de inclusão definidos.

A finalidade deste estudo visou promover a consciencialização da importância dos cuidados à boca na promoção do conforto, bem-estar e qualidade de vida da pessoa em situação paliativa, e a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O presente relatório encontra-se estruturado em três capítulos. O primeiro acomoda a descrição do contexto do ENP, para depois contextualizar o cuidar especializado em cuidados paliativos e a teoria do conforto de Kolcaba. No segundo abordaremos o estudo sobre os cuidados à boca à pessoa em situação paliativa, contextualizando teoricamente a temática, apresentação das opções metodológicas, resultados e a sua discussão, e, por fim, as conclusões do estudo, mencionando algumas sugestões e limitações do mesmo. O terceiro capítulo engloba a reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências especializadas do EEEMCEPSP: as competências comuns e as específicas do enfermeiro especialista, que correspondem ao desenvolvimento de competências no contexto real da prestação de cuidados paliativos especializados. Seguem-se as considerações finais sobre o ENP. Por último, as referências bibliográficas, anexos e apêndices.

Para o sucesso do ENP recorreremos, ao longo de todo este percurso, à pesquisa bibliográfica em revistas científicas nacionais e internacionais, livros da área, trabalhos de investigação no âmbito de mestrados e doutoramentos, bem como uma larga pesquisa na plataforma *Pubmed*. Foi ainda fundamental, a discussão e partilha de conhecimentos com os enfermeiros orientadores do ENP, assim como, com os restantes elementos da EIHSCP e com o corpo docente do mestrado.

**CAPÍTULO 1 - ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL: O  
PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO  
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA  
EM SITUAÇÃO PALIATIVA**

## 1.1. O CONTEXTO DE ESTÁGIO

O Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E., adiante designado por CHMA, foi criado a 1 de março de 2007. O CHMA rege-se pelo regime jurídico aplicável às Entidades Públicas Empresariais, bem como pelo regulamento interno e normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Sediado em Santo Tirso, resulta da fusão das seguintes unidades de saúde: o Hospital Conde de São Bento – Unidade de Santo Tirso (UST) e o Hospital S. João de Deus – unidade de Vila Nova de Famalicão (UF).

O CHMA tem como missão contribuir para ampliar e melhorar a acessibilidade das pessoas aos seus serviços, e otimizar a utilização dos recursos existentes, através de um atendimento de qualidade, em tempo útil, com eficiência e humanidade no quadro dos recursos disponíveis e das capacidades instaladas, e apostar no desenvolvimento de parcerias sinérgicas e articulação com outros serviços de saúde, sociais e de ensino. Tem por objetivo primordial prestar cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em tempo adequado, com eficiência e em ambiente humanizado.

O CHMA presta cuidados diferenciados e centra-se nas seguintes linhas de trabalho: Consulta Externa; Urgência; Internamento (Medicina, UCIM, Cirurgia, Ortopedia, Polivalente, Ginecologia, Obstetrícia, Neonatologia, Pediatria); Cirurgia Convencional (programada e urgente); Cirurgia Ambulatório; Bloco de Partos; Hospital Dia; Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica. No que respeita ao atendimento a cuidados urgentes, o CHMA dispõe de uma urgência médico-cirúrgica na unidade de Famalicão e uma urgência básica na unidade de Santo Tirso.

A área de influência corresponde aos concelhos de Santo Tirso, Trofa e Vila Nova de Famalicão, com uma área territorial de cerca de 410,2 Km<sup>2</sup> e uma população residente estimada em 239.853 pessoas (INE, 2022), sendo que 12,2% da população tem menos de 15 anos, e 21,1% com idade igual ou superior a 65 anos. O CHMA dispõe de 225 camas para adultos.

Ao nível dos cuidados de saúde primários, os três municípios são servidos pelo Agrupamento de Centros de Saúde Ave II – Famalicão, e Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa. Em termos comunitários, existem quatro Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), com capacidade para 90 utentes. De realçar que dos elementos destas equipas, há uma enfermeira com mestrado em cuidados paliativos, dois elementos com curso intermédio de cuidados paliativos e outros

dois com o curso básico em cuidados paliativos. Importa referir que não existe nenhuma ECSCP nos três concelhos. De sublinhar ainda que existem na área de influência do CHMA, trinta e cinco estruturas residenciais de apoio a idosos.

Em 2017, e de acordo com o determinado pela Circular Normativa 1/2017 (2017) e pela Portaria nº 340/2015 (2015), foi criada a EIHSCP do CHMA, com o objetivo de prestar:

- a) aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados aos profissionais do hospital e profissionais de outras instituições, assim como, à pessoa em situação paliativa e sua família;
- b) colaboração na execução do plano individual de cuidados à pessoa em situação paliativa internada em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação.

Assim, a EIHSCP constitui-se como uma equipa que presta apoio e aconselhamento especializado em cuidados paliativos aos profissionais de saúde de diferentes serviços e unidades de cuidados; e ainda, cuidados especializados à pessoa em situação paliativa e à família, sempre que seja solicitada a sua colaboração. Por forma, a elaborar um plano de cuidados individualizado, centrado nas suas reais necessidades. A nível hospitalar, presta consultadoria a todos os serviços, à excepção da pediatria e neonatologia.

A equipa, tal como previsto na legislação em vigor, disponibiliza diferentes serviços à comunidade hospitalar, dos quais destacamos: consulta e acompanhamento a pessoas internadas com necessidades paliativas e com pedido de colaboração; apoio psicológico a profissionais, pessoa e família; intervenção e apoio social; apoio no luto; apoio espiritual; assessoria em cuidados paliativos a diferentes profissionais de saúde e de diferentes unidades de cuidados; e formação em cuidados paliativos.

Trata-se de uma equipa multidisciplinar constituída por três médicos, dois enfermeiros, uma assistente social, uma psicóloga e uma assistente técnica, com diferentes cargas horárias. Assim, em termos semanais e por especialidade, a equipa dispõe de: 40 horas de apoio médico; 52,5 horas de enfermagem; 12 horas de assistente social; e 9 horas de psicologia. Ao analisarmos as recomendações de dotações de recursos humanos para as equipas de cuidados paliativas, verificamos que estes não se encontram ajustados ao número de camas existentes.

Ao analisarmos a formação diferenciada em cuidados paliativos, verificamos que dois elementos da equipa médica são especialistas em medicina interna e possuem mestrado em cuidados paliativos, o outro elemento da equipa médica é especialista em oncologia com pós-graduação em cuidados paliativos, e os elementos da equipa de enfermagem são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação paliativa, possuem mestrado e pós-graduação em cuidados paliativos. Têm ainda participação ativa em jornadas, encontros e palestras de cuidados paliativos, frequência e participação em cursos intermédios de cuidados paliativos, colaboração com universidades, orientação de alunos no mestrado de enfermagem à pessoa em situação paliativa, entre outros.

Para garantir o desempenho das suas funções, a equipa dispõe, em ambas as unidades hospitalares, de um espaço próprio para a atividade não assistencial (reuniões de equipa, registos.) equipado com computadores, pontos de acesso Web, cadeiras, armário, estante para livros e pastas de arquivo, e telemóvel; e de gabinete para a consulta externa.

O horário de funcionamento da EIHS CP é de segunda a sexta-feira, de acordo com as atividades desenvolvidas e a carga horária atribuída aos diferentes elementos. Todavia, existe um contacto telefónico de conhecimento geral na instituição e disponibilizado à pessoa e cuidadores, permitindo assim, um apoio alargado através desta via.

A equipa reúne semanalmente para avaliação e discussão de casos clínicos, definição de procedimentos organizativos e de ordem clínica, planeamento de formação e outras atividades, conforme as necessidades identificadas.

Na prestação diária de cuidados, os elementos da equipa avaliam todas as pessoas em situação paliativa internadas com pedido de colaboração à equipa. Este pode ser baseado em diferentes objetivos, tais como controlo sintomático, tomada de decisão, definição de plano de cuidados, organização de cuidados e/ou planeamento da alta. Após esta avaliação e identificadas as necessidades, a equipa define, em conjunto, com a equipa assistencial da pessoa, o plano de cuidados a instituir. A periodicidade do acompanhamento é definida de acordo com as necessidades identificadas.

Assim sendo, são acompanhados pela equipa, a pessoa que reúna algum dos seguintes critérios de referenciação: presença de patologias específicas como doença oncológica progressiva, insuficiências de órgão avançadas (renal, cardíaca, hepática, pulmonar), VIH, esclerose lateral amiotrófica, esclerose múltipla e demências; e que compreendam pelo menos um dos pontos seguintes: prognóstico de vida limitado, sofrimento intenso

(físico, psíquico e/ou espiritual), agravamento/deterioração do quadro clínico da doença, necessidades específicas de difícil resolução que requeiram suporte específico, organizado e interdisciplinar, e/ou índice de *Karnofsky* igual ou inferior a 50%.

O Índice de *Karnofsky* é uma escala utilizada para avaliar a qualidade de vida e permite avaliar o grau de atividade e autonomia/dependência. Classifica a pessoa relativamente à sua capacidade funcional. Pode ser usada para comparar a eficácia ou efeitos de diferentes terapias e avaliação do prognóstico. Como a maioria das graduações, quanto menor a pontuação *Karnofsky*, pior é a sobrevivência, para a maioria das doenças graves (Neto, 2006c). Da adaptação deste índice surge a *Palliative Performance Scale* (PPS) especificamente direcionada para medir o status físico à pessoa em situação paliativa, sendo esta escala uma das mais utilizadas pela equipa.

Importa ressaltar que em regime de ambulatório, a equipa garante apoio e acompanhamento de pessoas com necessidades paliativas, orientados a partir da consulta de especialidade hospitalar. O acompanhamento é realizado com periodicidade regular, definida individualmente, de acordo com a situação clínica. Entre as consultas programadas, caso haja necessidade de uma reavaliação, a pessoa e a família poderão contactar a equipa via telefónica, sendo prestada a orientação necessária.

A equipa desenvolveu um conjunto de documentos de apoio que são facilitadores da sua prática e servem de referência para outros profissionais do CHMA, entre os quais, o regulamento da EIHSCP, o circuito de referência da EIHSCP, o manual de funções da EIHSCP, a política do doente terminal do CHMA, o guia de acolhimento para doente e família, o guia terapêutico, procedimento “Comunicação de más notícias em situação de crise” e o procedimento “Guia de controlo sintomático em situações de covid 19”. Destacamos aqui, aqueles que são facultados à pessoa e à família: o guia de acolhimento (Anexo 1), onde se explica o que são os cuidados paliativos, os objetivos e os contactos da equipa; e o guia terapêutico (Anexo 2), onde é escrita toda a medicação, o efeito de cada fármaco e a posologia.

Segundo o regulamento interno da EIHSCP, as funções do Enfermeiro são:

- identificar as necessidades da pessoa com doença grave e/ou avançada e progressiva, bem assim dos seus cuidadores e família;

- promover intervenções junto da pessoa em situação paliativa e cuidadores/família, estabelecendo um plano individualizado de cuidados, em regime de internamento e ambulatório;
- envolver os cuidadores/família nos cuidados para assegurar a satisfação das necessidades, reunindo periodicamente para reavaliação;
- acompanhar a pessoa, a família e outros membros da rede pessoal de suporte, nas necessidades práticas e emocionais, nomeadamente nas perdas e no luto;
- fomentar, junto da equipa e familiares, o respeito pelo direito da pessoa em fazer as suas próprias escolhas, respeitando os limites de compreensão e tolerância emocional, favorecendo a autonomia;
- colaborar com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio, prestando consultadoria nos cuidados devidos à pessoa com doença grave e/ou avançada e progressiva, seus cuidadores/família;
- participar na reunião interdisciplinar para discussão dos casos, como em todas as atividades inerentes ao salutar funcionamento da equipa;
- assegurar a continuidade de cuidados, estendendo a sua atividade de consultadoria aos profissionais de saúde os Cuidados de Saúde Primários e instituições de suporte;
- promover a formação interna em cuidados paliativos.

O modelo de cuidados preconizado pela equipa baseia-se numa avaliação multidimensional das necessidades da pessoa em situação paliativa e da família, tendo em conta os seus valores e preferências, sendo claramente delineadas e identificadas prioridades e metas dos cuidados propostos. A par de uma abordagem estruturada, planeada e antecipada dos cuidados, norteadas pelos princípios da compaixão, humildade e honestidade, norteadas pela ética e os seus princípios.

Até agosto de 2022 foram solicitados à EIHSCP, 221 pedidos de colaboração, gerando 768 visitas a pessoas internadas, das quais 614 na UF e 154 na UST. O principal motivo de referenciação foi o controlo sintomático, assim como, a tomada de decisão, a agonia, o planeamento da alta e a organização dos cuidados. No que se refere à tipologia da pessoa: 59% apresentavam diagnóstico oncológico, 31% diagnóstico não oncológico, e

10% diagnóstico misto (oncológico e não oncológico). Foram realizadas mais de 100 conferências familiares. Em relação à psicologia, foram sinalizadas 36 pessoas, gerando 96 observações.

No que respeita à atividade assistencial em regime de consulta externa, foram realizadas 74 primeiras consultas na UF e 35 na UST, perfazendo um total de 109. As consultas subsequentes realizadas foram 560, 375 na UF e 185 na UST. Assim, foram efetuadas pela equipa, no período supramencionado, 669 consultas. Salientamos ainda um aumento progressivo no número de contactos telefónico estabelecidos.

Os projetos em desenvolvimento pela equipa, segundo o seu plano de atividades para 2022, visam promover e fomentar os cuidados centrados na pessoa, a formação, a qualidade e o trabalho em equipa. Nesta linha de pensamento, a equipa propõe-se promover o conhecimento generalizado em cuidados paliativos entre os profissionais de saúde, colaborar na formação pré-graduada existente e trabalhar junto da comunidade sensibilizando-a para a filosofia dos cuidados paliativos, bem como na cooperação com os trabalhos desenvolvidos.

Sendo a formação dos profissionais do CHMA uma prioridade, a equipa ao longo deste ano desenvolveu um plano de formação interna para os profissionais. Destacamos as seguintes formações: “Cuidados Paliativos: intervenção multidisciplinar”, “Mitos em cuidados paliativos”, “Morrer Comigo!”, “Terapêutica Subcutânea em cuidados paliativos”, “Cuidados orais em cuidados paliativos” e “Controlo Sintomático I e II”.

Outro projeto que se encontra em discussão é a criação de uma equipa de apoio domiciliário com base no hospital, como resposta à escassez de ECSCP na área de influência do CHMA. Este projeto nasce da necessidade de garantir a continuidade dos cuidados paliativos no domicílio, conforme preconizado no PEDCP 2021/2022, principalmente quando em termos comunitários não existe, na área de atuação do CHMA, uma equipa que assegure estes cuidados. Esta lacuna, além de amplamente reconhecida por parte dos elementos da EIHS CP, tem sido sentida por vários cuidadores. Este assunto já foi alvo de discussão com os órgãos decisores do CHMA, parecendo haver interesse em que o projeto se venha a concretizar.

Durante este ano a EIHS CP propõe-se criar ainda criar um banco de empréstimo de produtos de apoio, que visa colmatar as necessidades apresentadas pelas pessoas e familiares no decurso da sua doença crónica e/ou terminal. Este será um grande desafio,

mas também a forma de demonstrar vontade em fazer mais e melhor, deixando, assim, exposta a visão solidária do grupo.

Paralelamente a tudo isto, o CHMA encontra-se em processo de acreditação. Estando a equipa a cooperar com a Equipa da Qualidade do CHMA, contribuindo assim para o sucesso do processo de acreditação.

Por tudo o que foi explanado nos parágrafos anteriores, pensamos que este campo de estágio reúne condições propícias ao nosso crescimento profissional e pessoal para prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação paliativa.

## 1.2. CUIDADOS PALIATIVOS

O conceito de cuidados paliativos surgiu em 1990, atualizado em 2002 pela OMS, que os define como

“uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e dos seus familiares, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento e com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais.” (WHO, 2002).

Por sua vez, no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, os cuidados paliativos são identificados como um elemento que requer apoio qualificado, por ser uma área de intervenção prioritária e essencial aos cuidados de saúde. São uma obrigação social e representam uma necessidade para a saúde pública, e um imperativo ético que promove os direitos fundamentais (Direção Geral de Saúde [DGS], 2004). Desta forma, os cuidados paliativos “constituem hoje o padrão de referência dos cuidados para os doentes com doenças crónicas avançadas e para as suas famílias” (Gonçalves, 2009, p.141).

Já o PNS 2021-2030 realça o acesso aos cuidados paliativos como uma necessidade que parte dos determinantes de saúde, afirmando que entre 2019 e 2020 existiu um decréscimo na sua capacidade de resposta, apontando como estratégia para fazer face a esta problemática a recuperação e/ou melhoria do acesso aos cuidados paliativos (DGS, 2021).

Segundo o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), o exercício dos cuidados paliativos deverá respeitar: o direito da pessoa em receber cuidados; a sua liberdade,

identidade e dignidade; o apoio individualizado; o alívio do sofrimento; a correta e atempada informação; bem como, o direito de recusar tratamentos (DGS, 2005).

Cuidados paliativos são “os cuidados ativos e totais aos pacientes com doenças que constituam risco de vida, e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença do paciente já não responde aos tratamentos curativos ou que prolongam a vida” (Twycross, 2003, p. 16).

A Lei de Bases dos cuidados paliativos, define-os 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 do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais” (Lei n.º 52/2012, 2012, p. 5119).

A pessoa é considerada em situação paliativa, quando existe um diagnóstico de doença avançada, progressiva e incurável, perante a qual todas as abordagens terapêuticas, anteriormente implementadas, falharam na reversão do curso da doença; e quando apresenta sintomas ou alterações, outros problemas severos, de origem multifatorial, que se traduzem num importante impacto emocional na pessoa e na sua família, decorrente da aproximação implícita ou explícita da morte (Areia et al., 2017).

A pessoa em situação paliativa e sua família, “independentemente das emoções psicológicas que experienciam, tristezas pelas múltiplas perdas, receio pela dor e sofrimento, pelo desamparo, saudade, medo do desconhecido e da perda de controlo, vão passar por uma série de respostas emocionais únicas” (Moreira, 2001, p.36).

Com o objetivo de centralizar os cuidados na pessoa e família, o PEDCP 2021-2022 pressupõe que os cuidados paliativos sejam baseados nas necessidades da pessoa e família, visando a sua adaptação à doença, capacitação para os cuidados e preservação da autonomia. O envolvimento da família no processo de cuidar é, portanto, essencial (CNCP, 2021).

Sendo a unidade de cuidados em cuidados paliativos a pessoa e a família, importa definir o conceito de família. Esta é definida pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como a “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas por consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes” (*International Council of Nurses [ICN], 2016, p.143*).

A família da pessoa em situação paliativa deve ser incorporada no processo de cuidados para que consiga compreender, aprender, aceitar e colaborar nos mesmos. Para tal, é necessário que seja transmitida toda a informação, apoio e educação aos familiares, quer durante todo o percurso de doença, como durante o luto.

A esperança de vida à nascença, em Portugal, foi estimada em 80,72 anos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2022). A população não oncológica com necessidades paliativas tem vindo a aumentar, assim como, a prevalência de doenças crónicas resultantes do envelhecimento populacional. Segundo o Observatório Nacional dos Cuidados Paliativos (2019), em Portugal, no ano de 2018, das cerca de 102 mil pessoas doentes adultas que necessitaram de cuidados paliativos, apenas 25.570 acederam aos mesmos.

Segundo o PEDCP 2021-2022, são as necessidades da pessoa e família que determinam o acesso aos cuidados paliativos, muito para além do seu prognóstico; defendendo que a integração dos cuidados paliativos nos diferentes meios de cuidados é a melhor forma destes abrangerem mais pessoas com necessidades paliativas (CNCP, 2021).

Assim e com vista a dar resposta às necessidades da pessoa em situação paliativa e à família, de forma adequada e passível de acontecer, tendo em consideração a caracterização da população portuguesa, o PNCP definiu como objetivos gerais: o fácil acesso a estes cuidados; oferta diferenciada e equitativa dos mesmos; qualidade na organização e prestação dos cuidados paliativos; e aumento da oferta formativa nesta área (DGS, 2005). Para a prestação de cuidados paliativos estão caracterizadas três tipologias de resposta, a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), a EIHSCP e a UCP (Decreto-lei n.º 101/06, 2006).

As ECSCP são equipas multidisciplinares associadas, normalmente, aos cuidados de saúde primários ou noutros serviços de regime não hospitalar, com capacidade para prestar cuidados diretos, apoio a familiares, formação e consultadoria, operacionalizados

por profissionais de saúde com formação em cuidados paliativos. São equipas de constituição autónoma, têm como finalidade assegurar a prestação de cuidados adequados à população alvo, visando permitir à pessoa em situação paliativa viver no domicílio a sua fase final de vida e reduzir os recursos hospitalares evitáveis, nomeadamente, episódios de urgência e internamento.

Por sua vez, as EIHSCP são equipas pertencentes a instituições hospitalares, com espaço físico próprio, atuam em regime de ambulatório e internamento. Têm por finalidade dar apoio ao serviço de internamento e de ambulatório, em detrimento das dificuldades sentidas pelas equipas desses serviços, orientar e auxiliar no cuidado à pessoa em situação paliativa, prestar cuidados diretos, e, por fim, o aconselhamento e consultadoria técnica. Trata-se de uma equipa multidisciplinar assegurada, no mínimo, por médico, enfermeiro e psicólogo. Os seus elementos devem possuir formação diferenciada em cuidados paliativos. Para complementar a intervenção da equipa multidisciplinar, preconiza-se que disponham de secretariado próprio, apoio psiquiátrico, fisiátrico ou fisioterapêutico, espiritual e social.

As UCP foram definidas como “uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferencialmente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrentes de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva” (Decreto-lei nº 101/06, 2006, p.3861). São equipas multidisciplinares e interdisciplinares e têm como finalidade o controlo sintomático, o apoio psicológico, espiritual e emocional à pessoa em situação paliativa em regime de internamento e seus familiares, assim como, o apoio no luto.

Para Capelas et al. (2016), embora pese a necessidade de serviços de cuidados paliativos de diferentes tipologias, importa, sobretudo, disponibilizar e articular, adequadamente, ações paliativas, cuidados paliativos generalistas, especializados e centros de excelência. Deste modo, as ações paliativas englobam cuidados que integram os princípios e a filosofia dos cuidados paliativos, implementados em serviços não especializados neste âmbito. Os cuidados paliativos gerais são prestados por profissionais que exercem funções em serviços com grande afluência de pessoas com doença crónica e avançada, todavia o foco da sua intervenção profissional não é este. Já os cuidados paliativos especializados são executados por equipas cuja única função é a prestação destes cuidados, com maior nível de complexidade, e exigindo maior diferenciação. Por último, os centros de excelência prestam cuidados paliativos especializados, destacando-se a

multidisciplinabilidade, o único foco de atividade e formação avançada dos profissionais. Estes assumem-se como referência para educação, formação e investigação na área.

A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) preconiza que os cuidados paliativos sejam cuidados de saúde rigorosos e combinem a ciência com o humanismo, a fim de se assumirem como uma resposta ativa aos problemas decorrentes de doença prolongada e incurável, prevenindo, assim, o sofrimento, e proporcionando a máxima qualidade de vida possível à pessoa em situação paliativa e família (APCP, 2022).

No PNCP são explanados os princípios em que a prática dos cuidados paliativos deverá assentar, sendo eles:

- afirma a vida e encara a morte como um processo natural;
- encara a doença como causa de sofrimento a minorar;
- considera que o doente vale por quem é e até ao fim;
- reconhece e aceita em cada doente os seus próprios valores e prioridades;
- considera que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser clínica e humanamente apoiadas;
- considera que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal;
- assenta na conceção central de que não se pode dispor da vida do ser humano pelo que não antecipa nem atrasa a morte, repudiando a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade diagnóstica e terapêutica;
- aborda de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente;
- é baseada no acompanhamento, na humanidade, na compaixão, na disponibilidade e no rigor científico;
- centra-se na procura do bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim;
- só é prestada quando o doente e a família a aceitam;
- respeita o direito do doente escolher o local onde deseja viver e ser acompanhado no final da vida;

- é baseada na diferenciação e na interdisciplinaridade (DGS, 2005, pp. 8-9).

Em cuidados paliativos são considerados quatro pilares fundamentais: o controlo sintomático, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa (Neto, 2006c); em que todos assumem igual importância e não podem ser subestimados. Segundo Capelas et al. (2017) estes pilares assentam num conjunto de valores filosóficos também chamados de constituintes centrais destes cuidados, tais como: a autonomia, a dignidade, o relacionamento pessoa-profissional, a qualidade de vida, a posição face à vida e à morte, a comunicação.

A comunicação é um requisito essencial para cuidados paliativos de qualidade, e diz respeito à interação entre a pessoa, profissional de saúde e família, bem como, entre toda a equipa multidisciplinar envolvida no processo de cuidar.

Assim, os cuidados paliativos “dirigem-se mais ao doente do que à doença, aceitam a morte, mas também melhoram a vida, constituem uma aliança entre o doente e os prestadores de cuidados e preocupam-se mais com a “reconciliação” do que com a cura” (Twycross, 2003, p.17).

Por tudo isto, salientamos o que refere Ribeiro (2019), "os cuidados paliativos desejam ser uma resposta ativa aos problemas e ao sofrimento produzido pela progressão das doenças crónicas e incuráveis, sofrimento esse que decorre de uma multiplicidade de perdas, de adaptações e de sintomas que vão surgindo, mas não só" (p.41).

### 1.3. O CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA E A TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA

Os cuidados paliativos têm como objetivo basilar proporcionar conforto à pessoa em situação paliativa e à sua família (Twycross, 2003). Conforto significa fortificar, corroborar, conceder, consolar, aliviar, assistir, ajudar e auxiliar (Souza et al., 2020); sendo a sensação de conforto fundamental para a pessoa em situação paliativa (Lourenço, 2021).

De acordo com a classificação da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), o conforto corresponde a um “potencial para melhorar, definido como padrão

de bem-estar, alívio e transcendência em dimensões físicas, psicoespirituais e do meio envolvente e/ou que possam ser fortalecidas” (Doenges & Moorhouse, 2010, p.225).

Segundo a CIPE, conforto é uma "sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal" (ICN, 2016, p.47); no mesmo seguimento, confortar é "consolar alguém nos momentos de necessidade" (ICN, 2016. p. 114); por sua vez, para a OMS, saúde, não é apenas ausência de doença, mas um completo estado de bem-estar físico, mental e social (WHO, 2002). Portanto, bem-estar remete para uma imagem mental de equilíbrio e conforto, traduzida em tranquilidade consigo e com os outros.

O conforto é, pois, considerado uma necessidade humana básica que deve estar presente na saúde e na doença, sendo um desafio para os cuidados de enfermagem. O conforto pode ser tanto físico, como emocional, e a promoção do mesmo deve ter por base as necessidades específicas de cada pessoa (Pinto et al., 2017).

Segundo Oliveira (2011), a promoção do conforto está na essência dos cuidados de enfermagem, pois é considerado um foco próprio da disciplina de enfermagem e restrito ao universo da mesma, quer no domínio teórico quer na prática dos cuidados. Sendo que para Johnson et al. (2009), o conforto é encarado como a percepção positiva da pessoa em relação à sua condição física e psicológica, proporcionando-lhe espaço para se organizar e recuperar força e energia. O conceito de conforto tem sido difícil de clarificar, pelo que as diferenças nas suas definições levam à atribuição de significados diversos na literatura e na prática de cuidados.

Em 1991, Kolcaba e Kolcaba realizaram uma análise semântica em torno do conceito de conforto e identificaram seis significados, assim

“no primeiro, o conforto é considerado uma causa de alívio do desconforto, em que através da identificação das necessidades do indivíduo implementam-se medidas de conforto e conforta-se. No segundo, conforto é definido como um estado de tranquilidade, satisfação, de ausência de dor, preocupação, tristeza, angústia e sofrimento. No terceiro, o conforto é entendido como alívio do desconforto, explicado através dos dois significados anteriores. No quarto, o conforto é percebido como gerador de uma vida fácil, agradável e prazerosa. No quinto e sexto, conforto significa fortalecimento, vigor físico, encorajamento, estímulo, incentivo, ajuda, suporte, renovação e poder” (Nicolau, 2013, p.33).

Desta análise semântica dos significados do conceito, Kolcaba resume conforto como a satisfação das necessidades humanas básicas, com a finalidade de proporcionar alívio e tranquilidade à pessoa a vivenciar situações geradoras de stress (Pinto et al., 2017).

Em 2003, Kolcaba reforça que o conforto assume um papel determinante nos cuidados de enfermagem, resultando na satisfação das necessidades da pessoa, enquanto um todo, ou seja, enquanto ser holístico. Todavia, o processo do conforto só fica completo perante a realização da avaliação dos resultados, motivo pelo qual a autora criou uma teoria na qual este conceito é operacionalizado (Kolcaba, 2003).

De acordo com Martins et al. (2022), os cuidados de enfermagem centrados na promoção do conforto devem ser fundamentados em teorias de conforto que suportem a prestação de cuidados de conforto e as intervenções executadas com esse intuito, através da avaliação das necessidades individuais da pessoa, seguida da prestação de cuidados, tendo como intervenção final a avaliação dos resultados obtidos com os cuidados prestados.

Assim, o conforto é uma experiência subjetiva, uma necessidade humana básica e parte integrante dos cuidados de enfermagem (Lourenço et al., 2021); pelo que é imprescindível colocar a pessoa no epicentro dos cuidados, reconhecer a existência de desconforto, perceber quais os fatores desencadeantes, quais as dimensões do conforto afetadas e quais as necessidades existentes, para, assim, poder supri-las, implementando intervenções e utilizando métodos de avaliação (Martins et al., 2022).

Compete ao enfermeiro avaliar as necessidades fisiológicas, socioculturais, psicológicas e espirituais da pessoa, bem como executar intervenções com vista a dar resposta a essas mesmas necessidades, avaliando o nível de conforto da pessoa antes e depois da execução da intervenção. Para Pinto et al. (2017), estas necessidades resultam de estímulos internos ou externos à pessoa que geram tensões negativas, daí ser fundamental a identificação precoce destas necessidades por parte da equipa de enfermagem, tendo em consideração “as experiências passadas, idade, postura, estado emocional e prognóstico do indivíduo” (Nicolau, 2013, p. 36). As intervenções de enfermagem devem ter por finalidade a diminuição destas tensões negativas e o aumento das tensões positivas, pois só assim é possível satisfazer as necessidades da pessoa e, conseqüentemente, aumentar o seu conforto.

Para Kolcaba (2003), os cuidados de conforto envolvem três tipos de intervenções com o objetivo de promover o conforto na pessoa, sendo elas: intervenções de conforto padrão,

*coaching* e *comfort food for the soul* (Coelho et al., 2018). As intervenções de conforto padrão, ou medidas de conforto, aquelas cujo objetivo visa manter a homeostase, incluindo intervenções relacionadas com o alívio da dor, administração fármacos e posicionamentos, entre outras; sendo importantes na manutenção e recuperação física, e na prevenção de complicações. O *coaching* visa o alívio da ansiedade, transmite segurança e promove a esperança. Por sua vez, as intervenções associadas ao *comfort food for the soul* abarcam o conforto para a alma, como a massagem, a musicoterapia e o toque (Coelho et al., 2018).

Cuidar da pessoa em situação paliativa é um processo complexo que exige uma abordagem multidisciplinar e individualizada, dirigida às necessidades de cada pessoa e da família. Assim, o conforto deve estar sempre no centro da prática de enfermagem, sendo visto como um resultado desejável.

Do mesmo modo, os cuidados prestados à pessoa em cuidados paliativos devem ter por finalidade a promoção da qualidade de vida, com conforto e com o mínimo de sofrimento possível. O que vai ao encontro do que está preconizado pela OE, ao afirmar que “o objetivo dos cuidados é preservar, não a integridade corporal ou a saúde, mas a dignidade humana” (OE, 2015, p.86). Assim, o papel do enfermeiro no cuidado especializado à pessoa em situação paliativa centra-se na comunicação, no controlo sintomático, no trabalho em equipa e no apoio à família, sendo a unidade de cuidados a pessoa e família.

No regulamento n.º 429/2018, que define as competências específicas do EEEMCEPSP, afirma-se que o enfermeiro deve procurar a identificação precoce e o tratamento rigoroso de sintomas físicos, psicossociais e espirituais, antecipando situações de agudização em tempo útil, estabelecendo estratégias que promovam o autoconhecimento e capacitação da pessoa e dos seus familiares e cuidadores, com vista a sua máxima satisfação, bem-estar e conforto (OE, 2018).

Na situação particular da pessoa em situação paliativa e de acordo com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação paliativa, as intervenções de enfermagem visam a busca do conforto e bem-estar, e o alívio do sofrimento em todas as suas vertentes (OE, 2017).

As intervenções de enfermagem pretendem satisfazer as necessidades da pessoa, promovendo o conforto, motivo pelo qual o enfermeiro tem um papel preponderante nos cuidados (Lourenço et al., 2021). Em situações terminais pode não ser possível atingir

um estado de conforto total; mas apenas o alívio de pequenos desconfortos, a realização de pequenos objetivos e a satisfação de pequenos desejos (Pinto et al., 2017).

Compete, assim, ao enfermeiro especialista avaliar, rever e ajustar os cuidados de enfermagem a serem prestados, centrados na pessoa e na sua família, com o intuito de promover a máxima qualidade de vida, o conforto, o bem-estar e, conseqüentemente, a minimização do sofrimento físico e existencial.

**CAPÍTULO 2 - A RELEVÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO NOS  
CUIDADOS À BOCA À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA**

## 2.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Da pesquisa bibliográfica desenvolvida verificamos que o crescente envelhecimento demográfico e o aumento da esperança média de vida conduzem ao aparecimento de mais doenças crónicas, assim como, maiores necessidades de cuidados e, conseqüentemente, de mais recursos humanos, tecnológicos e financeiros. As pessoas com doença crónica, incapacitante e/ou terminal necessitam de cuidados paliativos especializados, orientados para o controlo sintomático e para o apoio psicológico, emocional e espiritual à pessoa e à família, facilitados por um domínio eficaz de estratégias de comunicação. Estes devem ser prestados por profissionais qualificados, inseridos numa equipa multidisciplinar, tendo como sujeitos e alvo dos cuidados a pessoa e a família, com objetivo de preservar a dignidade, melhorar a qualidade de vida e diminuir o sofrimento.

Os cuidados paliativos devem centrar-se na promoção ativa do conforto e na redução do sofrimento associado ao processo de doença. Doenças orais, como xerostomia, mucosite oral e candidíase oral, têm elevada prevalência em cuidados paliativos, podendo causar complicações graves, comprometimento do conforto e da qualidade de vida.

Os cuidados à boca, sendo encarados como promotores do bem-estar e do conforto, devem ser valorizados pelas equipas, nomeadamente, como foco de atenção da prática de enfermagem. Os enfermeiros são profissionais de saúde privilegiados na prestação dos cuidados à boca à pessoa em fim de vida, quer pela proximidade e tempo de contacto com as mesmas, quer ainda porque são intervenções autónomas de enfermagem, pelo que é imprescindível serem detentores de conhecimentos específicos e especializados nesta área.

### **2.1.1. As afeções da boca em cuidados paliativos**

A boca é um órgão complexo e importante, com significado fisiológico e psicológico, responsável pela expressão do ser humano, pelo que a existência de sintomas desconfortáveis é angustiante para qualquer pessoa. As doenças orais afetam o bem-estar físico, psicológico e social devido à dor, alteração da capacidade funcional e diminuição da qualidade de vida (Sifuentes & Lapane, 2020).

Estamos perante uma pessoa com a saúde oral preservada, se existir ausência de dor bucal ou facial, cancro da boca e garganta, infeções e lesões orais, doença gengival e dentária,

e condicionantes limitadoras do comportamento psicossocial, do bem-estar e da capacidade de mastigação, morder, falar e sorrir (WHO, 2013).

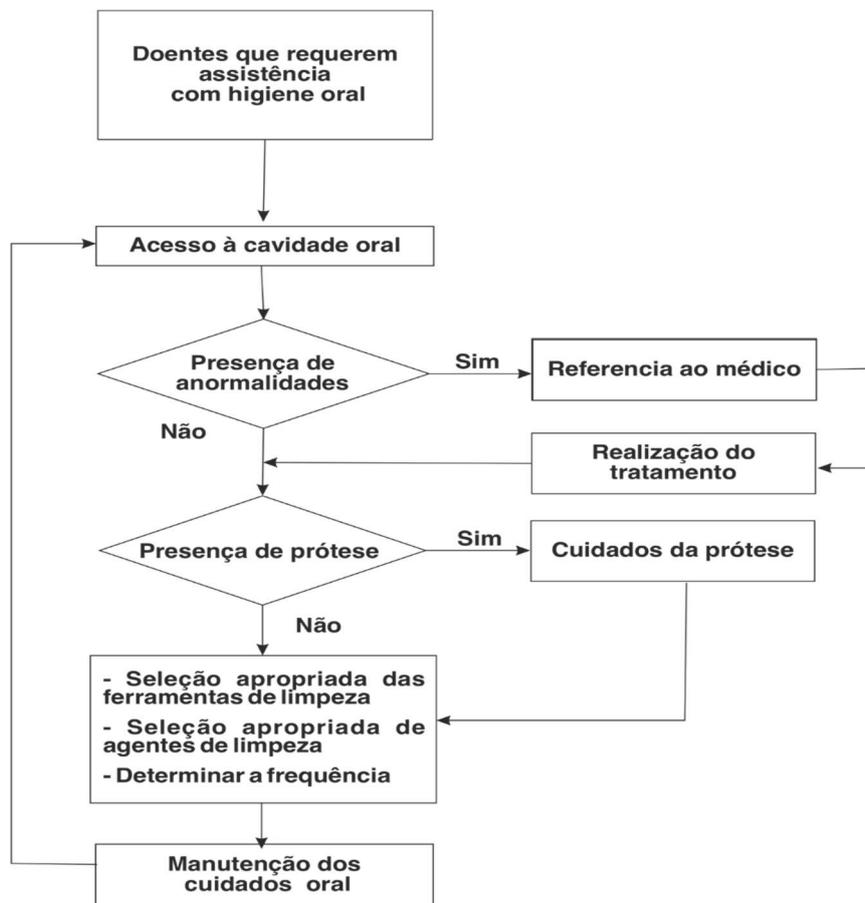
Doenças orais, tais como xerostomia, candidíase oral, estomatite e mucosite oral, possuem uma alta prevalência em adultos de idade mais avançada, portadores de doenças agudas ou crônicas graves, e em fase paliativa (Orcina et al., 2021); levando ao comprometimento do conforto e da qualidade de vida da pessoa, como consequência direta da terapêutica a que estão submetidos e de deficientes cuidados orais, entre outras causas (Orcina et al., 2021; Santana, 2020).

A avaliação da cavidade oral passa pelo registo da história de problemas orais presentes ou passados, medicação habitual e estado nutricional, consideradas e valorizadas todas as queixas da pessoa. Deve ser realizada e registada diariamente, quando em regime de internamento hospitalar. Engloba a correta avaliação e monitorização de diversos aspetos, como a voz, língua, lábios, mucosas, gengiva, saliva, deglutição, dentes e próteses dentárias (Benito, 2010; Capaz, 2019).

É recomendado o recurso a algoritmos de atuação da higiene oral (Figura 1), com o intuito de sistematizar e homogeneizar a avaliação da cavidade oral entre equipas, de maneira a obter um cuidado personalizado com a maior brevidade possível. Tal recurso permite avaliar e controlar o estado da cavidade oral, e progredir nos cuidados à mesma, com base nas necessidades da pessoa (*Ministry of health - Singapore, 2004*).

O algoritmo supracitado descreve, ainda, um guia de avaliação oral, que deve ser realizado à pessoa em situação paliativa, e que avalia: a voz, a deglutição, os lábios, a língua, a saliva, a mucosa, as gengivas, e os dentes e/ou próteses. Assim, por tal razão, dever-se-á realizar uma observação sistemática da cavidade oral (Benito, 2010; Reis, 2012; Rocha, 2011). Sempre que é aplicado um determinado cuidado ou terapêutica deve ser realizada nova avaliação ao fim de três dias, de modo a avaliar a eficácia das intervenções e do tratamento implementado.

**Figura 1 - Algoritmo de atuação para cuidados de higiene oral**



Fonte: Adaptada de *Ministry of health – Singapore, 2004*

Segundo Kenny et al. (2017), a etiologia das afeções a seguir referidas é multifatorial. Alterações do estado nutricional, doenças sistêmicas, tratamentos de antineoplásicos e o uso de múltiplos fármacos são as principais causas para o seu aparecimento. Em que a presença de uma, potencia o aparecimento de outra.

### **Xerostomia**

A xerostomia é uma problemática frequente em cuidados paliativos, com uma prevalência de 60 a 88% em portadores de doença oncológica progressiva e avançada, com consequências físicas, psicológicas e sociais (Orcina et al., 2021).

A xerostomia origina, muitas vezes, alterações da microflora oral, fatores desencadeadores de outros problemas da mucosa oral, nomeadamente infeções fúngicas; sendo considerada fator de risco para outras afeções da boca, tais como candidíase oral,

saburra lingual ou disgeusia (Miletich, 2010; Twycross et al., 2009). Define-se como a sensação subjetiva de boca seca, enquanto resultado de hipossecreção salivar ou da total ausência da produção salivar. A idade avançada, a desidratação, a polimedicação e a reação adversa a fármacos são alguns dos fatores de risco associados à xerostomia que, por conseguinte, são frequentes na pessoa em situação paliativa (Kenny et al., 2017; Orcina et al., 2021; Yousefi & Abdollahi, 2018).

A diminuição do fluxo salivar pode estar relacionada com a hipertrofia das glândulas parótidas, como no caso das pessoas com diabetes *mellitus*, com hábitos alcoólicos e/ou tabágicos e anorexia. A diminuição da produção de saliva e/ou da qualidade da mesma, predispõe ao aparecimento de lesões na boca. Conduzindo ao isolamento devido à dificuldade na comunicação, à halitose e à dor, o que interfere de forma negativa no conforto, no bem-estar e, conseqüentemente, na qualidade de vida.

O papel do enfermeiro no tratamento da xerostomia visa aumentar a produção de saliva por estimulação mecânica, gustativa e/ou farmacológica, assim como, diminuir a sensação de boca seca. Com recurso a substitutos e/ou estimulantes salivares, reforço dos cuidados de higiene oral e ações de promoção da saúde oral.

Lysik et al. (2019) defendem que os estimulantes salivares têm efeitos benéficos superiores aos substitutos de saliva, visto que os estimulantes aumentam a secreção da saliva natural, melhorando a xerostomia e a hipossalivação, enquanto, os substitutos da saliva, apenas, melhoram a xerostomia (Barros, 2020). De acordo com Fazel e Millsop (2016), a estimulação da produção salivar pode ser potenciada pela sucção de cubos de gelo, fruta ácida e pelo aumento do consumo de água.

### **Mucosite oral**

A mucosite oral está, muitas vezes, presente na pessoa em situação paliativa, principalmente nas portadoras de doença oncológica, submetidas a quimioterapia e/ou radioterapia (Orcina et al., 2021). Tem como manifestações clínicas a ulceração, xerostomia, ageusia, dor, infeções, hemorragias e alteração do estado nutricional, interferindo na qualidade de vida da pessoa; e caracteriza-se pela inflamação e ulceração da mucosa oral, acompanhada de edema local, eritema da pele e sensibilidade aumentada (Bolton, 2021).

Os sinais e sintomas iniciais da mucosite oral incluem o edema, o eritema, o aumento da sensibilidade a alimentos quentes ou com maior nível de acidez, e a sensação de ardor. É comum o surgimento de ulcerações dolorosas de coloração esbranquiçada ou opalescente, resultado da diminuição da ingestão alimentar, má nutrição e desidratação, resultando no aumento do risco de infecção local e sistêmica, e no comprometimento das funções da cavidade oral. Em algumas situações é necessário adaptar a dieta, no que se refere à sua consistência, temperatura e tipo de alimentos. Em casos mais graves poderá ser necessário recorrer a outras vias de alimentação. Para além disto, no caso da pessoa ainda se encontrar sob tratamento antineoplásico, pode resultar na suspensão do mesmo, comprometendo a sua sobrevivência (Hong, et al., 2019).

A dor associada à mucosite oral é o sintoma mais frequente e está diretamente relacionada ao aumento da sensibilidade das terminações nervosas localizadas na cavidade oral. Como consequência da dor, a pessoa apresenta dificuldade na comunicação, disfagia e alterações no estado nutricional.

A existência de vários estudos relacionados com a mucosite oral, tem vindo a demonstrar que o tratamento de eleição se centra no controlo de sintomas, sendo considerado um cuidado paliativo (Barillari et al., 2015). Preconiza-se, em consequência, a utilização de analgésicos para controlo da dor associada, e de medicamentos antifúngicos, sempre que indicado, em associação com o reforço dos cuidados de higiene oral.

### **Candidíase oral**

A candidíase oral é das infeções fúngicas mais frequentes na pessoa em situação paliativa, principalmente nas que foram previamente sujeitas a quimioterapia e/ou radioterapia (Orcina et al., 2021).

A candidíase oral é geralmente assintomática, no entanto, as manifestações clínicas dependem dos fatores de risco presentes. Assim, algumas pessoas podem referir sensação de desconforto oral, tais como: dor, sensação de ardor, dificuldade na ingestão de líquidos e alimentos, tumefação, sintomatologia esta que afeta significativamente a qualidade de vida das mesmas (Ferreira et al., 2015).

São vários os fatores de risco que contribuem para o aparecimento de candidíase oral, podendo ser sistémicos ou locais, tais como a imunossupressão ou iatrogenias que

originam a destruição da flora da mucosa oral. Tão ou mais importante que o tratamento da candidíase oral é a prevenção da mesma, através da identificação e eliminação dos fatores de risco e/ou tratamento das suas causas. O diagnóstico da candidíase oral é um diagnóstico clínico, baseado no reconhecimento das lesões pelo profissional de saúde (Fazel & Millsop, 2016).

O tratamento inclui estratégias não farmacológicas, como a adequada higiene oral, gestão da xerostomia e manutenção das próteses dentárias, através da sua higienização, escovagem e avaliação recorrente, a fim de garantir a sua correta adaptação (Fazel & Millsop, 2016). Por sua vez, o tratamento farmacológico, passa pelo recurso a antifúngicos tópicos, como a nistatina e o miconazol, e/ou sistémicos, como a anfotericina B e os derivados azólicos (Garcia-Cuesta et al., 2014).

### **Halitose**

A halitose vulgarmente designada de mau hálito, não é uma patologia, mas sim um sintoma desagradável que afeta a vida social e psicológica da pessoa (Ortiz & Filippi, 2021), indicativo de alguma alteração no organismo, de etiologia multifatorial, podendo ter origem fisiológica, local, sistémica ou patológica (Butze et al., 2015).

Todavia, grande parte dos casos de halitose estão relacionados com a falta de higiene oral, nomeadamente, a má higiene da língua, pois esta é o local de deposição de matéria orgânica em decomposição, provocada por bactérias anaeróbias. O tratamento da halitose passa por manter uma boa higiene oral, adequado cuidado com as próteses dentárias, evitar a ingestão de álcool, tratar a estase gástrica, com recurso a procinéticos, e as infeções da cavidade oral (Gonçalves, 2011; Ortiz & Filippi, 2021).

Desta forma, é crucial que os enfermeiros demonstrem disponibilidade e preocupação em realizar uma avaliação minuciosa da cavidade oral e o correto diagnóstico, de forma a intervir e tratar as possíveis causas da halitose, melhorando a saúde física e psicológica da pessoa, bem como, a sua interação social (Carvalho, 2016).

### **2.1.2. A importância dos cuidados à boca em cuidados paliativos**

A pessoa em situação paliativa pode ser afetada por desconforto decorrente de inúmeros fatores externos, os quais podem ser diminuídos e controlados pelos enfermeiros. Dentro

das diversas intervenções de enfermagem que podem proporcionar conforto à pessoa em situação paliativa, os cuidados à boca são uma delas (Constance & Golsmith, 2015).

A boca é um sistema complexo, composta por diversas estruturas, todas com funções específicas, entre as quais, a alimentação e a comunicação. Além disso, os cuidados à boca têm por finalidade a promoção do conforto, a ausência de lesões dolorosas ou infecções e, ainda, proporcionar hidratação, limitar a placa bacteriana e remover vestígios alimentares (Andersson & Persinius, 2021; Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos [SECPAL], 2017). Os cuidados orais traduzem a qualidade em enfermagem, sendo que a sua prática contribuí para a promoção da qualidade de vida e bem-estar.

Os cuidados à boca à pessoa em situação paliativa têm influência no “conforto, bem-estar, autoestima e imagem corporal, sendo também importante para a manutenção do estado nutricional, da saúde da cavidade oral e prevenção de infecções” (Capaz et al., 2019, p. 68). Assim, cuidados orais específicos e sistematizados são cruciais na promoção da qualidade de vida, com impacto direto no conforto, bem-estar, autoestima e imagem corporal. Porém, muitos enfermeiros encaram os cuidados à boca apenas como um cuidado de higiene e conforto, desconhecendo a sua influência na prevenção de infecções e outras doenças sistêmicas, com impacto direto no tempo de internamento (Rumagilhwa & Bhengu, 2019).

É fundamental que os enfermeiros compreendam que, com o evoluir da doença, surgem problemas de saúde oral que interferem diretamente com o conforto e qualidade de vida da pessoa (Riley, 2018). Para Venkatasalu et al. (2020), 40% das pessoas com necessidades paliativas não reúnem condições para comunicar as suas alterações orais e não efetuam a higiene oral sem ajuda, o que gera o agravamento das alterações orais, associado a quadros de dor e desconforto; podendo ser evitados através de avaliações regulares da cavidade oral e planos de cuidados adequados e individualizados.

Jucan e Saunders (2015) referem que a própria pessoa em situação paliativa, muitas vezes, não menciona aos enfermeiros o aparecimento de alterações orais, por lhe atribuírem pouca importância (Carr et al., 2013). Torna-se primordial que quer enfermeiros quer a pessoa em situação paliativa e a família se envolvam mais nos cuidados orais, e atribuam à boca a mesma importância dada ao resto do corpo (Riley, 2018).

Os cuidados à boca à pessoa em situação paliativa devem abarcar um conjunto de intervenções cujos objetivos visam manter a mucosa e os lábios húmidos, íntegros, limpos

e suaves; eliminar a placa bacteriana e restos alimentares; prevenir infecções, complicações e dor; e evitar o isolamento social (Andersson & Persinius, 2021). É, ainda, essencial a avaliação da cavidade oral e de problemas estomatológicos prévios, como dor, secura, anorexia, dismastia, disfagia, disfonia, alterações do paladar e terapêutica ou tratamentos a realizar (Benito, 2010). Para Palmela e Salvado (2010), os cuidados de higiene oral devem ser realizados 2 a 3 vezes por dia, se possível uma escova suave ou ultra suave ou, em alternativa, com esponjas ou compressas humedecidas.

Já para Benito (2010), os cuidados orais básicos implicam a higiene da boca quatro vezes por dia (depois das refeições e ao deitar), uso de uma escova de dentes suave, compressas ou esponja (dentes e língua), limpeza delicada dos lábios e aplicação de hidratante labial. No cuidado às próteses dentárias recomenda: a remoção das próteses para higienização, o escovar com escova dura sob água corrente e utilização dos produtos adequados, bem como o mergulhar das próteses dentárias em soluções de hipoclorito de sódio a 1% ou soluções de clorhexidina durante a noite.

Para Zimmerman et al. (2017) cuidados de higiene oral básicos são, muitas vezes, negligenciados na pessoa em situação terminal e/ou agónica. Pois, se por um lado a pessoa apresenta, nesta fase, maior dependência no autocuidado; por outro lado, enfermeiros e cuidadores julgam suficientes cuidados de higiene oral reduzidos, como por exemplo a simples humedificação da cavidade oral. Como já aqui foi exposto, a higiene oral está diretamente relacionada com a qualidade de vida, pelo que não deve ser reduzida na pessoa em fim de vida.

Desta forma, a principal intervenção do enfermeiro deve passar pela prevenção, mantendo a cavidade oral da pessoa saudável, de forma a diminuir a incidência e a gravidade da dor e das complicações, a preservar a capacidade funcional, a deglutição, a comunicação, o apetite e o paladar (Oliveira et al., 2014). No caso de comprometimento das condições da boca, o conforto, a comunicação verbal, a expressão de sentimentos e a autoestima são afetados (Serrano, 2009).

Para que tal aconteça, Constance e Golsmith (2015) afirmam que os enfermeiros devem deter conhecimentos sobre a anatomia da cavidade oral, as funções das estruturas da cavidade oral, a correta avaliação do estado da cavidade oral, as alterações que são passíveis de ocorrer e, conseqüentemente, como intervir perante as mesmas. No entanto, alguns autores defendem que apesar de os enfermeiros compreenderem a importância dos

cuidados à boca à pessoa em situação paliativa, bem como, o seu impacto na sua qualidade de vida, atribuem-lhe uma prioridade baixa, pelo que os cuidados prestados são pouco sistematizados, sendo, muitas vezes, subvalorizados (Andresson & Persinius, 2021; Zimmerman et al., 2017).

Um estudo realizado por Junior et al. (2020) demonstra a existência de negligência da higiene oral por parte dos enfermeiros, apontando para a necessidade de um investimento na formação sobre os cuidados à boca na pessoa hospitalizada.

Embora, a prestação dos cuidados de higiene oral faça parte do quotidiano da atividade dos enfermeiros, vários autores destacam algumas barreiras à sua execução. Tais como, a falta de conhecimentos, a falta de recursos materiais, inexistência de protocolos, doentes não colaborantes (Gibney et al., 2015) e a desvalorização dos cuidados orais (Junior et al. 2020; Nogueira & Jesus, 2017), entre outras.

Assim, os cuidados à boca à pessoa em situação paliativa pressupõem que os enfermeiros possuam conhecimentos e competências, em diferentes áreas, como

“a avaliação do estado da boca, o reconhecimento precoce de alterações, o planeamento das intervenções, uma higiene cuidada da cavidade oral, registos precisos onde estejam descritas as alterações encontradas e a evolução das mesmas, os cuidados prestados, a avaliação da eficácia das intervenções e o seu impacto na vida das pessoas” (Capaz et al., 2019, p.73).

Para Amante (2019) a forma de ultrapassar esta problemática é o desenvolvimento e aplicação de protocolos de higiene oral eficazes, específicos e individualizados. É fundamental a utilização de protocolos sobre os cuidados orais para uma prestação de cuidados sistematizados, adequados e continuados (Serrano, 2009). Os protocolos sobre os cuidados orais “devem assumir-se como diretrizes terapêuticas alicerçadas em evidências científicas e práticas de consenso. Estes promovem o desenvolvimento significativo da segurança e qualidade dos cuidados prestados, uma vez que atenua a variabilidade da conduta clínica.” (Gomes, 2017, p.40).

Como exposto até aqui, os bons cuidados de higiene oral são cruciais para manter a qualidade de vida, o conforto, o bem-estar, a autoestima e a imagem corporal da pessoa, assim como para a prevenção de diversas complicações.

### **2.1.3. O papel do enfermeiro especialista nos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa**

A OMS afirma que as doenças da cavidade oral resultam em problemas sociais e pessoais, com impacto psicossocial, traduzindo redução da qualidade de vida (WHO, 2013).

Os cuidados à boca à pessoa em situação paliativa têm-se mostrado cada vez mais como uma intervenção de enfermagem indispensável. As comorbidades e a deterioração progressiva do estado da pessoa, assim como, a utilização frequente de opióides na fase final de vida têm como principais efeitos secundários a xerostomia e a mucosite oral.

Assim, torna-se imperioso a definição de intervenções de enfermagem individualizadas, que englobem medidas de conforto significativas e com objetivos direcionados às necessidades de cada pessoa (Kolcaba, 2003). Cabe ao EEEMCEPSP elaborar um diagnóstico destas necessidades, tendo em conta o seu grau de dependência (OE, 2018).

Além disso, segundo o regulamento das competências do EEEMCEPSP (OE, 2018), é da sua competência aprender e desenvolver conhecimento sobre os cuidados à boca para, posteriormente, prestar uma adequada higienização da mucosa oral e dotar a pessoa e a família de conhecimentos e capacidades que lhes permitam promover a sua saúde oral (Junior et al., 2020).

Passos et al. (2014) referem que os cuidados de preservação da vida devem englobar os cuidados de higiene oral que, apesar de considerados cuidados simples, em contexto de internamento hospitalar apresentam um grande impacto na saúde da pessoa. Deste modo, os enfermeiros devem compreender a relevância dos cuidados à boca, bem como, assumir a responsabilidade pela execução dos mesmos, reconhecendo o seu papel, potencializando os benefícios desta intervenção e minimizando os riscos associados à falta da mesma.

É, também, da responsabilidade do enfermeiro a avaliação da boca, com o intuito de promover os melhores cuidados de higiene oral e, conseqüentemente, a melhoria do conforto e da qualidade de vida da pessoa, assim como, o envolvimento da mesma nestes cuidados pessoais. Para Barros (2020, p. 8) “cabe ao enfermeiro a avaliação, supervisão e a implementação das mais diversas intervenções, face à identificação das diferentes afeções da boca”.

Identificadas as afeções da boca da pessoa, é dever do enfermeiro diagnosticar as mesmas e, de imediato, planejar e implementar os cuidados de enfermagem necessários. De realçar, que todas as etapas integrantes do processo de enfermagem têm por finalidade a promoção da saúde e a prevenção do agravamento das afeções já presentes, bem como, o surgimento de novas afeções. Assim, deve ser realizada uma avaliação constante da eficácia das intervenções implementadas (OE, 2018). As intervenções de enfermagem podem passar pela execução dos cuidados à boca pelo próprio enfermeiro como pelo ensino, sensibilização e incentivo, quer à pessoa quer aos seus familiares, para a realização destes cuidados, com o intuito de diminuir o risco de aparecimento das diversas afeções da boca ou de tratar as já instaladas.

Os enfermeiros são o grupo profissional que mais contribui para a eficiência de ações de educação para a saúde (Andrade, 2009); e, no que respeita aos cuidados de higiene oral, devem realizar “atividades como ensinar conhecimentos e atitudes em relação à saúde oral, práticas de higiene oral” (Cunha, et al., 2014, p. 175).

Neste seguimento, a realização dos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa não se resume meramente a uma intervenção física, visto que, todo o ambiente em que essa intervenção se desenrola permite a criação da interação enfermeiro-pessoa e, conseqüentemente, do desenvolvimento da relação terapêutica. Cada enfermeiro é responsável por recriar novas formas de atuação nos cuidados gerais à boca, porém, é necessário conhecer qual a forma mais adequada de o fazer. Cabe aos enfermeiros, através da prática baseada na evidência, utilizar as competências adquiridas da forma mais correta e eficaz para cada situação (Gomes, 2017).

Os cuidados orais são um dos indicadores de qualidade em cuidados paliativos (Capelas et al., 2018) e, para além disto, são considerados indicadores de cuidados de enfermagem de qualidade (Stout et al., 2009), e de boa prática clínica, uma vez que contribuem para a manutenção da qualidade de vida, do conforto, bem-estar, autoestima e imagem corporal, bem como, para a manutenção do estado nutricional da pessoa, da saúde da sua cavidade oral e para a prevenção do desenvolvimento de infeções.

De forma a garantir a boa prática de cuidados de enfermagem, assim como, a continuidade dos mesmos, é crucial a elaboração de registos de enfermagem, enquanto testemunho de uma atividade reflexiva, baseada na evidência, de desejo de organização e dos cuidados prestados. Assim, os registos de enfermagem são essenciais para orientar a prática diária

dos cuidados, de modo a evitar esquecimento da sua execução (Hesbeen, 2001). Pelo que e segundo Amante (2019), todas as observações realizadas à cavidade oral e os cuidados estabelecidos devem ser devidamente registados, dada a importância que os registos têm, nos cuidados à boca, para a continuidade dos cuidados e para complicações que podem assumir dimensões graves para a pessoa. Para Capaz et al. (2019) a documentação da observação efetuada demonstra a importância destes dados para a identificação de diagnósticos de enfermagem e para a melhoria dos cuidados prestados.

Embora sabendo que “os registos de enfermagem contribuem para a avaliação da competência no desempenho das intervenções, estes, muitas vezes, não contemplam os cuidados à boca” (Capaz et al., 2019, p.72). Para Coker et al. (2013) não existe consenso na forma como são elaborados estes registos e não é utilizada linguagem padronizada, o que dificulta as pesquisas e os projetos de melhoria de qualidade nesta área. Capaz et al. (2019) salientam que é necessária a implementação de instrumentos de avaliação, válidos e fiáveis, que permitam avaliar a eficácia dos cuidados à boca, facilitando a criação de indicadores de qualidade de processo e de resultado.

Segundo a alínea d) do 83º artigo 83º do Código Deontológico do Enfermeiro, o enfermeiro tem o dever de “assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas” (OE, 2005, p.107), sendo que os registos são fundamentais para a visibilidade das intervenções realizadas, uma vez que “a ausência de registo pode ser assumida como ausência de identificação/avaliação ou realização, com as implicações que decorrem desta possibilidade” (OE, 2015, pp.70-71).

Para tal, e segundo o regulamento das suas competências específicas, o EEEMCEPSP deve recorrer ao seu leque de conhecimentos técnico-científicos para adotar as estratégias, farmacológicas ou não farmacológicas, ou à combinação destas, de modo a prevenir e tratar as afeções da boca (OE, 2018), visto que a enfermagem tem um papel preponderante na condução e adoção de medidas preventivas na redução da incidência das afeções da boca, promovendo significativamente a qualidade de vida da pessoa em situação paliativa (Oliveira, et al., 2014).

Cabe ao enfermeiro especialista demonstrar uma visão mais aprofundada do que a do enfermeiro generalista sobre estas situações, e revelar uma prática diferenciada na execução das suas intervenções, sempre com o intuito de tentar desenvolver as capacidades na pessoa, maximizando a sua autonomia e independência.

Assim, o enfermeiro especialista, no pleno exercício das suas funções, maximiza o potencial da pessoa em situação paliativa, objetivando a manutenção da sua condição de saúde, a melhoria da sua funcionalidade e autonomia, bem como, a promoção da qualidade de vida, bem-estar, conforto e dignidade na fase final da vida (Ribeiro, 2017).

## 2.2. OPÇÕES METODOLÓGICAS

Para Fortin (1999) na fase metodológica de um projeto, o investigador determina os métodos que vai utilizar para responder à pergunta que elaborou. Assim, neste ponto, apresentamos a questão de investigação e os objetivos do estudo, tipo de estudo, contexto, população e amostra, instrumentos de recolha e procedimentos de análise de dados, finalizando com os preceitos éticos que devem orientar uma pesquisa.

### 2.2.1. Questão de investigação, objetivos e finalidades do estudo

A questão deve ser baseada na revisão bibliográfica, identificando conhecimento existente que fundamente a nossa questão ou teoria, ou pelo contrário, verificando escassos conhecimentos e a necessidade de os explorar ou abordar de outros modos (Fortin, 1999). Também, segundo a autora, a questão de investigação define o tipo de estudo.

No sentido de aprofundar a pertinência da problemática dos cuidados orais à pessoa em situação paliativa foram realizadas entrevistas exploratórias informais aos enfermeiros da EIHSCP e a alguns enfermeiros dos serviços onde a equipa presta consultadoria. Foram entrevistados também dois enfermeiros gestores, afim de perceber se esta temática é valorizada pelas chefias, e quais são as estratégias motivacionais utilizadas para sensibilizar os enfermeiros.

A partir das respostas obtidas notamos que parecem não existir protocolos sobre a temática, nem estratégias nem intervenções sistematizadas para a prevenção das afeções orais. Percebemos, ainda existirem lacunas no conhecimento sobre os cuidados orais.

Tendo por base o exposto e a inquietude de que os receios sentidos sejam diversos, consideramos pertinente a realização do nosso estudo, pois conhecendo melhor a realidade, melhor se pode atuar sobre ela, de modo a atenuar ou resolver problemas. Neste sentido formulamos a seguinte questão de investigação: “Qual o conhecimento e as

práticas dos enfermeiros relativamente aos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa?”

Assim, o objetivo geral do estudo visa analisar os conhecimentos e as práticas dos enfermeiros nos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa, pretendendo, como refere Fortin (1999) transmitir de forma clara o que se pretende obter para responder à questão de investigação.

Os objetivos específicos passam por: descrever os conhecimentos dos enfermeiros sobre os cuidados à boca à pessoa em situação paliativa; descrever como priorizam os cuidados à boca à pessoa em situação paliativa; analisar os registos de enfermagem relativos aos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa; identificar dificuldades/constrangimentos percebidos pelos enfermeiros nos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa; e identificar necessidades formativas na prestação dos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa.

Deste modo, pretendemos com este estudo, sensibilizar e consciencializar os enfermeiros para a valorização destes cuidados, promotores do conforto, do alívio do sofrimento e dignidade da pessoa em situação paliativa, bem como, da sua família.

### **2.2.2. Tipo de estudo**

Como já mencionamos, uma investigação parte de uma inquietação ou de um interesse do investigador. A nossa temática é, pois, fruto, sobretudo de um interesse pessoal e da vivência em primeira pessoa desta experiência de cuidar da pessoa em fim de vida. Segundo Fortin (1999, p.135) “o nível dos conhecimentos no domínio em estudo determina a escolha do tipo de investigação (...). De qualquer forma, é a questão de investigação que dita o método apropriado ao estudo de um fenómeno”.

Tendo em conta os objetivos e a questão definida, o estudo terá que permitir a descrição da realidade experienciada pelos enfermeiros na prestação de cuidados à boca à pessoa em situação paliativa. Tratando-se, então, de uma abordagem exploratória-descritiva, de natureza quantitativa, com o objetivo de denominar, classificar e descrever a população.

Num estudo descritivo, o investigador seleciona uma série de questões, colhe informações e descreve o que pesquisa. Num estudo exploratório, investiga-se um tema ou problema de pesquisa ainda pouco estudado (Fortin, 2009).

### **2.2.3. Contexto de pesquisa, população e amostra**

Este estudo realizou-se num Centro Hospitalar da região Norte, nos serviços de internamento, Medicina Interna (Medicina Homens UF, Medicina Mulheres UF, Medicina UST), Cirurgia Geral UF, Ortopedia UF, Serviço de Urgência UF e UST, UCIM UF, Ginecologia UF e Polivalente UST, em junho de 2022.

Segundo Coutinho (2014, p. 89) “população é o conjunto de pessoas ou elementos a quem se pretende generalizar os resultados e quem partilham uma característica comum. População acessível ou disponível é a parte da população da qual se selecionará a amostra”. A população acessível deste estudo são os enfermeiros do Centro Hospitalar em causa que exercem funções nos serviços mencionados, num total aproximado de 323 enfermeiros.

A amostra foi constituída por de 123 enfermeiros a exercer funções nos serviços referidos, que responderam ao questionário elaborado para o efeito, caracterizando o método de amostragem não probabilístico por conveniência. Segundo Polit et al. (2004), amostra é o subconjunto da população selecionada para participar numa pesquisa. Pode ser entendida também como o “conjunto de sujeitos (pessoas, documentos, etc.) de quem se recolherá dados e deve ter as mesmas características das da população de onde foi extraída” (Coutinho, 2014, p.89).

Definimos como critério de inclusão, enfermeiros na prática de cuidados nos serviços de Cirurgia, Medicina, Ortopedia, Ginecologia, UCIM, Polivalente e Serviço de Urgência, que aceitaram, voluntariamente, participar no estudo.

Como critérios de exclusão delineamos enfermeiros gestores, enfermeiros que não exerçam funções nos serviços supramencionados, nomeadamente o serviço de pediatria e obstetrícia uma vez que a EIHSCP não presta consultadoria a estes serviços, e enfermeiros em gozo de férias ou de atestado médico.

### **2.2.4. Instrumento de colheita de dados**

A colheita de dados é fundamental para obtermos informação que possamos analisar e dela retirar conclusões. Para dar resposta aos objetivos do estudo elegemos um questionário como método de colheita de dados, pois a sua utilização “ajuda a organizar,

a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa” (Fortin, 1999, p. 249).

Como refere a autora, os questionários podem conter perguntas abertas ou fechadas. E o investigador pode recolher os dados utilizando um questionário já existente ou criar o seu próprio questionário para responder às suas necessidades particulares, tendo elegido a última opção.

O questionário elaborado está organizado em duas partes: a parte I é constituída por questões de caracterização socioprofissional, relativas às variáveis: idade, género, habilitações académicas, habilitações profissionais, anos de experiência profissional e no serviço e formação sobre cuidados paliativos/cuidados à boca. A parte II é composta por questões fechadas, de escolha múltipla, e questões abertas, de resposta curta, relativas a variáveis como conhecimentos e práticas, bem como, dificuldades/constrangimentos nos cuidados à boca da pessoa em situação paliativa (Apêndice 1).

A recolha de dados decorreu via online através da aplicação informática *Google Forms*, onde é explicado o objetivo do estudo, instruções relativas ao preenchimento do mesmo e a garantia do anonimato, confidencialidade e voluntariedade, com opção de bloqueio, caso o participante não consinta participar no estudo.

### **2.2.5. Procedimentos estatísticos**

A análise de dados foi realizada através do *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 23. Para análise descritiva das variáveis foram utilizadas medidas de distribuição de frequências (frequências absolutas e relativas), apresentadas em tabelas e gráficos, para facilitar a sua leitura.

### **2.2.6. Princípios éticos**

As questões éticas, numa investigação, relacionam-se com a posição do investigador para com o estudo, para com os participantes e está presente ao longo de todo o processo. (Nunes, 2013).

A preocupação com os intervenientes numa investigação teve início, quando em 1946 o tribunal de Nuremberga puniu criminosos de guerra por crueldade infligida a seres

humanos em nome da investigação e do progresso. Foi elaborado o tratado de Nuremberga, que define recomendações internacionais sobre aspetos éticos da pesquisa em seres humanos. Na base deste documento está o consentimento informado, tendo este que ser obtido antes de qualquer investigação. O consentimento informado é voluntário, livre e esclarecido, tendo em conta os quatro enunciados do princípio de Beauchamp: a beneficência, a não maleficência, a autonomia e a justiça (Beauchamp & Childress, 2013). Tendo em conta a declaração de Helsínquia, a convenção de Oviedo, e os princípios nela inseridos, serão garantidos aos participantes: toda a informação acerca do estudo; a autodeterminação; o direito à intimidade e ao anonimato da sua identidade, não sendo obtidos dados identificativos do participante e confidencialidade da informação fornecida (Nunes, 2013).

Indo ao encontro ao referido anteriormente, foi solicitado aos participantes que tomassem conhecimento da investigação através da nota introdutória do questionário, onde é salvaguardado o anonimato, a confidencialidade e a voluntariedade, com opção de bloqueio, caso o participante não consentisse participar no estudo.

De acordo com o estipulado na declaração de Helsínquia para além do consentimento informado dos participantes, é necessário solicitar autorização às instituições envolvidas no estudo. Assim, foi pedida autorização à instituição, sob a forma da Comissão de Ética para a Saúde e do Conselho Administrativo, para o desenvolvimento do presente trabalho de investigação. Para tal, foi preenchido e entregue impresso próprio da instituição, requerimento de acesso a informação para investigação, e anexado todos os documentos solicitados, tendo sido aprovado pela Comissão de Ética e pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar (Anexo 1).

### 2.3. RESULTADOS

Como já aqui referido, os dados recolhidos através de questionário distribuído aos enfermeiros foram tratados estatisticamente através do programa informático SPSS. A análise de dados é constituída pela análise estatística descritiva simples, em que são determinadas as frequências absolutas e percentuais.

Neste subcapítulo expõe-se a apresentação dos resultados e a análise dos dados relativos às variáveis em estudo: caracterização socioprofissional, conhecimentos e práticas de

cuidados à boca da pessoa em situação paliativa, dificuldades/constrangimentos identificados, entre outros.

### 2.3.1. Caracterização socioprofissional

A amostra é constituída por 123 enfermeiros, cujas características socioprofissionais são apresentadas na Tabela 1. A maioria é do género feminino, 82,9% (n = 102) e predomina o grupo etário entre os 30 e os 39 anos, 48,8% (n = 60). Em termos de formação académica, a quase totalidade da amostra, 91,9% (n = 113) detêm apenas a licenciatura e cerca de 8% (n = 10) tem mestrado. Quanto à categoria profissional, 70,7% (n = 87) têm a categoria de enfermeiro, mas 29,3% (n = 36) já é especialista em Enfermagem. Em relação ao serviço em que exercem funções, destaca-se o de Medicina, 39,8% (n = 49), seguido pelo Serviço de Urgência, 26,8% (n = 33). Relativamente ao tempo de exercício profissional, 28,5% (n = 35) da amostra é de 14 a 18 anos, e 23,6% (n = 29) é de mais de 19 anos. Observa-se que a maioria dos participantes, 79,7% (n = 98) declara não possuir formação específica em cuidados paliativos, e apenas 8,1% (n = 10) refere ter participado em formação sobre temática dos cuidados à boca.

Ainda no que respeita à formação, destacamos que dos dez participantes que possuem mestrado, apenas três, é na área dos cuidados paliativos. No respeito à especialidade (n = 36): 13% (n = 16) em enfermagem de reabilitação, 7,3% (n = 9) em enfermagem médico-cirúrgica, 2,4% (n = 3), em enfermagem comunitária, 2,4% (n = 3), em enfermagem de saúde materna e obstétrica, 1,6% (n = 2), em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, 1,6% (n = 2), em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação paliativa e, por fim, 0,8% (n = 1) em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

**Tabela 1- Caracterização da amostra**

	n	%
<b>Género</b>		
○ Masculino	21	17,1
○ Feminino	102	82,9
<b>Idade</b>		
○ Até 29 anos	25	20,3

○ 30-39 anos	60	48,8
○ 40-49 anos	29	23,6
○ 50-59 anos	7	5,7
○ Mais de 60 anos	2	1,6
<b>Formação Acadêmica</b>		
○ Licenciatura	113	91,9
○ Mestrado	10	8,1
<b>Categoria profissional</b>		
○ Enfermeiro	87	70,7
○ Enfermeiro especialista	36	29,3
<b>Serviço</b>		
○ Medicina	49	39,8
○ Cirurgia	15	12,2
○ Ortopedia	12	9,8
○ Urgência	33	26,8
○ UCIM	4	3,3
○ Ginecologia	4	3,3
○ Polivalente	6	4,9
<b>Tempo de exercício profissional</b>		
○ Até 3 anos	12	9,8
○ 4-8 anos	23	18,7
○ 9-13 anos	24	19,5
○ 14-18 anos	35	28,5
○ Mais de 19 anos	29	23,6
<b>Formação em cuidados paliativos</b>		
○ Não	98	79,7
○ Sim	25	20,3
<b>Participação em formação sobre os cuidados à boca</b>		
○ Não	113	91,9
○ Sim	10	8,1

---

### 2.3.2. Conhecimentos e práticas de cuidados à boca da pessoa em situação paliativa

A Tabela 2 apresenta os resultados da análise descritiva relativa à perspectiva dos enfermeiros acerca da prestação dos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa. Observa-se que a quase totalidade da amostra refere prestar cuidados a pessoas em situação paliativa, 95,9% (n = 118), e prestar cuidados à boca a pessoas em situação paliativa, 94,3% (n = 116). No entanto, cerca de metade da amostra (53,7%; n = 66) refere atribuir alguma prioridade a este tipo de cuidados, embora 30,9% (n = 38) mencione atribuir prioridade máxima. Quando questionados acerca da periodicidade com que entendem que devem ser executados estes cuidados, 42,3% (n = 52) responderam 3 vezes por dia e 23,6% (n = 29) referiram sempre que necessário.

Em relação aos momentos em que entendem que estes cuidados devem ser executados, 66,7% (n = 82) refere sempre que necessário, 43,1% (n = 53) especificaram, durante os cuidados de higiene, e 39,0% (n = 48) refere ser depois das refeições. Os aspetos que mais enfermeiros reportaram observar/avaliar durante a realização dos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa foram o estado da língua (90,2%; n = 111), da mucosa oral (89,4%; n = 110), dos lábios (81,3%; n = 100) e dos dentes (66,7%; n = 82). No que se refere às alterações mais frequentemente identificadas destaca-se a acumulação de secreções (70,7%; n = 87), candidíase oral (63,4%; n = 78), halitose (62,6%; n = 77), xerostomia (48,8%; n = 60) e mucosite oral (44,7%; n = 55).

**Tabela 2 - Prestação dos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa**

	n	%
<b>Prestação de cuidados a pessoas em situação paliativa no exercício profissional</b>		
○ Não	5	4,1
○ Sim	118	95,9
<b>Prestação de cuidados à boca a pessoas em situação paliativa no exercício profissional</b>		
○ Não	7	5,7
○ Sim	116	94,3

**Prioridade atribuída aos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa**

○ Pouca	19	15,4
○ Alguma	66	53,7
○ Máxima	38	30,9

**Periodicidade com que entende deverem ser executados os cuidados à boca à pessoa em situação paliativa**

○ 1 vez por dia	10	8,1
○ 2 vezes por dia	12	9,8
○ 3 vezes por dia	52	42,3
○ 4 vezes por dia	20	16,3
○ Sempre que necessário	29	23,6

**Momentos em que entende deverem ser executados os cuidados à boca à pessoa em situação paliativa**

○ Cuidados de higiene	53	43,1
○ Antes das refeições	10	8,1
○ Depois das refeições	48	39,0
○ Ao deitar	14	11,4
○ Uma vez por turno	16	13,0
○ Sempre que necessário	82	66,7

**Aspetos avaliados na realização dos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa**

○ Dentes	82	66,7
○ Língua	111	90,2
○ Mucosa oral	110	89,4
○ Lábios	100	81,3
○ Voz	15	12,2
○ Deglutição	38	30,9
○ Saliva	41	33,3

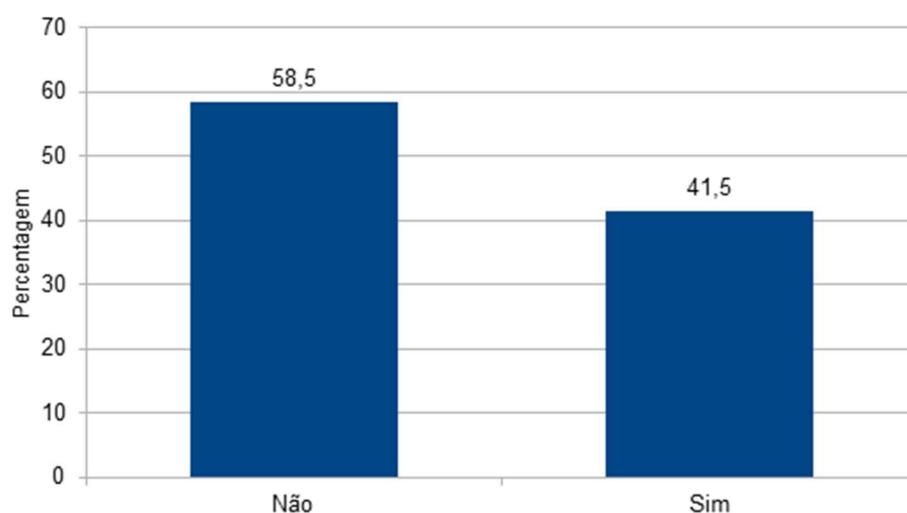
**Alterações mais frequentemente identificadas na boca da pessoa em situação paliativa**

○ Mucosite oral	55	44,7
○ Xerostomia	60	48,8

○ Candidíase oral	78	63,4
○ Halitose	77	62,6
○ Dor	36	29,3
○ Acumulação de secreções	87	70,7
○ Infecções víricas	4	3,3
○ Sialorreia	29	23,6
○ Disgeusia	4	3,3

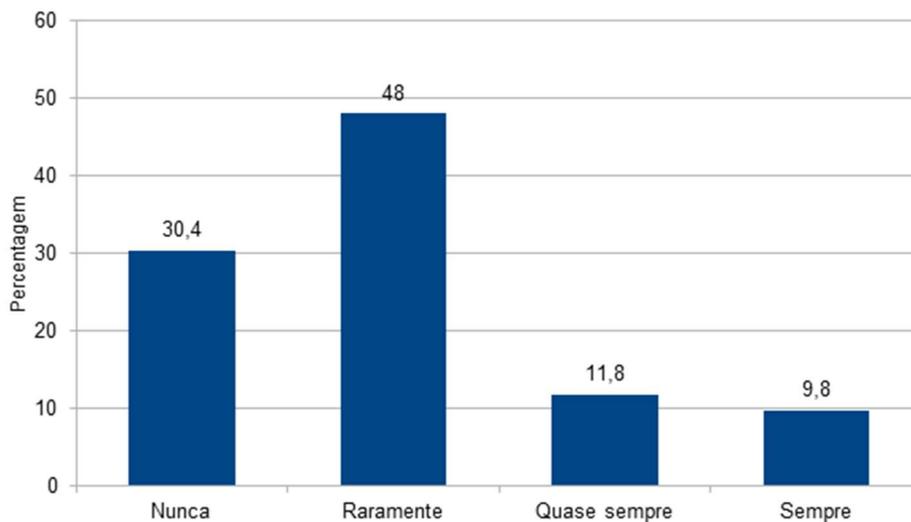
O Gráfico 1 demonstra que a mais de metade da amostra, 58,5% (n = 72) afirma não englobar os cuidados à boca no processo de enfermagem para uma pessoa em situação paliativa independente.

**Gráfico 1- Cuidados à boca à pessoa independente em situação paliativa**



Quando questionados relativamente à inclusão dos cuidados à boca nos ensinamentos de planeamento para a alta da pessoa em situação paliativa (Gráfico 2), destaca-se que 48,0% (n = 49) dos enfermeiros reportaram que raramente inclui os cuidados à boca na preparação da alta e 30,4% (n = 31) declararam nunca o fazer. Apenas 9,8% (n = 10) referiram integrar sempre e 11,8% (n = 14) quase sempre, os cuidados à boca no planeamento da alta da pessoa em situação paliativa.

**Gráfico 2- Cuidados à boca no planeamento da alta da pessoa em situação paliativa**



Na Tabela 3 são apresentados os resultados da análise descritiva relativa à existência de um protocolo de procedimento para cuidados à boca à pessoa em situação paliativa. Observa-se que apenas 3,3% dos enfermeiros ( $n = 4$ ) refere existir na sua instituição e/ou serviço um procedimento para cuidados à boca à pessoa dependente, embora a maioria (81,3%;  $n = 100$ ) considere pertinente a existência de protocolo de atuação sobre os cuidados à boca. Em relação aos aspetos considerados importantes na elaboração de um protocolo, 80,2% salientam as intervenções específicas a implementar conforme a avaliação da cavidade oral ( $n = 81$ ) e 71,3% a observação e avaliação da cavidade oral ( $n = 72$ ).

**Tabela 3 - Procedimentos sobre cuidados à boca à pessoa em situação paliativa**

	n	%
<b>Existência na instituição/serviço de procedimento para cuidados à boca à pessoa dependente</b>		
○ Não	63	51,2
○ Sim	4	3,3
○ Não sei	56	45,5
<b>Considera dever existir protocolo de atuação sobre os cuidados à boca à pessoa em situação paliativa</b>		
○ Não	4	3,3

○ Sim	100	81,3
○ Sem opinião	19	15,4

**Aspetos considerados importantes na elaboração de um protocolo**

○ Frequência dos cuidados	62	62,0
○ Tempo de execução	33	32,7
○ Observação e avaliação da cavidade oral	72	71,3
○ Intervenções específicas	81	80,2
○ Procedimentos de higienização	71	70,3
○ Suporte de registo dos cuidados	49	48,5

Em relação aos resultados sensíveis dos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa (Tabela 4), observou-se que os mais indicados, como sendo muito influenciados, foram a prevenção de infeções orais (53,7%; n = 66), o conforto físico (51,2%; n = 63) e a melhoria da autoimagem (50,4%; n = 62). Como bastante influenciados destacou-se a comunicação verbal (55,3%; n = 68), o contacto com outras pessoas (53,7%; n = 66), a capacidade de deglutir (52%; n = 64), a escolha do tipo de alimentação (50,4%; n = 62,) e a capacidade de mastigar (49,6%; n = 61). Importa sublinhar que 36,6% não tem opinião sobre a influência destes cuidados na diminuição do tempo de internamento (n = 45).

**Tabela 4- Influência dos cuidados à boca à pessoa na situação paliativa**

	<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Sem opinião</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>Conforto físico</b>	0 (0,0)	8 (6,5)	0 (0,0)	52 (42,3)	63 (51,2)
<b>Prevenção de infeções da cavidade oral</b>	0 (0,0)	4 (3,3)	8 (6,5)	45 (36,6)	66 (53,7)
<b>Diminuição do tempo de internamento</b>	9 (7,3)	31 (25,2)	45 (36,6)	26 (21,1)	12 (9,8)
<b>Escolha do tipo de alimentação</b>	3 (2,4)	13 (10,6)	13 (10,6)	62 (50,4)	32 (26,0)
<b>Capacidade de mastigar</b>	2 (1,6)	10 (8,1)	13 (10,6)	61 (49,6)	37 (30,1)

<b>Capacidade de deglutir</b>	2 (1,6)	15 (12,2)	10 (8,1)	64 (52,0)	32 (26,0)
<b>Comunicação verbal</b>	1 (0,8)	7 (5,7)	14 (11,4)	68 (55,3)	33 (26,8)
<b>Contacto com outras pessoas</b>	3 (2,4)	7 (5,7)	19 (15,4)	66 (53,7)	28 (22,8)
<b>Autoimagem</b>	1 (0,8)	5 (4,1)	4 (3,3)	51 (41,5)	62 (50,4)

A Tabela 5 apresenta os resultados da análise descritiva sobre os registos de enfermagem relativos aos cuidados à boca, em que 44,7% (n = 55) expressaram não documentar, 12,2% (n = 15) dos enfermeiros relataram documentar e 43,1% (n = 53) referiram registar apenas às vezes. As notas gerais assumem-se como o modo de registo mais frequente, 64,7% (n = 44), sendo que 32,4% (n = 22), documentam as intervenções pelo diagnóstico de enfermagem “autocuidado higiene”. Quando questionados acerca do que registam: 79,5% (n = 35) referem registar alterações observadas e intervenções realizadas.

**Tabela 5 - Registos de enfermagem relativos aos cuidados à boca**

	n	%
<b>Elaboração de registos de enfermagem relativos aos cuidados à boca</b>		
○ Não	55	44,7
○ Sim	15	12,2
○ Às vezes	53	43,1
<b>Modo de registo</b>		
○ Notas gerais	44	64,7
○ Diagnóstico de enfermagem autocuidado higiene	22	32,4
○ Fenómeno mucosa oral	1	1,5
○ Registo promoção cuidados higiene oral	1	1,5
<b>O que regista</b>		
○ Alterações observadas e intervenções realizadas	35	79,5
○ Observação de boca	9	20,5

A Tabela 6 apresenta os resultados da análise descritiva relacionados com a percepção dos participantes acerca dos conhecimentos e competências para a prestação de cuidados à boca à pessoa em situação paliativa. A maioria da amostra, 68,3% (n = 84), entende não deter conhecimentos e competências necessários à prestação deste tipo de cuidados, sendo que a seleção e utilização de recursos materiais e farmacológicos (88,1%; n = 74), e a identificação de alterações/afeções da cavidade oral (69,0%; n = 58) são as áreas mais frequentemente apontadas nas quais consideraram necessitar de desenvolver conhecimentos e competências. Porém pela análise descritiva dos dados, verificou-se que os participantes da amostra necessitam desenvolver conhecimentos e competências em todas as áreas apontadas.

**Tabela 6 - Conhecimentos e competências para a prestação de cuidados à boca**

	n	%
<b>Conhecimentos e competências para a prestação de cuidados à boca à pessoa em situação paliativa</b>		
○ Não	84	68,3
○ Sim	39	31,7
<b>Conhecimentos e competências a desenvolver</b>		
○ Na avaliação da cavidade oral	43	50,6
○ Na identificação de alterações/infeções da cavidade oral	58	69,0
○ Na seleção e utilização de recursos materiais e farmacológicos	74	88,1
○ No planeamento, implementação e avaliação de intervenções autónomas de enfermagem	44	52,4
○ Na execução de registos de enfermagem	37	43,5
○ No planeamento, implementação e avaliação das intervenções de educação para a saúde da pessoa e/ou família	50	58,8

Quando questionados acerca das dificuldades/barreiras para a realização dos cuidados à boca na prática profissional (Tabela 7), 78,9% (n = 97) dos enfermeiros reportaram identificar dificuldades e barreiras. Sendo as mais referidas: o número reduzido de profissionais face às horas de cuidados de enfermagem necessárias (73,2%; n = 71.), seguida pela desvalorização da importância da higiene oral (66,0%; n = 64), sobrecarga

de trabalho (61,9%; n = 60), doentes não colaborantes (43,3%; n = 42) e a falta de recursos farmacológicos (40,2%; n = 39).

Salientamos que embora apenas 24,7% (n = 24) tenham apontado o défice de conhecimentos como uma barreira/dificuldade para a execução dos cuidados orais, 68,3% (n = 84) dos participantes afirmaram na questão anterior que não possuem os conhecimentos e competências necessárias para a realização destes cuidados.

**Tabela 7- Dificuldades/barreiras para a realização dos cuidados à boca**

	n	%
<b>Dificuldades/barreiras para a realização dos cuidados à boca</b>		
○ Não	26	21,1
○ Sim	97	78,9
<b>Dificuldades/barreiras</b>		
○ Número reduzido de profissionais face às horas de cuidados de enfermagem necessárias	71	73,2
○ Sobrecarga de trabalho	60	61,9
○ Falta de recursos farmacológicos	39	40,2
○ Desvalorização da importância da higiene oral	64	66,0
○ Doentes não colaborantes	42	43,3
○ Défice de conhecimentos e competências	24	24,7

A Tabela 8 apresenta os dados descritivos relativos à perceção dos enfermeiros acerca da valorização dos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa. Assim, existem mais participantes a referir que os cuidados à boca à pessoa em situação paliativa são valorizados por parte da própria pessoa e da família (49,6%; n = 61). Quando questionados sobre a valorização dos cuidados à boca pelos enfermeiros, mais de metade da amostra (50,4%; n = 62) acham que não e 39% (n = 48) tem a perceção que sim.

**Tabela 8 - Valorização dos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa**

	n	%
<b>Perceção da valorização dos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa por parte da própria pessoa e família</b>		
○ Não	38	30,9
○ Sim	61	49,6
○ Sem opinião	24	19,5
<b>Perceção da valorização dos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa por parte dos enfermeiros</b>		
○ Não	62	50,4
○ Sim	48	39,0
○ Sem opinião	13	10,6

## 2.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente subcapítulo procede-se à discussão e análise crítica dos resultados deste estudo, confrontando-os com o enquadramento conceptual, estudos na área e interpretação pessoal, permitindo a compreensão dos dados recolhidos.

Este estudo pretendeu analisar os conhecimentos e as práticas dos enfermeiros nos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa de um Centro Hospitalar da região Norte.

Da análise dos resultados constatamos que os enfermeiros participantes são maioritariamente do género feminino (82,9%) e predomina a faixa etária dos 30 aos 39 anos (48,8%), indo ao encontro dos dados publicados pela OE (OE, 2021). Praticamente toda a amostra presta cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa (95,7%), assim como, tem experiência na prestação de cuidados orais à mesma (94,3%). Todavia, apesar dos enfermeiros prestarem cuidados orais e reconhecerem a sua importância, existem evidências de que cerca de 70% lhes atribuem alguma ou pouca prioridade (Andresson & Persinius, 2021; Zimmerman et al., 2017). Como frisa Serrano (2009), os cuidados à boca à pessoa em situação paliativa são considerados intervenções importantes, porém, esta importância não é refletida na prática dos enfermeiros, sendo estes cuidados prestados de forma pouco sistematizada e deixados para segundo plano. Esta desvalorização é também visível pela ausência ou documentação deficitária nos

registros de enfermagem. De facto, o item dos cuidados orais é um dos indicadores de qualidade em cuidados paliativos (Capelas et al., 2018).

Palmela e Salvado (2010) preconizam que os cuidados de higiene oral sejam realizados duas a três por dia. Também 42,3% e 9,8% dos participantes da nossa amostra segue a recomendação, três e duas vezes/dia, respetivamente. Porém, para Benito (2010), os cuidados orais básicos implicam a higiene oral quatro vezes por dia, sendo esta opção apontada por apenas 16,3% da amostra. Tendo em conta a situação individual de cada pessoa, para 23,6% estes cuidados devem ser prestados sempre necessário.

Para Benito (2010), os momentos prediletos para a realização dos cuidados à boca são o período após as refeições e ao deitar. Apesar disso: para a maioria da amostra (66,7%), estes devem ser realizados sempre que necessário, independentemente do momento; 43,1% aquando dos cuidados de higiene; 39,0% depois das refeições; e 11,4% ao deitar.

Como já apontado, a avaliação da boca é uma etapa essencial dos cuidados orais, devendo ser realizada de forma rigorosa e sistematizada (Capaz et al., 2019). Diversos autores referem que esta avaliação engloba diferentes aspetos (Benito, 2010; Reis, 2012; Rocha, 2011; Singapore, 2004); tal como é referido pelos participantes do estudo, pois reportaram avaliar: a língua (90,2%), a mucosa oral (89,4%), os lábios (81,3%), os dentes (66,7%), a saliva (33,3%), a deglutição (30,9%), e a voz (12,2%). Não obstante, percebemos que a avaliação da boca não é realizada de forma sistemática nem sistematizada; sendo esta primordial na deteção de alterações e na implementação de cuidados específicos e individualizados (Venkatasalu et al., 2020).

Algumas doenças orais, como candidíase oral, xerostomia e mucosite oral têm elevada prevalência em cuidados paliativos (Orcina et al., 2021; Santana, 2020; Serrano, 2009), sendo que estas são frequentemente identificadas, respetivamente, por 63,4%, 48,8% e 44,7% dos participantes do nosso estudo, aquando da observação da boca.

Importa ressaltar que a acumulação de secreções referida por 70,7% dos participantes quando observam a cavidade oral, não é uma afeção da boca. Ainda assim, esta situação pode conduzir a problemas graves, nomeadamente, infeções respiratórias e/ou nosocomiais, reforçando, portanto, a necessidade de cuidados orais eficientes. Assim, o estado da boca, para além de refletir a capacidade da pessoa em se autocuidar, pode traduzir a sua capacidade em deglutir e/ou gerir a presença de secreções orais; acrescido ao facto da disfagia, sintoma com elevada prevalência em situações terminais, que

favorece a acumulação de secreções, restos alimentares e medicação na boca (Serrano, 2009).

Verificamos uma elevada prevalência de candidíase oral (63,4%), sendo esta uma das infeções fúngicas mais comuns nos portadores de doença avançada, podendo chegar aos 94% nas pessoas em fase terminal (Orcina et al., 2021). Identificar, precocemente, a candidíase oral e agir sobre os fatores de risco é primordial (Fazel & Millsop, 2016).

A halitose, não sendo considerada uma doença, mas sim uma condição desagradável (Ortiz & Filippi, 2021), foi identificada por 62,6% dos participantes. Segundo Butze et al. (2015), os componentes do biofilme formado na boca e que constituem a saburra lingual, são as principais causas da halitose. Esta poderá indicar uma alteração orgânica, assim como, traduzir maus cuidados de higiene oral (Gonçalves, 2011).

A xerostomia identificada por quase metade da amostra (48,8%). É uma das afeções mais prevalentes na pessoa em situação paliativa e, simultaneamente, um dos sintomas mais comum em cuidados paliativos (Kenny et al., 2017; Yousefi e Abdollahi, 2018).

Orcina et al. (2021) referem que existe uma elevada prevalência de mucosite oral nas pessoas em situação paliativa, também 44,7% dos participantes da amostra identificaram esta afeção.

Os cuidados de higiene oral são a principal estratégia na prevenção das alterações orais (Oliveira et al., 2014), pois permitem manter a boca limpa e saudável, e diminuir o risco de desenvolvimento de microrganismos na boca. Tendo como objetivos: a promoção do conforto, a ausência de lesões ou infeções, hidratação, limitar a placa bacteriana e eliminar vestígios alimentares e secreções (SECPAL, 2017).

Tal como Passos et al. (2014), também os resultados do nosso estudo refletem a influência que os cuidados à boca têm sobre diversos aspetos na pessoa em situação paliativa. Assim, a amostra aponta como sendo muito influenciados por estes cuidados: a prevenção de infeções da cavidade oral (53,7%), o conforto físico (51,2%) e a autoimagem (50,4%). E como bastante influenciados: a comunicação verbal (55,3%), o contacto com outras pessoas (53,7%), a capacidade de deglutir (52%), a escolha do tipo de alimentação (50,4%) e a capacidade de mastigar (49,6%). Estes resultados são corroborados por alguns estudos, pois estes cuidados têm influência no conforto, bem-estar, autoestima, imagem corporal, manutenção do estado nutricional, da saúde da cavidade oral e prevenção de infeções (Capaz et al., 2019). Desta forma, verificamos que os cuidados orais traduzem

ganhos em saúde, contribuindo para a promoção da qualidade de vida, podendo-se, então, afirmar que os cuidados à boca afetam e influenciam diversas dimensões físicas, emocionais, psicológicas e sociais da pessoa em situação paliativa (Serrano, 2009).

A diminuição do tempo de internamento foi o único aspeto ao qual os participantes não destacaram a influência dos cuidados à boca, uma vez que: 36,6% referiram não ter opinião sobre o assunto, 25,2% consideram que tem pouca influência, 21,1% bastante influência, 9,8% muita influência e 7,3% nenhuma influência. Tal facto, também foi verificado no estudo desenvolvido por Rumagilhwa e Bhengu (2019). Porém, concordamos com Benito (2010) e Santana (2020), uma boca limpa e saudável é menos propícia a desenvolver problemas orais, o que implica adequados cuidados orais, que minimizem e/ou evitem complicações.

Os cuidados orais integram a prática diária dos enfermeiros; como já foi aqui exposto 94,3% dos participantes afirmam realizar cuidados à boca à pessoa em situação paliativa na sua prática diária, devendo envolver a pessoa e a família nestes cuidados. Quer para a promoção do autocuidado, quer para dotar pessoa e a família de conhecimentos e competências que lhes permitam detetar precocemente as alterações da mucosa oral e agirem perante as mesmas (Barros, 2020; Gomes, 2017; Junior et al., 2020). Todavia, podemos perceber: que, por um lado, 48% da amostra raramente incluí os cuidados à boca no planeamento da alta, e 30,4% nunca o fazem; e, por outro lado, 58,5% não engloba os cuidados à boca no processo de enfermagem duma pessoa independente. Sendo inquestionável a importância dos ensinamentos, os resultados acima expostos reiteram, tal como apontado por Cunha et al. (2014), a necessidade dos enfermeiros realizarem ensinamentos sobre cuidados orais na sua prática diária, sendo primordial investir nesta área.

Diversos autores apontam que a importância dos registos de enfermagem relativos aos cuidados à boca é inquestionável (Amante, 2019; Barros, 2020; Capaz et al., 2019). Porém, os dados do nosso estudo traduzem a invisibilidade dos cuidados à boca nos registos de enfermagem (Capaz et al., 2019; Serrano, 2009), pois apenas 12,2% realiza registos de enfermagem relativos a estes cuidados; 43,1% refere fazê-lo às vezes; e 44,7% não o realiza.

A forma como são realizados os registos de enfermagem sobre os cuidados orais não é consensual nem sistematizada (Coker et al., 2013), sendo que as notas gerais são o modo de registo mais frequente (64,7%). Quando questionados sobre o que registam em notas

gerais, 79,5% da amostra regista alterações observadas e intervenções realizadas, e apenas 20,5% regista os dados relativos à observação da boca. Para Amante (2019) e Serrano (2009), os registos relativos aos cuidados orais devem englobar as alterações existentes, as intervenções executadas e a avaliação das mesmas, assim como, o impacto das alterações nas diversas dimensões da pessoa. Porém, aqueles que elaboram os registos, provavelmente das intervenções de enfermagem, seria ideal que também registassem os resultados de enfermagem.

Embora, a prestação dos cuidados de higiene oral faça parte do quotidiano da atividade dos enfermeiros, vários autores (Gibney et al., 2015; Nogueira & Jesus, 2017) destacam algumas barreiras à sua execução, facto também sublinhado pela maioria da amostra (78,9%). São identificadas barreiras e dificuldades como: número reduzido de profissionais face às horas de cuidados de enfermagem necessárias (73,2%), desvalorização dos cuidados orais (66%), sobrecarga de trabalho (61,9%), doentes não colaborantes (n = 42, 43,3%), falta de recursos materiais (40,2%) e falta de conhecimentos (24,7%).

A maioria dos participantes (68,3%) têm a perceção que não detêm os conhecimentos e competências necessários para a prestação de cuidados à boca à pessoa em situação paliativa; sendo que, a literatura sustenta que, cuidar da boca é uma intervenção de enfermagem fundamental, mas complexa pelo que exige um vasto leque de conhecimentos (Constance & Golsmith 2015; Junior et al., 2020). Os participantes do nosso estudo salientaram as principais áreas onde necessitam de desenvolver conhecimentos e competências, passando pela seleção e utilização de recursos materiais e farmacológicos (88,1%), a identificação de alterações/afeções da cavidade oral (69,0%), planeamento, implementação e avaliação das intervenções de educação para a saúde da pessoa e/ou família (58,8%), avaliação da cavidade oral (50,6%) e documentação de cuidados (43,5%).

O facto de não existirem nos serviços instrumentos de avaliação do estado da boca, pode comprometer não só a sistematização/monitorização dos momentos de observação, como a uniformização dos critérios de avaliação (Serrano, 2009). Como já vimos, a melhor forma para a resolução desta problemática é a criação de protocolos de higiene oral (Amante, 2018; Capaz et al, 2019), indo ao encontro dos resultados do nosso estudo, no qual verificamos que a maioria da amostra (83,3%) considera importante a existência de protocolos.

Junior et al. (2020) sublinham que além das competências técnicas para a realização da higiene oral, é fundamental que os enfermeiros conheçam a anatomia e fisiologia da boca, permitindo-lhes reconhecer alterações e implementar intervenções direcionadas, seguras e eficazes. Também os participantes consideraram importante sistematizar a observação e avaliação da cavidade oral (71,3%), assim como, implementar intervenções específicas conforme as alterações observadas na cavidade oral (80,2%), e os procedimentos de higienização (70,3%); sendo a inclusão destes três itens considerada importante na elaboração de um protocolo.

Segundo Riley (2018), é essencial que os profissionais de saúde, pessoa e família se envolvam nos cuidados orais, atribuindo à boca a mesma importância que a qualquer outra parte do corpo. Os enfermeiros que participaram no nosso estudo consideraram que os cuidados à boca à pessoa em situação paliativa são mais valorizados por parte da própria pessoa e família (49,6%), do que por parte dos enfermeiros (39,0%).

## 2.5. CONCLUSÕES

Nas conclusões procuramos evidenciar os principais resultados, emerge um conjunto de dados que merecem destaque nas nossas considerações finais. Acompanhamos as conclusões com algumas sugestões/recomendações no sentido de encontrar estratégias que fomentem a melhoria dos cuidados, bem como, expressamos limitações da presente investigação.

Assim, podemos concluir, que muito embora os enfermeiros executem cuidados à boca à pessoa em situação paliativa, a sua prática não é sistematizada nem baseada na melhor evidência científica. Foram identificadas lacunas nos conhecimentos dos enfermeiros sobre os cuidados orais, nomeadamente, na avaliação da cavidade oral e identificação de afeções orais, no planeamento, implementação e avaliação de intervenções dirigidas, assim como, na seleção e utilização de recursos materiais e farmacológicos. Tornando-se, assim, imperioso o investimento na sua formação contínua, cuja responsabilidade parte, tanto dos gestores institucionais como, de cada um individualmente.

Outra conclusão que realçamos é a necessidade de criação de protocolos relativos aos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa. A par da inexistência de registos relativos a estes cuidados, é essencial incutir nos enfermeiros a importância e a pertinência dos

mesmos, afim de, por um lado, garantir a continuidade dos cuidados e, por outro, constituir uma base de indicadores sobre os cuidados à boca, em estudos futuros.

Ao longo da realização deste trabalho deparamo-nos com algumas limitações e dificuldades, nomeadamente: a escassez de literatura e estudos no âmbito dos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa; o facto de ser conduzido apenas numa instituição de saúde e apesar de serem incluídos, no território de pesquisa, todos os enfermeiros de nove serviços, num total de 323, não foi calculado o tamanho da amostra, estratificando-a em função dos serviços; ao ser um estudo exploratório-descritivo, nível I, não permite estudar relações entre as variáveis; circunstâncias que não permitem a comparação com outras realidades e a generalização dos resultados. Deste modo, sugerimos o desenvolvimento de estudos com amostras aleatórias e mais abrangentes, assim como, estudos de investigação-ação monitorizados com processos de auditoria.

No entanto, situando no contexto onde se desenvolveu o estudo, consideramos uma mais-valia, por retratar, embora com as limitações apontadas, a realidade dos cuidados orais à pessoa em situação paliativa e poder alavancar intervenções de sensibilização para a importância dos cuidados orais junto dos enfermeiros e de formação em áreas de fragilidade de práticas e de conhecimento. Também, consideramos que a realização deste estudo contribuí para o nosso fortalecimento pessoal e profissional, assim, como da profissão de enfermagem.

Antes de darmos por terminado este estudo, importa referir algumas implicações que este estudo pode assumir. Este trabalho de investigação pode servir de base e incentivo à realização de outros estudos nesta área, que poderá ser facilitada pela realização da avaliação sistemática da boca e de registos de enfermagem, bem como, através da existência de protocolos de cuidados à boca. O conhecimento sobre as afeções orais na pessoa em situação paliativa é essencial para a definição de estratégias de intervenção específicas e dirigidas, revelando-se uma mais-valia para alcançar os objetivos dos cuidados paliativos, ou seja, promover o conforto, prevenir e aliviar o sofrimento, melhorar a qualidade de vida e dignificar a pessoa em situação paliativa.

**CAPÍTULO 3 - DAS ATIVIDADES REALIZADAS AO  
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS  
NO CUIDAR À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA: REFLEXÃO  
CRÍTICA**

As competências especializadas do EEEMCEPSP e a reflexão sobre a sua aquisição e desenvolvimento estão na estrutura deste percurso. Desta forma, neste capítulo, pretende-se através de abordagem crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas no contexto do ENP apresentado no primeiro capítulo, descrever o nosso percurso no referido estágio com vista a aquisição das competências comuns e especializadas na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação paliativa. Para isso, utilizou-se na revisão das atividades, o pensamento crítico-reflexivo e referências bibliográficas pertinentes.

### 3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo o regulamento nº 140/2019 relativo às competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019) este, independentemente, da sua área de especialização, terá que desenvolver competências nos seguintes domínios:

- responsabilidade profissional, ética e legal;
- melhoria contínua da qualidade;
- gestão dos cuidados;
- desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Para melhor entendermos as atividades desenvolvidas, analisaremos separadamente cada um destes domínios. Ressalvamos, que a base para o desenvolvimento da maioria das competências comuns, foi o estudo de investigação apresentado no segundo capítulo deste relatório, subordinado à temática dos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa.

#### 3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

No que respeita, às competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o enfermeiro especialista “desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; e garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019, p.4745).

Segundo Chaves et al. (2011),

“a ideologia dos cuidados paliativos é atender a pessoa, na fase final da vida, na sua globalidade de ser, promovendo o bem-estar global e a dignidade do paciente crônico e terminal e sua possibilidade de não ser expropriado do momento final de sua vida, mas de viver a própria morte.” (p.254).

Desta forma, os objetivos definidos foram: identificar problemáticas bioéticas presentes nos cuidados à pessoa em fim de vida; demonstrar capacidade de argumentação ética às variadas situações-problema dos cuidados no fim de vida; analisar tomadas de decisão bioética perante as situações limite.

No decorrer da prestação de cuidados à pessoa em fim de vida, são várias as questões e dilemas éticos que se colocam aos profissionais de saúde. Quando norteamos a nossa intervenção levamos em consideração os quatro pilares fundamentais propostos e definidos por Beauchamp e Childress (2013): a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça. Estes pilares contribuem para a promoção das relações entre profissional, pessoa e família. A sua aplicação não obedece a qualquer ordem e podem aplicar-se em conjunto. No ENP deparamo-nos com situações/problemas que exigiram uma reflexão ética, relatamos, por isso, alguns exemplos.

Uma pessoa em situação paliativa portadora de neoplasia da mama com metastização difusa, nomeadamente, derrame pleural neoplásico, assumido pela equipa do grupo oncológico o melhor tratamento de suporte, dada a ineficácia dos tratamentos instituídos e a progressão irreversível da sua doença. Seguida pela equipa em consulta externa de cuidados paliativos; internada por agravamento da dispneia. Cognitivamente integra, divorciada, vive com filho, um jovem adulto. Já sinalizada por má adesão ao regime terapêutico e por não aceitação da sua doença e evolução. Até aqui sem perceber nem aceitar os objetivos dos cuidados paliativos. Apesar de mais dependente, via oral cada vez mais precária, agravamento progressivo da dispneia no internamento e aumento da necessidade de aporte de oxigénio, recusa administração de morfina e qualquer terapêutica endovenosa (EV). Recusa referência para UCP, mantém vontade expressa de regresso ao domicílio, tenta fantasiar uma rede de suporte que não existe ou que, pelo menos, é claramente insuficiente e ineficaz; não aceita a previsibilidade da sua morte iminente. Estabelecido contacto com o filho, único cuidador, foi explicada situação da sua mãe, os riscos e prognóstico a curto prazo. Este, assumindo não ter capacidade de cuidar, tenciona cumprir a vontade da mãe, de regressar ao domicílio apesar de todos os riscos expostos.

Perante o exposto, que desafios foram colocados à equipa? Como conseguir controlar a dispneia, se esta pessoa recusa o fármaco preferencial e mais eficaz perante a mesma? Como fazer cumprir a sua vontade sabendo que no domicílio a dispneia vai persistir e agravar, e a via oral não estará disponível para a administração de terapêutica? Poderá esta pessoa ficar sozinha no domicílio a maior parte do dia? E o filho estará perfeitamente elucidado do que possa acontecer? Que riscos esta situação poderá acarretar no luto?

Negociou-se, entre todos, a melhor estratégia. Assim, esta pessoa, depois de devidamente informada e esclarecida, aceita a terapêutica instituída nomeadamente morfina EV, até ao final da semana, na tentativa de controlar a sua dispneia. Verificou-se, entretanto, que após isto, quer alta, mesmo que contra parecer médico. A situação clínica agrava-se, surge a confusão, a via oral mostra-se não disponível. Entretanto, o filho percebe e assume que não consegue cuidar da mãe no domicílio. Esta acaba por falecer durante o fim de semana, ainda no hospital.

Importa salientar e destacar alguns aspetos. Primeiro, que sendo os cuidados paliativos uma forma de promover a dignidade em fim de vida, a dignidade da pessoa foi o valor norteador de todas as intervenções. Segundo, a insistência na comunicação junto da pessoa e do filho, como veículo facilitador de todo o processo, explicando claramente toda a situação. Por último, o respeito pela autonomia da pessoa. Parece-nos claro que o respeito pela autonomia da pessoa pressupõe o consentimento livre e esclarecido. Nesta situação, existe uma clara tensão entre o princípio da autonomia, o da beneficência e o da não maleficência. Tentamos conferir a primazia ao princípio da autonomia, respeitando na globalidade a sua decisão e vontade, não descurando o princípio da não maleficência.

Como enfermeiro especialista à pessoa em situação paliativa, não ignoramos que o objetivo central dos cuidados não é preservar a saúde nem a integridade corporal, mas sim, preservar a dignidade humana. Indo de encontro ao artigo 78º da deontologia profissional de enfermagem, “a dignidade humana é o verdadeiro pilar do qual decorrem os outros princípios e que tem de estar presente, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções” (OE, 2015, p. 39).

A participação em discussões multidisciplinares sobre a manutenção/suspensão de medidas, nomeadamente transfusões, antibióticos e alimentação/hidratação, foi outra das atividades desenvolvidas. Assim, sempre que um tratamento seja considerado inútil, não

deve ser executado, pelo que é considerado como boa prática a suspensão/abstenção de todas as medidas que sejam comprovadamente ineficazes ou fúteis.

Segundo Alcântara (2020),

“os dilemas éticos enfrentados em situações de terminalidade por profissionais de saúde levam a refletir sobre diversos cuidados necessários ao processo de morte. Exemplos desses cuidados são a comunicação integrada entre profissional, paciente e familiares, o dever de informar sempre a verdade e a necessidade de compreender renúncias, descontinuações e recusa de tratamentos” (p.708).

A procura do bem, aqui entendido como respeito pela dignidade humana, foi o eixo norteador da nossa prática. Para Kolcaba (2009), a principal finalidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa é a promoção do conforto, sobrepondo-se aos outros cuidados cuja finalidade é terapêutica. Pois, a promoção do conforto pode ser entendida como a materialização do bem para a pessoa, em detrimento de outras intervenções que se revelem excessivas, visando o respeito pela vida e a dignidade.

Ao longo do ENP, a nossa intervenção teve como foco a promoção do conforto e do bem-estar da pessoa em situação paliativa e da família, utilizando a comunicação, a verdade e o consentimento livre e esclarecido, estabelecendo relações de confiança, com o objetivo de suprimir as suas necessidades durante todo o percurso até à morte.

### **3.1.2. Melhoria contínua da qualidade**

O enfermeiro especialista, no âmbito das competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; e garante um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019, p.4745).

Um serviço de saúde com qualidade deve atender às necessidades da pessoa sob o ponto de vista técnico, baseado na evidência científica e, além disto, levar em consideração a humanização dos cuidados. Como sublinha Potra (2015), a qualidade em saúde pode ser compreendida como um conjunto de processos a implementar e a monitorizar, mas também, como uma filosofia a integrar por cada profissional na sua práxis clínica,

centrando orgulhosamente os serviços que presta numa lógica de procura contínua da qualidade.

Os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa (OE, 2017) identificam e definem seis categorias de enunciados descritivos, sendo eles: a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; bem-estar e autocuidado; a readaptação funcional; e a organização dos serviços de enfermagem. Os enunciados descritivos apresentados constituem uma matriz conceptual que estrutura e orienta o exercício profissional do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação paliativa. Conduzindo à reflexão sobre os cuidados prestados, à orientação na tomada de decisão em enfermagem, à visibilidade das intervenções autónomas de enfermagem e à definição de indicadores de enfermagem. Neste sentido, foram traçados os seguintes objetivos: garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais, e desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Tal como já foi referido no presente relatório, o Centro Hospitalar, onde foi realizado o ENP, encontra-se em processo de acreditação internacional pela entidade *Caspe Healthcare Knowledge System (CHKS)*, durante o período em que decorreu o ENP. Desta forma, colaboramos com a EIHS CP em articulação com o gabinete da qualidade na revisão e atualização dos procedimentos que à equipa dizem respeito. Passamos a descrever duas situações diferentes a que tivemos que dar resposta:

A equipa foi auditada, por exemplo, sobre a documentação de procedimentos. Fazemos a transcrição textual do item em questão: “Há procedimentos documentados atuais para prestação de cuidados de fim de vida que são coerentes com o plano estratégico local e se baseiam nas orientações nacionais”. Ou seja, entre outros aspetos existem procedimentos de encaminhamento de rotina e de urgência/emergência, e envolvimento das equipas para uma resposta rápida. Embora já existisse um guia de controlo sintomático em situação de Covid, este não se encontrava atualizado nem era abrangente. Assim, colaboramos na reestruturação do guia rápido para controlo sintomático à pessoa em fim de vida (Anexo 4). Este documento assume-se como um instrumento de trabalho fundamental e disponível para todos os profissionais desta instituição, facilitando os cuidados à pessoa em fim de vida. Aborda temáticas do controlo sintomático, um dos pilares em cuidados paliativos, como a dispneia, o *delirium* e a sedação paliativa.

Outro item auditado relaciona-se com a forma como é estabelecida a comunicação entre a equipa e a comunidade hospitalar, assim como com outras unidades de cuidados. Tivemos, assim, de analisar o seguinte item da norma: “Há diretrizes e protocolos sobre comunicação rápida e efetiva entre especialidades, serviços e profissionais de cuidados de saúde, para fornecer cuidados e tratamentos coordenados e individualizados. O pessoal está ciente destes processos de comunicação”. Para dar respostas ao exigido, foi revisto o circuito de comunicação da equipa com os restantes profissionais de saúde. Ou seja, tivemos que documentar a forma como a equipa comunica, para que este parâmetro possa ser auditado, avaliado e monitorizado (Anexo 5).

Hoje em dia, todas as informações relativas à pessoa devem estar disponíveis, ser uniformes e de qualidade. O contributo dos registos de enfermagem na melhoria da acessibilidade, eficiência e qualidade dos cuidados é inegável.

Não podemos olvidar que o artigo 5º do Decreto-lei nº 161/96 (1996) refere que cabe ao enfermeiro “avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efetuados” (p.2960). Também o artigo nº 83 do Código Deontológico do Enfermeiro, este, no que diz respeito ao direito do utente ao cuidado, tem o dever de, entre outras intervenções, garantir a continuidade dos cuidados, documentado com exatidão os dados colhidos e intervenções de enfermagem realizadas (OE, 2015).

A importância dos registos de enfermagem é, atualmente, reconhecida e fundamental para assegurar a continuidade dos cuidados, destacando a sua função enquanto comunicação escrita que valida todo o ato de cuidar. Alguns autores ressaltam que através da documentação das intervenções de enfermagem estamos a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados e para a visibilidade à enfermagem enquanto profissão autónoma. Esta autonomia é conseguida através de registos eficazes que fornecem indicadores, promovendo a reflexão e a investigação científica (Sousa, 2006).

Sendo a temática do nosso estudo os cuidados à boca à pessoa em situação paliativa, os nossos resultados vão ao encontro dos de Gomes (2017); que procurou saber qual a opinião dos enfermeiros sobre o motivo para os cuidados à boca nem sempre ser visível nos registos de enfermagem, sendo que a maioria dos enfermeiros aponta o rácio enfermeiro/doente, a dificuldade de gestão de tempo, a desvalorização destes cuidados por parte dos enfermeiros e o facto de considerarem, a priori, os cuidados à boca como

parte integrante dos cuidados de higiene. Também pelos resultados obtidos no nosso estudo, constatamos que os enfermeiros não elaboram registos de enfermagem consistentes sobre estes cuidados.

De acordo com o exposto e tendo verificado ao longo do ENP, a escassez de registos relativos aos cuidados à boca – confirmado pelos resultados do nosso estudo – foi esboçada uma proposta de documentação destes cuidados. Tendo como objetivo uniformizar os registos de enfermagem relativos aos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa, construímos uma proposta de documentação de cuidados (diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem), conforme tabela 9.

Os registos de enfermagem são um instrumento imprescindível para a prestação de cuidados, na medida em que permitem assegurar a continuidade dos mesmos, bem como, obter resultados sensíveis aos cuidados prestados, contribuir para a criação de indicadores de avaliação da qualidade dos cuidados e para o desenvolvimento e visibilidade da profissão enfermagem.

Foi imprescindível para chegarmos à versão final desta proposta a pesquisa sobre o tema e a discussão com os enfermeiros da equipa, assim como, com alguns enfermeiros dos diferentes serviços. Assim, a proposta foi apresentada aos enfermeiros dos diferentes serviços, debatida nas sessões formativas e em passagens de turno, por forma, a ser difundida, aperfeiçoada e adequada à realidade dos mesmos, e utilizada na prática diária.

Partimos do fenómeno de enfermagem “Membrana Mucosa Oral” da CIPE que a define como:

“componente do sistema tegumentar: camadas de revestimento natural, sem queratina, na superfície interior do corpo, forrando cavidades ou canais que abrem para o exterior do corpo; incluem as mucosas da boca (...); as mucosas protegem as estruturas subjacentes, segregam muco que lubrifica as estruturas associadas, absorvem água, sais e outros solutos” (ICN, 2016, p.135).

Através deste fenómeno de enfermagem, propusemos a formulação de dois diagnósticos, consoante o compromisso da integridade da membrana mucosa, ou consoante o conhecimento sobre a promoção da integridade da membrana mucosa oral, podendo neste caso ser aplicado à pessoa ou cuidador (Tabela 9).

**Tabela 9 - Proposta para os registos de enfermagem**

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Resultados de Enfermagem</b>
<b>Membrana mucosa oral comprometida</b>	Avaliar evolução da integridade da membrana mucosa oral	Integridade da membrana mucosa oral
	Assistir no cuidar da higiene oral	Higiene oral
	Executar cuidados de higiene oral	
	Lavar cavidade oral	
<b>Potencial para melhorar o conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa oral</b>	Ensinar sobre higiene oral à pessoa/cuidador	Conhecimento sobre a promoção da integridade na membrana mucosa oral
	Avaliar evolução dos conhecimentos sobre promoção da integridade da membrana mucosa	
	Ensinar sobre tratamento da membrana mucosa à pessoa/cuidador	
	Ensinar sobre complicações da membrana mucosa à pessoa/cuidador	

Emergiu também do nosso estudo, a necessidade de realização de um protocolo de cuidados à boca à pessoa em situação paliativa. Deste modo, e identificada esta lacuna, elaboramos um esboço para procedimento (Apêndice 2). Atualmente, encontra-se em fase de avaliação pela equipa, pelo que não foi possível apresentar a versão final, antes da finalização deste relatório, sendo um projeto a continuar a desenvolver no futuro.

### **3.1.3. Gestão dos cuidados**

Inerente às competências do domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019, p. 4745).

O papel do gestor no contexto dos cuidados paliativos é fundamental para um cuidado integral à pessoa e à família, assumindo um fator relevante para a qualidade dos cuidados prestados. Sendo a gestão uma ciência e uma arte, é essencial que o gestor coordene, analise, controle e forme. Uma gestão eficiente e eficaz necessita de ter uma visão multifocal, centrada nas pessoas, nas relações interpessoais e nas equipas. Neste sentido, os objetivos elencados visaram: desenvolver competências na otimização dos recursos face às necessidades de cuidados; desenvolver conhecimentos na gestão dos recursos humanos e materiais da EIHSCP; aprender com a equipa estratégias motivacionais para um desempenho diferenciado.

As funções de coordenador da EIHSCP são: convocar as reuniões; coordenar e representar a EIHSCP junto do Conselho de Administração e outras entidades; garantir o bom funcionamento da equipa; assegurar que todos os elementos da equipa tenham formação contínua na área dos cuidados paliativos; e elaborar anualmente o plano de atividades e relatório da EIHSCP. Sendo que, as funções de coordenador desta equipa são desempenhadas por um enfermeiro, estando também este na prestação direta de cuidados.

Segundo Sousa (2012), gerir recursos humanos é uma tarefa difícil; mais ainda quando se trata de diferentes classes profissionais. Todavia, reconhecemos que o enfermeiro coordenador valoriza os profissionais e o seu desenvolvimento profissional, promove a autonomia de cada elemento, o trabalho em equipa e em associação, por forma, a minimizar os conflitos e os obstáculos existentes, a maximizar a resolução de problemas e a criar soluções. Pauta a sua liderança pela boa disposição, compartilha experiências, promove a motivação da equipa, resultando numa prestação de cuidados de excelência e qualidade. Efetivamente, o papel do gestor é fundamental para a otimização da resposta da equipa multiprofissional e de enfermagem.

Ao analisarmos o perfil do coordenador da equipa, verificamos que possui capacidade de: influenciar pessoas, liderar pelo exemplo, fazer que os outros acreditem nele e nas suas ideias; controlo emocional; relacionamento interpessoal, capacidade de se relacionar com os outros e de trabalhar em equipa; e flexibilidade e confiança. Todas estas capacidades são fulcrais para a motivação da equipa e para a redução de conflitos.

Face ao exposto e tendo por base o modelo de liderança de Bass, podemos afirmar que estamos perante um estilo de liderança transformacional, em que o líder e os restantes elementos da equipa se relacionam de forma recíproca, conduzindo a elevados níveis de

satisfação e motivação. Pois como já foi exposto, existe influência idealizada, estimulação intelectual, liderança inspiracional e consideração individualizada (Almeida, 2012).

Assim, para uma liderança bem-sucedida, o enfermeiro gestor deve possuir algumas competências chave, tais como: autoconhecimento, comunicação interpessoal, criatividade. Aliadas à capacidade para arriscar, a um estilo de liderança inspirador e uma visão estratégica, sabendo adaptar o seu estilo a cada situação.

No decorrer do ENP, tivemos oportunidade de acompanhar e colaborar com o enfermeiro coordenador nas suas funções como gestor, desde a elaboração de horários, de pedidos de material, de reuniões com outros serviços, nomeadamente, farmácia, aprovisionamento, gabinete da qualidade, com o objetivo de melhorar a articulação e facilitar as dinâmicas da equipa.

A EIHS CP possui um conjunto de material de consumo clínico e de fármacos (incluindo opiáceos, sedativos, antieméticos, entre outros) que utiliza na prestação de cuidados. É da responsabilidade do enfermeiro, o seu correto e seguro acondicionamento, o registo dos gastos, a reposição de stock e a verificação dos prazos de validade. O facto da EIHS CP integrar a vertente de consultadoria intra-hospitalar e consulta externa permite otimizar os recursos existentes na instituição. No âmbito da consultadoria, a equipa mobiliza o material do serviço onde a pessoa alvo de cuidados se encontra internada. Por sua vez, em regime de consulta externa, é utilizado material da equipa.

Como já referimos, a equipa encontra-se a trabalhar na criação de um banco de ajudas técnicas (camas articuladas, cadeiras sanitárias, entre outras.), com o intuito de serem emprestados a pessoas em situação paliativa que necessitem das mesmas. Todavia, mesmo sem estar criado o banco de ajudas da equipa, o Centro Hospitalar dispõe de um conjunto de ajudas, nomeadamente camas articuladas e cadeira de rodas, que a EIHS CP empresta sempre que necessário e tal se justifique.

A utilização de novos fármacos com vista a um maior e melhor controlo sintomático, nomeadamente no controlo da dor, é uma preocupação da equipa. Assim, enquanto enfermeiro coordenador da equipa, participamos no pedido de aquisição de um fármaco. Elaboramos uma exposição ao Conselho de Administração e à comissão de farmácia, apresentando o fármaco em questão, a pertinência da sua utilização e as vantagens do seu uso (Anexo 6).

A complexidade e a especificidade da pessoa em situação paliativa e em fim de vida obrigam à adaptação das equipas prestadoras de cuidados. Assim, embora as atribuições da EIHSCP não passem pela visita domiciliária, existem situações que, por vezes, o justificam dada a escassez de recursos na comunidade e a falta de apoio à pessoa e família no domicílio. Perante situações limite, identificadas pela equipa e em que se justifique a visita domiciliária, o enfermeiro coordenador procede ao pedido de autorização excecional dirigido ao Concelho de Administração, à Direção Clínica e de Enfermagem. Esta foi outra atividade desenvolvida.

Participar em atividades de gestão, despertou-nos para o facto de ser primordial atender a três princípios; sendo eles: o foco deve ser a pessoa em situação paliativa e a família, sermos sensíveis ao outro e para com o outro, e sermos dinâmicos. O papel do enfermeiro gestor é fundamental, quer na supervisão dos cuidados de enfermagem, quer na fomentação de processos que favoreçam a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

#### **3.2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

No que respeita, às competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, p. 4745).

Hoje em dia, os cuidados de saúde, assim como, os cuidados de enfermagem, são envoltos numa maior exigência técnica e científica, exigindo dos profissionais uma diferenciação e especialização. Neste sentido, foram delineados os seguintes objetivos: desenvolver competências na área da formação no âmbito dos cuidados paliativos, e perceber a importância do papel da formação no desenvolvimento de conhecimentos e habilidades dos cuidadores/familiares da pessoa em situação paliativa.

A formação quer de profissionais de saúde, quer de pessoas, cuidadores e familiares, deverá ser prática comum nas instituições de saúde, nomeadamente em cuidados paliativos. Deve apostar-se, quer no desenvolvimento de conhecimentos científicos, quer no desenvolvimento de competências humanas. Indo de encontro às competências do enfermeiro especialista, que “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (OE, 2019, p.4749).

A EIHS CP tem um plano de formação em vigor, já aqui exposto, que abrange as diferentes áreas do cuidar e engloba os diferentes intervenientes neste processo. Tivemos oportunidade de assistir e colaborar na formação subordinada ao tema "Administração de medicação subcutânea" e "Controlo Sintomático I e II", ministrada pela equipa em alguns serviços da instituição. A participação nestas sessões formativas configuraram elementos relevantes no nosso percurso. Por um lado, permitiram a aquisição e mobilização de conhecimentos em áreas importantes na prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa; por outro lado, contribuíram para o desenvolvimento de competências na exposição de conteúdos em sessões formativas futuras.

No âmbito do trabalho de investigação desenvolvido, que visou perceber quais os conhecimentos e habilidades dos enfermeiros na prestação de cuidados à boca à pessoa em situação paliativa, e identificada a necessidade de sensibilizar os enfermeiros para a importância destes cuidados, planeámos elaborar formação sobre o tema, com o objetivo de difundir os resultados do estudo e alertar para a importância dos cuidados orais à pessoa em situação paliativa.

Numa fase inicial, o trabalho desenvolvido e os resultados obtidos foram apresentados à equipa na sua reunião semanal. Estavam presentes os dois enfermeiros da equipa, dois médicos, a psicóloga e a assistente social. Foram ali discutidos alguns aspetos, solicitada a colaboração dos serviços farmacêuticos, a fim de se perceber quais os produtos disponíveis na unidade hospitalar para aplicação na mucosa oral.

Elaboramos um plano de formação sobre a temática "Cuidados Oraís em Cuidados Paliativos" (Apêndice 3), que foi divulgado através do departamento de formação. A sessão formativa foi em dois momentos diferentes, um na UF, e outro na UST. Foi utilizado o método expositivo através de apresentação PowerPoint (Apêndice 4), havendo espaço para discussão dos conteúdos e colocação de dúvidas. As sessões formativas tiveram uma adesão de cerca de 75% (número total de participantes 15, em 20 vagas disponíveis); os participantes foram apenas enfermeiros.

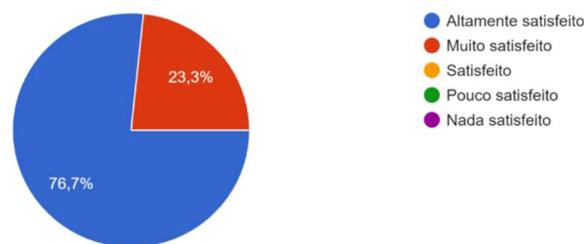
Com o intuito de avaliar a atividade formativa e o formador, foi elaborado um questionário na plataforma *Google Forms* (Apêndice 5), aplicado aos enfermeiros que assistiram à formação. Este é constituído por seis perguntas de escolha múltipla e uma de resposta aberta para explorar a pertinência do estudo sobre os cuidados orais à pessoa em

situação paliativa. Os dados obtidos foram alvo de análise, da qual apresentamos os resultados.

A amostra é constituída por 30 enfermeiros que participaram numa das sessões formativas, sobre a temática dos cuidados orais à pessoa em situação paliativa; todos responderam ao questionário de avaliação da sessão.

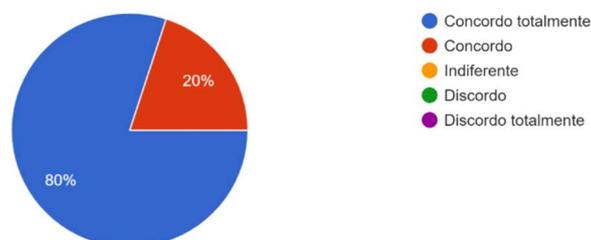
Assim, ao analisarmos a opinião dos participantes relativamente aos conteúdos da sessão de formação (Gráfico 3), verificamos que 76,7% (n = 23) se consideraram altamente satisfeitos, e 23,3% (n = 7) muito satisfeitos.

**Gráfico 3 - Opinião sobre os conteúdos da sessão de formação**



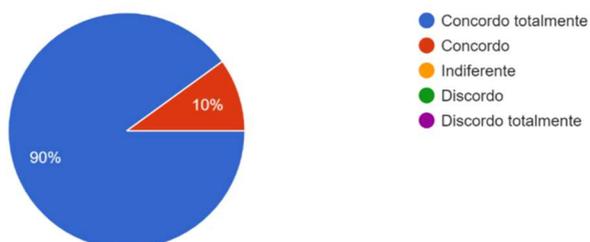
No que diz respeito à aquisição de novos conhecimentos (Gráfico 4): 80% (n = 24) dos participantes concordaram totalmente que a formação foi um momento de aquisição de novos conhecimentos, enquanto 20% (n = 6) apenas concordou.

**Gráfico 4 - Aquisição de novos conhecimentos**



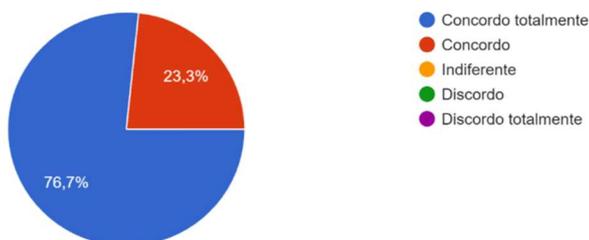
Sobre se os conteúdos abordados são úteis na prática clínica e se permitem melhorar o seu desempenho profissional (Gráfico 5), 90% (n = 27) dos participantes responderam que concordavam totalmente e apenas 10% (n = 3) concordaram.

**Gráfico 5 - Conteúdos úteis para a prática clínica**



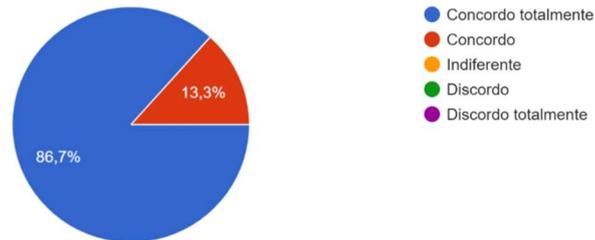
Em relação à duração da sessão de formação, (Gráfico 6), 76,7% (n = 23) dos enfermeiros concordou totalmente que o tempo da sessão foi adequado, porém 23,3% (n = 7) apenas concordou.

**Gráfico 6 - Tempo de duração da sessão**



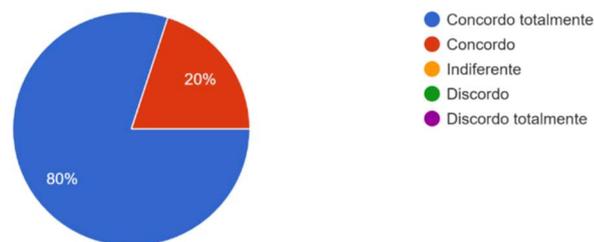
No que concerne à avaliação do formador, sobre se existia domínio e clareza na exposição dos conteúdos (Gráfico 7), verificamos que 86,7% (n = 26) concordaram totalmente, e 13,3% (n = 4) apenas concordaram que o formador revelou domínio dos conteúdos e clareza na sua exposição.

**Gráfico 7 - Domínio e clareza do formador na exposição dos conteúdos**



Ainda, no que diz respeito à metodologia utilizada e à sua adequação aos conteúdos abordados (Gráfico 8), 80% (n = 24) dos participantes concordaram totalmente e 20% (n = 6) apenas concordaram que a metodologia utilizada foi adequada.

**Gráfico 8 - Metodologia utilizada e à sua adequação aos conteúdos abordados**



Por fim, analisamos o conteúdo das respostas à questão aberta (Apêndice 6), agregando-as em quatro categorias e respectivas subcategorias (Tabela 10), seguindo a técnica de análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2016). Dos resultados foi possível verificar que a temática abordada é subvalorizada na prestação de cuidados. Porém, os enfermeiros percebem a sua importância e o seu impacto no conforto e bem-estar da pessoa em situação paliativa.

Da análise das respostas obtidas pelos enfermeiros que participaram na atividade formativa, em comparação com a análise do referencial teórico, é possível verificar que estão em concordância: os cuidados orais são de extrema importância para a pessoa em situação paliativa, por todas as dimensões que pode afetar (Andersson & Persinius, 2021; Capaz et al., 2019; Constance & Golsmith, 2015; Sifuentes & Lapane, 2020), facto corroborado por algumas das respostas dos participantes. Por outro lado, os estudos realçam a desvalorização destes cuidados (Andersson & Persinius, 2021; Junior et al. 2020; Nogueira & Jesus, 2017; Rumagilhwa & Bhengu, 2019; Zimmerman et al., 2017),

alguns participantes realçam este aspeto dos cuidados não valorizados, subestimados e não privilegiados.

**Tabela 10 – Análise de conteúdo relativa à opinião dos enfermeiros sobre a pertinência do estudo sobre os cuidados à boca à pessoa em situação paliativa**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Sensibiliza para a importância dos cuidados à boca	Na promoção do conforto e bem-estar
	Na prevenção de complicações
	Na promoção da comunicação
	Na melhoria da ingestão alimentar
	Na melhoria da autoestima
Evidencia a importância dos cuidados à boca	
Evidencia a importância de sistematizar a prática	
Evidencia a desvalorização dos cuidados à boca	

Após análise destas respostas, concluímos que o objetivo primordial do nosso trabalho foi atingido, pois visava sensibilizar para a importância dos cuidados orais à pessoa em situação paliativa. Através das diferentes respostas, verificamos que os participantes na sessão de formação consideram que os cuidados à boca são importantes e devem ser sistematizados.

O sucesso dos cuidados prestados e a satisfação da pessoa em situação paliativa, cuidadores e família, dependem do apoio proporcionado pela equipa, pelo que para Cerqueira (2005) “faz parte das competências dos enfermeiros, proporcionar à família formação neste âmbito, de modo que possam exercer um papel preponderante, de modo sereno, junto do doente terminal, com vista a proporcionar-lhes o maior conforto possível” (p. 57).

A família como pilar fundamental em cuidados paliativos, assume um papel preponderante quando o seu familiar regressa a casa. Porém, carece de apoio e educação em saúde. Os enfermeiros devem adotar uma atitude de disponibilidade, proporcionar-lhe

a informação adequada, ensinar e treinar os cuidadores para que consigam enfrentar esta nova fase.

Em cuidados paliativos e no cuidado à pessoa em situação paliativa, as alterações da mucosa oral, a dependência, o uso de determinados fármacos, a diminuição da ingestão de água, entre outros fatores, conduz à necessidade de fomentar práticas de higiene oral eficazes e eficientes, com vista à promoção do conforto e bem-estar, e à prevenção de complicações. Neste sentido, elaboramos um guia orientador dos cuidados orais em cuidados paliativos, com o objetivo de apoiar os cuidadores na prestação dos cuidados à boca (Apêndice 7). Este documento foi dividido em três partes, uma relativa aos cuidados orais básicos, outra sobre a mucosite e uma terceira sobre a xerostomia. Foram escolhidas estas duas afeções pela sua elevada prevalência em cuidados paliativos. São, ainda, apresentadas medidas simples para a prevenção e tratamento destas alterações da mucosa oral, com linguagem acessível aos cuidadores.

### 3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

O regulamento n.º 429/2018 define as competências específicas do EEEMCEPSP, sendo elas:

- a) “cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;
- b) estabelece uma 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 processo de luto” (OE, 2018, p.19360).

Indo ao encontro das competências específicas supracitadas e tendo como plano de orientação os quatro pilares dos cuidados paliativos – controlo sintomático, comunicação, apoio à família e trabalho em equipa – foram delineados os objetivos do ENP. Propusemos, assim: desenvolver competências técnico-científicas e humanas na prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa e família; aprofundar capacidades de comunicação terapêutica eficazes ao longo do processo de doença, morte e luto; e

desenvolver o pensamento crítico para a tomada de decisão no seio da equipa multidisciplinar. Desta forma, dividimos este subcapítulo em duas partes, a primeira relativa ao controlo sintomático, apoio à família e trabalho em equipa, e a segunda relativa à comunicação e relação terapêutica. Esta divisão tem por linha de orientação as unidades de competência de cada uma das competências específicas do EEEMCEPSP propostas pela OE (2018).

### **3.2.1. Controlo sintomático, apoio à família e trabalho em equipa**

Os cuidados paliativos podem ser percepcionados como ações que previnem e evitam o sofrimento de pessoas com doença grave, incurável e/ou terminal, sendo o controlo sintomático, o apoio à família e o trabalho em equipa, três dos pilares fundamentais da sua intervenção.

Para o correto e eficaz controlo sintomático é importante e imprescindível uma avaliação do sintoma, uma explicação da sua causa, o controlo do mesmo e ter em atenção os pormenores (Twycross, 2003). O controlo sintomático corresponde à tarefa primordial que deve orientar qualquer intervenção em cuidados paliativos, até porque os sintomas constituem o fator exprimível do grau de sofrimento da pessoa ou da qualidade de vida que possa vir a experimentar durante o tempo que resta lhe viver até à morte.

Neto (2006b) propõe como princípios básicos do controlo sintomático: avaliar e monitorizar corretamente os sintomas; utilizar uma estratégia terapêutica mista (medidas não farmacológicas e farmacológicas); adequar a via de administração; antecipar as medidas terapêuticas – fomentar uma atitude preventiva; estabelecer planos com a pessoa e família; explicar a situação; reavaliar periodicamente; dar atenção aos detalhes; e demonstrar disponibilidade.

No decorrer do estágio constatamos que a gestão de sintomas nem sempre é uma tarefa simples, pois cada pessoa experiencia, reage e responde de forma diferente ao mesmo sintoma e à mesma intervenção. Importa, ainda, considerar que os sintomas são multidimensionais, multifatoriais e estão em constante evolução, carecendo, por isso, de uma avaliação rigorosa e contínua. Assim, e para que o controlo sintomático seja eficaz, é imprescindível avaliar, reavaliar e reavaliar (Twycross, 2003), recorrendo a escalas adequadas e validadas, e ao exame físico rigoroso. Carece também da percepção das causas, mecanismos fisiopatológicos, fatores desencadeantes e inibidores, e impacto na

condição da pessoa. É essencial que a equipa, nomeadamente o enfermeiro, estabeleça uma verdadeira relação de ajuda, englobe e envolva pessoa e família no plano de cuidados, estabelecendo estratégias adequadas e metas realistas.

Nesta linha de pensamento, a equipa utiliza diferentes escalas para uma melhor percepção do sintoma e correta monitorização da evolução face ao plano executado. As escalas utilizadas são a escala numérica da dor, *Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS), *Palliative Performance Scale* (PPS) e *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG). Os aspetos psicossociais não são descurados; são avaliados dados referentes à interação social, resolução de problemas, apoio espiritual, apoio social, suporte financeiro, conhecimento sobre o problema de saúde, autocuidado e mudanças percebidas no humor ou sentimentos após o conhecimento do problema.

Ao longo do estágio a maioria dos pedidos de colaboração solicitados à EIHS CP visavam o controlo sintomático, com prevalência dos sintomas físicos, como a dor por exemplo.

Como quinto sinal vital, a dor exige por partes dos profissionais de saúde o seu correto e eficaz controlo, sendo este um direito da pessoa e um passo essencial na humanização dos cuidados. Tal como em todos os outros sintomas, o sucesso do controlo da dor depende da sua correta, contínua e regular avaliação e monitorização, atendendo à sua globalidade e multidimensionalidade.

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP, 2020), “a dor consiste numa experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos”.

Por outro lado, a dor crónica é, por definição, uma dor prolongada no tempo, podendo manifestar-se com diferentes características. Ou seja, uma dor persistente ou recorrente durante pelo menos 3-6 meses, que gere sofrimento, sequelas psicológicas, isolamento, incapacidade e perda da qualidade de vida, quer da pessoa quer da família. Assume-se que a “dor crónica, ao persistir para além da cura da lesão que lhe deu origem ou na impossibilidade de objetivação de lesão, deve ser encarada não como um sintoma, mas antes como uma doença por si só” (DGS, 2017, p.4).

Um dos pedidos de colaboração solicitado tratava-se de uma pessoa internada com dor lombar não controlada. Era do sexo masculino, cognitivamente íntegro, autónomo; encontrava-se fase inicial de diagnóstico de uma doença oncológica em estado avançado. Referiu dor lombar intensa, escala numérica da dor 8, com irradiação para o tórax. Definia

a dor como incapacitante, tipo “aperto”, mais exacerbada durante a madrugada e a manhã. Apetite reduzido. Trânsito intestinal regular com recurso a laxantes. Dormia cerca de 4 horas por noite. Apresentava-se resignado ao seu diagnóstico, embora com dúvidas. Medo sobre o futuro, nomeadamente a morte, em sofrimento existencial. Tinha um bom suporte familiar: o cuidador de referência era a esposa, que se apresenta triste e com labilidade emocional.

Na abordagem a esta pessoa, com o objetivo de controlar a dor, foi avaliada a multidimensionalidade da dor e tentamos perceber qual o impacto na sua vida diária. Para um controlo eficaz foram considerados fatores psicológicos, sociais e espirituais, tendo em conta o conceito de dor total introduzido por Cicely Saunders, e recorremos a medidas farmacológicas e não farmacológicas numa intervenção multidisciplinar (Sapeta, 2007). Sendo a meta da nossa intervenção em cuidados paliativos o conforto, facilmente percebemos que os aspetos físicos, espirituais, sociais e emocionais da pessoa têm impacto sobre a sua dor e a manifestação do seu sofrimento. Assim, ao relacionarmos o conceito de Dor Total, bem como os domínios que o compõem, e a teoria do conforto de Kolcaba, e os diferentes contextos que a integram (físico, psicoespiritual, ambiental e social) em que as pessoas podem experimentar alívio, tranquilidade ou transcendência, verificamos estão na base da abordagem dos cuidados paliativos descrita pela OMS (Castro, et al., 2021).

Através da análise do caso relatado, compreendemos que é imperioso atender à multidimensionalidade da dor e à sua subjetividade, tal como, ao seu impacto na vida da pessoa e da família, pois só assim conseguimos delinear um plano de cuidados individualizado, com uma gestão eficaz da dor, prevenindo situações potenciadoras de sofrimento, tais como, o uso desadequado de altas doses de analgésicos, a procura recorrente dos serviços de saúde e a descrença nos cuidados prestados.

A pessoa teve alta hospitalar, sendo orientada para a consulta externa de cuidados paliativos, foi disponibilizado apoio telefónico da equipa para esclarecimento de dúvidas. A esposa estabeleceu vários contactos telefónicos com a equipa, por dor não controlada, dificuldade em dormir e ansiedade. Acabou por ser novamente internado, falecendo no hospital. Salienta-se que esta pessoa foi acompanhada pela equipa desde a determinação do diagnóstico até à etapa final da vida, a morte. Este facto permitiu constatar que os sintomas físicos são exacerbados pela percepção da pessoa relativamente à aproximação da sua morte.

Tal como já foi dito, realçamos que um bom controlo de sintomas pressupõe ter em atenção os pormenores (Twycross, 2003). Ao longo deste período, foi necessário reformular objetivos, reformular estratégia terapêutica, indo de encontro à evolução da doença e às necessidades da pessoa e família.

Segundo Capelas e Neto (2006), a pessoa em situação terminal “apresenta doença avançada, incurável e evolutiva, com intensos problemas de saúde devido ao sofrimento associado e que, em média, apresenta uma sobrevida esperada de 3-6 meses” (p. 486). Para os mesmos autores, a pessoa agónica, também ela terminal, é aquela “cuja sobrevida estimada é de horas ou dias, efetuada com base na sintomatologia e evidência clínica que apresenta” (p. 486). Designada, muitas vezes, na prática clínica diária, como situação de última(s) hora(s) ou dia(s) de vida.

Na fase agónica, os cuidados são direcionados para a maximização do conforto sem o intuito de acelerar ou atrasar o processo da morte, continuam a ser cuidados ativos, numa atitude preventiva. As chamadas constantes de conforto, como a presença de sintomas, qualidade do sono e bem-estar psicológico ganham ênfase em detrimento de outras (Neto, 2006a). Reconhecer a proximidade da morte é importante não só para a pessoa e para a família, como também para a equipa assistencial, para que os cuidados prestados sejam adequados e direcionados às reais necessidades.

A pessoa em fase agónica apresenta astenia profunda, acamada a maior parte do tempo, sonolência, desorientação, desinteresse em comer e beber, e dificuldade em engolir. É essencial redefinir objetivos e o plano de cuidados (Gonçalves, 2011). Como enfermeiros da EIHS CP, a nossa intervenção passa pela colaboração com a equipa de enfermagem neste processo de redefinição de objetivos. Assim e nesta fase, todas as intervenções foram focadas no conforto e segurança da pessoa e da família, designadas como medidas de conforto. Suspensas todas aquelas que não contribuem para o conforto e cuja suspensão não cause sofrimento, nomeadamente, procedimentos invasivos, fúteis e potencialmente dolorosos que não tenham nenhum benefício. São suspensas medidas como monitorização de sinais vitais, pesquisa de glicemia capilar, exames auxiliares de diagnóstico, entre outras (Neto, 2006a).

A colaboração da EIHS CP foi solicitada em diferentes situações de pessoas em agonia, sendo estabelecidos cuidados individualizados e ajustados. Tivemos em atenção o envolvimento dos familiares, atendendo às suas necessidades, e respeitando as suas

vontades e crenças. Foi uma intervenção baseada na disponibilidade, facilitadora da expressão de sentimentos, emoções e angústias. Enquanto profissionais especializados em cuidados paliativos temos de ser capazes de estar no momento, saber escutar, saber ser e transmitir informação que facilite uma adaptação adequada à situação atual e às que poderão surgir.

Importa sublinhar, que a referenciação da pessoa em fase agónica é tardia, sendo que

“é ambição dos cuidados paliativos receber os doentes muito antes desta fase e dotá-los, bem como aos seus cuidadores, das armas terapêuticas disponíveis e do conhecimento e confiança necessários para enfrentar, com tranquilidade e dignidade a progressão da doença, gerindo, com conhecimento fundamentado, a evolução dos sintomas” (Maia, 2021, p.31).

Muitos das pessoas em situação paliativa que acompanhámos perderam a funcionalidade da via oral, condicionada por disfagia, alteração do estado de consciência, náuseas e vômitos, por exemplo. O que causa grande ansiedade e sofrimento na pessoa e na família. A via oral é a eleita por vários motivos, tais como de fácil administração, bem tolerada, mais confortável, menor custo, melhor adesão ao tratamento, maior controlo por parte da pessoa e da família. Porém, a utilização da via subcutânea é uma opção viável e segura quando a via oral já não é mais possível.

Os termos terapêutica subcutânea (SC) e hipodermóclise, referem-se à administração de terapêutica e reposição de fluidos e eletrólitos pela via SC. Para melhor dar resposta a esta problemática, recorreremos à pesquisa bibliográfica e participamos na formação da equipa sobre a temática como já referido anteriormente.

Assim, a via SC é cómoda, eficaz, de baixo risco de complicações, baixo custo e de fácil administração. O que se traduz no mínimo desconforto, boa tolerância e melhor adesão ao tratamento por parte da pessoa. Trata-se de uma via cómoda, não compromete a autonomia e existe facilidade nos locais a punccionar. A administração de fluidos pode ser realizada em perfusão contínua ou intermitente, no hospital ou no domicílio, por um cuidador treinado. Como desvantagem existe limitação na administração de alguns fármacos. Os locais de punção utilizados são a região deltóide, subclavicular, interescapular, abdominal e as face anterior e lateral da coxa. Para a correta punção, o cateter deve apontar para o centro do corpo, favorecendo a drenagem linfática a fim de reduzir a probabilidade de edema local. É necessário ter em atenção o volume máximo de

fluidos que cada área suporta. A saber, região anterolateral da coxa até 1500 ml em 24 horas, abdominal e interescapular até 1000 ml em 24 horas e, subclavicular e deltóide até 250 ml nas 24 horas (Siqueira et al., 2021).

A equipa utiliza, frequentemente, a via SC, sendo que os fármacos mais utilizados são a morfina, tramadol, metoclopramida, butilescopolamina, midazolam, furosemida, dexametasona, diclofenac e ceftriaxone. Em regime de ambulatório, tivemos oportunidade de praticar esta técnica, respeitando os princípios supramencionados. Em regime de consultadoria, a nossa intervenção enquanto elementos da EIHSCP, fomos agentes formativos e sensibilizadores junto dos colegas dos internamentos, para uma utilização correta e segura da via SC.

Outro aspecto importante a ressaltar nos últimos dias de vida é a questão da alimentação e hidratação artificiais. Tivemos oportunidade e necessidade de explicar à pessoa e à família que nos últimos dias de vida acontece um crescente desinteresse pela alimentação, dando lugar à recusa alimentar. Esta situação geradora de *stress* e considerada problemática, levou alguns familiares a solicitar soros e/ou sonda nasogástrica (SNG). Neste como noutros casos, é fundamental formar e desmistificar. A nossa intervenção visou explicar que esta situação está relacionada com o curso natural do processo de doença, que o facto de não se alimentar não conduzirá à morte e que a hidratação artificial não apresenta qualquer vantagem ou benefício nesta fase (Gonçalves, 2011; Neto, 2006a).

Em relação à hidratação, se a pessoa referir sede, esta sensação consegue-se controlar com medidas locais, como por exemplo humedecer frequentemente a cavidade oral, com o objetivo de diminuir a sensação de boca seca. Recorremos a medidas simples como cubos de gelo ou fruta ácida, borrifadores e utilização de estimulante salivar. Muitas vezes, a desidratação é benéfica porque reduz os edemas, as secreções, contribuindo, assim, para o alívio da dispneia e respiração estertorosa. Por outro lado, a desidratação pode causar *delirium* por acumulação de metabolitos.

Não podemos esquecer que “comer e beber são actos elementares da vida, respondem a uma necessidade fisiológica, mas também são actos de prazer. No ser humano a absorção de alimentos e de água tem quatro finalidades: nutricional, psicológica, social e simbólica” (Querido & Guarda, 2006, p. 311). Desta forma, a nutrição e hidratação em fim de vida acarretam, normalmente, dificuldades quer para a pessoa quer para a família, e até mesmo para os profissionais de saúde.

O nosso trabalho passa também pela desmistificação junto dos profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidar, visto que, muitas vezes, a pessoa internada recebe quase de imediato soros por via endovenosa, por recusa alimentar, desidratação e hipotensão, por exemplo. Deste modo, é crucial reforçar que a hidratação artificial (soroterapia) não vai regredir a doença, antes pelo contrário, poderá acarretar complicações e desconforto, nomeadamente edemas periféricos, aumento das secreções brônquicas e intensificar a sensação de dispneia (Gonçalves, 2011; Neto, 2006a).

Quer na pessoa internada quer na pessoa em regime de ambulatório, não descuramos os cuidados orais. Enquanto enfermeiros numa EIHS, a nossa intervenção englobou não só a execução destes cuidados, mas, sobretudo, a sensibilização dos nossos pares para os mesmos. Quer na programação da alta, quer em regime de ambulatório durante as consultas, tivemos em atenção os cuidados orais e o despiste precoce de afeções da cavidade oral, através da observação atenta da cavidade oral e dos sintomas existentes, assim como, através dos ensinamentos efetuados junto da pessoa e da família.

As feridas malignas são um problema frequente em cuidados paliativos e exigem cuidados complexos; é, por isso, primordial antecipar e controlar sintomas associados. Tivemos oportunidade, no serviço de urgência, de observar e assistir uma pessoa com carcinoma da cabeça e pescoço. Era de sexo masculino, triste, caquético, SNG para alimentação, ferida maligna no pescoço, abrangendo estruturas adjacentes, fistulizada para a cavidade oral, apresenta exsudado purulento e odor fétido, maus cuidados de higiene oral. Referia dor local não controlada, sob fentanilo 25µg/h transdérmico no domicílio. Era incumpridor do regime terapêutico e vivia com o pai, também ele dependente. Acompanhado por sobrinha, que refere ser insustentável esta situação em casa. Não tem retaguarda eficaz. Verificámos que a qualidade de vida desta pessoa e família estava fortemente condicionada pela situação atual; identificamos níveis de stress aumentados entre a pessoa e a sobrinha. Estimulámos a ventilação de sentimentos e de emoções; tentámos estabelecer metas a curto/médio prazo. Por fim, foi-lhe proposto internamento para controlo sintomático, visando a gestão da ferida e controlo da dor.

Antes da execução do penso, foi-lhe administrada morfina EV para controlo da dor. Executado o tratamento da ferida adaptado à pessoa, respeitaram-se os princípios básicos, nomeadamente, o controlo do odor e do exsudado e a não indicação do desbridamento mecânico, considerado, também, o risco de hemorragia. Numa primeira abordagem foi utilizado metronidazol tópico e apósito de carvão ativado. Usamos ligadura para fixar,

tornando o penso confortável e com boa adaptabilidade. No que respeita aos cuidados orais, foi reforçado junto da pessoa a sua importância e necessidade, prescrita lidocaína tópica em spray, uma vez que havia referência a dor na cavidade oral.

No internamento, durante a intervenção sensibilizámos os colegas para a execução de cuidados de penso, consoante as necessidades desta pessoa, e não por rotina, assim como, dos objetivos do tratamento de penso atual. No que respeita à dor, foi realizada rotação de opióide para morfina EV, de 4 em 4 horas, mais dose de resgate, com o objetivo de titular a dose total necessária para o seu correto controlo.

Em situação de últimos dias de vida, os tratamentos a feridas e úlceras de pressão foram realizados apenas com o objetivo de conforto, recorrendo a pensos simples e que controlassem o odor e o exsudado. Estivemos atentos a sinais de dor, recorremos a analgesia prévia e ao tratamento sempre que se justificou.

Situações como hemorragias, *delirium*, síndrome da veia cava superior, sufocação, compressão medular, hipercalcemia, fratura óssea e convulsões provocam sintomas intensos, tornando-se urgentes o seu controlo, sendo por isso consideradas emergências paliativas (Gonçalves, 2011).

Durante o ENP tivemos oportunidade de presenciar situações emergência paliativa. Destacamos, uma pessoa com diagnóstico de neoplasia da mama com metastização pulmonar, óssea e cerebral, desenvolveu quadro de dispneia e *delirium* com sinais de desconforto no domicílio. Foi encaminhada para o hospital para controlo sintomático. Também, uma pessoa com neoplasia cerebral terminal, com *delirium* refratário às várias linha de tratamento; encontrava-se agressiva, pelo que foi necessário recorrer à sedação paliativa, após reunião com familiares para expor a situação. E, por fim, uma pessoa com ferida neoplásica a nível cervical, com invasão de estruturas adjacentes e elevado risco de hemorragia, sem suporte familiar.

Para uma melhor resposta à problemática das emergências paliativas, a equipa elaborou, como já referido, anteriormente, um guia orientador para o controlo sintomático, que abarca a sedação paliativa, acessível a toda a comunidade hospitalar, tornando-se uma ferramenta útil na prestação de cuidados à pessoa em fim de vida.

Tivemos a oportunidade de realizar ensinamentos sobre diversos aspetos do dia-a-dia que podem aliviar os sintomas, com intuito de proporcionar conforto; tais como: utilização de massagem, aplicação de calor e frio, otimização da dieta, cuidados durante a higiene,

cuidados à boca, hidratação oral e da pele, prevenção de úlceras de pressão. Como já referimos, assistimos pessoas com os mais variados sintomas; porém, destacamos a dor, como sendo o mais prevalente. A equipa utiliza de forma segura e eficiente a escada analgésica da OMS, sendo discutido, sempre com a pessoa/família, os objetivos da analgesia e os efeitos secundários, estabelecendo objetivos realistas.

Outro pilar a considerar, em cuidados paliativos, é o apoio à família. Esta é parte integrante dos cuidados e o seu apoio não deve ser negligenciado nem subvalorizado. A comunicação com a família, o envolvimento nos cuidados à pessoa, o planeamento do regresso a casa, a explicação de tratamentos e o apoio no luto, são aspetos importantes no contacto com os familiares.

Segundo a Lei de Bases de Cuidados Paliativos (2012), a família tem direito “a receber apoio adequado à sua situação e necessidades, incluindo a facilitação do processo do luto” (p. 5120); assim como, a obter informações sobre o estado de saúde da pessoa em situação paliativa, caso seja essa a sua vontade.

A família oferece suporte à pessoa e, também, sofre com a sua doença e as alterações que acarreta. A sobrecarga familiar é intensa e gera consequências psíquicas, físicas e sociais. Perante a evolução da doença e o encaminhamento para cuidados paliativos, podem surgir reações como depressão, insónia, fadiga, sensação de impotência e/ou incompetência, entre outros. Também são comuns nesta fase conflitos familiares, dificuldades económicas, necessidade de adaptação a novos papéis e hábitos de vida, conspiração do silêncio (Farinhas et al., 2013). Familiares e cuidadores reconhecem dificuldades na prestação de cuidados, tais como, a falta de informação e indisponibilidade de acompanhamento 24 horas por dia à pessoa (Cerqueira, 2005). As famílias são dotadas de diferentes capacidades que interferem no cuidado à pessoa, pelo que é primordial que os profissionais se foquem “nos factores que dificultam o cuidar de modo a potenciá-los e trabalhá-los desde o primeiro dia em que o doente e família tomam contacto com a equipa de cuidados paliativos” (Reigada, 2010, p.43).

Durante o ENP, como já atrás referido, participámos numa visita domiciliária. Estiveram presentes enfermeiro e médica da equipa, e a aluna do estágio, após consentimento do cuidador. Trata-se de uma senhora em situação de últimos dias de vida, cuja filha, principal cuidadora, estabeleceu múltiplos contactos telefónicos com a equipa, demonstrando desespero e necessidade de apoio. À nossa observação, encontra-se

prostrada, no leito, em estado confortável, com os sintomas controlados, respiração serena, alguns períodos de apneias. Esta visita domiciliária teve como principal finalidade a validação dos cuidados levados a cabo pela cuidadora, pelo reforço das medidas de conforto, pela explicação da proximidade da morte, e como reagir perante a mesma.

A conferência familiar consiste numa reunião estruturada de intervenção à pessoa e família, trata-se de um instrumento terapêutico, servindo para maximizar a qualidade dos cuidados prestados. Sendo facilitador no processo de adaptação a uma situação de doença prolongada, incurável e progressiva, contribui para o alívio do sofrimento e o aumento da qualidade de vida. Instrumento facilitador em todo o processo relacional e comunicacional, são realizadas com múltiplas finalidades, tais como apoio psicossocial, clarificação de objetivos, discussão de diagnóstico, tratamento, prognóstico, planeamento de alta e plano de cuidados para a pessoa e cuidadores (Hudson et al., 2015).

As conferências familiares requerem planeamento prévio, têm como objetivos informar, deliberar, esclarecer e estabelecer metas para os cuidados futuros, a partir de discussão entre os profissionais de saúde, a pessoa e a família. Podem ser moderadas por profissionais das diversas áreas, sendo requisito essencial, possuir habilidades de comunicação e de trabalho em equipa (Hudson et al., 2008).

Tivemos oportunidade de colaborar em algumas conferências familiares, cujos objetivos foram informar sobre a situação clínica, diagnóstico e prognóstico, partilhar objetivos, recolher informação sobre os recursos familiares, sociais e financeiros para programação de alta, informar sobre o encaminhamento após alta (domicílio ou UCP), entre outros.

Iremos retratar uma conferência familiar, para mais facilmente se perceber como foi estruturada. Trata-se duma pessoa do sexo masculino, de 72 anos, com adenocarcinoma gástrico em estágio IV, admitido no serviço de cirurgia por fístula enterocutânea e vômitos. Caquético, asténico, sem dor. Apetite preservado, alimenta-se por via oral, SNG em drenagem. Reformado, vive com a esposa, tem apoio de dois filhos. Vontade expressa de regressar ao domicílio, sendo este o local escolhido para o fim de vida.

O agendamento desta conferência familiar surgiu após a observação, análise, discussão e avaliação desta pessoa pela EIHS CP. Foram contactados telefonicamente os familiares/cuidadores para agendar a mesma, mediante a disponibilidade dos intervenientes. A reunião decorreu num espaço improvisado do hospital, na entrada principal, para reuniões com familiares. Proporcionado um ambiente calmo e seguro,

garantida a privacidade, salvaguardamos, porém, que deveria existir uma sala própria da equipa para este fim. Presentes na reunião estiveram a esposa e os dois filhos, médica e enfermeiro EIHSCP, aluna de estágio, após consentimento dos familiares, e a psicóloga. A pessoa em questão não reunia condições para participar na conferência familiar. Salientamos que teria sido uma mais valia a presença do médico assistente.

Após apresentação dos elementos presentes, foram expostos os motivos e objetivos da conferência familiar. Esta foi orientada em parceria pela médica e pelo enfermeiro da EIHSCP. Foram fornecidas informações simples, claras e realistas sobre a situação atual. Foram desmistificadas questões relacionadas com a alimentação, hidratação, percurso natural da doença a curto prazo e morte. Durante a conferência familiar, a esposa apresentou-se tensa, direcionando para os filhos todas as decisões. Os filhos embora com labilidade emocional fácil, encontravam-se calmos, conseguiram expor as suas dúvidas, necessidades e receios. Assumida a intenção de levar o pai para casa, sendo a sua vontade. Seguiu-se, então, nesta direção e foi agilizado todo o processo nesse sentido. Proposto apoio da ECCI no domicílio, sendo alertados para possíveis inseguranças que seriam colmatadas pela referida equipa e pelo apoio telefónico da EIHSCP. No final, foram sistematizados os pontos principais, dada oportunidade para esclarecimento de dúvidas.

As famílias perante a doença terminal do seu familiar também vivem um processo de adaptação complexo, que exige mudança e acarreta grandes dificuldades para lidar com a doença e o sofrimento. Neste caso, foi primordial a promoção do conforto, dignidade, qualidade de vida e autonomia, respondendo sempre às necessidades e desejos da pessoa e seus familiares. O processo de comunicação utilizado pela equipa tornou-se num agente terapêutico poderoso; por vezes, o único que temos ao nosso dispor.

A intervenção dos cuidados paliativos e em cuidados paliativos não termina com a morte da pessoa, estendem-se aos familiares, no apoio ao processo de luto. O luto assume-se como “a maior crise pessoal que muitas pessoas têm jamais de enfrentar (...) afeta os sentimentos, os pensamentos e o comportamento” (Twycross, 2003, p.63). Temos que ter em atenção, que a maior parte dos familiares não sabe lidar com a morte nem com o sofrimento inerente. A equipa disponibiliza apoio no luto aos familiares, através da Consulta de Luto, dirigida pela psicóloga. A referência para esta consulta é realizada de duas formas: familiares sinalizados antecipadamente por qualquer elemento da equipa

ou, posteriormente à morte, após contacto telefónico com os familiares, e estes demonstrem interesse ou necessidade de recorrer a esta consulta.

Um outro pilar em cuidados paliativos é o trabalho em equipa. As recomendações sobre a organização dos serviços em cuidados paliativos salientam a importância que o contributo de cada grupo profissional tem para maximizar a qualidade dos cuidados prestados (Neto, 2006a). Assim, os cuidados paliativos requerem uma abordagem interdisciplinar e multidisciplinar (médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, nutricionista, assistente espiritual, entre outros.). No que respeita ao trabalho em equipa, os objetivos delineados para o ENP foram: compreender e integrar a dinâmica organizacional da EIHS CP; contribuir para o bom ambiente e relação interpessoal com todos os elementos da equipa; identificar a intervenção do enfermeiro tendo em vista a globalidade dos cuidados no seio da equipa multidisciplinar; reconhecer a mais-valia da realização de reuniões de equipa; e participar na discussão de casos clínicos e dilemas éticos na reunião de serviço.

“A essência dos cuidados paliativos é a aliança entre equipa de cuidados e o doente e sua família” (Twycross, 2003, p.18); assim, pessoa e família fazem parte integrante e ativa da equipa. O trabalho em equipa visa o bem-estar global da pessoa e da sua família, e a sua intervenção "deve enfatizar a vida, encorajar a esperança e ajudar as pessoas a aproveitarem o melhor de cada dia. Não devem somar-se intervenções desarticuladas” (Bernardo et al., 2006, p. 464).

Como já referido na contextualização do ENP, a equipa multidisciplinar da EIHS CP do CHMA é constituída por enfermeiros, médicos, psicóloga, assistente social e assistente técnica. A maioria dos elementos possuem formação especializada em CP, sendo a formação diferenciada em cuidados paliativos “um aspeto essencial e imprescindível para a organização e qualidade deste tipo de cuidados, devendo ser dirigida a todos os profissionais envolvidos” (DGS, 2005, p. 16).

A equipa conta ainda com a colaboração de nutricionista, assistente espiritual, médicos e enfermeiros dos diferentes serviços hospitalares a que a equipa presta consultadoria, entre outros. Existe uma preocupação na equipa em integrar todos os intervenientes neste processo. Por exemplo, a situação clínica da pessoa em situação paliativa internada, o plano terapêutico a implementar e a programação da alta, são sempre discutidos com o médico assistente e o enfermeiro responsável pela pessoa em causa.

Um aspeto que importa aqui salientar é a reunião semanal da equipa – momento de apresentação e discussão de casos clínicos, e de redefinição de estratégias. É também, e sobretudo, um momento de partilha entre todos os intervenientes, bem como de momentos de reflexão crítica, sobre as situações mais complexas no cuidado à pessoa em situação paliativa e família. Houve espaço para a reflexão de dilemas éticos, análise situações geradoras de stress, exposição de medos, constrangimentos e frustrações, entre outros.

Constatamos que durante o período do ENP, a EIHSCP criou momentos para a apresentação e debate de artigos científicos e trabalhos desenvolvidos pelos profissionais e/ou estudantes em estágio. Tivemos, como anteriormente referido, oportunidade de apresentar o nosso. Reconhecemos a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adequadas, contribuindo para prestar os melhores cuidados à pessoa e à família, e consolidar os conhecimentos. A formação em serviço é um aspeto levado em linha de consideração, pois assume primordial importância na aquisição de novos conhecimentos e competências. Aspetos já expostos no subcapítulo relativo às competências comuns do enfermeiro especialista.

Com o decorrer do ENP, deparamo-nos com algumas problemáticas na prestação de cuidados da EIHSCP, como por exemplo a de uma pessoa com doença oncológica em estado avançado, que se julga poder morrer em escassos dias, e com múltiplos sintomas em gestão, desde dispneia, dor e sofrimento. Ao manifestar vontade de regressar a casa, embora viva sozinha e não tenha uma rede de suporte eficaz, o que fazer? Que linha orientadora seguir? Que contributo cada grupo profissional pode aqui trazer? Perante a sua inquietação e sofrimento, a equipa deparou-se com este problema. Será primordial controlar a dor e o sofrimento com fármacos que sabemos que lhe irão reduzir a consciência? Se optarmos por este caminho, esta pessoa provavelmente não encontrará a paz que necessita. Assim, a solução encontrada foi primeiro controlar os sintomas e, posteriormente, através da intervenção conjunta com a assistente social e o filho, verificar a possibilidade de regressar a casa, mobilizando e otimizando todos os apoios sociais disponíveis.

Para que este plano de intervenção fosse possível e eficaz muito contribuiu, sem margens para dúvidas, o trabalho em equipa e a correta discussão do caso clínico, à luz de cada um dos intervenientes. Assim, “uma equipa multidisciplinar deve funcionar com base numa liderança aceite, com objetivos definidos e previamente traçados” (Bernardo et al., 2006,

p.465). Só assim é possível garantir cuidados de qualidade numa abordagem holística. É necessário, por isso, saber integrar, organizar e reorganizar, sempre que necessário, os saberes e contributos de cada grupo profissional envolvido, com vista a resolução das necessidades da pessoa e família. Ora isto remete-nos para outra discussão sobre a continuidade de cuidados. A pessoa tem direito à prestação de cuidados continuados, ou seja, todos têm o direito de obter, dos diversos níveis de prestação de cuidados (hospitais e centros de saúde), uma resposta pronta e eficiente, que lhes proporcione o necessário acompanhamento até à morte. Desta forma, hospitais e cuidados de saúde primários, devem articular-se, por forma a garantir que não exista quebra na prestação de cuidados. O que é fato é que o CHMA não possui nenhuma equipa de cuidados paliativos domiciliários, nem a EIHSCP possui tal valência, nem existe na sua área de influência nenhuma ECSCP. Após a alta, a pessoa e a família mantêm contacto com a equipa através da consulta externa e do contacto telefónico, o que em muitas situações é notoriamente insuficiente.

As competências adquiridas no controlo de sintomas, no apoio à família e no trabalho em equipa, foram desenvolvidas através da colaboração na execução de estratégias de intervenção, nomeadamente na identificação, planeamento, implementação e avaliação de intervenções, englobando a pessoa em situação paliativa e a sua família, não descurando o apoio efetivo á mesma, numa abordagem multidisciplinar.

### **3.2.2. Comunicação e relação terapêutica**

O cuidado em enfermagem desenvolve-se na relação com a pessoa cuidada e com os familiares, sendo a comunicação uma peça fundamental para que se estabeleça uma relação terapêutica. Como já referimos, os cuidados paliativos têm como objetivo primordial melhorar a qualidade de vida da pessoa e da família, constituindo-se a relação terapêutica essencial neste processo. Esta define-se como “uma interação entre duas pessoas, normalmente um prestador de cuidados e o indivíduo que os recebe, na qual a colaboração dos dois participantes contribui para um clima curativo, promoção do crescimento e/ou prevenção da doença” (Townsend, 2011, p. 121).

O papel do profissional com competências neste âmbito, não é o de fornecer soluções ou estratégias previamente definidas para a resolução do problema, mas, antes, o de agir de modo a que o outro compreenda melhor a sua situação e se compreenda melhor a si

mesmo. Assim, estabelecer uma relação terapêutica ou de ajuda significa que o profissional crie as condições relacionais necessárias para que aquele que pede ajuda, encontre a melhor solução, o melhor caminho para si, no sentido de ultrapassar as suas dificuldades ou problemas.

Para a enfermagem em geral, mas em particular no cuidado à pessoa em situação paliativa, a relação terapêutica assume primordial importância, pois “toda a interação cuidador-cuidado tem sempre um carácter terapêutico” (Sequeira, 2016, p.98). Os objetivos definidos no âmbito da comunicação, último pilar dos cuidados paliativos aqui exposto, foram desenvolver estratégias comunicacionais e garantir uma relação terapêutica eficaz, e ainda a promoção de um cuidado integral e humanizado.

Para o sucesso desta relação são essenciais alguns fatores: que seja baseada na confiança mútua, receptividade, compreensão e apoio, sem juízos de valor nem julgamentos. Ter a capacidade de compreender os sentimentos, os pensamentos e as atitudes dos outros, dar a entender ao outro que o compreendemos e aceitamos. Assim, a empatia é primordial em todo este processo. Utilizamos, para isso, a escuta ativa, a comunicação calma e objetiva. Contemplamos também a capacidade de entender o outro na linguagem verbal e não-verbal, nas suas expectativas, no seu contexto e nos seus receios.

A palavra comunicar surge do latim *communicare*, que significa “partilhar”, “tornar comum” (Lima et al., 2019). É um elemento essencial na relação entre profissional de saúde, pessoa e família, fortalece e potencia esta tríade. Assim, a comunicação torna-se numa ferramenta significativa que procura intervir nas relações humanas promovendo a sustentabilidade e a consolidação da autonomia, estimulando a pessoa a verbalizar os seus medos, preocupações e dúvidas, e possibilitando-lhe sentir-se cuidada, amparada, confortada e compreendida (Andrade et al., 2019; Pacheco et al., 2020).

Uma boa comunicação tem como objetivo diminuir a incerteza, melhorar relacionamentos e indicar à pessoa e à família um rumo. A comunicação vai muito além das palavras, pois engloba a dimensão verbal e a não-verbal. A utilização de palavras é característica essencial da comunicação verbal, de modo a expressar pensamentos, validar ideias e clarificar mensagens. Por outro lado, a comunicação não-verbal qualifica a verbal, inclui a expressão facial e corporal, o contacto olhos nos olhos, a postura (sentado ou de pé), o tom de voz, o toque, entre outros. Associado a um conjunto de princípios gerais como ambiente acolhedor, privacidade, disponibilidade, escuta ativa, valorização dos

sentimentos e o não distanciamento por parte dos profissionais. A comunicação é tão ou mais importante quanto todos os outros cuidados, pois diminui o stress e a negação (Twycross, 2003).

A nossa intervenção englobou: acolher empaticamente; atender às necessidades da pessoa e da família; abordar a pessoa, mantendo contacto visual; adequar o tom, ritmo e velocidade da linguagem à pessoa, fazendo pausas e permitindo-lhe colocar questões e dúvidas; respeitar a sua identidade; ter em atenção as suas necessidades de comunicação; e promover a sua dignidade.

O ENP e as várias situações que experienciamos, permite afirmar que numa comunicação terapêutica eficaz é imperioso não esquecer alguns aspetos, destacamos: escolher um ambiente calmo, agradável e com privacidade; descobrir aquilo que a pessoa sabe e aquilo que quer saber; fazer perguntas abertas, para que esta exprima mais facilmente as suas preocupações; não dar falsas esperanças; não dar mais informação do que a desejada; não temer o silêncio; assegurar-se de que a mensagem foi recebida; ter a coragem necessária para dizer “não sei”; aceitar a negação, mas não compactuar com ela; e consciencializar-se do horror que a incerteza representa para a pessoa e família.

Também apreendemos que o silêncio permite a organização dos pensamentos e encoraja a pessoa e/ou a família a expandir as suas ideias, reações ou sentimentos. Durante o processo de comunicação, evitamos comportamentos de distanciamento que bloqueiem a expressão de sentimentos negativos e/ou medos, ou que aumentem a frustração e o ressentimento.

Não descuidamos a vertente não verbal da comunicação, estando atentos a todos os pormenores, reinventando formas de comunicação sempre que necessário. Em algumas situações em que a comunicação verbal não era possível, recorremos a estratégias adaptativas, como por exemplo: com uma pessoa com neoplasia da orofaringe, traqueostomizada e sem capacidade de comunicação verbal, utilizávamos um caderno para que esta se conseguisse expressar através da escrita.

Ao longo do ENP experienciamos situações em que, quer a pessoa, quer a família, apresentavam uma atitude pouco atenta e condicionada pela sua ansiedade. Tornou-se imperioso garantir que as informações eram percebidas da forma correta, repetindo as vezes necessárias e, em alguns casos, usamos a escrita. O guia de acolhimento fornecido

na consulta pela EIHSCP assume-se como uma estratégia utilizada para sintetizar as informações mais importantes.

Em situações de fracasso terapêutico, alteração de expectativas, prognóstico reservado, morte, entre outras, surge a questão das más notícias. Esta situação refere-se à transmissão de uma informação cujo um impacto é drástico sobre quem a recebe, afetando a sua esfera emocional, cognitiva, espiritual e comportamental. A transmissão de más notícias carrega ambivalência que afeta tanto a pessoa e a família, quanto o profissional de saúde. Requer, por isso, uma abordagem assertiva e estruturada. A equipa elaborou um protocolo de Más Notícias (Anexo 7).

Esta questão surgiu algumas vezes ao longo do ENP, sendo “uma tarefa extremamente difícil também para o profissional de saúde, pois requiere um conjunto de conhecimentos e habilidades específicas e envolve uma elevada carga emocional” (Sequeira, 2016, p. 216). Assim, tornou-se essencial saber como falar a respeito de perdas, de terminalidade e de morte, pois a forma como se comunica é fundamental para a aceitação da situação. Saber comunicar uma má notícia, fortalece o vínculo terapêutico, reduz a incerteza da pessoa face à situação vivida, oferece orientação, e minimiza sentimentos de medo, ameaça e isolamento. Por forma, a manter uma comunicação clara e aberta na transmissão de más notícias, o protocolo *Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy and Summary* (SPIKES), guia a nossa intervenção através de seis etapas, sendo elas:

1. *S (Setting)*: planear a entrevista, reunir informação disponível sobre a situação e promover ambiente acolhedor sem ruídos e com privacidade;
2. *P (Perception)*: perceber o que já sabe, avaliar o que lhe foi dito, as expectativas e nível de compreensão;
3. *I (Invitation)*: convidar a pessoa a falar, identificar o que pretende saber mais e adequar ao nível de especificação que a pessoa pretende;
4. *K (Knowledge)*: transmitir informação gradualmente, de forma clara e com linguagem compreensível, fazendo pausas para analisar a sua reação;
5. *E (Explore)*: explorar as emoções, permitir a expressão, dar suporte e tranquilizar;

6. *S (Strategy and Summary)*: apresentar uma estratégia de intervenção, elaborar um plano orientador de procedimentos futuros necessidade de continuidade para ajuda especializada caso necessário (Cruz & Riera, 2016).

Podemos falar aqui de uma pessoa do sexo masculino, 50 anos, cognitivamente íntegro, com diagnóstico recente de paraganglioma, apresentando úlcera de pressão grau IV na região sagrada e paraplegia. O suporte familiar estava presente e era constituído por mãe e dois irmãos. Neste caso tivemos que explicar a esta pessoa a terminalidade da sua doença, o não serem possíveis tratamentos dirigidos à doença de base e a impossibilidade de regresso a casa. Foram eixos norteadores da nossa intervenção: o estabelecer uma comunicação eficaz, clara e honesta, expor as informações de acordo com as suas condições emocionais, criar um ambiente seguro, utilizar o toque terapêutico e respeitar as suas escolhas, dando espaço para a ventilação de emoções. Foram utilizadas estratégias adaptativas, como por exemplo, atingir a data de aniversário da mãe. Neste caso, esta pessoa tinha acompanhamento regular com a psicóloga da equipa.

Nesta situação e no curso normal da sua doença, a nossa postura demonstrou cuidado e interesse pela pessoa, estar disponível para discutir questões espirituais e de fé, encorajar a esperança, escutar ativamente, demonstrar confiança e honestidade, utilizar o toque terapêutico, dar abertura e ajudar a pessoa no encerramento das suas questões do passado.

Um aspeto importante a salientar foi a relação de confiança estabelecida entre o enfermeiro, a pessoa e a família ao longo dos diferentes contactos, o que permitiu a aceitação mais fácil do percurso e das complicações que surgem. Verificámos que quando as pessoas e a família criam uma boa relação com os elementos da equipa, partilham mais facilmente necessidades, problemas, sentimentos, medos e expectativas, permitindo aos profissionais atender todas as suas necessidades, proporcionando conforto e bem-estar.

Por fim, no cuidado à pessoa em situação paliativa, pudemos experienciar que a ajuda espiritual e religiosa traz conforto, dá sentido e significado à pessoa e à família que experienciam esta fase. Facilitamos e possibilitamos assistência a nível espiritual para proporcionar o máximo de conforto possível. O nosso cuidado englobou ouvir a experiência da pessoa e as suas questões, proteger a sua dignidade e identidade, garantir uma abordagem holística, abrangendo atendimento psicológico, espiritual, social e emocional.

Tornou-se imperioso atender à dimensão espiritual para um cuidado efetivo. A dimensão espiritual de cada pessoa engloba a sua relação com o transcendente. “O sofrimento espiritual se alicerça na violação da essência do eu o que se caracteriza frequentemente pela perda de sentido e identidade, assim como o desejo de abreviar a vida” (Saporetti, 2008, p.525).

Segundo a Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC),

“a espiritualidade é a dimensão dinâmica da vida humana que se relaciona com a forma como as pessoas (individuais e comunitárias) experienciam, expressam e/ou procuram significado, propósito e transcendência, e a forma como se ligam ao momento, a si próprios, aos outros, à natureza, ao significado e/ou ao sagrado” (EAPC, 2011).

Constatamos que atender à espiritualidade da pessoa é fundamental para favorecer a reconciliação consigo mesma e com os outros. As necessidades espirituais que mais identificamos ao longo do ENP foram a necessidade de dar e receber amor, de perdoar e ser perdoado, de encontrar sentido no sofrimento, de ter esperança em algo ou alguém, de alcançar a paz interior, de deixar uma marca e de despedida.

Como já foi aqui referido, o sofrimento espiritual faz parte do conceito de dor total e é muitas vezes subdiagnosticado e subvalorizado. Assim, ao se identificar e colmatar as necessidades espirituais, minimizou-se o sofrimento. Usamos perguntas simples, como por exemplo: “O que o perturba?”, “O que lhe enche o espírito?”, “Onde encontra força nos momentos difíceis?”.

Destacamos um senhor que, perante a terminalidade da sua doença, teve oportunidade de pedir perdão aos irmãos e, ainda, de afirmar que amava a sua mãe. Estes dois factos trouxeram-lhe muita paz, facilitando a aceitação da sua situação e da sua morte. A espiritualidade pode ser entendida como a procura daquilo que dá sentido e propósito à vida de cada pessoa. É um processo de autodescoberta expresso na busca do sagrado, que pode ser a família, os amigos, a religião, entre outros. A nossa intervenção a nível espiritual visou ajudar a pessoa em situação paliativa e a família a dizerem coisas simples, tais como: “gosto de ti”, “obrigado”, “perdoa-me”, “perdoe-te” e “adeus”.

Constatamos, através de algumas histórias, que manter a esperança, é essencial no percurso da doença da pessoa e da família. Efetivamente, a esperança é um mecanismo de *coping*, ajuda a pessoa a lidar com a incerteza do futuro, sem desespero. Ou seja, “a

manutenção da esperança é importante porque permite que os doentes vivam os seus últimos dias da forma mais plena possível.” (Viana, 2010, p.15).

Concluimos que, a comunicação é um processo dinâmico, complexo e permanente, por meio do qual os seres humanos emitem e recebem mensagens, com a finalidade de compreender e de ser compreendidos pelos outros. Esta ajuda à pessoa oferece-lhe tranquilidade, autoconfiança, respeito, individualidade, ética, compreensão e empatia. Para além do que dizemos, temos de ter atenção ao modo como dizemos, à nossa postura, à expressão facial, ao olhar, ao tom de voz. Podemos afirmar que as atividades desenvolvidas, permitiram entender a importância da comunicação e da relação terapêutica, compreender o processo de comunicação, e aperfeiçoar competências e estratégias de comunicação.

## **CONCLUSÃO**

Numa sociedade em constante evolução, o exercício profissional de enfermagem exige uma prática cada vez complexa e diferenciada como resposta aos desafios em saúde.

A realização e concretização do ENP permitiu a mobilização e desenvolvimento de conhecimentos e de capacidades, que culminaram na aquisição de competências científicas, técnicas e humanas no cuidado especializado à pessoa em situação paliativa. Este percurso de construção de saberes especializados permitiu, também, desenvolver competências na área de gestão, na qualidade de cuidados, na ética profissional e na investigação, tomar decisões mais conscientes e fundamentadas perante situações complexas.

Podemos afirmar que os objetivos do estágio foram conseguidos pois, ao longo do mesmo, desenvolvemos competências técnico-científicas e humanas na prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa e à família; aprofundamos capacidades de comunicação terapêutica eficazes ao longo do processo de doença, morte e luto; desenvolvemos o pensamento crítico para a tomada de decisão no seio da equipa multidisciplinar; e desenvolvemos as competências comuns do enfermeiro especialista.

De acordo com o exposto, podemos concluir que adquirimos e desenvolvemos competências de mestre/especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de intervenção à pessoa em situação paliativa que vivencia processos complexos de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e à família, antecipando e articulando os cuidados com a equipa multidisciplinar, expondo claramente a situação da pessoa e da família, mobilizando para a prestação de cuidados conhecimentos fundamentados e baseados na evidência e, ainda, fazendo uso do raciocínio crítico.

Ainda no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa, refletimos sobre os quatro pilares dos cuidados paliativos: controlo sintomático, comunicação, trabalho em equipa e apoio à família, que tiveram em consideração a complexidade das situações e a diferenciação de cuidados exigidos à pessoa. Espelhamos ainda outras temáticas, tais como: situações de emergência em cuidados paliativos, conferências familiares, espiritualidade e relação terapêutica, entre outras. A pessoa em situação paliativa tem direito a cuidados de qualidade: à sua autonomia, identidade e dignidade, ao apoio personalizado, ao alívio do sofrimento, à informação e a recusar tratamentos, tendo sido estes os aspetos norteadores da prestação de cuidados durante o estágio.

Na base de todo este processo, e porque são indissociáveis, estiveram subjacentes as competências comuns do enfermeiro especialista: a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria da qualidade da práxis profissional, a gestão de cuidados e a procura do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A construção do conhecimento baseado na evidência e na procura de novos significados que conduzam a mudanças na prática dos cuidados de enfermagem, também fazem parte do desenvolvimento de competências do enfermeiro. Assim, a realização do trabalho de investigação sobre a temática dos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa foi preponderante. Por um lado, permitiu a sensibilização e consciencialização dos enfermeiros da unidade hospitalar onde decorreu o estágio para a importância e relevância destes cuidados e, por outro lado, permitiu conhecer estratégias e intervenções resultantes da evidência que poderão ser utilizadas e adaptadas na prestação de cuidados orais à pessoa em situação paliativa.

Os cuidados orais específicos e sistematizados são cruciais na promoção da qualidade de vida, conforto e bem-estar. Assim, é responsabilidade do enfermeiro desenvolver conhecimentos sobre os cuidados à boca, que lhes permitam prestar cuidados orais específicos e individualizados, bem como, dotar a pessoa e a família de conhecimentos e capacidades que lhes permitam promover a sua saúde oral. A qualidade dos cuidados orais à pessoa em situação paliativa deve ser intencionalidade de todos os enfermeiros envolvidos no processo de cuidar. Com o trabalho desenvolvido, pensamos ter contribuído para a melhoria da qualidade dos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa. Embora não seja possível, com este trabalho, delinear uma prática sistematizada, os resultados obtidos constituem um contributo para a enfermagem na área da pessoa em situação paliativa, podendo auxiliar o desenvolvimento de trabalhos futuros.

O desafio para trabalhos futuros prende-se com a elaboração de estudos que assegurem a prática dos cuidados orais baseada na evidência. Consideramos necessário desenvolver estudos que permitam sistematizar a prática dos cuidados orais à pessoa em situação paliativa e a elaboração de protocolos de atuação, por forma a ampliar o conhecimento científico e o *empowerment* dos enfermeiros nesta temática, contribuindo para cuidados de enfermagem mais eficazes, mais seguros e de melhor de qualidade.

O presente relatório, através da análise e reflexão, traduz o culminar de um caminho de aprendizagem e enriquecimento profissional e pessoal, com vista ao desenvolvimento de

competências especializadas no cuidado à pessoa em situação paliativa. Desta forma, fazemos um balanço positivo deste percurso e consideramos ter cumprido os objetivos previamente delineados.

As limitações encontradas prenderam-se sobretudo com a inexperiência na prática de cuidados à pessoa em situação paliativa em contexto da EIHSCP o que, em primeira instância, condicionou a problematização da prática de cuidados e a identificação de temáticas/necessidades e atividades que pudessem ser desenvolvidas e que constituíssem contributos válidos para a equipa, para o contexto do ENP e para a aprendizagem pessoal. Pensamos, porém, ter superado essa dificuldade através da ajuda da EIHSCP, e em especial, com a tutoria dos enfermeiros orientadores, assim como, através do estudo e pesquisa que decorreram conforme as necessidades sentidas no contacto com a realidade da pessoa em situação paliativa e família.

Em suma, os conhecimentos e as competências adquiridas no âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, constituem um marco importante no nosso percurso profissional e pessoal, contribuindo para um olhar mais nítido e distinto dos cuidados especializados e da profissão de enfermagem. Reconhecemos o fim deste caminho, na certeza de que tudo está em constante mudança e que o futuro trará novos desafios e projetos impulsionados pela investigação, como veículo de resolução das problemáticas, durante os processos complexos vivenciados pela pessoa em situação paliativa e pela família ao longo do seu caminho.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Alcântara, F. A. (2020). Dilemas éticos em cuidados paliativos: revisão de literatura. *Revista Bioética*, 28(4), 704-709.  
<https://doi.org/10.1590/1983-80422020284434>
- Almeida, A. C. M. C. (2012). *Satisfação dos enfermeiros face ao estilo de liderança*. [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.  
<http://hdl.handle.net/10400.14/10917>
- Amante, M. M. S. (2019). *Saúde Oral: Quais as Patologias e Problemas da Cavidade Oral dos Doentes Paliativos Internados em Unidades de Cuidados Continuados e Paliativos*. [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.  
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/28758/1/dissertacao%20Monica%20Amante%20Versao%20Final%20Impressao%20paginas%20impares%20%282%29.pdf>
- Andrade, F. M. M. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas ao cuidador principal*. [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho.  
<https://hdl.handle.net/1822/10460>
- Andrade, G. B., Pedroso, V. S. M., Weykamp, J. M., Soares, L. S., Siqueira, H. C. H., & Yasin, J. C. M. (2019). Palliative Care and the Importance of Communication Between Nurse and Patient, Family and Caregiver. *Rev Fund Care Online*, 11 (3), 713-717.  
<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.713-717>
- Andersson, M., & Persenius, M. (2021). Good in Providing Oral Care, but we Could be Better-Nursing Staff Identification of Improvement Areas in Oral Care. *Sage Open Nursing*, 7, 1-8.  
<https://doi.org/10.1177/23779608211045258>
- Areia, N. A., Major, S., & Relvas, A. P. (2017). Necessidades dos familiares de doentes terminais em cuidados paliativos: Revisão crítica da literatura. *Psychologia*, 60(1), 137-152.  
[https://impactum-journals.uc.pt/psychologica/article/view/1647-8606\\_60-1\\_8](https://impactum-journals.uc.pt/psychologica/article/view/1647-8606_60-1_8)
- Associação Internacional para o Estudo da Dor (2020). *Definition of Pain*.  
<https://www.iasp-pain.or>
- Associação Europeia de Cuidados Paliativos (2011). *Definition of Spiritual Care*.  
<https://www.eapcnet.eu/eapc-groups/reference/spiritual-care/>
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2022). *Cuidados Paliativos*.  
<https://apcp.com.pt/cuidadospaliativos/>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.

- Barillari, M., Costa, M. G. N. S., & Gomes, A. C. P (2015). Complicação da terapia antineoplásica: prevenção e tratamento da mucosite oral. *Investigação*, 14(6), 121-124.
- <https://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/921>
- Barros, C. G. D. (2020). *Caracterização das afeções da boca nos doentes em cuidados paliativos*. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.
- <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/131109/2/434101.pdf>
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. (7ª ed.). Oxford University Press.
- Benito, A. P. (2010). Mucosite. A. Barbosa, & I. G. Neto (eds). *Manual de Cuidados Paliativos*, (2ª ed, pp. 337-345). Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Bernardo, A., Rosado, J., & Salazar, H. (2006). Náuseas e Vômitos. In A. Barbosa, & I. G. Neto (eds), *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp. 463-473). Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Bolton, L. (2021). Managing Oral Mucositis in Patients With Cancer. *Wounds*, 33(5), 136-138.
- Butze, J. P., Angst, P. D. M., & Gomes, S. C. (2015). Perspectivas atuais sobre halitose bucal: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Periodontology*, 25(2), 48-54.
- Capaz, J. N. G., Batista, S. C. T., & Ribeiro, P. C. P. S. V. (2019). Cuidados à boca na pessoa idosa: que controvérsias. Revisão integrativa da literatura. *Servir*, 60(1-2), 66-74.
- <https://doi.org/10.48492/servir021-2.24495>
- Capelas, M. L., & Neto, I. G. (2006). Organização de serviços. In A. Barbosa, & I.G. Neto (eds), *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp. 485-511). Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Capelas, M. L., Silva, S., Alvarenga, M., & Coelho P. (2016). Cuidados paliativos: O que é importante saber. *Revista Patient Care*. 39, 17-21.
- <http://hdl.handle.net/10400.14/20154>
- Capelas, M. L., Coelho, S. P. F., Silva, S. C. F. S. D., & Ferreira, C. M. D. (2017). *Cuidar a pessoa que sofre: uma teoria de cuidados paliativos*. Universidade Católica Editora.
- Capelas, M. L., Simões, A. S. A. W. F., Teves, C. F. T. M., Durão, S. A. P., Coelho, S. P. F., Silva, S. C. F. S., Silva, A. E., & Afonso, T. S. (2018). Indicadores de qualidade prioritários para os serviços de cuidados paliativos em Portugal. *Cadernos de Saúde*, 10(2), pp. 11-24.
- <http://hdl.handle.net/10400.14/33152>
- Carr, C. H., MacNeal, H., Regalado, E., Nelesen, R. A., & Lloyd, L. S. (2013). PAL-MED CONNECT®: a telephone consultation hotline for palliative medicine questions. *Journal of palliative medicine*, 16(3), 263-267.
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23379848/>

- Carvalho, D. (2016). *Prevalência do mau hálito na consulta de periodontologia na clínica da FMDUP*. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.  
<https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/84488>
- Castro, M. C. F., Fuly, P. S. C., Santos, M. L. S. C., & Chagas, M. C. (2021). Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 42, 1-8.  
<https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/117694>
- Cerqueira, M. M. (2005). *O cuidador e o Doente Paliativo*. Formasau.
- Chaves, J. H. B., Mendonça, V. L. G, Pessini, L., Rego, G., & Nunes, R. (2011). Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. *Rev Dor*, 12(3), 250-255.  
<https://doi.org/10.1590/S1806-00132011000300011>
- Circular normativa nº 1/2017. Requisitos mínimos para equipas locais de cuidados paliativos da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) e indicadores de referência para a implementação e desenvolvimento destas equipas (2017). Administração Central do Serviço de Saúde: nº. 1/2017/CNCP/ACSS.  
[https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/CircularNormativa\\_1\\_2017.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/CircularNormativa_1_2017.pdf)
- Coelho, A., Parola, V., Sandgren, A., Fernandes, O., Kolcaba, K., & Apóstolo, J. (2018). The Effects of Guided Imagery on Comfort in Palliative Care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing: JHPN: The Official Journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 20(4), 392–399  
<https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000460>
- Coker, E., Ploeg, J., Kaasalainen, S., & Fisher, A. (2013). A concept analysis of oral hygiene care in dependent older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2360-2371.  
<https://doi.org/10.1111/jan.12107>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2021). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021/2022*.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>
- Constance, D., & Goldsmith, T. (2015). Dysphagia, xerostomia, and hiccups. In B.R. Ferrell, N. Coyle, & J. Paice (ed.), *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. (4ª ed, 191-216). Oxford University Press.  
<https://doi.org/10.1093/med/9780199332342.003.0011>
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. (2ª ed.). Edições Almedina S.A.
- Cruz, C. O., & Riera, R. (2016). Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. *Diagn Tratamento*, 21(3), 106-108.  
[rdt\\_v21n3\\_106-108.pdf \(bvsalud.org\)](rdt_v21n3_106-108.pdf (bvsalud.org))
- Cunha, M., Santos, E., Venâncio, V., Almeida, V., Martins, P., & Santos, R. (2014). Intervenção dos Enfermeiros na Promoção da Saúde Oral em Idosos. Revisão

Sistemática da Literatura. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 46(19), 167-178.

<https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8146>

Decreto-Lei n.º 161/96. Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996). Diário da República n.º 205, Série I-A, pp. 2959–2962.

<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei n.º 101/06. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2006). Diário da República n.º 109, Série I-A, pp. 3856-3865.

<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>

Doenges, M. E. & Moorhouse, M. F. (2010). *Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem: Um texto interativo para o raciocínio diagnóstico*. (5ª ed.). Lusociência.

Farinhas, G. V., Wendling, M. I., & Dellazzana-Zanon, L. L. (2013). Psychological impact of a cancer diagnosis on the family: a case study on the perception of the caregiver. *Pensando famílias*, 17(2), 111-129.

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2013000200009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000200009)

Fazel, N., & Millsop, J. W. (2016). Oral candidiasis. *Clinics in Dermatology*, 34(4), 487-494.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27343964/>

Ferreira, G., Pérez, A. L. A. L., Rocha, I. M., Pinheiro, M. A., Castro, R. D., Carlo, H. L., Lima, E. O., & Castellano, L. R. (2015). Does scientific evidence for the use of natural products in the treatment of oral candidiasis exist? A systematic review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2015:147804.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25883668/>

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação - da concepção à realização*. Lusociência.

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

Garcia-Cuesta, C., Sarrion-Pérez, M. G., & Bagán, J. V. (2014). Current treatment of oral candidiasis: A literature review. *Journal of Clinical and Experimental dentistry*, 6(5), 576-582.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25674329/>

Gibney, J., Wright, C., Sharma, A., & Naganathan, V. (2015). Nurses' knowledge, attitudes, and current practice of daily oral hygiene care to patients on acute aged care wards in two Australian hospitals. *Special Care in Dentistry*, 35(6), 285-293.

<https://doi.org/10.1111/scd.12131>

Gomes, J. A. R. (2017). *Cuidados à boca ao doente em fase paliativa: envolvimento dos enfermeiros*. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.

<http://hdl.handle.net/10451/33615>

Gonçalves, J. A. S. F. (2009). *A Boa-Morte: Ética no fim de vida*. Coisas de Ler.

- Gonçalves, J. A. S. F. (2011). *Controlo sintomático no cancro avançado*. (2ª ed.). Coisas de Ler.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem - Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Lusociência.
- Hong, C. H. L., Gueiros, L. A., Fulton, J. S., Cheng, K. K. F., Kandwal, A., Galiti, D., Fall-Dickson, J. M., Johansen, J., Ameringer, S., Kataoka, T., Weikel, D., Eilers, J., Ranna, V., Vaddi, A., Lalla, R. V., Bossi, P. & Elad, S. (2019). Systematic review of basic oral care for the management of oral mucositis in cancer patients and clinical practice guidelines. *Support Care Cancer*, 27, 3949–3967.  
<https://doi.org/10.1007/s00520-019-04848-4>
- Hudson, P. L., Quinn, K., O'Hanlon, B., & Aranda, S. (2008). Family meetings in palliative care: Multidisciplinary clinical practice guidelines. *BMC Palliat Care*, 7(12), 1-12.  
<https://doi.org/10.1186%2F1472-684X-7-12>
- Hudson, P. L., Girgis, A., Mitchell, G. K., Philip, J., Parker, D., Currow, D., Liew, D., Thomas, K., Le, B., Moran, J., & Brand, C. (2015). Benefits and resource implications of family meetings for hospitalized palliative care patients: research protocol. *BMC Palliat Care*, 14(73), 1-9.  
<https://doi.org/10.1186/s12904-015-0071-6>
- Instituto Nacional de Estatística (2022). *Portugal em números - In Figures 2021*.  
[https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=569039486&att\\_display=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=569039486&att_display=n&att_download=y)
- International Council of Nurses (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 2015*. Lusodidacta.
- Johnson, M., Moorhead, S., Butcher, H. K., Maas, M. L., & Swanson, S. (2009). *Ligações entre a NANDA, NOC e NIC: Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem*. (2ª ed.). Artemed Editora.
- Jucan, A. C., & Saunders, R. H. (2015). Maintaining oral health in palliative care patients. *Managed Health Care*, 23(9).  
<https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/altc/articles/maintaining-oral-health-palliative-care-patients>
- Junior, A. C. S., Xavier, I. P., Silveira, L. M., Stabile, A. M., Cárnio, E. C., Gusmão, J. L., & Souza, A. L. T. (2020). Higiene oral: atuação da equipa de enfermagem em ambiente hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(1), 1-8.  
<https://doi.org/10.12707/RIV19099>
- Kenny, C., Mukerji, N., & Walsh, D. (2017). A clinical audit of xerostomia assessment and treatment practices amongst advanced cancer patients in a palliative care setting. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 7(1).  
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2017-00133.24>

- Kolcaba, K., & Kolcaba, R. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), 1301-1310.  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01558.x>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company.  
[https://books.google.pt/books?id=nduGie\\_ouQkC&lpg=PP1&hl=pt-PT&pg=PP1#v=twopage&q&f=false](https://books.google.pt/books?id=nduGie_ouQkC&lpg=PP1&hl=pt-PT&pg=PP1#v=twopage&q&f=false)
- Lei n.º 52/2012. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (2012). Diário da República n.º 172, 1ª série, pp. 5119–5124.  
<https://data.dre.pt/eli/lei/52/2012/09/05/p/dre/pt/html>
- Lima, K. M. A., Maia, A. H. N., & Nascimento, I. R. C. (2019). Comunicação de más notícias em cuidados paliativos na oncopediatria. *Revista Bioética*, 27 (4), 719-725.  
<https://doi.org/10.1590/1983-80422019274355>
- Łysik, D., Niemirowicz-Laskowska, K., Bucki, R., Tokajuk, G., & Mystkowska, J. (2019). Artificial saliva: Challenges and future perspectives for the treatment of xerostomia. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(13), 3199.  
<https://doi.org/10.3390/ijms20133199>
- Lourenço, M., Encarnação, P. & Lumini, M. (2021). Cuidados Paliativos, conforto e espiritualidade. *Escola Superior de Enfermagem do Porto, Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem*, 85-98.  
<https://doi.org/10.48684/mx4w-3d93>
- Maia, L. A. (2021). *Estágio em cuidados paliativos na equipa de suporte em cuidados paliativos da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto]. Repositório da Universidade do Porto.
- Martins, A. G., Sousa, P. P., & Marques, R. M. (2022) Conforto: contributo teórico para a Enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 27.  
<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.85214>
- Miletich, I. (2010). Introduction to salivary glands: structure, function and embryonic development. *Frontiers of Oral Bioliology*, 14, 1-20.  
<https://doi.org/10.1159/000313703>
- Moreira, I. (2001). *O doente terminal em contexto familiar. Uma análise de experiência de cuidar vivenciada pela família*. Formasau.
- Neto, I. G. (2006a). Agonia. In A. Barbosa, & I. G. Neto (eds), *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp. 295-308). Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Neto, I. G. (2006b). Modelos de controlo sintomático. In A. Barbosa, & I. G. Neto (eds), *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp. 53-60). Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Neto, I. G. (2006c). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, & I. G. Neto (eds), *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp. 17-52). Faculdade de Medicina de Lisboa.

- Nicolau, C. (2013). *Conforto dos doentes em fim de vida em contexto hospitalar*. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.  
<http://hdl.handle.net/10451/11059>
- Nogueira, J. W. S., & Jesus, C. A. C. (2017). Oral hygiene of the patient admitted in an intensive care unit: integrative review. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 19(a46), 1-16.  
<http://doi.org/10.5216/ree.v19.41480>
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos académicos de enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS|IPS.
- Observatório Nacional dos Cuidados Paliativos (2019). *Relatório de Outono 2019 - Atividade Assistencial das Equipas/Serviços de Cuidados Paliativos*. Universidade Católica Portuguesa.  
<https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/4221/file>
- Oliveira, C. M. G. S. (2011). *O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: individualizar a intervenção conciliando tensões*. [Dissertação de doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.  
<https://repositorio.ul.pt/handle/10451/3815>
- Oliveira, C. N. T., Lima, J. P., Ribeiro, R. N., Domingues, A. G., Moreira, V. L. A., & Oliveira, M. V. (2014). Atuação da Enfermagem na prevenção e controle da mucosite oral em doentes submetidos à quimioterapia: Uma revisão da literatura. *Ciência & Desenvolvimento-Revista Eletrônica da Fainor*, 7(1), 94-107.
- Orcina, B. F., Jaccottet, C. M. G., & Savian, M. C. B. (2021). Prevalence of oral manifestations in cancer patients assisted in a home care program in the city of Pelotas-RS. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 67(2), 1-7.  
<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n2.1184>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos*.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise dos casos*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional em Enfermagem*.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*.  
[ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](https://www.ordemenfermeiros.pt/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)
- Ortiz, V., & Filippi, A. (2021). Halitosis. *Monographs in oral science*, 29, 195-200.  
<https://doi.org/10.1159/000510192>

- Pacheco, L. S. P., Santos, G. S., Machado, R., Granadeiro, D. S., Melo, N. G. S., & Passos, J. P. (2020). The nurse's effective communication process with the patient in palliative care. *Research, Society and Development*, 9(8),1-15.  
<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6524>.
- Palmela, P., & Salvado, F. (2010). *Guidelines para cuidados de saúde oral em doentes oncológicos*. (1ªed.). Círculo Médico.
- Passos, S., Carvalho, S., Sadigursky, D., Nobre, C., & Leite, A. (2014). Higiene oral ao doente dependente hospitalizado: percepções de uma equipe enfermagem. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 6(4), 1396-1408.  
<https://doi.org/10.9789/2175-5361>
- Pinto, S., Caldeira, S., Martins, J.C. & Rodgers, B. (2017). Evolutionary Analysis of the Concept of Comfort. *Holist Nurs Practice*, 31(4), 243–252.  
<https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000217>
- Polít, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. (5ª ed.). Artmed Editora.
- Portaria n.º 340/2015. Regula, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), a caracterização dos serviços e a admissão nas equipas locais e as condições e requisitos de construção e segurança das instalações de cuidados paliativos (2015). *Diário da República* n.º 197, Série I, pp. 8732 – 8738.  
<https://data.dre.pt/eli/port/340/2015/10/08/p/dre/pt/html>
- Portugal. Direcção-Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional de Saúde 2004/2010*.  
<https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Vol2-Plano-nacional-de-saude-2004-2010.pdf>
- Portugal. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas (2005). *Programa nacional de cuidados paliativos*. DGS.
- Portugal. Direcção-Geral da Saúde. Divisão da Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (2017). *Programa nacional para a prevenção e controlo da dor*. (2ªed.).  
[https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo\\_da\\_dor/i024433.pdf](https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/i024433.pdf)
- Portugal. Direcção-Geral da Saúde (2021). *Programa Nacional de Saúde 2021/2030*.  
[https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30\\_Versao-editada-1\\_Final\\_DGS.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf)
- Potra, T. M. F. S. (2015). *Gestão de cuidados de enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade dos cuidados de enfermagem*. [Dissertação de doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.  
<http://hdl.handle.net/10451/20608>
- Querido, A., & Guarda, H. (2006). Hidratação em fim de vida. In A. Barbosa, & I. G. Neto (eds), *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp. 309-320). Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e

na área de enfermagem à pessoa em situação crónica (2018). Diário da República: 2ª série, n.º 135, pp. 19359-19370.

[https://dre.tretas.org/dre/3402704/regulamento-429-2018-de-16-de-julho#in\\_links](https://dre.tretas.org/dre/3402704/regulamento-429-2018-de-16-de-julho#in_links)

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019). Diário da República: 2ª série, n.º 26, pp. 4744-4750.

<https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Reigada, C. M. T. (2010). *Indicadores de capacidade de cuidar, em famílias de doentes oncológicos paliativos*. [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.

<http://hdl.handle.net/10400.14/8374>

Reis, S. M. S. P. (2012). *Higiene oral na pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

<http://web.esenfc.pt/?url=hNIuC8D7>

Ribeiro, C. D. (2017). *Necessidades da pessoa em situação paliativa: Perspetiva do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18190>

Ribeiro, I. A. D. (2019). *Tradução e validação da escala integrated palliative care outcome scale – renal (ipos-renal) para Portugal*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

<http://hdl.handle.net/20.500.11960/2269>

Riley, E. (2018). The importance of oral health in palliative care patients. *Journal of Community Nursing*, 32(3), 57-61.

[https://www.researchgate.net/publication/326734051\\_The\\_importance\\_of\\_oral\\_health\\_in\\_palliative\\_care\\_patients](https://www.researchgate.net/publication/326734051_The_importance_of_oral_health_in_palliative_care_patients)

Rocha, E. R. (2011). *Patologia oral nos doentes em cuidados paliativos oncológicos*. [Dissertação de mestrado, Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa.

[https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2607/3/TM\\_16741.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2607/3/TM_16741.pdf)

Rumagihwa, L., & Bhengu, B. R. (2019). Oral care practices of nurses on ventilated patients in Kigali Intensive Care Unit. *Rwanda Journal of Medicine Health Sciences*, 2(2), 154-159.

<http://dx.doi.org/10.4314/rjmhs.v2i2.11>

Santana, G. (2020). *Cuidados odontológicos paliativos em pacientes terminais*. [Dissertação académica, Centro Universitária do Planalto Central Aparecido dos

- Santos]. Repositório do Centro Universitária do Planalto Central Aparecido dos Santos.
- [https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/715/1/Gabriel%20Gustavo%20Valenzuela%20Santana\\_0006643.pdf](https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/715/1/Gabriel%20Gustavo%20Valenzuela%20Santana_0006643.pdf)
- Sapeta, P. (2007). Dor Total vs Sofrimento: a Interface com os Cuidados Paliativos. *Dor*, 15, 16-20.
- Saporetti, L. A. (2008). Espiritualidade em Cuidados Paliativos. In R.A. Oliveira (coord.). *Cuidado Paliativo*. (pp.521-529). *Cadernos Cremesp*.
- [http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro\\_cuidado%20paliativo.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf)
- Serrano, M. (2009). *Cuidar a boca em cuidados paliativos contributo para a promoção da dignidade humana*. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.
- <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/2381>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de ajuda*. (1ª ed.). Edição Lidel.
- Sifuentes, A. M. F. & Lapane, K. L. (2020). Oral health in nursing homes: what we know and what we need to Know. *J Nurs Home Res Sci*, 6, 1-5.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7286629/>
- Singapore. Ministry of health (2004). *Nursing Management of Oral Hygiene*. Ministry of health.
- [https://www.moh.gov.sg/docs/librariesprovider4/guidelines/nursing\\_management\\_of\\_oral\\_hygiene.pdf?sfvrsn=4427d1ce\\_0](https://www.moh.gov.sg/docs/librariesprovider4/guidelines/nursing_management_of_oral_hygiene.pdf?sfvrsn=4427d1ce_0)
- Siqueira, A. C., Vazzoler, C. A., & Moura, L. L. (2021). O uso da via subcutânea em cuidados paliativos: elaboração de um protocolo institucional. *Arquivos Brasileiros de Medicina Naval*, 82(1), 30-45.
- <http://portaldeperiodicos.marinha.mil.br/index.php/abmn/issue/view/372>
- Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos. (2017). *Guia de Cuidados Paliativos*. Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos.
- Sousa, P. A. F. (2006). *Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde*. (1ªed.). Formasau.
- Sousa, T. A. D. (2012). *Competências de liderança nas chefias de enfermagem*. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Economia da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.
- <https://hdl.handle.net/10216/73544>
- Souza, M., Jaramillo, R.G., & Borges, M. S. (2021). Confort de los pacientes en cuidados paliativos: una revisión integradora. *Enfermería Global*, 20, 420–465.
- <https://doi.org/10.6018/eglobal.420751>
- Stout, M., Goulding, O., & Powell, A. (2009). Developing and implementing an oral care policy and assessment tool. *Nurs Stand*, 23(49), 12-18.
- <https://doi.org/10.7748/ns2009.08.23.49.42.c7206>

- Tavares, P. (2020). *Fatores Determinantes na Transição para Cuidados Paliativos: Perspetiva do Perito em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa*. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.  
<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/129207/2/418965.pdf>
- Thompson, I. E., Melia, K. m., & Boyd, K. M. (2004). *Ética em Enfermagem*. (4ªed.). Lusociência.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. (6ª ed.). Lusociência.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. (2ª ed.). Climepsi Editores.
- Twycross, R., Wilcock, A., & Toller, C. S. (2009). *Symptom management in advanced cancer*. (4ªed.). Palliativedrugs.
- Venkatasalu, M. R., Murang, Z. R., Ramasamy, D. T. R., & Dhaliwal, J. S. (2020). Oral health problems among palliative and terminally ill patients: an integrated systematic review. *BMC Oral Health*, 20(79).  
<https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01075-w>
- Viana, A. P. M. (2010). *A avaliação da esperança em cuidados paliativos: validação transcultural do Herth Hope Index*. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.  
<http://hdl.handle.net/10451/2019>
- World Health Organization (2002). *The Solid Facts Palliative Care*.  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107561/1/E82931.pdf>
- World Health Organization (2013). *Oral Health*.  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.
- World Health Organization (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*.  
<http://www.palliativecare.in/wp-content/uploads/2020/10/GlobalAtlas2ndEdition-2020.pdf>
- World Health Organization (2020). *Palliative Care Definition (cancer)*.  
<http://www.Who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Yousefi, H., & Abdollahi, M. (2018). An update on drug-induced oral reactions. *Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences*, 21(1), 171-183.  
<https://doi.org/10.18433/jpps29893>
- Zimmerman, S., Austin, S., Cohen, L., Reed, D, Poole, P., Ward, K., & Sloane, P. D. (2017). Readily Identifiable Risk Factors of Nursing Home Residents' Oral Hygiene: Dementia, Hospice, and Length of Stay. *J Am Geriatr Soc*, 65(11), 2516-2521.  
<https://doi.org/10.1111/jgs.15061>

**ANEXOS**

**Anexo 1. Pedido de acesso à informação para investigação**



# REQUERIMENTO DE ACESSO A INFORMAÇÃO PARA INVESTIGAÇÃO

DESPACHO FINAL: \_\_\_\_\_ REQUERIMENTO N.º: \_\_\_\_\_

## 1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome: Joana Patrícia de Sá Torres  
Categoria Profissional: Enfermeira Serviço: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_ E-mail: JOANINA\_TORRES@ICL.MAIL.COM

REQUERENTE:  Interno  Externo

Função que exerce na Instituição (1): Aluna de mestrado em Enfermagem a Parir em Situações Poliatricas

## 2. REQUISICÃO

EXMO. SR. PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO D. \_\_\_\_\_  
O Requerente, acima identificado, ao abrigo do disposto na Lei nº 26/2016, de 22 de Agosto, para efeitos do trabalho de investigação / estudo em áreas clínicas de cuidados paliativos, e no âmbito do qual junta os documentos abaixo assinalados, vem requerer a V. Ex.ª se digne autorizar: CUIDADOS À BOCA A RESCUSA E SÍMBOLO PALLIATIVA

- Acesso a Processos Clínicos
- Aplicação de inquéritos, a utentes e/ou familiares
- Outros: Aplicação de questionários a enfermeiros

Serviço / âmbito em que decorrerá o estudo: Medicina, Ginecologia, Obstetria, Ginecologia, Poliatricas, UCIH, Serviço de Urgência

MODALIDADES DE ACESSO (A indicar pelo requerente)	
<input checked="" type="checkbox"/>	Com anonimização dos dados (2)
<input type="checkbox"/>	Com consentimento dos titulares dos dados (4)
<input type="checkbox"/>	Consulta aos processos clínicos (5,6)

Declaro, sob compromisso de honra:

- a) Que não tornarei públicos dados que permitam a identificação dos titulares dos processos,
- b) Que me disponibilizo a fornecer, prévia ao deferimento, todos os esclarecimentos solicitados pelo/a Responsável pelo Acesso à Informação e Comissão de Ética desta Instituição,
- c) Que entregarei à Comissão de Ética um exemplar do trabalho qualquer que seja o destino que lhe seja dado, e
- d) Que apenas iniciarei a investigação após ter conhecimento formal do deferimento.

ANEXOS	
<input checked="" type="checkbox"/>	Resumo / Projecto do Trabalho de Investigação
<input checked="" type="checkbox"/>	Declaração da Instituição de pertença (não sendo o CHMA) que ateste a vínculo do requerente e o âmbito no qual surge a investigação
<input type="checkbox"/>	Lista dos processos clínicos, se aplicável (7)
<input checked="" type="checkbox"/>	Questionários / Inquéritos a utilizar
<input type="checkbox"/>	Modelo(s) de Consentimento Informado (8)
<input checked="" type="checkbox"/>	Parecer(es) do Responsável de serviço / Orientador Científico
<input checked="" type="checkbox"/>	Curriculum Vitae resumido (1 página)
<input checked="" type="checkbox"/>	Cronograma, com indicação do período de recolha de dados

do REQUERENTE: Joana Torres de Abilip de 2021  
(assinatura conforme B1/C1)

### NOTAS EXPLICATIVAS

- (1) Se for aluno / Interno, indicar o curso e o grau
- (2) Indicar a designação do Trabalho
- (3) A utilizar quando os dados possam ser recolhidos por pesquisa informática e fornecidos sem qualquer elemento de identificação
- (4) A utilizar quando o investigador pretende estabelecer contacto direto com os titulares dos dados. Implica uma consulta prévia, por parte da Instituição, junto dos titulares, a fim de informar a existência do estudo e aferir permissão para virem a ser contactados. Este contato não dispensa o consentimento formal aplicável.
- (5) A utilizar quando não forem possíveis as outras modalidades, sendo o interesse público aferido pela Comissão de Ética. Implica que os processos não possam sair do Arquivo ou da Instituição, devendo, nesse caso, ser devolvidos no prazo estipulado no despacho de deferimento e/ou logo após solicitação formulada pelo Responsável pelo Acesso à Informação ou pelo responsável do Arquivo Clínico.
- (6) A Consulta de processos ocorre em sede de Arquivo e permite a cedência de um n.º de processos a combinar com o requisitante, de acordo com a disponibilidade do Serviço de Arquivo. Quando as datas definidas para consulta não forem cumpridas, o pedido de autorização deverá ser reformulado.
- (7) Anexar listagem de processos (organizada por ordem numérica e por nome).
- (8) Deve incluir um resumo do estudo e mencionar a possibilidade de poder revogar o consentimento e/ou de desistência.

Conselho de Administração

Ata n.º 23 de 07 de Maio de 2022  
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12.

### 3. DESPACHOS INTERCALARES

Responsável do Serviço: \_\_\_\_\_

| Nome | Rubrica | Data       |
|------|---------|------------|
|      |         | 29/04/2022 |

Direção Técnica (Direção Clínica ou de Enfermagem): A RAI para avaliação / informação.

| Nome | Rubrica | Data |
|------|---------|------|
|      |         |      |

Responsável pelo Acesso a Informação (RAI - Lei 26 de 2016): \_\_\_\_\_

| Nome | Rubrica | Data |
|------|---------|------|
|      |         |      |

Comissão de Ética: \_\_\_\_\_

| Presidente | Rubrica | Data |
|------------|---------|------|
|            |         |      |

### Anexo 3 – Declaração da instituição de pertença



#### DECLARAÇÃO

Declara-se que o estudante abaixo identificado, está matriculado/inscrito no 2º ano, ano letivo 2021-22, nas unidades curriculares

Estudante: 26893 - Joana Patrícia da Cruz Torres,

Cartão de identificação nº: 12812321,

Plano: 1 Curso: 83 - Mestrado - 2º ciclo - Enfermagem à Pessoa em Situação Palliativa

| A/S Cur. | Unidade Curricular                                   | ECTS |
|----------|--|------|
| 2        | Estágio de natureza Profissional com relatório final | 30   |

Mais se declara que, o estudo de investigação, decorre no âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Palliativa

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 22 de abril de 2022

Os Serviços Académicos,

Maria Augusta da Silva Barreiros

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO - INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO - INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO  
1. 5000-070 VIANA DO CASTELO - TEL: 251 209 200  
2. 5000-070 VIANA DO CASTELO - TEL: 251 209 200

## Anexo 4 – Parecer do Orientador Científico



### DECLARAÇÃO

Para efeitos de submissão do projeto de investigação para a estudante do mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Joana Patrícia da Cruz Torres, sob o tema "Saberes e práticas dos enfermeiros nos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa", declaro que o mesmo é muito pertinente na área em estudo, com potencial de investigação aplicada para melhorar a prática profissional.

A estudante demonstra capacidade de trabalho, interesse e as competências necessárias para o desenvolvimento deste projeto, na certeza de cumprir os objetivos propostos, pelo que estou disponível para o seu acompanhamento e assumo a orientação.

Viana do Castelo, 22 de abril de 2021

Assinado por: Clementina dos Prazeres Fernandes  
de Sousa  
Num. de identificação: 91710003  
Data: 2021-04-22 17:50:27 -01'00'

Clementina dos Prazeres Fernandes de Sousa



INFORMAÇÃO

PROPOSTA

N.º SGAIRU/4/2022  
(serviço/número/ano)

DATA: 03/06/2022

PARECER

DELIBERAÇÃO

ASSUNTO: Parecer RAI - Estudo Saberes e Práticas das Enfermeiras nos Cuidados à Boca à Pessoa em Situação Paliativa

DESTINATÁRIO: Presidente Conselho de Administração

C/ CÓPIA:

Na sequência do pedido de autorização para desenvolvimento do estudo *Estudo Saberes e Práticas das Enfermeiras nos Cuidados à Boca à Pessoa em Situação Paliativa*, proposto pela estagiária Joana Cruz Torres do I Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, da escola superior de enfermagem de Viana do Castelo, vem a Responsável pelo Acesso à Informação pronunciar-se, referindo o seguinte:

- a) Desde logo, os estudos de investigação na área da saúde utilizam várias designações, que refletem objetivos diferenciados, metodologias distintas e categorias diversas de informação recolhida. Podemos estar, genericamente, perante estudos observacionais ou epidemiológicos, retrospectivos e/ou prospectivos.
- b) Tendo a natureza de sensíveis (n.º 1 do artigo 7.º da Lei n.º 67/98 – Lei da Protecção de Dados), os dados abrangidos pelos estudos em causa, por serem dados de saúde e dados da vida privada, aplica-se o princípio, quer constitucional, quer legal, da proibição do seu tratamento, pelo que somente perante a observância de determinadas condições, poderá o CHMA de deferir o pedido de acesso.
- c) De acordo com as diversas orientações existentes, sejam elas as que se encontram vertidas nas Leis n.ºs 67/98, 12/2005 e 56/2016, e nos pareceres da CADA e da CNPD, para que possa haver acesso a dados de saúde destinado a investigação, é necessário que se faça cumprir com uma das seguintes condições: **Anonimização de Dados** ou **Consentimento do Titular**.

Diligências Intercalares:

1. A Enfermeira Diretora manifestou-se favorável, tendo solicitado apreciação pela CE e RAI;
2. A Comissão de Ética pronunciou-se favoravelmente, referindo o interesse público da investigação (em anexo);

O pedido de acesso em apreço:

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| Título Estudo                       | Estudo <i>Saberes e Práticas dos Enfermeiros nos Cuidados à Boca à Pessoa em Situação Paliativa</i>  |
| Nome Investigador                   | Enfermeira Joana Cruz Torres   |
| Relação do Investigadora com o CHMA | Estagiária na EIHSCP do CHMA, no âmbito do 1 Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, da Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo |
| Modalidade de Acesso                | Aplicação de questionários sobre questões relativas aos <i>Saberes e Práticas dos Enfermeiros nos Cuidados à Boca à Pessoa em Situação Paliativa</i>     |
| Finalidade                          | Abordagem exploratório descritiva para concetualizar a situação - uso cuidados boca a boca Académica;  |
| Estudo                              | O estudo é descritivo e quantitativo   |

### 1. Consentimento Informado

O estudo prevê a recolha de Consentimento Informado, junto dos profissionais respondentes;

No Termo de Consentimento são apresentadas as categoriais de dados que serão recolhidas, assim como o seu uso exclusivo para a finalidade do presente estudo;

O participante é ainda esclarecido que os dados que se recolherão são totalmente anonimizados.

Não é mencionada a possibilidade de revogação.

### 2. Recrutamento e Direito de Informação

Os participantes serão convidados a participar, mediante distribuição do questionário, após contacto direto junto dos enfermeiros gestores dos diferentes serviços.

Alerta-se que os endereços de email dos profissionais visados não devem ser facultados à investigadora, podendo em alternativa efetuar-se a divulgação do estudo, através de comunicação a dirigir, a partir do endereço do interlocutor do CHMA.

### 3. Confidencialidade

Não será arquivada em base de dados a identificação ou outro dado que permita identificar o participante.

## COMUNICAÇÃO INTERNA

**Conclusão:** Apreciada a documentação disponibilizada pelo investigador, considera-se que estamos perante o desenho de uma investigação com manifesto interesse científico, e sem nenhum impedimento ético ao seu desenvolvimento. Relembra-se, que deverão ser enviadas a esta Comissão de Ética as conclusões do estudo.

Com os melhores cumprimentos

  
Presidente da Comissão de Ética

COMUNICAÇÃO INTERNA

INFORMAÇÃO

PROPOSTA

C. Ética/10/2022

DATA:04/06/2022

PARECER

DELIBERAÇÃO

em 05/06/2022, p. 442

**ASSUNTO:** Parecer da Comissão de Ética do

**DESTINATÁRIO:** Presidente do Conselho de Administração de  
C/ CÓPIA:

**Título do Projeto de Investigação:** "Saberes e Práticas dos Enfermeiros nos Cuidados à Boca à Pessoa em Situação Paliativa"

**Tipo de Estudo:** Estudo exploratório, descritivo e quantitativo.

**Objetivos do Estudo:** Analisar os conhecimentos e as competências dos enfermeiros nos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa.

**Pertinência do Estudo:** Os cuidados à boca à pessoa em situação paliativa são fundamentais na promoção da qualidade de vida e da dignidade humana, sendo que nem sempre são valorizados pelos enfermeiros na sua intervenção nem têm visibilidade em termos de registos de enfermagem.

**População-alvo:** Enfermeiros que exerçam funções no Centro Hospitalar [...], nos serviços de Cirurgia, Medicina, Ortopedia, Ginecologia, UCIM, Polivalente e Urgência.

**Procedimento de recolha e análise dos dados:** Os dados serão recolhidos através da implementação de um questionário on-line, através da aplicação informática Google Forms, onde é explicado o objetivo do estudo, instruções relativas ao preenchimento do mesmo e garantia do anonimato, confidencialidade e voluntariedade, com opção de bloqueio, caso o participante não consinta participar no estudo.

**Investigador Principal:** Joana Patrícia da Cruz Torres

**Curriculum do Investigador:** Adequado ao estudo

**Conclusão:**

1. O **fundamento de legitimidade** para a prossecução do estudo assenta **na recolha de consentimento junto dos participantes**, acrescido da recolha de dados de forma anonimizada, ie, sem inserção de qualquer dado que permita a identificação do titular respondente.

**Recomendações a observar:**

- a) Existência de **profissional de referência** no ( ), responsável por *acompanhar o estudo (coordenador da EIHSCP)*
- b) Assegurar a **recolha** de dados de forma **anonimizada**;
- c) **Devolução**, após conclusão, do **resultado da investigação** à Comissão de Ética do ( ).

RAI – Responsável pelo Acesso à Informação (Artº 9º Lei 26/2016, de 22 de Agosto)

## **Anexo 2. Guia de acolhimento**



### **Anexo 3. Guia terapêutico**



**EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS**

- Helga Martins - Médica
- Lara Maia - Médica
- Catarina Alves - Enfermeira
- Ivo Ribeiro - Enfermeiro
- Maria Ceu Gradissimo - Assistente Social
- Sara Barros - Psicóloga
- Sandra Coelho - Assistente técnica



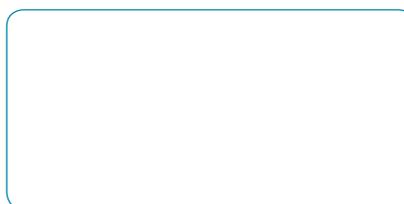
**EIHSCP**  
CHMA•E.P.E.

Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

**CONTACTOS DA EIHSCP**

- ☎ Telefone (direto): 91 636 0483
- 📍 Hospital: 252 300 800 - Extensão 2144
- ✉ E-mail: equipa.paliativos@chma.min-saude.pt

**GUIA TERAPÊUTICO**



INI/CHMA, 106-11 | Outubro 2017



**MEDICAÇÃO DO DOMICÍLIO**

| Medicamento/Objetivo | Jejum | Pequeno Almoço | Almoço | Jantar | Deitar | Observação |
|----------------------|-------|----------------|--------|--------|--------|------------|
|                      |       |                |        |        |        |            |
|                      |       |                |        |        |        |            |
|                      |       |                |        |        |        |            |
|                      |       |                |        |        |        |            |
|                      |       |                |        |        |        |            |
|                      |       |                |        |        |        |            |
|                      |       |                |        |        |        |            |
|                      |       |                |        |        |        |            |
|                      |       |                |        |        |        |            |
|                      |       |                |        |        |        |            |

**MEDICAÇÃO EM SOS**

| Medicamento/Objetivo | Esquema |
|----------------------|---------|
|                      |         |
|                      |         |
|                      |         |
|                      |         |

**TOME NOTA...**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Anexo 4. Guia rápido para controlo sintomático à pessoa em fim de vida**

| DISPNEIA   |  |   |
|--|--|---|
| <b>Morfina</b><br><br>Dose de resgate (SOS até de 1/1h, máx 6/dia): começar por 1/6 da dose de morfina basal nas 24h. Titular até à dose eficaz. | <b>Dose inicial:</b> 1mg EV (em 10ml de Soro Fisiológico) ou 2,5mg SC, a cada 4 horas.<br><b>Perfusão na dispneia leve:</b> 15mg/SC/24h (em 50/100 ml Soro Fisiológico)<br><b>Perfusão na dispneia moderada:</b> 25-30mg/24h (em 50/100 ml Soro Fisiológico)<br><b>Dispneia grave ou intensa:</b> 6mg a cada 4horas e ajustar dose consoante resposta. | Vigiar NEUROTOXICIDADE:<br>- alucinações, sedação intensa, mioclonias, confusão.<br>Caso ocorram: reduzir dose de Morfina em 50% e hidratação, se tolerar |
| <b>Corticóide</b>  | Manter corticóides previamente instituídos ou administrar 4mg de Dexametasona nas 24 horas (toma única de manhã ou até às 17h).  |   |

| TOSSE          |  |
|----------------|--|
| <b>Morfina</b> | 2,5mg SC/4horas. Pode aumentar dose em 30% até sensação de alívio. Também poderá ser utilizado em perfusão contínua, como na dispneia. |

| BRONCORREIA E ESTERTOR (respiração ruidosa na agonia/pré-agonia)            |   |
|---|---|
| <b>Butilescopolamina</b><br>ampolas de 20mg/ml                              | 20mg SC ou IV a cada 6-8 horas<br>Se ineficaz: administrar em perfusão – dose máxima: 180 mg/dia. |
| <b>Atropina</b><br>gotas oftalmológicas                                     | Para aplicação sublingual: 3 gotas cada 6-8h  |
| <b>IMPORTANTE: EVITAR ASPIRAR SECREÇÕES, POIS DESENCADEIA MAIS PRODUÇÃO</b> |   |

| FEBRE                       |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Paracetamol</b>          | 1 g IV de 6/6horas - fixo  |
| <b>Metamizol Magnésico</b>  | 2g/100ml Soro Fisiológico, IV - SOS  |
| <b>Diclofenac 75 mg/3mL</b> | 75 mg IV, até 2xdia cada 12h – (Na farmácia do CHMA, pedir a formulação Voltaren®) |

| DELIRIUM   |   |
|--|---|
| <b>Diagnóstico:</b> rastrear realizando o CAM 1x/dia ( <i>Confusion Assessment Method</i> )      |   |
| <b>Tratamento etiológico:</b> O <sub>2</sub> suplementar ou tratamento dirigido a outras causas. |   |
| <b>Tratamento sintomático:</b> ver tabela abaixo   |   |
| <b>Delirium refractário:</b> sedação paliativa para controlo de agitação terminal.               |   |
| <b>NÃO FARMACOLÓGICO</b>   | Reorientar o doente, sempre que possível.<br>Explicar à família que a sintomatologia é secundária à doença  |
| <b>FARMACOLÓGICO</b>   | <b>OXIGENOTERAPIA:</b> em caso de hipoxemia, manter O <sub>2</sub> até ao final, incluindo em situação de últimos dias de vida. Se instituídas outras medidas de tratamento da insuficiência respiratória, desde que não causem maior desconforto, podem ser mantidas.  |
|  | <b>SE SINTOMAS POSITIVOS:</b> alucinações e/ou alteração do comportamento (delírios)<br>- Haloperidol 1-2mg (EV ou SC) cada 8/8h, ou até cada 2/2h (Dose máxima 20mg)<br>- Olanzapina 2.5mg PO cada 24 horas antes de deitar, ou até cada 2/2h (Dose máxima 20mg)   |
|  | <b>SE PREDOMINAR INSÓNIA POR INQUIETAÇÃO OU AGITAÇÃO NOCTURNA</b><br>- Quetiapina 25mg PO antes de deitar, podendo repetir mais 2 doses de 25mg durante a noite (titular conforme resposta, dose máx. 600 mg)<br>- Levomepromazina 6.25 mg (PO, SC ou EV) antes de deitar, podendo repetir até 2 vezes a dose durante a noite (titular conforme resposta, dose máx. 300 mg) |
|  | <b>SE DELIRIUM REFRACTÁRIO OU TERMINAL:</b> objetivo é controlar a agitação<br>- Seguir o protocolo de sedação paliativa: em casos de <i>delirium</i> a primeira opção é Levomepromazina, se ineficaz recorrer a Midazolam ou anestésicos (Propofol)  |

**Nota:** São compatíveis para administrar na mesma perfusão IV/SC: a Morfina, o Midazolam e a Butilescopolamina.

## SEDAÇÃO PERANTE SINTOMAS REFRACTÁRIOS EM DOENTES EM SITUAÇÃO DE ÚLTIMOS DIAS/SEMANAS DE VIDA

A sedação paliativa é a intervenção terapêutica que visa a diminuição proporcional do nível de consciência, para aliviar os sintomas refractários (ex. dispneia, agitação, tosse incoercível, sensação de sufocação, angústia existencial) às medidas de primeira linha. Nestes casos, o alívio do sofrimento do doente requererá a diminuição do estado de consciência, fazendo-o de forma segura e nunca tendo como objectivo abreviar a vida do paciente.

### PROCEDIMENTO

1. Como indução, administrar 5mg de Morfina e 5mg de Midazolam, lentamente, SC/IV.
2. Para manutenção, administrar a medicação por perfusão contínua, respeitando a compatibilidade e estabilidade dos fármacos numa mesma perfusão, revista a cada 24h:

| MEDICAÇÃO                | DOSE 24 HORAS | APRESENTAÇÃO       | AMPOLA | VOLUME |
|--------------------------|---------------|--------------------|--------|--------|
| <b>Morfina</b>           | 30mg          | ampola de 10mg/1mL | 3      | 3mL    |
| <b>Midazolam</b>         | 45mg          | ampola de 15mg/3ml | 3      | 9mL    |
| <b>Butilescopolamina</b> | 60mg          | ampola de 20mg/1mL | 3      | 3mL    |
| <b>Volume total</b>      |               |                    |        | 15 mL  |

3. Para preparar a perfusão contínua acima referida, deverá proceder-se do seguinte modo: diluir em soro fisiológico a soma do volume de todos os fármacos a administrar em 24h (Morfina 3mL + Midazolam 9mL + Butilescopolamina 3mL = 15mL), até perfazer um volume total de 50mL; a concentração de cada fármaco na perfusão será: Morfina 0.6mg/mL (30mg/50mL), Midazolam 0.9mg/mL (45mg/50mL) e Butilescopolamina 1.2mg/mL (60mg/50mL).
4. Inicia-se a perfusão contínua a 2mL/h (Morfina 1.2mg/h, Midazolam 1.8mg/h, Butilescopolamina 2.4mg/h). Estima-se que a dose base de Midazolam para sedação moderada-profunda, para a maioria dos doentes, seja de ~2mg/h; a administração combinada de morfina e Butilescopolamina potencia o seu efeito sedativo.
5. Se necessário, deverá utilizar-se medicação de resgate (SOS) dirigida a cada sintoma descompensado (ver adiante), em detrimento do aumento do ritmo da perfusão.
6. Em caso de rotura de stock de Midazolam, a alternativa é Levomepromazina SC em acesso único (ampolas de 25mg/mL), sendo a dose diária para sedação com Levomepromazina 100mg.
7. Para além da habitual seringa infusora de 50mL, há também outros infusores disponíveis com administração de ritmos variáveis ou fixos, como a bomba perfusora. Para usar este dispositivo, basta que se prepare a mesma dosagem de fármacos (total 15 mL) completando o volume pretendido e ajustando o ritmo de perfusão (4mL/h se total 100 mL; 21mL/h se total 500 mL e assim sucessivamente).
8. Podem ser administradas, a qualquer momento, doses de resgate (SOS), por via endovenosa ou subcutânea, lentamente, IDEALMENTE NÃO MAIS DE 4XDIA:
  - 2,5mg de Midazolam IV, para sedação;
  - 2,5-5mg de Morfina IV, se predominar o desconforto respiratório;
  - 2,5 mg de Haloperidol SC (não administrar por via IV), se *delirium* ou agitação.
8. Se o doente não estiver confortável, deverá solicitar-se ajuda à EIHS CP (contactos 2144 e 2123).

#### Outras considerações

- **Morfina:** se o doente necessitava de morfina para dispneia ou dor, previamente, mantém-se a dose que cumpria antes de iniciar a sedação e vigiando sempre sinais de toxicidade opióide;
- **Opióide não morfina:** em doente previamente medicado com outro opióide, recomenda-se a rotação para morfina (com a respectiva redução da dose em 25%);
- **Antipiréticos:** a cada 6 ou 8 horas;
- **Prevenção de secreções:** Butilescopolamina regular, evitar aspiração frequente;
- **Hidratação mínima necessária:** o excesso de aporte de líquidos numa falência multiorgânica pode propiciar o agravamento do estertor e o aparecimento de edema ou congestão central.

**Anexo 5. Comunicação: instrumento facilitador no processo de cuidar em cuidados paliativos**

*“Comunicar eficazmente no contexto de Cuidados Paliativos é simultaneamente importante e difícil, e constitui um desafio, porque implica a utilização e desenvolvimento de perícias básicas essenciais à comunicação entre o técnico de saúde, a pessoa doente e família.”*

*(Gask,2000)*

Em Cuidados Paliativos, a comunicação é um dos seus pilares, funcionando como estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e controlo de sintomas associados á doença avançada e terminal (Querido, Salazar e Neto, 2010). Na maioria das vezes, a gravidade e complexidade inerentes à prestação destes cuidados tornam a comunicação difícil, não só pelos temas que são tratados, mas também pela situação de vulnerabilidade do utente.

Vários são os tipos de comunicação existentes, sendo todos eles de extrema importância porque, independentemente da sua forma, deles advém o poder de fazer chegar ao outro uma mensagem.

A comunicação aplicada à prestação de cuidados, aquela que é feita quando o profissional de saúde está a cuidar do outro, deve ser respeitada e entendida como uma ferramenta poderosa e essencial para a construção da relação entre profissional de saúde e utente.

Na área da saúde, o seu papel torna-se basilar, não apenas porque a sua função assume especial importância pela elevada complexidade organizacional das instituições, mas também porque, através dela, é possível a promoção de medidas que defendam uma política de literacia em saúde, assente num trabalho multidisciplinar e interinstitucional, assegurando a continuidade de Cuidados.

O facto da informação de saúde não estar disponível no momento e local em que se torna necessária, é cada vez mais um conceito incompreensível e anómalo. Assim, torna-se necessário a disponibilização de forma simples, segura e uniforme de informação de qualidade.

Os Sistemas de Informação na Saúde permitem a cooperação, a partilha de conhecimentos e informação, bem como o desenvolvimento de atividades de prestação de serviços nas áreas dos sistemas e tecnologias de informação e comunicação. Desempenham um papel importante na documentação dos Cuidados, tendo como principais objetivos a melhoria da acessibilidade, eficiência, qualidade e continuidade dos mesmos.

## **PROCESSO DE COMUNICAÇÃO ENTRE EIHSCP E AS EQUIPAS ASSISTENCIAIS**

### **EIHSCP E EQUIPAS ASSISTENCIAIS DO HOSPITAL**

Os pedidos de colaboração ao internamento são efetuados no *SClínico* pelo médico responsável pelo acompanhamento do utente, mediante conhecimento prévio do utente e família/cuidador sobre a sua situação clínica e critérios de referência à EIHSCP. (ver PRO.CHMA.109.v2)

O utente é observado pela EIHSCP, preferencialmente nas primeiras 48h, registando o parecer em diário clínico e/ou notas gerais de enfermagem e articulando diretamente com o médico responsável.

Após a primeira avaliação, o acompanhamento do utente é decidido pela equipa, em concordância com o utente, família/cuidador e médico assistente. Este acompanhamento pode ser realizado em regime de internamento ou ambulatório (consulta externa). Todas as observações/intervenções realizadas ao utente são registadas em diário clínico, sempre em parceria com equipa assistencial, numa partilha de gestão dos cuidados ao utente.

### **EIHSCP E EQUIPAS DA RNCCI**

A referência de utentes da EIHSCP para as tipologias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é feita, preferencialmente, através do aplicativo de monitorização da RNCCI (<https://umccweb-rncci.min-saude.pt/index.php?action=Login&module=Users>).

A referência à RNCCI acontece quando a EIHSCP envia à ECL da área do domicílio do utente, a proposta de ingresso na RNCCI, através do aplicativo informático para avaliação e validação da tipologia proposta.

Após referência, quando o utente tiver alta para uma Unidade da RNCCI, a EIHSCP informa a equipa assistencial do utente e a família.

### **EIHSCP E EQUIPAS ASSISTENCIAIS DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

A EIHSCP assegura a comunicação com os Cuidados de Saúde Primários através do envio, pelo utente, da informação clínica registada em diário na primeira consulta de CP. Nesta carta são também disponibilizados contactos da EIHSCP.

De realçar que o presente documento tem subjacente a política Governação da Informação e confidencialidade do CHMA (POL.CHMA.037.v1).

### Bibliografia de apoio

Querido, A., Salazar, H., & Neto, I.G. (2010). Comunicação. In A, Barbosa & I.G., Neto (Eds). Manual de Cuidados Paliativos (2ª Ed.) (pp.461-485). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Gask, L. (2000). A identificação dos problemas emocionais e psicossociais. In R. Corney (Ed.). O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina (2ªed.). Lisboa: Climepsi.

#### 1. CONTROLO DE VERSÕES:

| VERSÃO           | TIPO                | RESPONSÁVEL                    | DATA       | VALIDAÇÃO |
|------------------|---------------------|--------------------------------|------------|-----------|
| 1                | ELABORAÇÃO          |                                | xx/xx/xxxx | Rubrica   |
|                  | APROVAÇÃO (SERVIÇO) |                                | xx/xx/xxxx | Rubrica   |
|                  | VERIFICAÇÃO         | Grupo Coordenador da Qualidade | xx/xx/xxxx | Rubrica   |
|                  | HOMOLOGAÇÃO         | Conselho de Administração      | xx/xx/xxxx | Rubrica   |
| PRÓXIMA REVISÃO: |                     |                                | xx/xxxx    | -----     |

**Anexo 6. Pedido de autorização de novo fármaco**



INFORMAÇÃO

PROPOSTA

N.º EIHSCP/02/2022  
(serviço/número/ano)

DATA: 24/05/2022

DELIBERAÇÃO

PARECER

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>ASSUNTO:</b>      | Pedido de introdução do <i>Vellofent</i>   |
| <b>DESTINATÁRIO:</b> | Comissão de Farmácia e terapêutica   |
| <b>C/ CÓPIA:</b>     | Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos<br>Exmos. Elementos da Comissão de Farmácia e Terapêutica |

A Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, vem por este meio solicitar a introdução do *Vellofent* no stock do cofre de apoio à consulta de Cuidados Paliativos.

Como é de seu conhecimento, o *Vellofent* está indicado para o tratamento da dor episódica em doentes adultos com cancro que estejam já a receber terapêutica opióide de manutenção para a dor oncológica crónica. A dor episódica consiste numa exacerbação transitória da dor, que ocorre num quadro de dor persistente normalmente controlada.

Os doentes por nós seguidos em consulta de Cuidados Paliativos apresentam, com alguma regularidade, este tipo de dor, resultante, entre outros fatores, das deslocações para o hospital, quer para consulta quer para realização de exames propostos.

Não havendo no Hospital nenhum fármaco disponível para o tratamento desta dor, e após análise da literatura existente e disponibilizada em anexo, consideramos que a introdução do *Vellofent* nas dosagens de 133 mcg e 267mcg seria uma mais valia para o controlo sintomático mais imediato nestes doentes.

Anexo à presente proposta o pedido de introdução do *Vellofent* assim como material de apoio para sustentar o pedido efetuado.

Certo de que a presente vai receber de vossa parte a melhor atenção.

O Coordenado da EIHSCP

### Comissão de Farmácia e Terapêutica

#### Pedido de Introdução de Vellofent

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>Substância(s) Activa(s)</b>  | Citrato de Fentanilo  |   |
| <b>Nome do medicamento</b>  | Vellofent   |   |
| <b>Dosagem</b>  | 133, 267, 400, 533, 800 mcg   |   |
| <b>Forma farmacêutica</b>   | Comprimido sub-lingual  |   |
| <b>Via de administração</b>   | Sub-lingual   |   |
| <b>Apresentação</b>   | Embalagens com 15 comprimidos   |   |
| <b>Indicações Terapêuticas propostas</b>                                  | Tratamento da dor episódica oncológica  |   |
| <b>As indicações constam do Resumo das Características do Medicamento</b> | Sim <input checked="" type="checkbox"/>   | Obs.:                                       |
|   | Não <input type="checkbox"/>  |   |
| <b>Critérios de prescrição</b>  | <b>Uso geral</b>  | <input type="checkbox"/>                    |
|   | <b>Uso conforme protocolo</b>   | <input type="checkbox"/> (Anexar protocolo) |
|   | <b>Uso mediante justificação clínica</b>  | <input type="checkbox"/>                    |
| <b>Posologia e duração do tratamento</b>                                  |   |   |
| <b>Custo unitário por dose administrada</b>                               | De 4,98€ a 5,10€ (sem IVA) dependendo da dosagem (pedir cotação)                  |   |
| <b>Previsão do número de tratamentos anuais</b>                           |   |   |
| <b>Terapêutica actualmente utilizada com a mesma indicação</b>            | Actiq. (segundo os RCMs destes medicamentos, as dosagens não são intercambiáveis) |   |

**Justificação para a sua introdução (referir qual a mais valia terapêutica relativamente aos fármacos existentes, nomeadamente em termos de eficácia, segurança, aspectos económicos, etc.):**

O fármaco é utilizado no doente oncológico na dor episódica, quer a mesma apareça espontaneamente ou quer esteja relacionada com procedimentos/intervenção terapêutica.

Importante para ajuste de dosagem nos doentes internados ou nos que estão a ser acompanhados pelas Consultas da Dor, Oncologia Médica, Radioterapia e Paliativos. Para os doentes internados e que venham a ter alta, para que possam controlar a sua dor no domicílio ou vice-versa.

Em ambulatório e no catálogo de aprovisionamento público do SPMS, o Vellofent tem um preço unitário inferior aos restantes fentanilos de absorção transmucosa, apresentando suprabiodisponibilidade e início de acção mais rápido. Relação custo-efectividade favorável para Vellofent quando comparado com os restantes fentanilos comercializados em Portugal (ver anexos).

**Referências bibliográficas que apresentem evidência científica que suportem a introdução:**

- 1) [http://www.clinicaltherapeutics.com/article/S0149-2918\(14\)00015-0/pdf](http://www.clinicaltherapeutics.com/article/S0149-2918(14)00015-0/pdf)
- 2) <http://www.touchoncology.com/system/files/private/articles/21013/pdf/davies.pdf>
- 3) [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=54844&tipo\\_doc=rcm](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=54844&tipo_doc=rcm)
- 4) <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0179523&type=printable>

**Identificação do Serviço:** Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

**Data:** 23/05/2022

**Assinatura do Coordenador da EIHSCP**

## **Anexo 7. Protocolo de más noticias**

No contexto dos cuidados de saúde há, por vezes, a necessidade de dar más notícias.

Entende-se por “má notícia” qualquer informação que mude de maneira significativa e adversa a ideia que o receptor da mesma tem do seu futuro.

A maneira como comunicamos uma má notícia será a chave para que o doente e a sua família se sintam acompanhados e seguros com a equipa. Este documento, pretende servir de apoio aos profissionais de como comunicar más notícias.

### DAR MÁS NOTÍCIAS EM 6 PASSOS (BUCKMAN, 1992)

1. **PREPARAR A SITUAÇÃO:** É fundamental preparar-se para a entrevista e estabelecer um bom contacto com o familiar, tendo sempre ciente a importância e significado deste momento para o familiar.
2. **AVALIAR A PERCEÇÃO QUE O DOENTE/FAMÍLIA TEM DA SITUAÇÃO**
  - a. Começar com uma pergunta aberta “Como é que se sente?”;
  - b. Perceber o que sabe “O que lhe explicaram sobre a sua situação/do seu familiar?”;
  - c. Se manifesta expectativas irreais: “Desejaria que fosse como disse, mas...”;
  - d. Abordar a negação: “Imagino que seja difícil para si falar disto”.
3. **PEDIR PERMISSÃO PARA DAR A INFORMAÇÃO:** ver se está preparado para receber a informação mediante a insinuação ou um passo intermédio (“tiro de aviso”) que permita perceber que lhe vai ser comunicada uma má notícia “deseja saber qual é a situação atual?”
4. **DAR A INFORMAÇÃO:** Primeiro devemos preparar-nos para dar a má notícia, ter a certeza de que percebe a informação que lhe estamos a transmitir, usando um vocabulário adequado.
  - a. Dar um tiro de aviso: “Lamento muito, mas tenho más notícias”, “lamento ter que lhe dizer”.
  - b. Dar a informação pouco a pouco (dar informação e esperar a resposta)
  - c. Ter certeza de que entende a informação dada e os seus passos
  - d. Evitar tecnicismos e não alimentar esperanças irrealistas
  - e. Abordar as dúvidas e as perguntas que possam surgir
5. **DAR RESPOSTAS ÀS EMOÇÕES** (antecipar as reacções emocionais):
  - a. Identificar para poder dar resposta (“vejo que está assustado, noto que ficou triste, vejo que esta notícia teve um grande impacto”)
  - b. Legitimar as emoções e fazer sentir que são normais – validar os sentimentos (“é normal sentir-se assim numa situação como esta”)
6. **TER CERTEZA DE QUE** foi percebido com clareza tudo o que foi falado e abordar os passos seguintes, dar as diferentes alternativas e possibilidades. Reforçar compromisso de não abandono.

**DESTACAMOS QUE POR PARTE DE QUEM COMUNICA A EXPRESSÃO DE SENTIMENTOS NÃO É PROIBIDA E PODE ACONTECER ...**

**“ CHORAR COM QUEM CHORA NÃO É SINAL DE FRAQUEZA ”**

**NOTA:** Se pretender informação adicional com exemplos práticos de como comunicar determinada notícia, poderá consultar VITAL TALK (<https://www.vitaltalk.org/>)

#### 1. CONTROLO DE VERSÕES:

| VERSÃO                  | TIPO                | RESPONSÁVEL                    | DATA       | VALIDAÇÃO         |
|-------------------------|---------------------|--------------------------------|------------|-------------------|
| 1                       | ELABORAÇÃO          | EIHSCP                         | 31/03/2020 | CONFORME ORIGINAL |
|                         | APROVAÇÃO (SERVIÇO) | EIHSCP                         | 06/04/2020 | CONFORME ORIGINAL |
|                         | VERIFICAÇÃO         | Grupo Coordenador da Qualidade | 15/04/2020 | CONFORME ORIGINAL |
|                         | HOMOLOGAÇÃO         | Conselho de Administração      | 16/04/2020 | CONFORME ORIGINAL |
| <b>PRÓXIMA REVISÃO:</b> |                     | Gestão da Qualidade            | 04/2023    | -----             |

## **APÊNDICES**

**Apêndice 1. Questionário sobre os cuidados à boca à pessoa em situação**

**paliativa**

# Questionário sobre os Cuidados à Boca à Pessoa em Situação Paliativa

O meu nome é Joana Torres, sou enfermeira e aluna do I Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. O presente questionário enquadra-se no projeto do Estágio de Natureza Profissional que me encontro a realizar na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE, sob a orientação da Professora Doutora Clementina Sousa.

A elaboração deste trabalho tem como objetivos perceber os conhecimentos e competências dos enfermeiros nos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa, bem como, identificar necessidades de formação nesta área. De modo, a promover uma maior consciencialização da importância destes cuidados na promoção do bem-estar, conforto e qualidade de vida da pessoa em situação paliativa.

Os dados obtidos e a utilização dos resultados destinam-se apenas a fins académicos e serão salvaguardados o anonimato e confidencialidade dos mesmos.

Não existem respostas corretas ou erradas, pelo que se solicita que responda com o maior rigor e honestidade, expressando livremente a sua opinião.

Desde já agradecemos a disponibilidade demonstrada.  
O nosso muito obrigada.

Joana Torres

Para qualquer esclarecimento ou questão:  
Joana Torres, por e-mail [joanapatriciacruztorres@gmail.com](mailto:joanapatriciacruztorres@gmail.com)

---

\*Obrigatório

1. Após leitura da nota introdutória deste questionário, considera estar devidamente informado e aceita participar neste estudo preenchendo o presente questionário? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Caraterização Socioprofissional

2. Género \*

*Marcar apenas uma oval.*

Masculino

Feminino

3. Idade (anos completos) \*

*Marcar apenas uma oval.*

Até aos 29 anos

30-39 anos

40-49 anos

50-59 anos

Mais de 60 anos

4. Categoria Profissional \*

*Marcar apenas uma oval.*

Enfermeiro

Enfermeiro Especialista

5. Formação Académica \*

*Marcar apenas uma oval.*

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

6. Se possui Mestrado ou Doutoramento, qual ou quais?

---

7. Formação Profissional Especializada: Pós-graduação ou pós-licenciatura/especialidade \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

8. Se respondeu Sim, qual ou quais?

\_\_\_\_\_

9. Tempo de Exercício Profissional (anos completos) \*

*Marcar apenas uma oval.*

Até 3 anos

4 a 8 anos

9 a 13 anos

14 a 18 anos

Mais de 19 anos

10. Serviço onde exerce funções \*

*Marcar apenas uma oval.*

Medicina

Cirurgia

Ortopedia

Urgência

UCIM

Ginecologia

Polivalente

11. Já participou em alguma formação sobre a temática dos cuidados à boca? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

12. Possui algum tipo de formação em cuidados paliativos? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

13. Se respondeu Sim à questão anterior, qual ou quais?

---

Cuidados à boca à pessoa em situação paliativa

14. No seu exercício profissional presta cuidados a pessoas em situação paliativa? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

15. Que prioridade atribui aos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nenhuma  
 Pouca  
 Alguma  
 Máxima

16. No seu exercício profissional presta cuidados à boca a pessoas em situação paliativa? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

17. Se respondeu Sim à questão anterior, quanto tempo, em minutos, despende em média nos cuidados à boca a uma pessoa?

\_\_\_\_\_

18. Na sua opinião, com que periodicidade deveriam ser executados os cuidados à boca à pessoa \* em situação paliativa?

*Marcar apenas uma oval.*

1 vez por dia

2 vezes por dia

3 vezes por dia

4 vezes por dia

Outro: \_\_\_\_\_

19. Em que momentos? \*

*Marque todas que se aplicam.*

Nos cuidados de higiene

Antes das refeições

Depois das refeições

Ao deitar

Uma vez por turno

Sempre que necessário

Outro: \_\_\_\_\_

20. Dos seguintes aspetos selecione aqueles que avalia quando realiza os cuidados à boca à pessoa em situação paliativa? \*

*Marque todas que se aplicam.*

- Dentes
- Língua
- Mucosa oral
- Lábios
- Voz
- Deglutição
- Saliva
- Outro: \_\_\_\_\_

21. Que alterações mais frequentemente identifica na boca da pessoa em situação paliativa? \*

*Marque todas que se aplicam.*

- Mucosite oral
- Xerostomia
- Candidíase oral
- Halitose
- Dor
- Acumulação de secreções/ restos de alimentos
- Infeções víricas
- Sialorreia
- Disgeusia

22. Existe na sua instituição/serviço algum procedimento para os cuidados à boca à pessoa dependente/inconsciente? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Não sei

23. No processo de enfermagem para uma pessoa em situação paliativa independente engloba \*  
os cuidados à boca?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

24. Na sua opinião, considera que deveria existir algum protocolo de atuação sobre os \*  
cuidados à boca à pessoa em situação paliativa?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Sem opinião

25. Se respondeu Sim à questão anterior, dos seguintes itens quais considera importantes  
englobar na elaboração de um protocolo sobre o tema?

*Marque todas que se aplicam.*

Frequência dos cuidados

Tempo de execução

Observação e avaliação da cavidade oral

Intervenções específicas a implementar conforme a avaliação da cavidade oral

Procedimentos de higienização conforme grau de dependência da pessoa

Suporte de registo dos cuidados

26. Indique de que forma os cuidados à boca à pessoa em situação paliativa influenciam: \*

*Marcar apenas uma oval por linha.*

|  | Nada                  | Pouco                 | Sem opinião           | Bastante              | Muito                 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>Conforto físico</b>                         | <input type="radio"/> |
| <b>Prevenção de infecções da cavidade oral</b> | <input type="radio"/> |
| <b>Diminuição do tempo de internamento</b>     | <input type="radio"/> |
| <b>Escolha do tipo de alimentação</b>          | <input type="radio"/> |
| <b>Capacidade de mastigar</b>                  | <input type="radio"/> |
| <b>Capacidade de deglutir</b>                  | <input type="radio"/> |
| <b>Comunicação verbal</b>                      | <input type="radio"/> |
| <b>Contacto com outras pessoas</b>             | <input type="radio"/> |
| <b>Autoimagem</b>                              | <input type="radio"/> |

27. Elabora registos de enfermagem relativos aos cuidados à boca? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Às vezes

28. Se sim ou às vezes, como efetua o registo?

*Marcar apenas uma oval.*

- Notas gerais
- Através do diagnóstico de enfermagem autocuidado higiene
- Outro: \_\_\_\_\_

29. E o que regista?

\_\_\_\_\_

30. Considera que detém conhecimentos e competências que lhe permitam prestar cuidados à \* boca com a qualidade exigida à pessoa em situação paliativa?

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

31. Se Respondeu Não à questão anterior, em que áreas considera que necessita de desenvolver competências:

*Marque todas que se aplicam.*

- Na avaliação da cavidade oral
- Na identificação de alterações/afeções da cavidade oral
- Na seleção e utilização de recursos materiais e farmacológicos
- No planeamento, implementação e avaliação de intervenções autónomas de enfermagem
- Na execução de registos de enfermagem
- No planeamento, implementação e avaliação das intervenções de educação para a saúde da pessoa e/ou família
- Outro: \_\_\_\_\_

32. Quando planeia a alta da pessoa em situação paliativa, inclui os cuidados à boca nos ensinamentos de preparação para a mesma? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre  
 Quase sempre  
 Raramente  
 Nunca  
 Não se aplica

33. Na sua prática profissional encontra dificuldades/barreiras para a realização dos cuidados à boca? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

34. Se respondeu Sim à questão anterior, dos itens seguintes quais as barreiras/impedimentos identifica:

*Marque todas que se aplicam.*

- Número reduzido de profissionais face às horas de cuidados de enfermagem necessárias  
 Sobrecarga de trabalho  
 Falta de recursos materiais  
 Desvalorização da importância da higiene oral  
 Doentes não colaborantes  
 Déficit de conhecimentos e competências  
 Outro: \_\_\_\_\_

35. Na sua opinião, os cuidados à boca à pessoa em situação paliativa são valorizados pela própria pessoa e pela família? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não  
 Sem opinião

36. Na sua opinião, os cuidados à boca à pessoa em situação paliativa são valorizados pelos enfermeiros? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não  
 Sem opinião

Gratos pela colaboração

Joana Torres

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários



**Apêndice 2. Esboço do protocolo: Cuidados à boca à pessoa em situação paliativa**

## **Cuidados à Boca à Pessoa em Situação Paliativa:** **um projeto de protocolo**

### **1. OBJETIVOS**

- Uniformizar os cuidados de enfermagem na avaliação da boca;
- Detetar precocemente alterações na mucosa oral;
- Definir uma metodologia de atuação em doentes com alterações da mucosa oral;
- Uniformizar os cuidados de enfermagem à boca ao doente paliativo;
- Uniformizar os registos de enfermagem.

### **2. DEFINIÇÕES/ SIGLAS:**

#### DEFINIÇÕES:

##### **Cuidados à Boca**

Os cuidados à boca têm por finalidade a promoção do conforto, a ausência de lesões dolorosas ou infeções, proporcionar hidratação, limitar a placa bacteriana e remover vestígios alimentares (Secpal, 2017).

##### **Afeções da Boca**

Segundo a OMS, só estamos perante um indivíduo com a saúde oral preservada se existir ausência de: dor bucal ou facial; cancro da boca e garganta; infeções e lesões orais; doença gengival e dentária; condicionantes limitadoras do comportamento psicossocial e do bem-estar e da capacidade de mastigação, morder, falar e sorrir (OMS, 2013).

Doenças orais, tais como xerostomia, candidíase oral, estomatite e mucosite oral possuem uma alta prevalência em adultos de idade mais avançada, portadores de doenças agudas ou crónicas graves e em fase paliativa, que causam complicações fatais, levando ao comprometimento do conforto e da qualidade de vida do doente.

##### **Membrana Mucosa Oral**

Segundo a Classificação para a Prática de Enfermagem é a “componente do sistema tegumentar: camadas de revestimento natural, sem queratina, na superfície interior do corpo, forrando cavidades ou canais que abrem para o exterior do corpo; incluem as mucosas da boca

(...); as mucosas protegem as estruturas subjacentes, segregam muco que lubrifica as estruturas associadas, absorvem água, sais e outros solutos” (ICN, 2016).

### **Pessoa em Situação Paliativa**

É aquela que padece de uma doença para a qual não existe um tratamento curativo ou de uma doença muito grave, às quais está associado habitualmente grande sofrimento físico e existencial. Pode tratar-se de um doente não oncológico ou oncológico, de todas as idades e ter pela frente anos, meses ou semanas de vida. O doente paliativo não é necessariamente um doente terminal ou moribundo.

### **Cuidados à Boca em Cuidados Paliativos**

Os cuidados à boca à pessoa em situação paliativa devem englobar: manter a mucosa e os lábios hidratados, íntegros, limpos e suaves; eliminar a placa bacteriana e restos de alimentos; prevenir infeções, complicações e a dor. É, ainda, essencial a realização da avaliação da cavidade oral e de problemas estomatológicos prévios, tais como: dor, secura, anorexia, disfagia, disfonia, alterações do paladar e terapêutica ou tratamentos a realizar.

Ou seja, os cuidados à boca à pessoa em situação paliativa são um conjunto de intervenções que visam manter boca limpa e húmida, promover o conforto, evitar o mal-estar, diminuir o risco de infeção e diminuir o mau cheiro – halitose.

## **3. DESCRIÇÃO**

### **3.1 – Responsável pela execução**

Enfermeiro responsável pelos cuidados à pessoa em situação paliativa

### **3.2 – Considerações**

As afeções da boca podem ser uma consequência de várias patologias em que têm como principal fator comum uma alteração na membrana mucosa oral. Esta situação pode conduzir a complicações, interferindo quer na recuperação do utente quer na sua qualidade de vida e conforto.

#### **3.2. 1 – A especificidade da pessoa em situação de fim de vida**

O foco está na higiene oral, na redução dos sintomas e na garantia de que o utente está devidamente hidratado. É recomendado que a gestão da boca seca esteja incluída no plano de cuidados. Todos os aspetos dos cuidados à boca que irão proporcionar conforto e melhorar a qualidade de vida devem ser incluídos (por exemplo, alívio da dor, gestão da boca seca,

remoção de secreções secas, frequência de enxaguamento da boca). Deve garantir-se a continuidade dos cuidados. Envolver e sensibilizar os cuidadores no plano de cuidados à boca ao utente em fim de vida, por forma a garantir o seu envolvimento.

### 3.3 – Avaliação

A avaliação tem como objetivo obter o máximo de informações através de uma colheita de dados para determinar as intervenções a implementar.

#### 3.3.1 – Anamnese e Exame Físico

##### Avaliação da cavidade oral

| Local       | Estado normal                                | Despistar   |
|-------------|--|---|
| Mucosa Oral | Lisa, íntegra, húmida e rosada               | Inflamação, úlceras, nódulos, cor                       |
| Lábios      | Lisos, íntegros, suaves e húmidos            | Secos, inflamados, gretas, descamação, mobilidade e cor |
| Língua      | Lisa, rosada, sem fissuras, íntegra e húmida | Seca, rugosidade excessiva, fissuras, úlceras, manchas  |
| Saliva      | Clara, fluida e em quantidade adequada       | Quantidade e cheiro                                     |
| Dentes      | Brilhantes, limpos e sem depósitos           | Presença de prótese, cor e manchas                      |
| Voz         | Sem alterações                               | Rouquidão ou dificuldade em articular palavras          |
| Deglutição  | Sem alterações                               | Dificuldade ou incapacidade                             |

#### 3.3.2 – Avaliação e reavaliação

Na admissão do utente e diariamente.

### 3.4. Procedimento

- Higienizar as mãos
- Preparar todo o material
- Explicar o procedimento
- Posicionar corretamente o utente
- Colocar uma toalha/celulose sobre o tórax do utente
- Lavar os dentes utilizando espátula ou escova com pasta dentífrica
- Em caso de prótese dentária, proceder à sua remoção e meticulosa limpeza, utilizar produtos de fixação se necessário
- Limpar as gengivas, a língua e a face interna da boca com espátula embebida em água e elixir
- Aspirar cavidade oral caso necessário
- Recolher o material
- Lavar as mãos
- Caso se trata de um utente colaborante, solicitar a sua colaboração, promovendo a sua autonomia

Nota: A solução de lavagem oral, elixir, em uso na unidade hospitalar é Benzidamina 1.5 mg/ml solução lavagem da boca, frasco 240 ml.

### 3.5- Registos

Os registos são efetuados no aplicativo SClínico.

- Item avaliação inicial
- Item processo de enfermagem: foco **MEMBRANA MUCOSA ORAL**

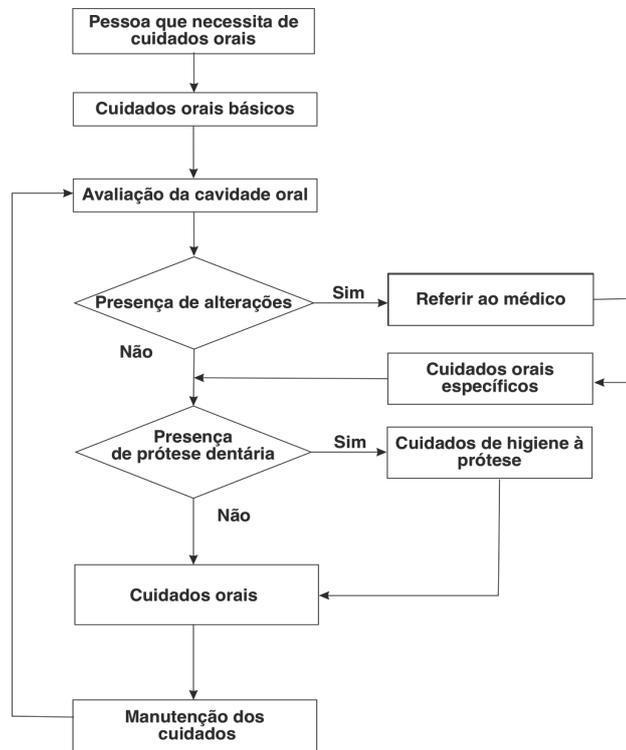
| Diagnóstico de Enfermagem   |
|---|
| Membrana mucosa oral comprometida                                     |
| Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção do compromisso |

| Intervenções de Enfermagem |
|----------------------------|
|----------------------------|

- Administrar líquidos
- Aplicar procedimento / protocolo
- Assistir autocuidado higiene da boca
- Avaliar membrana mucosa oral
- Ensinar sobre hidratação da mucosa
- Ensinar sobre higiene oral
- Gerir ingestão de líquidos
- Incentivar ingestão de líquidos
- Instruir higiene oral
- Limpar membrana mucosa oral
- Planear refeições
- Planear dieta
- Planear ingestão de líquidos
- Vigiar cavidade oral
- Referir ao médico alteração da membrana mucosa oral

| <b>Avaliar membrana mucosa</b> |          |      |
|--------------------------------|----------|------|
| Ítem a avaliar                 | Resposta |      |
| Com manchas esbranquiçadas     | Sim      | Não  |
| Com manchas avermelhadas       | Sim      | Não  |
| Com placas esbranquiçadas      | Sim      | Não  |
| Hidratação                     | Húmida   | seca |

### **3.6. Algoritmo de intervenção na prestação de cuidados à boca**



### 3.7. Algumas especificidades: Xerostomia, Mucosite Oral e Doente em situação de último(s) dia(s) de vida

#### 3.7.1. Xerostomia

É a sensação de boca seca, consequência ou não da diminuição ou interrupção da função das glândulas salivares, com alteração na quantidade e qualidade da saliva. O tratamento tem como objetivo aumentar o fluxo salivar e diminuir a sensação de secura da boca.

Os cuidados orais na xerostomia passam por:

- Higiene oral frequente (se possível a cada 2/2 horas)
- Hidratar os lábios com hidratante labial
- Humidificação do ar
- Cubos de gelo ou de fruta ácida (atenção às queimaduras de contacto)
- Citrinos frescos (ananás frio, etc.)

- Chá de camomila com limão
- Pastilhas elásticas e rebuçados sem açúcar
- Evitar bebidas alcoólicas e tabaco
- Limpar secreções nasais para evitar respirar pela boca
- Retirar próteses dentárias durante a noite e correta higienização das mesmas
- Adaptação da dieta para líquida ou cremosa e moderadamente fria.

Nota: O estimulante salivar em uso da unidade hospitalar é a metilcelulose, XEROS spray. Os citrinos aumentam a salivação e promovem a humidificação das mucosas. Não deve ser usada a vaselina em pasta para humedecer os lábios, pois trata-se de um produto hidrofóbico, pelo que a jusante aumenta a sensação de boca seca.

### 3.7.2. Mucosite Oral

É a inflamação aguda com destruição da mucosa oral e rede vascular, que se manifesta por soluções de continuidade (úlceras) provocadas por uma descamação do epitélio oral, da faringe ou do esófago. O tratamento tem como objetivo prevenir, melhorar ou curar o estado da boca, diminuir ou eliminar a dor e/ou odor, recuperar a capacidade funcional, o paladar e prevenir as infeções da cavidade oral ou digestivas.

Os cuidados na xerostomia englobam:

- Tratar a causa
- Boa higiene oral
- Adaptar dieta
- Remover próteses dentárias, correta limpeza e higienização das mesmas
- Tratamento das cáries ou outro problema dentário
- Analgesia: AINEs, Opióides, anestésicos tópicos
- Elixir para refrescar a boca e diminuir a dor
- Lavar a boca com elixires sem álcool ou colotórios
- Tratamento tópico:
  - o Nistatina
  - o Colutório para Mucosite II (Manipulado de: Bicarbonato de sódio 1,4% 460 ml + Nistatina 100.000 UI/ml 30 ml + Lidocaína 2% (20mg/ml) 10 ml)

- Colutório para Mucosite III (Manipulado de: Bicarbonato de sódio 1,4% 450 ml + Nistatina 100.000 UI/ml 30 ml + Clorohexidina 0.1% e Clorobutanol 0.5% 20 ml)
  - Nistatina + Bicarbonato de sódio + Lidocaína) - Manipulado
  - Salicilato de colina 87 mg/g gel bucal bisnaga 10 g
  - Lidocaína 20 mg/g gel bisnaga 30 g (pode ser usado em mucosas)
  - Lidocaína 100 mg/ml solução para pulverização cutânea frasco 50 ml
  - Miconazol 20 mg/g gel oral bisnaga 30 g
- Tratamento sistémico com antifúngicos de acordo com prescrição médica.

Nota: Os fármacos expostos no tratamento tópico são os disponíveis na unidade hospitalar e carecem de prescrição médica.

### 3.7.3. Doente em situação de último(s) dia(s) de vida

Na situação particular dos doentes em situação de último(s) dia(s) de vida, o foco está na higiene oral, na hidratação de toda a cavidade oral e no controlo dos sintomas. No plano de cuidados devem ser incluídos todos os aspetos que proporcionam conforto e melhoram a qualidade de vida, como por exemplo, o alívio da dor, a gestão xerostomia, a remoção de secreções secas e o aumento da frequência dos cuidados.

Estes cuidados devem ser continuados e contínuos, devendo envolver-se os diferentes profissionais e cuidadores informais. Sendo uma forma de sensibilizar para os cuidados à boca no fim de vida, garantindo um maior envolvimento de todos nos seus últimos dias de vida.

### **REFERÊNCIAS:**

Benito, A. P. (2010). Mucosite. A. Barbosa, & I. G. Neto (eds). *Manual de Cuidados Paliativos*, (2ª ed, pp. 337-345). Faculdade de Medicina de Lisboa.

International Council of Nurses (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 2015*. Lusodidacta.

Sociedad Espanola de Cuidados Paliativos (2017). *Guia de Cuidados Paliativos*. SECPAL

<http://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>.

World Health Organization (2013). *Oral Health*. WHO.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.



## PLANO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO

| CURSO/ FORMAÇÃO:                  | Cuidados Orais em Cuidados Paliativos   |
|-----------------------------------|---|
| ENQUADRAMENTO /<br>FUNDAMENTAÇÃO: | Os cuidados a doentes crónicos e aos doentes com necessidade de cuidados paliativos devem centrar-se na promoção ativa do conforto e na redução do sofrimento associado ao processo de doença. Doenças orais, tais como xerostomia, mucosite oral e candidíase oral possuem uma alta prevalência em adultos de idade mais avançada, portadores de doenças agudas ou crónicas graves e em fase paliativa, que causam complicações fatais, levando ao comprometimento do conforto e da qualidade de vida do doente. Os cuidados à boca à pessoa em situação paliativa são um conjunto de intervenções que visam manter boca limpa e húmida, promover o conforto e evitar o mal-estar. |
| OBJETIVOS:                        | Uniformizar os cuidados de enfermagem na avaliação da boca; detetar precocemente alterações na mucosa oral; definir uma metodologia de atuação em doentes com alterações da mucosa oral; uniformizar os cuidados de enfermagem à boca ao doente paliativo; uniformizar os registos de enfermagem; auscultar a experiência dos participantes com esclarecimento de eventuais dúvidas.  |
| Nº DE AÇÕES:                      | 2   |
| DESTINATÁRIOS:                    | Enfermeiros, médicos e assistentes operacionais   |
| Nº DE PARTICIPANTES:              | 20  |
| METODOLOGIA:                      | Expositiva e Ativa  |
| PROGRAMA:                         | I. Cuidados orais em Cuidados Paliativos – porquê?<br>II. Divulgação dos resultados do estudo de investigação<br>III. Avaliação da cavidade oral e principais afeções<br>IV. Xerostomia<br>V. Mucosite<br>VI. Outras: Infecções fúngicas, Halitose, Sialorreia<br>VII. Propostas de melhoria  |
| DATAS E HORÁRIOS:                 | 13 de outubro de 2022 na unidade de Famalicão<br>25 de outubro de 2022 na unidade de Santo Tirso  |
| HORAS E VOLUME DA<br>FORMAÇÃO:    | 02h00 min   |
| LOCAL:                            | unidade de Famalicão e unidade de Santo Tirso   |
| FORMADORES:                       | Joana Torres e elementos da EIHSCP  |
| AVALIAÇÃO:                        |   |
| CUSTOS:                           | Sem custos  |

O Responsável

---

**Apêndice 4. Slides de *Power point* da sessão formativa: Cuidados orais em cuidados paliativos**




# Cuidados Orais em Cuidados Paliativos



Joana Torres  
Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa da ESS - IPVC  
Outubro de 2022

1



# Cuidar da boca? O porquê?



2



## A literatura

### Oral health problems among palliative and terminally ill patients: an integrated systematic review

**Results:** Limited evidence was identified. The Oral Assessment Guide score significantly decreased after oral standard care (P value = 0.001). Satisfaction scores significantly increased after oral standard care (P = 0.02 and P = 0.03). Patients reported a high level of comfort with oral care after the intervention for oral hygiene care.

### Oral Assessment Guide in Palliative and Terminally Ill Patients: An Essential Measure to Improve Oral Cavity Conditions and Symptom Management

**Results:** Scientific evidence was reviewed. The Oral Assessment Guide score significantly decreased after oral standard care (P value = 0.001). Satisfaction scores significantly increased after oral standard care (P = 0.02 and P = 0.03). Patients reported a high level of comfort with oral care after the intervention for oral hygiene care.

**Conclusions:** Patients admitted to hospice had frequent alterations in oral cavity with partial loss of function that could be prevented by oral hygiene care. Standardized procedures for oral hygiene care are simple and fast to perform. Oral care may contribute to improve quality of life and symptom management.

3



## Cuidados à boca à pessoa em situação paliativa

Pergunta de investigação  
Qual o conhecimento e as competências dos enfermeiros relativamente aos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa?

Objetivo geral  
Analisar os conhecimentos e as competências dos enfermeiros nos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa

4



## Aspectos metodológicos

Tipo de estudo - Quantitativo, tipo exploratório descritivo

População - cerca 323 enfermeiros do CHMA (serviços de Medicina, Urgência, Cirurgia, Ortopedia, Polivalente, Ginecologia)

Instrumento de coleta de dados - Questionário via Google Forms  
<https://1drv.ms/b?ic=645346308&App=4971667ee72VQM>

Procedimentos estatísticos - Análise de dados foi realizada através do programa IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 23

5



## Amostra

Amostra - 123 enfermeiros (n = 123)

82,9% sexo feminino (n = 102)

91,9% Licenciatura (n = 113)

70,7% categoria profissional de enfermeiro (n = 87) e 29,3% de enfermeiro especialista (n = 36)

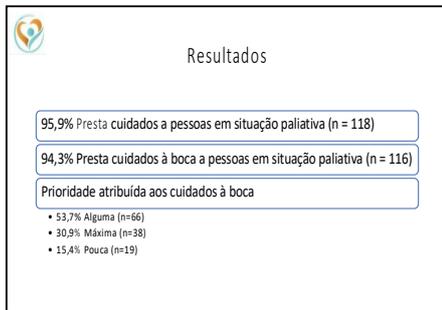
Serviço onde exercem funções

- 39,8% Medicina (n = 49)
- 26,8% Urgência (n = 33)
- 12,2% Cirurgia (n = 15)
- 9,8% Ortopedia (n = 12)
- 4,9% Polivalente (n = 6)
- 3,3% Ginecologia (n = 4)
- 3,3% UCM (n = 4)

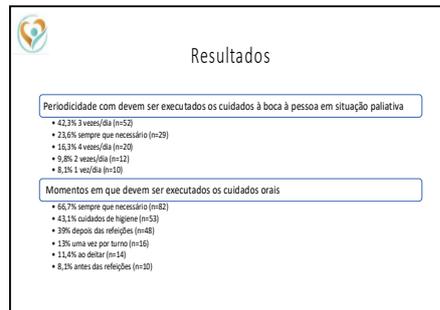
47,2% Formação profissional especializada (n = 58)

- 26,8% Formação específica em cuidados paliativos (n = 33)
- 20,4% Formação sobre temáticas dos cuidados à boca (n = 25)

6



7



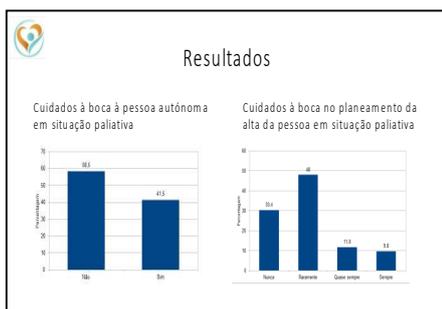
8



9



10



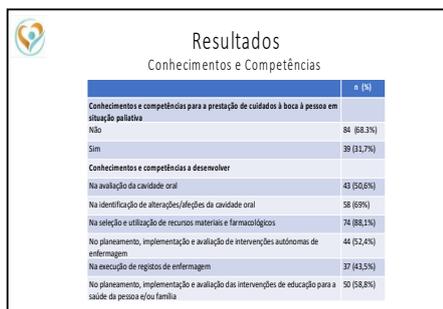
11

### Resultados

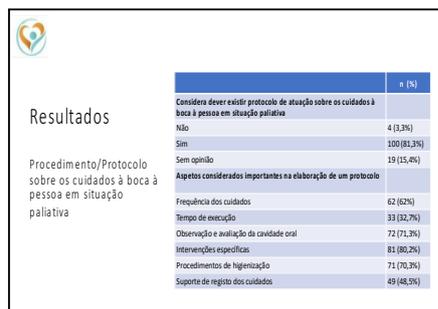
**Influência dos cuidados à boca à pessoa em situação paliativa**

|  | Nada n (%) | Pouco n (%) | Sem opinião n (%) | Bastante n (%) | Muito n (%) |
|--|------------|-------------|-------------------|----------------|-------------|
| Conforto físico                        | 0 (0,0)    | 8 (6,5)     | 0 (0,0)           | 52 (42,3)      | 63 (51,2)   |
| Prevenção de infeções da cavidade oral | 0 (0,0)    | 4 (3,3)     | 8 (6,5)           | 45 (36,6)      | 66 (53,7)   |
| Diminuição do tempo de internamento    | 9 (7,3)    | 31 (25,2)   | 45 (36,6)         | 26 (21,1)      | 12 (9,8)    |
| Escolha do tipo de alimentação         | 3 (2,4)    | 13 (10,6)   | 13 (10,6)         | 62 (50,4)      | 32 (26,0)   |
| Capacidade de mastigação               | 2 (1,6)    | 10 (8,1)    | 13 (10,6)         | 61 (49,6)      | 37 (30,1)   |
| Capacidade de deglutição               | 2 (1,6)    | 15 (12,2)   | 10 (8,1)          | 64 (52,0)      | 32 (26,0)   |
| Comunicação verbal                     | 1 (0,8)    | 7 (5,7)     | 14 (11,4)         | 68 (55,3)      | 33 (26,8)   |
| Interação social                       | 3 (2,4)    | 7 (5,7)     | 19 (15,4)         | 66 (53,7)      | 28 (22,8)   |
| Autoimagem                             | 1 (0,8)    | 5 (4,1)     | 4 (3,3)           | 51 (41,5)      | 62 (50,4)   |

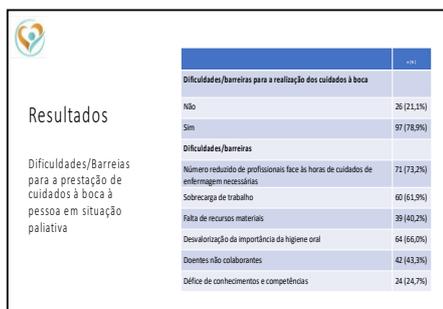
12



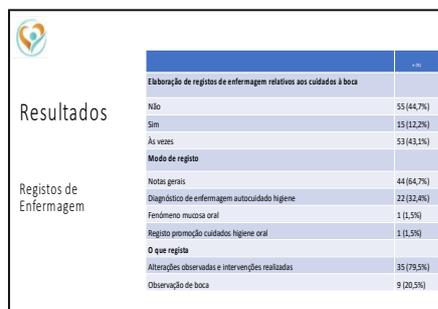
13



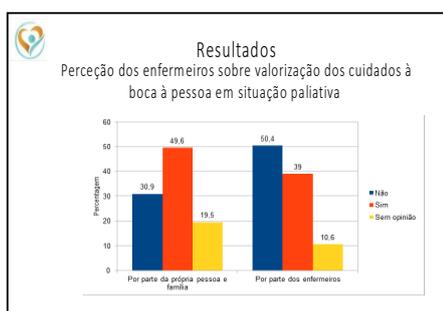
14



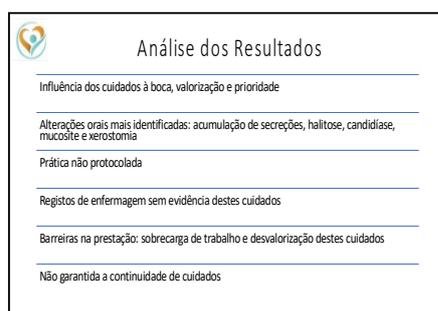
15



16



17



18



## Cuidar da boca? O porquê?

Qualidade de vida

As lesões da boca têm uma grande influência no bem-estar da pessoa em fim de vida

A boca deve ser sempre cuidadosamente observada

É essencial manter uma boa higiene oral para evitar o aparecimento de vários problemas

Maus cuidados orais podem originar complicações graves

19



## Dimensões afetadas com alterações na boca

- Comunicação verbal
- Alimentação
- Prazer de saborear
- Expressão de sentimentos
- Interação social
- Auto-estima
- Conforto
- Controlo de sintomas

20



## Para um controlo eficaz dos problemas orais

- Avaliar o problema**
  - Qual a causa
  - Qual o mecanismo
  - O que já foi feito
  - Impacto na vida do doente
  - Tratamento da causa
- Tratamento ativo do problema**
- Tratamento sintomático**
- Trabalho de equipa**
- Apoio à família**

21



## Objetivos

- Manter boca limpa e húmida
- Promover o conforto
- Evitar mau-estar
- Diminuir o risco de infeção
- Diminuir a halitose

22



## Cuidados básicos

- Limpeza diária com escova de dentes
- Limpeza das próteses
- Enxaguar a boca
- Cuidados aos lábios
- Garantir a ingestão de líquidos adequada

23



## O que observar

| Local       | Estado normal                                 | Disparitar  |
|-------------|---|---|
| Mucosa Oral | Úmida, íntegra, húmida e rosada               | Inflamação, úlceras, nódulos, alterações da coloração                       |
| Lábios      | Úmidos, íntegros, suaves e húmidos            | Secos, inflamados, gretas, descamação, mobilidade e alterações da coloração |
| Língua      | Úmida, rosada, sem fissuras, íntegra e húmida | Seca, rigidez excessiva, fissuras, úlceras, manchas                         |
| Saliva      | Clara, fluída e em quantidade adequada        | Alterações da quantidade e odor   |
| Dentes      | Brilhantes, limpos e sem depósitos            | Presença de próteses, alterações da coloração e manchas                     |
| Voz         | Sem alterações                                | Ruquidão ou dificuldade em articular palavras                               |
| Deglutição  | Sem alterações                                | Dificuldade ou incapacidade   |

24

**Afeções Oraís em Cuidados Paliativos**

- Xerostomia
- Mucosite
- Infeções
- Halitose
- Alterações do paladar
- Hemorragias
- Outras complicações orais consequentes de tumores da cavidade oral

25

**Xerostomia**

Sensação de boca seca, consequência ou não da diminuição ou interrupção da função das glândulas salivares, com alteração na quantidade e qualidade da saliva.

**Quantificação da xerostomia com efeito adverso**

|                |   |
|----------------|---|
| <b>Class 1</b> | Sintomas (saliva espessa ou escassa), sem alteração detectável significativa; produção de saliva não estimulada < 0,2 ml/min.   |
| <b>Class 2</b> | Sintomas com alterações qualitativas da ingestão oral (como espessa de água ou uso de outros líquidos), dieta limitada a purês ou alimentos moles e líquidos; produção de saliva não estimulada entre 0,1 e 0,2 ml/min. |
| <b>Class 3</b> | Sintomas que limitam a capacidade de se alimentar normalmente; necessidade de administração de fluidos endo-venosos; alteração central respiratória; produção de saliva não estimulada < 0,1 ml/min.                    |

Wyrwicz MG, Lark AS (1993) citado por Feio, Madalena e Sapatá, Paula: Xerostomia em Cuidados Paliativos (2008)

26

**Xerostomia: Causas**

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Terapêutica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diuréticos</li> <li>• Anticolinérgicos</li> <li>• Antidepressivos</li> <li>• Opióides</li> <li>• Corticóides</li> <li>• Neurolepticos</li> <li>• Oxigenoterapia</li> </ul> | <p><b>Radioterapia cabeça/pescoço</b></p> <p><b>Doença sistêmica</b></p> <p><b>Outras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedade</li> <li>• Desidratação</li> <li>• Anorexia</li> <li>• Respirar pela boca</li> </ul> |
|---|---|

27

**Xerostomia: Sintomas associados**

- Necessidade de ter a boca húmida e beber constantemente água
- Dificuldade em falar
- Dificuldade em mastigar e/ou engolir alimentos secos
- Alterações do paladar
- Sensação de queimadura da língua
- Queilite angular - Fissuras nos cantos da boca

**Manifestações Clínicas da Xerostomia**

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <b>Clínica de carácter funcional</b> | Dificuldade em mastigar, deglutir, falar ou observar de dentes.   |
| <b>Clínica de carácter orgânico</b>  | Cáries, abscessos de pulpa, halitose, doenças periodontais.   |
| <b>Problemas bucais</b>              | Ardor, fissuras e ulceração da cavidade bucal; mucosite oral; rouquidão e disfonia, com sensação de calor na língua.  |
| <b>Preocupação e insatisfação</b>    | A diminuição das funções antiostróicas produz uma alteração do pH, alteração das citocinas locais. Sintomas e sinais manifestam que de xerostomia a salivação, especialmente por causas alérgicas.  |
| <b>Halitose</b>                      | A diminuição de saliva e de suas enzimas antibióticas e bactericidas diminuem a renovação dos dentes.   |
| <b>Outros</b>                        | A ação de alguns medicamentos e a alteração dos mucosas provocam o mau hálito.<br>Em caso de doença sistémica, a xerostomia é decorrente da ação de certos fármacos, como a morfina, ocaína das fumaças, propofol, gentamicina, psico, fentanyl e apendil respiratório. |

López J, P. Bernago E. A. (1986) citado por Feio, Madalena e Sapatá, Paula: Xerostomia em Cuidados Paliativos (2008)

28

**Tratamento da Xerostomia**

- Objetivo: Aumentar o fluxo salivar e diminuir a sensação de secura da boca
- Investigar a etiologia e, sempre que possível, tratar a causa
- Avaliar o grau e repercussão na qualidade de vida
- Higiene oral frequente
- Higiene das próteses. Retirar próteses durante a noite
- Utilizar hidratante labial. Não deve ser usada a vaselina, pois trata-se de um produto hidrofóbico, pelo que a jusante aumenta a desidratação

29

**Tratamento da Xerostomia**

- Cubos de gelo ou fruta ácida
- Cítricos frescos (aumentam a salivação e promovem a humedificação das mucosas)
- Chá de camomila com limão
- Pastilhas elásticas e rebuçados sem açúcar
- Adaptação da dieta para líquida ou cremosa e moderadamente fria
- Evitar bebidas alcoólicas e tabaco
- Limpar secreções nasais para evitar respirar pela boca

30

**Tratamento da Xerostomia**

A xerostomia pode ser controlada e corrigida com produtos que hidratem a cavidade oral e com produtos que favoreçam a produção natural de saliva.

- Substitutos da saliva
  - Carboximetilcelulose
- Estimulante de saliva
  - Xerosol® (spray e gel)

31

**Xerostomia: doentes em situação de últimas horas ou dias de vida**

- Reforçar as medidas de higiene e hidratação
- Envolver família e cuidadores
- Medidas simples
  - Uso de "borrifadores" de água/chá para hidratar mucosa oral
  - Pequenas lascas de gelo no interior da boca
  - Lubrificar lábios com hidratante labial, glicerina ou creme de cacau
  - Lubrificar a boca com estimulante salivar

32

**Mucosite**

Inflamação aguda com destruição da mucosa oral e rede vascular, que se manifesta por soluções de continuidade (úlceras) provocadas por uma descamação do epitélio oral, da faringe ou do esôfago

| MUCOSITE  |  |                                    |
|-----------|--|------------------------------------|
| Gravidade | Sinais Objetivos                                 | Sintomas Subjetivos                |
| 0         | Sem sintomas                                     | Sem sintomas                       |
| 1         | Eritema sem úlceras                              | Eritema                            |
| 2         | Eritema com úlceras mais raras de menor extensão | Úlceras em placas (> 5 úlceras)    |
| 3         | Eritema com úlceras mais raras de menor extensão | Úlceras confluentes (> 12 úlceras) |
| 4         | Úlceras de cavidade de base                      | Hemorragias e necrose              |

Fonte: [Chambers, 2010](#)

33

**Mucosite: Causas**

- Tratamento com quimioterapia ou radioterapia
- Imunossupressão
- Infecções bacterianas, fúngicas ou víricas
- Doença oral prévia
- Disfunção das glândulas salivares
- Alterações metabólicas

34

**Tratamento da Mucosite**

- Tratar a causa
- Adequada higiene oral
- Adaptar dieta. Excluir álcool e tabaco
- Analgesia:
  - AINES – Salicilato de colina (Bucageil)
  - Opióides
  - Anestésicos tópicos (lidocaína)
- Remoção e limpeza das próteses dentárias

36

**Tratamento da Mucosite**

- Higiene oral com colutórios e/ou elixires sem álcool para refrescar a boca e diminuir a dor
- Colutórios manipulados em uso no CHMA
  - Colutório de Nistatina + Clorhexidina
  - Colutório de Mucosites com Lidocaína + Nistatina+ Bicarbonato

37

 **Tratamento da Mucosite**

- 1ª linha – Nistatina
- Se infecção grave e necessidade de tratamento sistémico
  - Fluconazol – 100 a 200 mg /dia
  - Em alternativa
    - Itraconazol – 200mg/dia
    - Voriconazol – 200mh 12/12h
  - Tratamento de 7 a 14 dias

38

 **Infeções Fúngicas**

- A candidíase é a infecção mais frequente e é a principal causa de mucosite
- Fatores locais predisponentes
  - Próteses dentárias
  - Xerostomia
  - Alterações na composição da saliva
  - Perda da integridade da mucosa
  - Má higiene oral

39

 **Infeções Fúngicas**

Apresentação clínica:  
Forma pseudomembranosa, aparece como uma placa branca ou amarelada em qualquer local da boca, facilmente removível, deixando uma superfície hemorrágica dolorosa

**Candidíase oral**



40

 **Tratamento das Infeções Fúngicas**

- Adequada higiene oral
- Tratamento tópico
  - Nistatina
  - Micronazol gel oral (Daktarin)
  - Outros produtos : colutórios compostos
- Tratamento sistémico com antifúngicos

41

 **Halitose**

- Odor desagradável expelido pela boca
- Obstáculo às relações sociais
- A origem mais comum é a cavidade oral, no entanto, também pode ter origem no restante trato digestivo ou no trato respiratório; ser causada por outras patologias, infeções, alimentos e/ou fármacos ou traduzir uma sensação subjetiva do doente que pode não ser real

42

 **Medidas para controlar a Halitose**

- Manter uma adequada higiene oral e cuidado com as próteses dentárias
- Evitar certos alimentos (cebola e alho) e reduzir a ingestão de álcool
- Estase gástrica – os fármacos procinéticos como a metoclopramida e a domperidona podem ser úteis
- Tratar as infeções
- Evitar os fármacos que causam halitose – Antipsicóticos, anticolinérgicos, antibióticos

43

**Sialorreia**

A salivação excessiva tem como causas mais frequentes a lesão ou dor na cavidade oral, irritantes locais (próteses mal fixadas), alguns fármacos (lítio, inibidores das colinesterases, agonistas colinérgicos), doenças psiquiátricas/neurológicas e disfagia

**Tratamento**

- Anticolinérgicos em geral
  - Buflupropilamina via preferencial SC
  - Amiripítina
  - Atropina tópica ( off-label da solução oftálmica de atropina)

44

**Alterações do Paladar: Disgeusia/Ageusia**

**Causas**

- Doença local
- Tabaco
- Cirurgia (oral, laringe, lesões cerebrais)
- Alterações na renovação das células ( má nutrição, RT, fármacos, distúrbios metabólicos, xerostomia, infeções)
- Alterações na saliva
- Patologias dentárias
- Deficiente higiene oral
- Sintoma associado à anorexia

**Tratamento**

- Boa higiene oral
- Alívio da Xerostomia
- Rever medicação
- Selecionar os alimentos

45

**Propostas**



47

**Registos de Enfermagem**

| Diagnóstico de Enfermagem  | Intervenções de Enfermagem  |
|--|---|
| Membrana mucosa oral comprometida  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar evolução da integridade da membrana mucosa oral</li> <li>Lavar cavidade oral</li> <li>Tratar membrana mucosa oral</li> </ul>   |
| Potencial para melhorar o conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa oral | <ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar evolução dos conhecimentos sobre promoção da integridade da membrana mucosa</li> <li>Educar sobre tratamento da membrana mucosa</li> <li>Educar sobre complicações da membrana mucosa</li> </ul> |

48

**Apoio ao doente e família: um instrumento de apoio**



49

**Projeto: Procedimento de Cuidados Oraís**

- Uniformizar os cuidados de enfermagem na avaliação da boca
- Detetar precocemente alterações na mucosa oral
- Definir uma metodologia de atuação em doentes com alterações da mucosa oral
- Uniformizar os cuidados de enfermagem à boca ao doente paliativo
- Uniformizar os registos de enfermagem

50



Considerações Finais

É essencial manter uma boa higiene oral para evitar o aparecimento de vários problemas. É necessário manter os lábios e mucosa oral tão limpos e íntactos quanto possível.

Importância do papel do profissional de saúde na promoção do bem estar e qualidade de vida associados aos cuidados orais ao doente paliativo.

51



OBRIGADA PELA VOSSA PRESENÇA E PARTICIPAÇÃO...

52

**Apêndice 5. Questionário para avaliação da sessão formativa sobre os cuidados orais em cuidados paliativos**

## *Cuidados à Boca à Pessoa em Situação Paliativa*

O seguinte formulário serve de instrumento de avaliação da sessão de formação subordinada ao tema dos "Cuidados à Boca à Pessoa em Situação Paliativa". Esta formação decorreu no âmbito do Estágio de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Desde já agradeço a sua participação!

---

\*Obrigatório

1. **Qual a sua opinião relativamente aos conteúdos da sessão de formação? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Altamente satisfeito
- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Pouco satisfeito
- Nada satisfeito

2. **A sessão de formação permitiu a aquisição de novos conhecimentos? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo totalmente
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo totalmente

3. **Considera que os conteúdos expostos são úteis para a prática clínica e permitem melhorar o seu desempenho profissional?** \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo totalmente  
 Concordo  
 Indiferente  
 Discordo  
 Discordo totalmente

4. **O tempo de duração da sessão de formação foi adequado?** \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo totalmente  
 Concordo  
 Indiferente  
 Discordo  
 Discordo totalmente

5. **O formador revelou domínio e clareza na exposição dos conteúdos abordados na sessão de formação?** \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo totalmente  
 Concordo  
 Indiferente  
 Discordo  
 Discordo totalmente

6. **A metodologia utilizada na apresentação da formação foi adequada aos conteúdos abordados?** \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo totalmente
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo totalmente

7. **Porque considera pertinente o estudo dos Cuidados à Boca à Pessoa em Situação Paliativa?**

---

---

---

---

---

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

**Apêndice 6. Quadro das respostas da questão aberta sobre a pertinência do estudo**

## Respostas à questão aberta sobre a pertinência do estudo os cuidados à boca à pessoa em situação paliativa

---

Sensibiliza para a importância dos cuidados orais.

---

Contribuí para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao doente paliativo.

---

Sensibilizou para a importância dos cuidados orais na promoção do bem-estar e na prevenção de complicações.

---

Após o preenchimento do questionário já fiquei mais sensível para a sua importância e agora com a formação fiquei ainda com mais certezas! É um cuidado descuidado e num doente paliativo por todas as suas fragilidades ainda ficam com mais alterações da mucosa. Obrigada pela formação!

---

Porque é muitas vezes desvalorizada e essencial para a comunicação, alimentação, autoestima...

---

Considero que sim, pois por vezes é uma parte que nos descuidamos e que é muito importante para o bem-estar do doente.

---

Por ser uma área subjugada.

---

Sim.

---

Porque cuidamos muito de utentes em cuidados paliativos e é uma temática a todos os doentes que vou cuidando.

---

Porque permite sensibilizar para a importância dos cuidados à boca.

---

Os cuidados à boca sendo promotores do conforto devem ser valorizados na nossa prática.

---

Porque permite evidenciar a importância dos cuidados à boca em diversas dimensões.

---

Pertinente porque ser é um fator que pode interferir no bem-estar e na qualidade de vida do paciente, conhecer os cuidados e a necessidade dos mesmos é sem dúvida uma mais valia.

---

Porque permite sistematizar a nossa prática.

---

Sendo estes cuidados promotores do conforto e do bem-estar devem ser valorizados e priorizados na nossa prática de enfermagem.

---

Para adquirir novos conhecimentos nesta área.

---

Temática desvalorizada. Bom cuidado ajuda a prevenir as mesmas e ajudamos no bem-estar.

---

Permite sistematizar a nossa prática, evidenciar limitações e lacunas.

---

Sensibiliza para a importância dos cuidados orais e permitiu adquirir novos conhecimentos.

---

Os cuidados à boca são importantes para a imagem corporal e prevenção de complicações (tanto da mucosa oral, respiratórias e alimentares).

---

São desvalorizados, ficam para segundo plano e muitas vezes esquecidos.

---

---

Para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

---

Permite melhorar os cuidados de enfermagem prestados ao doente paliativo.

---

É pertinente e estudo dos cuidados à boca à pessoa pois só com base na evidência conseguimos prestar cuidados de enfermagem de excelência.

---

**Apêndice 7. Guia orientador dos cuidados orais em cuidados paliativos**



## Cuidados Oraís em Cuidados Paliativos

### Cuidar da Boca, porquê?

Para promover o conforto e a qualidade de vida.

É essencial manter uma boa higiene oral para evitar o aparecimento de vários problemas que interferem no bem-estar, tais como boca seca, infeções da boca, mau hálito e mau paladar.

Para manter a boca limpa e fresca.

Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do CHMA

Contatos

Email: [equipa.paliativos@chma.nis-avude.pt](mailto:equipa.paliativos@chma.nis-avude.pt)

Telefone (direto): 01 026 0482

Resposta(geral): 252 300 800  
Extensão 2144 ou 2113

## Xerostomia

### O que é?

É a sensação subjetiva de boca seca, por diminuição ou ausência de saliva devido ao mau funcionamento das glândulas salivares.

### Cuidados Específicos

- Higiene oral frequente
- Humidificação do ar
- Cubos de gelo e/ou de fruta ácida
- Citrinos frescos (anãos fris, etc.)
- Chá de camomila com limão
- Pastilhas elásticas e rebuçados sem açúcar
- Evitar bebidas alcoólicas e tabaco
- Limpar secreções nasais para evitar respirar pela boca
- Retirar próteses dentárias durante a noite
- Utilizar saliva artificial

## Cuidados Oraís Básicos

Limpeza diária com escova de dentes suave e dentífrico

Limpeza diária das próteses

Enxaguar a boca

Cuidados aos lábios (evitar vaselina)

Garantir a adequada ingestão de líquidos

## Mucosite Oral

### O que é?

É a inflamação aguda da mucosa oral. Pode surgir inchaço e vermelhidão das gengivas e da mucosa oral, dor e/ou sensação de queimadura na boca e garganta, dificuldade em mastigar, engolir e falar, presença de feridas e sangue na boca e excesso de saliva.

### Cuidados Específicos

- Higiene oral frequente
- Adaptar dieta, evitar alimentos quentes e duros
- Excluir tabaco e álcool
- Remover próteses dentárias
- Tratamento das cáries ou outro problema dentário
- Utilizar analgéticos com lidocaína
- Contactar equipa para avaliar necessidade de terapêutica dirigida



