

CUIDADOS PALIATIVOS

volume 02 - número 01 - março 2015

I Jornadas de Investigação da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

Resumos das Sessões Plenárias

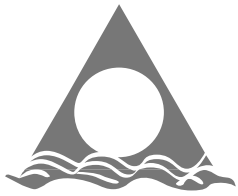
Resumos das Sessões Paralelas

Resumos das Comunicações Orais

Resumos dos Posters



Associação Portuguesa
de Cuidados Paliativos
www.apcp.com.pt



Associação Portuguesa
de Cuidados Paliativos
www.apcp.com.pt

índice

05 **Editorial**

Investigar em Cuidados Paliativos: um imperativo ético

07 **Resumos das Sessões Plenárias**

I Jornadas de Investigação da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

11 **Resumos das Sessões Paralelas**

I Jornadas de Investigação da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

18 **Resumos das Comunicações Orais**

I Jornadas de Investigação da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

26 **Resumos dos Posters**

I Jornadas de Investigação da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

Conselho Científico

Diretor

Prof. Doutor Manuel Luís Capelas

Sub-diretor

Mestre Ana Bernardo

Comissão diretiva

Direção da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

Comissão Científica

Prof.ª Doutora Paula Sapeta (presidente)
Prof. Doutor José Manuel Pereira de Almeida
Prof. Doutor Ricardo Tavares de Carvalho
Prof. Doutor Sérgio Deodato
Prof. Doutor Telmo Batista
Doutor José Nuno Silva
Doutora Bárbara Gomes
Doutora Carla Reigada
Doutora Sandra Pereira
Mestre Catarina Simões
Mestre Edna Gonçalves
Mestre Isabel Galriça Neto

Comissão Científica Internacional

Prof. Doutor Alvaro Sanz Rubiales (Espanha)
Prof. Doutor Carlos Centeno (Espanha)
Prof. Doutor Jaime Boceta Osuna (Espanha)
Prof. Doutor Javier Rocafort (Espanha)
Prof.ª Doutora Maria Nabal (Espanha)
Prof. Doutor Ricardo Tavares de Carvalho (Brasil)
Doutor José Carlos Bermejo (Espanha)
Prof. José Luís Pereira (Canadá)
Dr. Enric Benito (Espanha)
Dr.ª Maria Goreti Maciel (Brasil)

Comissão Consultiva

Grupo de reflexão ética da APCP
Direção da APCP

Revisores

Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas
Prof. Doutor João Amado
Prof. Doutor Luís Sá
Prof. Doutor Manuel Luís Capelas
Prof. Doutor Pedro Ferreira
Prof. Doutor Ricardo Tavares de Carvalho

Prof.ª Doutora Ana Querido
Prof.ª Doutora Maria dos Anjos Dixe
Prof.ª Doutora Maria Emilia Santos
Prof.ª Doutora Helena José
Prof.ª Doutora Zaida Charepe
Doutor César Fonseca
Doutora Joana Mendes
Prof. Paulo Alves
Prof.ª Maria João Santos
Prof.ª Patrícia Coelho
Mestre Alexandra Ramos
Mestre Ana Bernardo
Mestre Ana Lacerda
Mestre Catarina Pazes
Mestre Cátia Ferreira
Mestre Cristina Galvão
Mestre Cristina Pinto
Mestre Filipa Tavares
Mestre Helena Salazar
Mestre Mara Freitas
Mestre Margarida Alvarenga
Mestre Maria de Jesus Moura
Mestre Miguel Tavares
Mestre Nélia Trindade
Mestre Paulo Pina
Mestre Sandra Neves
Mestre Sónia Velho
Mestre Fátima Ferreira
Frei Hermínio Araújo
Dr. Eduardo Carqueja
Dr. João Sequeira Carlos
Dr. Lourenço Marques
Dr. Rui Carneiro
Dr.ª Alina Habert (Brasil)
Dr.ª Elga Freire
Dr.ª Carolina Monteiro
Dr.ª Marília Bense Othero (Brasil)
Dr.ª Rita Abril

Normas de referência bibliográfica
Vancouver superscript

Secretariado

Ad Medic Administração e Publicações Médicas, Lda.

Ficha técnica

Revista Cuidados Paliativos

Diretor: Prof. Doutor Manuel Luís Capelas

Editor: Direção da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

Propriedade, Edição e Redação: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

Morada: Serviço de Cuidados Paliativos, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.PE.
Rua Dr. António Bernardino de Almeida 4200-072 Porto, e-mail: direcao@apcp.com.pt

Periodicidade: Semestral

Design Gráfico e Publicidade: Ad Medic Administração e Publicações Médicas, Lda.

Calçada de Arroios, 16 C - Sala 3, 1000-027 Lisboa, e-mail: info@admedic.pt

Isenta de Registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99 de 9 de Junho, artigo 12, nº1 - A.

ISSN 2183-3400

ra do curso de formação especializada em enfermagem de cuidados paliativos?”, obtivemos as categorias: Interesse pela área; Razões familiares; Déficit de conhecimentos. Em resposta à questão, “O que entende por cuidados paliativos?”, obtivemos: Cuidados prestados por equipas multidisciplinares; Cuidados alternativos aos cuidados curativos; Cuidados à pessoa em fim de vida. Perante a questão, “O que é para si cuidar em cuidados paliativos?”, emergiram as categorias: Cuidar de forma holística; Promover a qualidade de vida; Respeitar o rigor científico e relacional; Excelência dos cuidados. Os resultados demonstraram que a procura do referido curso de formação especializada em enfermagem de cuidados paliativos deve-se, por um lado, ao interesse despertado pela área, circunscrevendo-se este interesse aos domínios profissional, pessoal e familiar, e por outro, à necessidade sentida por estes atores, seja pelo défice de conhecimentos obtidos durante a graduação, seja pelo reconhecimento da importância da referida formação como forma de desenvolverem competências neste âmbito. Quanto às conceitualizações, os resultados obtidos foram no sentido do reforço da importância da qualidade de vida, seja pelo controlo da dor e do sofrimento, seja pela ajuda necessária à família. A importância do olhar holístico e da intervenção consertada pela equipa multidisciplinar constituem também conceitos relevantes, emergentes da análise efetuada.

Conclusões: Os dados deste estudo poderão constituir uma orientação para uma reorganização curricular do curso de formação pós-graduada em enfermagem de cuidados paliativos, direcionada quer para as expectativas, quer para necessidades de formação dos enfermeiros. Espera-se desta forma contribuir para uma melhoria dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes/famílias que se encontram no contexto de cuidados paliativos.

ADAPTAÇÃO PARA PORTUGUÊS DA ESCALA DE COPING COM A MORTE (ECM) NUMA AMOSTRA DE ENFERMEIROS

Gomes SMR, Camarneiro APF
Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Francisco Gentil, E.P.E.;
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Introdução: A perda por morte faz parte da vida dos indivíduos e o processo de luto reorganiza as emoções e sentimentos que lhe estão subjacentes. Os enfermeiros são quem mais cuida de doentes em fim de vida, manifestando uma proximidade física, emocional, social e espiritual. Desta forma, o coping com a morte permite lidar com a morte no quotidiano, constituindo-se como uma medida crucial na avaliação dos efeitos da educação do profissional de saúde sobre o tema. **Objetivos:** Traduzir e validar o instrumento *Coping with death scale* (Bugen, 1980-81) para uma população de enfermeiros portugueses.

Material e métodos: Estudo exploratório de tradução/retroversão, seguido de teste piloto e análise psicométrica. Recorreu-se a uma amostragem não probabilística acidental de 107 enfermeiros que exercem funções em diferentes serviços de uma instituição de oncologia, nos meses de Fevereiro e Março de 2014. Os dados obtidos foram analisados pelo programa de estatística *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 22 para o Windows.

Resultados: A escala apresenta elevada consistência interna, com um coeficiente de Cronbach total=0,89. Após o estudo da validade manteve-se a solução bifatorial (*coping* com a própria morte e *coping* com a morte dos outros), porém procedeu-se à alteração do número de itens em relação à versão original, tendo sido removidos quatro (itens total=26). Não se verificam diferenças significativas quanto ao género, contudo, observam-se diferenças estatisticamente significativas quanto aos enfermeiros que possuem formação em cuidados paliativos, evidenciando um nível de *coping* mais elevado.

Conclusões: Verifica-se que a versão portuguesa da escala é semelhante à original, tornando-se útil para conhecimento do *coping* dos profissionais e para avaliar a eficácia da formação no *coping* face à morte e ao morrer. A “ECM” evidencia ser fiável e válida para a prática, ensino e investigação, incorporando uma mais-valia na área dos Cuidados Paliativos em Portugal.

MITOS SOBRE O LUTO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Martins J, Sequeira J, Lemos M, Aparício G, Bica I

¹Docente, Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), Instituto Politécnico de Viseu, ²Enfermeira

Introdução: O luto é definido como um estado experiencial que a pessoa sofre após tomar consciência da perda, caracterizado por um vasto leque de emoções (Sanders, 1999, cit. por Pina, 2012). Cada indivíduo realiza o luto de uma forma diferente, sendo este processo influenciado pela faixa etária em que se encontra (Mallon (2001) & Marcelli (2002), cit. por Pina, 2012). Na abordagem do luto infanto-juvenil, surgem algumas crenças derivadas do senso comum, tornando-se

difícil distinguir/definir o mito e a realidade (Andrade & Barbosa, 2010). Cabe ao Enfermeiro a competência de esclarecer e orientar as famílias sobre o acompanhamento da vivência do luto pelas crianças/adolescentes.

Objetivo: Avaliar a existência de mitos sobre o luto em crianças e adolescentes em Estudantes de Enfermagem e Enfermeiros.

Material e métodos: Estudo descritivo-correlacional e transversal, realizado numa amostra constituída por 229 participantes (78.6% mulheres e 21.4% homens), com uma média de idades de 32.29 anos nos Enfermeiros e 22.07 anos nos Estudantes de Enfermagem. A colheita de informação foi suportada no *Questionário de Conhecimento sobre o Luto em Crianças e Adolescentes* de Cunha (2014).

Resultados: A maioria (67.2%) dos participantes apresenta muitos mitos sobre o luto. O mito mais prevalente por parte dos Enfermeiros foi “É melhor proteger a criança da perda, pois é demasiado novo para viver uma tragédia” e o mais prevalente pelos Estudantes de Enfermagem foi “Ajudar as crianças e os adolescentes a lidar com a perda é só responsabilidade da família”. Os Enfermeiros possuem mais mitos que os Estudantes de Enfermagem (OM= 123,78; UMW= 5486,5; p= 0,030). Os Enfermeiros mais velhos pontuaram com menos mitos sobre o luto em crianças e adolescentes. A análise da existência de mitos em função do grupo etário indica que são os Enfermeiros com idades entre os 27 e os 30 anos têm um valor médio indicativo de mais mitos (Média=6,85; DP= 0,919) (F= 3,682; p= 0,028).

Conclusões: Os resultados patenteiam que um grupo significativo de participantes apresenta existência de muitos mitos sobre o luto em crianças /adolescentes, facto que se revela preocupante, pois permite aferir a falta de conhecimentos dos estudantes/profissionais de saúde, o que coloca em causa um correto apoio na vivência do luto pelas crianças/adolescentes. Considera-se necessário e essencial apostar na oferta de formação com enfoque na presente problemática.

Temas: Sintomas: Dor e outros sintomas / Controlo e melhoria de qualidade dos cuidados / Cuidados Paliativos nas crianças e adolescentes / Cuidados Paliativos nos doentes não oncológicos e idosos

FERIDAS MALIGNAS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Pinto E¹, Encarnação P²

¹Enfermeira; Salisbury District Hospital/Endoscopy Department, ²Professor Adjunto; Universidade do Minho/Escola Superior Enfermagem

Introdução: Associado ao progresso da medicina, em Portugal, segundo os Censos de 2011, verifica-se um aumento acelerado do envelhecimento da população, sendo que a percentagem de idosos elevou-se para os 19%, e a dos jovens caiu para os 15%. Entre 2010 e 2012, o valor da esperança média de vida à nascença foi estimado em 79,8 anos para ambos os sexos (INE), transformando a anterior realidade, na qual doenças graves resultam numa forte mortalidade, numa outra, na qual doenças graves transformam-se em doenças crónicas, degenerativas, progressivas, com consequências co morbilidades contribuindo para o aumento do sofrimento quer para a pessoa quer para a família. A ferida maligna pode ocorrer em cerca de 14,5% dos doentes com cancro avançado, acarretando um impacto negativo na qualidade de vida do doente e família (Maida et al: 2008). Toma-se, assim, imperioso proporcionar a estes doentes cuidados de excelência que visam melhorar a sua qualidade de vida. Nesta perspetiva, em 1990, a Organização Mundial de Saúde passa a recomendar a prestação de cuidados paliativos (CP) como um modelo de assistência à pessoa, o qual visa prestar cuidados a pessoas, cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, e se caracteriza por preoconizar o controlo dos sinais e sintomas inerentes à fase avançada da doença. **Objetivos:** Esta revisão de literatura insere-se num projeto de investigação mais amplo sobre o sofrimento das pessoas com doença crónica em CP; tendo como objetivo descrever e aprofundar os conceitos de oncogénese e palição frente à seleção de produtos e técnicas mais favoráveis ao controlo dos sinais e sintomas que estas feridas exibem.

Material e métodos: Para a seleção de estudos relevantes recorreu-se à pesquisa através de seis bases de dados eletrónicas *B-On, MESH, ProQuest, MedLine, MD Consult* e *Google Academic Advanced*, em maio/junho de 2013, pesquisa atualizada em outubro/novembro de 2014, utilizando como idioma preferencial a língua Portuguesa e Inglesa, nos últimos cinco anos, em torno dos conceitos-chave *malignant wounds, malignant fungating wound, treatment, palliative care*. Critérios de seleção: resumo disponível, acesso ao texto integral e publicação em revista científica no período referido, indexada nas bases de dados referidas.

Resultados: Dos 48 artigos identificados, procedeu-se à leitura dos resumos, o que excluiu 30 artigos, tendo sido analisados 18 artigos, que privilegiaram a problemática delineada, com metodologia quantita-

tiva e/ou qualitativa ou revisão sistemática da literatura. É consensual que alguns tipos de neoplasias, tais como o cancro primário da pele, cancro da mama, e cancro relacionado com a região anatómica da cabeça e pescoço, apresentam maior prevalência no aparecimento destas feridas (Maida *et al* 2009). À semelhança dos tratamentos utilizados em feridas crónicas, a evidência na correta gestão do exsudado aponta para a aplicação de pensos absorventes tais como alginato de cálcio, as hidrofibras, a carboximetilcelulose sódica, hidropolímeros e pensos de silicone. Assim como para a correta gestão do odor, os mais referenciados são os apósitos com mel, prata e carvão. Associado às feridas malignas existem múltiplos sintomas de difícil controlo que contribuem para o sofrimento, perda de dignidade e qualidade de vida do doente e família. No sentido de proporcionar uma correta avaliação e gestão dos sintomas, Patrícia Grocott (2001) utilizou o sistema TELER (*Treatment Evaluation by Le Roux Method*), como uma ferramenta adaptada às circunstâncias e necessidades da pessoa com ferida maligna em CP. Embora preocupados com o conforto e a qualidade de vida nestas pessoas, os enfermeiros ainda sentem muita dificuldade em gerir os sintomas, complicações e adequar a correta gestão terapêutica a este tipo de feridas.

Conclusões: O conhecimento sobre feridas malignas e os produtos elegíveis para a realização dos tratamentos, são informações essenciais para os enfermeiros que atuam em serviços de CP. Porém, este conhecimento ainda permanece incipiente sendo conduzido, em parte, pelo raciocínio adotado para as feridas crónicas (ex. úlceras varicosas) onde a cicatrização é desejada, permanecendo por vezes, a obstinação terapêutica. Face à situação evolutiva e irreversível da doença esta pode causar sofrimento acrescido à pessoa e família transformando a fase final da vida num longo e doloroso processo de morrer. Consideramos que o sistema TELER adaptado por Patrícia Grocott a pessoas com ferida maligna em CP, é uma mais-valia para os profissionais e para as pessoas que são cuidadas, sugerindo a sua adaptação no contexto de saúde português.

SOFRIMENTO EXISTENCIAL: CONCEITOS, DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Santos e Silva R, Guedes A, Gonçalves AL
Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos - Hospital da Luz

Introdução: Na nossa prática clínica numa unidade de cuidados paliativos, deparamo-nos com dificuldades em avaliar distintamente os conceitos que englobem o sofrimento existencial: desesperança, depressão, tristeza crónica e angústia espiritual. Consequentemente, não temos como demonstrar a importância do sofrimento existencial no levantamento das necessidades destes doentes para, sistematicamente e de forma uniformizada, elaborar as intervenções de enfermagem mais adequadas.

Objectivos: Clarificar os diferentes conceitos e diagnósticos de enfermagem que englobem o sofrimento existencial; Identificar as respectivas intervenções de cada diagnóstico diferenciado, de forma a intervir na globalidade do doente paliativo.

Material e métodos: O estudo baseou-se numa revisão de literatura sobre os diagnósticos de enfermagem acima referenciados e enunciados por NANDA®, Carpenito e CIPE®.

Resultados: Após revisão de literatura, foi possível validar que já existem sistematizados os diferentes conceitos que englobam o sofrimento existencial, que podem apresentar características similares entre si, bem como aspectos que os individualizam. Desesperança é um estado de apatia e falta de esperança profunda, onde existe falta de energia, sensação de perda e privação, passividade e falta de envolvimento no auto cuidado, rigidez cognitiva, capacidade diminuída para solucionar problemas e tomar decisões; Depressão engloba incapacidade para tomar decisões, sentimentos de desvalorização, confrontação ineficaz, relacionado com conflitos internos e sentimentos de rejeição; podendo existir isolamento social, perda de apetite e insónia, pesar disfuncional (lutos não resolvidos); risco de autopunição por sentimentos de desesperança ou solidão; Tristeza Crónica é um estado em que a pessoa apresenta, ou está em risco de apresentar, tristeza permanente em resposta à mudança provocada por um evento, alteração na normalidade ou incapacidade, podendo estar relacionado com alteração do estado saúde ou com uma pessoa significativa; caracterizada por episódios de tristeza com sentimentos de desalento e melancolia durante a vida e de intensidade variável; Angústia Espiritual é um estado no qual o indivíduo ou grupo experimenta um transtorno nas suas crenças e sistemas de valores, sendo definido como a deterioração da capacidade para experimentar e integrar o significado e propósito da vida, mediante a ligação com o eu, os outros, a arte, a música, a literatura, a natureza, ou um poder superior. Todos estes conceitos se distinguem entre si por um conjunto de características definidoras, concretas e específicas, conduzindo assim à elaboração mais adequada e diferenciada de diagnósticos de enfermagem aos doentes paliativos, e suas respectivas intervenções.

Conclusões: Através destes resultados podemos concluir que é pri-

mordial na abordagem global da pessoa a distinção dos diferentes diagnósticos enunciados, de forma a uniformizar as respectivas intervenções, promovendo assim a continuidade dos cuidados, e por sua vez uma melhor assistência no cuidar o doente paliativo. Por outro lado, permite ao enfermeiro elaborar diagnósticos de enfermagem e intervenções de forma autónoma, com o intuito de dar visibilidade à abordagem no sofrimento existencial e espelhar o trabalho interdisciplinar em cuidados paliativos.

A PASSAGEM DA ALIMENTAÇÃO ORAL PARA A NUTRIÇÃO ARTIFICIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIÁRIOS: SIGNIFICADOS PARA O FAMILIAR CUIDADOR

Pinho-Reis C¹, Coelho SP², Capelas ML³

¹Nutricionista, Fundação Fernando Pessoa, Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa; Aluna do Mestrado em Cuidados Paliativos, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP) ²Professora Assistente ICS-UCP; Doutoranda em Enfermagem ICS-UCP ³Professor Adjunto ICS-UCP; Doutor em Ciências da Saúde - Cuidados Paliativos pelo ICS-UCP; Lisboa

Introdução: A família é entendida pelos Cuidados Paliativos como unidade indivisível da pessoa doente, assim o trabalho dos profissionais de saúde passa por refletir sobre o papel dos familiares cuidadores, para os incluir numa prestação de cuidados de excelência. Devido à evolução da doença de base e aos tratamentos realizados, a alimentação dos doentes paliativos é frequentemente muito alterada. O suporte alimentar torna-se assim primordial, pois deverá acompanhar o doente e a sua família desde o momento do diagnóstico até à morte. Uma das alterações na alimentação que maior impacto causa na vida do doente e sua família é a mudança da via oral para a via artificial.

Objetivos: Compreender a problemática da passagem da alimentação oral para a nutrição artificial em cuidados paliativos domiciliários do ponto de vista do familiar cuidador.

Material e métodos: Estudo de caso com um familiar cuidador, sexo masculino, 47 anos, que cuidava da esposa, de 46 anos, a quem foi diagnosticado neoplasia maligna da laringe com metastização pulmonar, dor e síndrome de anorexia-caquexia. Foi-lhe colocada Gastrostomia Percutânea Endoscópica em Dezembro de 2013 e traqueostomia em Janeiro do ano seguinte. Eram pais de uma criança de oito anos. A recolha de dados baseou-se na observação e entrevista não-estruturada no domicílio do cuidador. Com base nos dados destacamos os significados atribuídos pelo familiar cuidador relativamente à problemática da passagem da alimentação, da via oral para a artificial.

Resultados: Para o cuidador, o dispositivo de nutrição artificial colocado possui um significado positivo e simultaneamente negativo. Alimentar artificialmente representa o último vínculo que a sua esposa tinha com a vida e que se assim não fosse, a morte seria precipitada. Neste sentido, mantém-se a esperança de que a doença possa vir a ser revertida. Por outro lado, se alimentar artificialmente mantinha a esposa ligada à vida, também significava que a doença continuava a evoluir, e foi este facto que fez o cuidador compreender que esta estava realmente doente e que não haveria cura.

A componente da vida familiar que foi mais afetada foi a componente social. Muito embora o cuidador se esforçasse por conseguir alimentar a esposa, o facto de não ser possível comer pela via oral causou um grande impacto na esposa. Do ponto de vista do familiar cuidador, a doente tinha tendência para se isolar no horário das refeições, estando perto da mesa mas não à mesa, ou não estando presente de todo no mesmo espaço de realização das refeições. De acordo com o cuidador, o isolamento social resultou da ideia da esposa de que os outros familiares poderão ficar constrangidos em comer na sua presença por ela própria não conseguir comer da mesma forma. Prevalencia a ideia de que as outras pessoas poderão comer em menor quantidade para assim demorar menos tempo à refeição e não prolongar este momento que pode ser desconfortável para a pessoa doente. Por outro lado, era a própria doente a não querer estar presente para assim não sofrer por não poder saborear os seus alimentos preferidos. Prevalciam sentimentos de saudade e tristeza no momento das refeições, o que levou estas a transformar-se num momento penoso para a doente. O isolamento social ficou mais evidente quando a filha do casal, manifestou por diversas vezes a vontade de ser ela própria a administrar a alimentação à mãe. Segundo o marido, a esposa sentiu-se constrangida por ser a filha a alimentá-la, pelo que não permitiu que o fizesse, o que levou a filha a pensar que a mãe não queria estar perto dela no momento das refeições. A nutrição artificial representou uma mudança profunda na vida pessoal e familiar deste cuidador, pois por evolução da doença, teve que existir uma redefinição do papel social de cada um nesta família. A doente passou de dona de casa que cuidava da filha e do marido, a pessoa