

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Conforto da Pessoa com Ferida Maligna em Cuidados Paliativos

Comfort of Patients with Malignant Wounds in Palliative Care

**Autor**

**Bárbara Ferreira Gomes**

**Oliveira de Azeméis, 2025**



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA**

**Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Conforto da Pessoa com Ferida Maligna em  
Cuidados Paliativos

Comfort of Patients with Malignant Wounds in  
Palliative Care

**Orientador(es)**

Daniela Filipa Almeida da Cunha

**Autor**

Bárbara Ferreira Gomes

**Oliveira de Azeméis, 2025**



## **AGRADECIMENTO**

A realização deste relatório representa o culminar de um percurso desafiante e enriquecedor, que não teria sido possível sem o apoio, a orientação e a presença de pessoas fundamentais na minha vida.

Em primeiro lugar, agradeço aos meus pais, pelo amor incondicional, pelo exemplo de dedicação e pelo apoio constante em todas as etapas da minha caminhada. À minha irmã, por ser quem me chama à razão, o meu pilar e a minha inspiração diária. Ao meu namorado, quase marido, pelo carinho, paciência e incentivo inabalável, mesmo nos momentos de maior desafio.

Um agradecimento especial à minha Professora Orientadora, pelo acompanhamento atento, pelos ensinamentos valiosos e pela disponibilidade para me guiar neste processo com sabedoria e incentivo.

Não posso deixar de expressar a minha gratidão às enfermeiras que supervisionaram o meu trabalho, pela partilha de conhecimento, pelo profissionalismo e pelo apoio fundamental que tornaram possível a realização deste ensino clínico.

Por fim, mas não menos importante, agradeço a mim própria. Pela resiliência, pela dedicação e por nunca desistir, mesmo quando o caminho parecia mais difícil. Esta conquista é o reflexo do meu esforço e da minha determinação.

A todas estas pessoas, o meu sincero obrigado. Esta conquista é nossa.



## RESUMO

O presente relatório pretende evidenciar o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. Este domínio de prática exige, para além de conhecimentos técnicos e científicos avançados, competências relacionais e éticas fundamentais para assegurar um acompanhamento digno e humanizado, tanto à pessoa como à sua família e/ou cuidadores.

A gestão da Ferida Maligna, enquanto temática central deste projeto, assume particular relevância na promoção do conforto da pessoa, com repercussões significativas na sua qualidade de vida. Este impacto manifesta-se de forma abrangente, considerando todos os contextos inerentes ao cuidado: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental.

O presente trabalho tem como objetivo demonstrar o desenvolvimento de competências especializadas, identificar estratégias eficazes na promoção do conforto, no alívio do sofrimento e na melhoria da qualidade de vida da pessoa e da sua família. Adicionalmente, visa proceder a uma análise crítica e rigorosa das práticas implementadas ao longo do estágio, promovendo uma abordagem centrada na pessoa e sustentada na melhor evidência disponível.

Adotou-se uma abordagem descritiva e crítico-reflexiva, sustentada nas vivências experienciadas durante o estágio clínico, as quais promoveram o desenvolvimento de competências especializadas. Esta metodologia possibilitou um aprofundamento fundamentado na tomada de decisão em enfermagem avançada, bem como na avaliação das estratégias utilizadas na gestão de sintomas, na comunicação empática e no envolvimento dos cuidadores no processo de cuidados.

O referencial teórico adotado foi a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, que orientou a análise crítica e a reflexão sobre as práticas implementadas, com o objetivo de promover o conforto e o bem-estar da pessoa e da sua família, em consonância com os princípios da enfermagem avançada.

A prática baseada na evidência e a reflexão contínua das intervenções realizadas favoreceram o desenvolvimento de competências especializadas, evidenciando a relevância da comunicação empática e da negociação de objetivos de cuidados com pessoas em Cuidados Paliativos e respetivos cuidadores. A aplicação de estratégias não farmacológicas na gestão de sintomas revelou-se eficaz na promoção do conforto e na melhoria da qualidade de vida.

A experiência adquirida reafirma o papel essencial do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa e das suas

competências específicas na humanização dos cuidados, exigindo um compromisso permanente com a excelência e o respeito pela dignidade e pelos desejos da pessoa até ao fim da sua vida.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos; Conforto do Paciente; Cuidados de Fim de Vida; Enfermeiros Especialistas

## **ABSTRACT**

This report aims to highlight the development of the specific competencies of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing within the scope of Nursing for the Person in a Palliative Situation. This area of practice requires, in addition to advanced technical and scientific knowledge, relational and ethical competencies essential to ensuring dignified and humane care for both the person and their family and/or caregivers.

The management of Malignant Wound, as the central theme of this project, assumes particular relevance in promoting the person's comfort, with significant implications for their quality of life. This impact manifests itself broadly, considering all dimensions of care: physical, psycho-spiritual, sociocultural, and environmental.

The purpose of this work is to demonstrate the development of specialized competencies, identify effective strategies in promoting comfort, relieving suffering, and improving the quality of life of the person and their family. Additionally, it aims to conduct a critical and rigorous analysis of the practices implemented throughout the clinical placement, promoting a person-centered approach grounded in the best available evidence.

A descriptive and critical-reflective approach was adopted, based on experiences gained during the clinical placement, which contributed to the development of specialized competencies. This methodology enabled a well-founded deepening of decision-making in advanced nursing, as well as the assessment of strategies used in symptom management, empathetic communication, and caregiver involvement in the care process.

The theoretical framework adopted was Katherine Kolcaba's Theory of Comfort, which guided the critical analysis and reflection on the practices implemented, aiming to promote the comfort and well-being of the person and their family, in line with the principles of advanced nursing.

Evidence-based practice and continuous reflection on the interventions performed contributed significantly to the development of specialized competencies, highlighting the importance of empathetic communication and the negotiation of care goals with people in Palliative Care and their caregivers. The use of non-pharmacological strategies in symptom management proved effective in promoting comfort and enhancing the person's quality of life.

The experience gained reaffirms the essential role of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing in Palliative Care and their specific competencies in the humanization of care. It requires a continuous commitment to excellence and respect for the person's dignity and wishes until the end of their life.

**Keywords:** Palliative Care; Patient Comfort; Terminal Care; Nurse Specialists.

## **CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS**

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP - Cuidados Paliativos

DLV - Doença Limitante de Vida

EC - Ensino Clínico

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECG - Escala de Coma de Glasgow

ECSCP - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EE - Enfermeiro Especialista

EEEMCAEPSP - Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

EIHSCP - Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EONS - *European Oncology Nursing Society*

ESSNorteCVP - Escola Superior De Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

FM - Ferida Maligna

HADS - Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

HPV - Papilomavírus Humano

HTA - Hipertensão Arterial

IMC - Índice de Massa Corporal

LA - Luto Antecipatório

LP - Luto Preparatório

MAPA - Monitorização Ambulatória da Pressão Arterial

NIC - Classificação das intervenções de enfermagem

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PEDCP - Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

PIIC - Plano Individual Integrado de Cuidados

RNCP - Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

SICP - Serviço Integrado de Cuidados Paliativos

SNC - Sistema Nervoso Central

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SP - Sedação Paliativa

TCKK - Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba

TE - Teorias de Enfermagem

UC - Unidade Curricular

UCP - Unidade de Cuidados Paliativos

ULS - Unidade Local de Saúde

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

VO - Via Oral

VSC - Via Subcutânea

## ÍNDICE

AGRADECIMENTO .....	3
RESUMO .....	5
ABSTRACT .....	7
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS .....	9
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS .....	13
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO .....	15
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S) .....	31
3. CASO 1 .....	35
3.1. Enquadramento teórico .....	35
3.2. Clientes .....	39
3.3. Medicação .....	40
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	40
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	48
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	49
3.5. Domínios .....	51
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	51
3.6. Conceção de Cuidados .....	62
3.7. Especificação das intervenções .....	68
3.8. Síntese relativa ao caso .....	70
4. CASO 2 .....	75
4.1. Enquadramento teórico .....	75
4.2. Clientes .....	78
4.3. Medicação .....	78
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	78
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	82
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	83
4.5. Domínios .....	84
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	84
4.6. Conceção de Cuidados .....	88
4.7. Especificação das intervenções .....	92
4.8. Síntese relativa ao caso .....	94
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	97
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO .....	113
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	115
ANEXOS .....	127



## **ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS**

Figura 1 - Genograma Caso 1

Figura 2 - Locais de punção subcutânea recomendados (Azevedo, 2016)

Figura 3 - Escala do Nível de Consciência para Cuidados Paliativos (Gonçalves, 2016)

Figura 4 - Sistema Teler: Escala de odor (Vicente et al., 2021)

Figura 5 - Genograma Caso 2



## 1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

Cuidar de uma pessoa em situação paliativa ultrapassa em muito a dimensão técnica, constituindo um compromisso humano que valoriza a dignidade, a compaixão e a presença, e é com esta visão que se pretende partilhar neste relatório aquilo que foi vivenciado enquanto futura Enfermeira Especialista, na esperança de contribuir para um cuidado mais humanizado, em que a evidência científica e a empatia se complementam para honrar a vida em todas as suas fases.

O presente relatório foi realizado no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, com regência da Professora Doutora Sónia Novais, do 1º semestre do 2º ano do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico - Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP), a decorrer no ano letivo de 2024/2025, com a orientação da Professora Especialista Daniela Cunha.

No período compreendido entre 1 de outubro de 2024 a 14 de fevereiro de 2025, realizou-se estágio numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) integrada numa Unidade Local de Saúde (ULS) do país, e este documento tem como finalidade apresentar uma descrição detalhada do trabalho desenvolvido ao longo do mesmo.

A promoção do conforto, enquanto foco de atenção na área dos Cuidados Paliativos (CP), deve ser uma prática orientadora do exercício do Enfermeiro Especialista (EE). Desta forma, o tema deste projeto “Conforto da Pessoa com Ferida Maligna em Cuidados Paliativos” revela-se de particular relevância, uma vez que uma gestão adequada da Ferida Maligna (FM) pode ter um impacto significativo na melhoria da qualidade de vida da pessoa em situação de cuidados paliativos, não só no seu bem-estar físico, mas também no seu bem-estar psicoespiritual, sociocultural e ambiental.

Este relatório tem como objetivo descrever e espelhar as experiências vivenciadas durante o contexto de estágio, bem como se pretende que reflita os conhecimentos adquiridos e as reflexões pessoais realizadas ao longo deste momento de aprendizagem. Pretende-se ainda, apresentar as atividades desenvolvidas ao longo do ensino clínico (EC), que permitiram a aquisição de competências avançadas, e a realização de uma reflexão sobre todo o processo formativo, de forma crítica e construtiva.

Assim, no sentido de agrupar toda esta informação, este relatório tem como finalidade descrever, de forma estruturada e fundamentada, todo o percurso formativo realizado, ambicionando evidenciar a evolução pessoal e profissional, que reflita a competência para o

exercício autónomo e de qualidade do título de EE.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019), a atribuição do título de EE implica a demonstração de um conjunto de competências comuns, aplicáveis a diferentes contextos de cuidados de enfermagem, estruturadas em diversos domínios de competências: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

Quanto à prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa, a OE (2018), definiu as seguintes competências específicas:

- “a) Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;
- b) Estabelecer relação terapêutica com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19360).

Deste modo, o processo de desenvolvimento de competências foi rigorosamente orientado e enquadrado conforme os regulamentos supramencionados - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (Regulamento n.º 429/2018).

Para a elaboração do presente trabalho recorreu-se à metodologia descritiva e crítico-reflexiva, explorando casos clínicos fictícios que contribuiriam para fundamentar a tomada de decisão em Enfermagem avançada na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa tal como a aquisição de competências.

Este documento é constituído por seis capítulos: o primeiro capítulo refere-se à presente introdução, bem como ao enquadramento dos CP, e do tema e teoria central deste relatório; o segundo capítulo apresenta uma caracterização do contexto clínico bem como a motivação para a escolha do mesmo; seguem-se o terceiro e o quarto capítulos, onde são desenvolvidos os casos clínicos propriamente ditos; o quinto capítulo trata os contributos deste percurso para o desenvolvimento das competências enquanto EE e Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (EEEMCAEPSP); segue-se o sexto capítulo, a síntese final do presente relatório, onde culminam as ideias chave. Finda-se com a apresentação da bibliografia consultada, organizada segundo as normas da APA, 7.ª edição.

## 1.1 Introdução aos Cuidados Paliativos

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2020), os CP melhoram a qualidade de vida da pessoa e família que enfrentam desafios associados a uma doença limitante de vida (DLV), sejam eles físicos, psicológicos, sociais ou espirituais (OMS, 2020).

São uma abordagem que reflete a necessidade de olhar para a pessoa de forma humanizada, tendo em conta o seu contexto, preferências e desejos, centrada na promoção de qualidade de vida das mesmas, e que pode ser aplicada em qualquer fase da doença, podendo coexistir com o tratamento curativo, complementando-o (Silva et al., 2024).

Para Gervásio e colaboradores (2023), como citado em Silva e colaboradores (2024), o cuidado que transcende a procura pela cura exige uma compreensão abrangente das dimensões físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais daqueles que vivem ou convivem com DLV.

Esta perspetiva sensível e multidimensional fortalece a relação entre profissionais de saúde, pessoa e seus familiares, promovendo um cuidado mais próximo e significativo, tão importante na área dos CP (Silva et al., 2024).

Ao longo da história ocidental, a atitude das sociedades face à morte tem sofrido uma evolução significativa (Díaz & Reyes, 2024). Tradicionalmente, o fim da vida ocorria no seio familiar, no ambiente doméstico, permitindo uma proximidade entre a pessoa em fim de vida e os seus entes queridos (Díaz & Reyes, 2024). No entanto, com a expansão dos hospitais ao longo do século XX, assistiu-se a um progressivo processo de institucionalização da morte, que levou à deslocação das pessoas em fim de vida para contextos hospitalares, o que resultou no afastamento do convívio familiar e na redução da proximidade emocional nos momentos finais da existência (Díaz & Reyes, 2024).

Foi precisamente como reação a este tipo de atitudes modernas, que surgiu, a partir de 1968 o “movimento dos cuidados paliativos” tendo como pioneira Cicely Saunders, que revolucionou o conceito de CP quando fala de “dor total” – física, emocional, social, cultural e espiritual - e estabelece, assim, uma grande marca na história destes cuidados através da sua prática clínica, ensino e investigação que, posteriormente, seria replicada em todo o mundo (Díaz & Reyes, 2024).

A OMS definiu pela primeira vez o conceito de CP em 1990, reconhecendo-os como uma abordagem essencial para a melhoria da qualidade de vida de pessoas com doença oncológica e, posteriormente, em 2002, reformulou esta definição, alargando-a a pessoas com outras doenças crónicas, como infeção por Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), doenças cardíacas, neurológicas, entre outras (Stanzani, 2020).

Os CP têm já um longo percurso de evolução na história e, com o passar do tempo, verifica-se uma visão mais humanizada e cada vez mais focada no controlo de sintomas que tragam desconforto à pessoa e sua família e, conseqüentemente, mais focada no aumento da qualidade

de vida na DLV (Díaz & Ryes, 2024).

Estima-se que cerca de 56,8 milhões de pessoas em todo o mundo, por ano, necessitem de CP, sendo que apenas 14% destas tenham acesso aos mesmos (OMS, 2020).

Devido ao envelhecimento da população mundial e ao aumento das DLV, a OMS (2020) alerta para o crescente número de pessoas com necessidade de CP a nível global e para a problemática de iniquidade de acesso a estes cuidados por quem necessita dos mesmos, pelo que destaca a urgência de criação de políticas adequadas, programas, recursos e formação na área dos CP de mais profissionais, de forma a conseguir minimizar esta problemática (OMS, 2020).

Em Portugal, a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (2012) vem consagrar o direito dos cidadãos aos CP, definir a responsabilidade do estado e regular e criar a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) (Lei n.º 52/2012). É apresentado um modelo de cuidados integrado e articulado, com diferentes tipos de unidades e equipas de CP designadas por UCP, Equipas intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), que articulam entre si e com outros recursos de saúde, quer seja a nível hospitalar, comunitário ou domiciliário (Lei n.º 52/2012).

A Proposta de Modelo Organizacional dos Cuidados Paliativos nas ULS – Serviço Integrado de Cuidados Paliativos (2023), vem propor a criação de um novo modelo de Serviço Integrado de Cuidados Paliativos (SICP), como modelo organizacional dos CP a ser implementado nas ULS. Esta mudança de paradigma está alinhada com os princípios do modelo de gestão das mesmas “centrados na perspetiva de simplificação de processos, proximidade dos cuidados, qualificação das respostas e melhoria dos resultados ao nível do cidadão/utente” (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), 2023, p11). O SICP visa prestar cuidados a pessoas que deles precisem, quer seja no domicílio, internamento ou institucionalizados. Para aqueles que se encontrem no domicílio ou institucionalizados, são as ECSCP quem presta cuidados, enquanto que para aqueles com necessidades paliativas com agudizações, devem disponibilizar-se camas em UCP; já os que estejam internados em outras enfermarias espera-se que as EIHSCP deem assistência (CNCP, 2023).

Comparando os dois modelos de CP descritos anteriormente, espera-se com o SICP das ULS uma reunificação das equipas de CP, com conseqüente otimização de recursos humanos (adotando uma filosofia de equipa única de CP), uma prestação de CP disponível 24 horas, a uniformização dos critérios de admissão da pessoa com necessidades paliativas, bem como se preconiza uma continuidade de cuidados eficaz à mesma (CNCP, 2023).

O Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) em Portugal Continental para o biênio 2023-2024, aborda a estratégia de organização que visa resultar num novo paradigma de coesão de CP no Serviço Nacional de Saúde (SNS), sendo que este

documento surge com a intenção de priorizar a qualidade dos cuidados, visando que “todas as pessoas com doença limitante de vida recebem os cuidados de que precisam, no momento em que deles necessitam, para viver com melhor qualidade de vida” (CNCP, 2023, p.6). e tem como princípios orientadores:

“Cuidados paliativos são cuidados centrados na pessoa, sua família e cuidadores e baseiam-se na comunicação eficaz, na tomada de decisão compartilhada, na autonomia pessoal e prolongam-se no processo de luto;

Os cuidados paliativos devem estar disponíveis e serem prestados a todas as pessoas que vivem com uma doença ativa, avançada e progressiva, independentemente do diagnóstico;

Os cuidados paliativos afirmam a vida enquanto reconhecem que morrer é uma parte inevitável da vida;

Os familiares/cuidadores são valorizados e recebem os cuidados que se adequam às suas necessidades;

Os cuidados são especializados e baseados em evidência científica” (CNCP, 2023, p.6).

Face à crescente relevância dos CP para a pessoa e a sua família, é essencial que estes sejam prestados com eficácia e qualidade, uma vez que o conforto e o bem-estar proporcionados têm um impacto profundamente positivo e, para que este objetivo seja alcançado e os resultados esperados se concretizem, considera-se que os CP devem assentar em quatro pilares fundamentais, interdependentes e complementares: controlo de sintomas, comunicação eficaz, apoio à família e abordagem interdisciplinar (Silva et al., 2024).

### **1.1.1. Controlo de Sintomas**

O controlo de sintomas em CP é um pilar desafiador mas essencial na qualidade de vida da pessoa em situação paliativa, pelo que é crucial que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, estejam preparados e despertos para identificar sintomas descontrolados, bem como as características do mesmo, tais como a intensidade, a duração, a frequência e as circunstâncias em que o mesmo se verifica ou intensifica, para que intervenha no sentido de aliviar tal desconforto (Cardoso, 2023). Um controlo de sintomas ineficaz pode comprometer o bem-estar e qualidade de vida da pessoa em situação paliativa e potenciar o sofrimento sentido pela mesma (Alves & Cerqueira, 2024).

O desafio em conseguir o controlo sintomático (natureza física) reside na natureza multifatorial dos mesmos, cuja exacerbação está associada não só a questões físicas, mas também a fatores psicoespirituais, culturais e sociais (Silva et al., 2024). Ainda, a perceção e o significado atribuído a determinado sintoma não é igual de pessoa para pessoa, pelo que a avaliação do

sintoma deve ter isso em consideração (Alves & Cerqueira, 2024).

Os principais sintomas físicos presentes na área dos CP são: a dor, dispneia, náusea e vômito, obstipação, anorexia, agitação, insónia, entre outros, que causam impacto negativamente na qualidade de vida da pessoa, não só fisicamente mas também a nível psicoespiritual, cultural e social (Silva et al., 2024). Desta forma, as estratégias de controlo destes sintomas são fundamentais na promoção de alívio e conforto em CP e, para uma intervenção eficaz, é necessário ter em conta as necessidades específicas e individuais de cada pessoa (Araújo, 2023, como citado em Silva et al., 2024).

Apesar das estratégias farmacológicas terem um papel crucial no controlo sintomático, cada vez mais se evidencia a importância e eficácia das estratégias não farmacológicas, onde se destaca a comunicação, as terapias complementares (tais como a massagem terapêutica, a medicina oriental, a música e aromaterapia), a termoterapia e a dieta. A gestão do ambiente, a presença da família, o posicionamento e alternância de decúbitos, bem como o próprio conhecimento da pessoa sobre a sua situação, são estratégias identificadas como potenciadoras de conforto físico, no âmbito das medidas não farmacológicas, para o controlo de sintomas na pessoa em CP (Alves & Cerqueira, 2024).

Assim, visando o maior benefício possível para a mesma, deve considerar-se o recurso a intervenções farmacológicas aliadas às não farmacológicas, conjugando harmoniosamente estas abordagens, de forma a promover o máximo conforto da pessoa com uma DLV (Alves & Cerqueira, 2024).

O controlo de sintomas em CP é um esforço contínuo e multidimensional, que almeja melhorar a qualidade de vida da pessoa em situação paliativa, permitindo à mesma, e à sua família, viver de forma significativa e com mais tranquilidade, apesar das dificuldades resultantes da DLV (Silva et al., 2024).

### **1.1.2. Importância da comunicação**

A comunicação, sendo um dos pilares dos CP, é fundamental para compreender as necessidades, preferências, vontades e desejos da pessoa e da sua família, possibilitando, assim, um cuidado individualizado e personalizado ao caso em concreto, tendo a capacidade de fortalecer o vínculo entre a tríade profissionais-pessoa-família e facilita, ainda, a verbalização de dúvidas e preocupações acerca do que estão a vivenciar (Silva et al., 2024).

A pessoa em situação paliativa carece de compreensão e empatia por parte dos profissionais de saúde, pelo que estes devem comunicar com as mesmas de forma empática, com respeito, congruência, compaixão e humildade e, para isso, é necessário que haja formação no sentido de desenvolver as suas capacidades e habilidades comunicacionais, pois só através destas é que

se consegue estabelecer uma relação de ajuda (Zonta et al., 2022, como citado em Silva & Jewur, 2024).

A escuta ativa, enquanto estratégia de comunicação, mostra-se bastante útil e essencial pois ajuda a compreender as reais necessidades da pessoa, permite que a mesma as expresse e, ainda, que o profissional de saúde demonstre o interesse que tem em ouvir o que a pessoa tem para lhe dizer, respeitando a sua autonomia na gestão das informações sobre a sua saúde (Silva & Jewur, 2024), útil para a elaboração de um plano individual integrado de cuidados (PIIC).

A comunicação de más notícias, uma realidade incontornável na área dos CP, constitui um desafio significativo para os profissionais de saúde (Magalhães et al., 2024). Esta complexidade deve-se a múltiplos fatores, entre os quais se destacam a inexperiência, o receio da reação da pessoa e da sua família, o medo de suscitar queixas ou processos judiciais e, muitas vezes, a falta de conhecimento sobre estratégias eficazes para a transmissão destas informações delicadas, pelo que se torna essencial um investimento contínuo na formação específica dos profissionais, dotando-os de competências que lhes permitam comunicar com sensibilidade, clareza e empatia, promovendo uma abordagem centrada na dignidade e no respeito pelas necessidades da pessoa e da sua rede de apoio (Magalhães et al., 2024).

A relação de ajuda é uma intervenção crucial em CP pois esta dita que a relação, por si só, entre a pessoa e o profissional, potencia o alívio do seu sofrimento (Barbosa, 2016). Nesta espera-se que a pessoa alvo dos cuidados expresse os mais diversos tipos de sentimentos e emoções e, compete ao profissional, através das suas habilidades de comunicação, lidar com os mesmos e adaptar-se (Siegle et al., 2022, como citado em Silva & Jewur, 2024), pelo que esta intervenção exige muito tanto da pessoa que ajuda (enfermeiro) como da pessoa ajudada (Barbosa, 2016). Espera-se que, através da relação de ajuda, exista um crescimento pessoal da pessoa em CP, com possível mobilização de recursos internos que a própria não tinha consciência da sua existência até então (Coelho et al., 2020).

Quando a comunicação do profissional não é eficaz ou é insatisfatória, há uma maior possibilidade da pessoa ou a sua família não se sentirem tão seguras relativamente aos cuidados que lhes são prestados, pelo que a capacidade e habilidade do profissional em comunicar é um dos fatores capazes de proporcionar maior qualidade de vida e tranquilidade às mesmas, expressando respeito pela autonomia, individualidade e por toda a história da pessoa/família, que vai muito além da sua DLV (Machado et al., 2025).

Assim, a comunicação deve ser sempre centrada na pessoa e sua família, promovendo maior envolvimento destes, tornando-os mais pró-ativos e mais confiantes, por sentirem que fazem parte das decisões que, efetivamente, devem ser tomadas pela tríade profissionais-pessoa-família (Silva & Jewur, 2024).

### **1.1.3. Apoio à família/cuidadores**

Prestar cuidados de apoio e suporte aos familiares/cuidadores da pessoa em situação paliativa é um dos focos de atenção dos profissionais na área dos CP, através de uma constante atenção às necessidades destes, tanto no processo de doença do seu familiar, bem como após a morte deste (Cardoso, 2023).

Assistir ao adoecimento de um familiar com uma DLV traz consequências para a própria família, com um impacto importante no seu bem-estar, pois esta também sofre mudanças no seu quotidiano que exigem uma readaptação e, no caso de se tratar de um familiar cuidador, tudo isto pode ser intensificado pela sobrecarga iminente ao ato de cuidar (Duarte et al., 2024).

Vivenciar o processo de adoecimento e morte de um familiar com uma DLV, provoca sofrimento e uma desorganização da sua própria identidade que, perante a individualidade de cada um, pode ser vivida de forma diferente (Sousa et al, 2022). Sentimentos como a incerteza e ansiedade encontram-se frequentemente presentes nos familiares de pessoas em situação paliativa (Sousa et al, 2022), bem como sentimentos de incerteza, impotência, desconhecimento, medo e tristeza perante a situação do seu familiar (Silva et al, 2024).

Na esfera dos CP, é importante considerar que o luto familiar tem início na fase de diagnóstico da doença e que este pode constituir uma crise familiar, pela antecipação de perdas que surgirão consecutivamente e, embora a maioria das pessoas tenham ferramentas e estratégias que lhes permitam uma adaptação a essa situação, algumas, mais vulneráveis, poderão não as ter, podendo resultar num comprometimento físico ou psicológico das mesmas (Sousa et al, 2022).

Por outro lado, a família constitui um pilar importante de apoio emocional para a própria pessoa com uma DLV (Silva et al., 2024). Desta forma, ao integrar a família nos cuidados à mesma, de forma colaborativa e como parte integrante da tríade profissional-pessoa-família, tem impacto relevante na experiência vivida por estes, tornando-se premente identificar os fatores que estejam a influenciar a qualidade de vida da própria família, tais como, sobrecarga física, emocional ou mesmo financeira, para minimizar o impacto negativo destes na dinâmica familiar em causa (Silva et al, 2024).

### **1.1.4. Interdisciplinaridade**

O cuidado à pessoa em situação paliativa requer um exercício de diálogo e de abertura que deve ser realizada não só pelo enfermeiro, mas sim por toda a equipa envolvida no cuidado à mesma e, por este motivo, a OMS refere-se aos CP como uma abordagem multidisciplinar, no sentido de proporcionar melhor qualidade de vida à pessoa alvo desses mesmos cuidados (Silva & Jewur, 2024).

O trabalho integrado de uma equipa multiprofissional envolvendo médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, assistente espiritual, entre outros, proporcionam à equipa uma visão ampla e diversificada sobre o caso em acompanhamento pois cada um tem uma função muito importante e diferenciada no processo, sendo que, através da diferente compreensão profissional de cada um, consegue-se um cuidado humanizado e holístico, com foco nas necessidades da pessoa e da sua família, importante para o planeamento e concretização do PIIC (Cruz et al., 2021).

Perante a sensibilidade e delicadeza das situações na área dos CP, a equipa responsável por estes cuidados deve partilhar os seus conhecimentos e informações importantes com os demais profissionais, de forma a melhorar a qualidade na prestação de cuidados (Silva & Jewur, 2024). Quando a partilha de conhecimentos e informações ocorre de maneira mais efetiva entre todos os profissionais, estes referem sentir maior segurança no seu cuidado e sentem-se mais produtivos e organizados, otimizando a continuidade de cuidados à pessoa em CP (Silva & Jewur, 2024).

Visto que o propósito dos CP é cuidar da pessoa como um todo, valorizando as suas fragilidades e necessidades físicas, mentais, sociais, culturais e espirituais, a estratégia de cuidado multidisciplinar permite isso mesmo, como um cuidado integral, com sintonia entre os profissionais, com a partilha de responsabilidades, conhecimentos, discutindo dificuldades e chegando a conclusões que devem ser conseguidas em conjunto (Pereira et al., 2023).

Esta relação de interdisciplinaridade entre profissionais, bem como a articulação dos mesmos na tríade profissionais-pessoa-família, permite que as decisões sejam tomadas de forma compartilhada por todos (Silva et al., 2024).

Após o exposto, evidencia-se que o diálogo entre a própria equipa multidisciplinar deve ser alvo de atenção e melhoria contínua no contexto de CP (Silva & Jewur, 2024).

## **1.2 Conforto em Cuidados Paliativos**

O conceito de conforto surge, desde sempre, como meta de cuidados para com o outro e é em 1859, com Florence Nightingale, que este se apresenta de forma mais clara, embora ainda muito associado a uma perspetiva física, isto é, que este era conseguido através do conforto físico (Martins et al., 2022). Com o avanço da medicina, na década de 80, este era visto como algo a almejar apenas quando o tratamento médico já não era opção terapêutica, sendo que só após esta época é que surge maior desenvolvimento teórico relacionado com esta matéria (Martins et al., 2022).

A Enfermagem, enquanto arte de cuidar, atende às necessidades do outro através de intervenções que promovam o seu conforto (Lin et al., 2023). O conceito de conforto é

complexo, de difícil definição, de operacionalizar, de avaliar, dinâmico, variável, individualizado e a sua experiência é transitória e multidimensional (Lin et al., 2023). Apesar disso, podemos definir o conforto como um estado desejado de satisfação, uma sensação e experiência agradável e o fortalecimento da capacidade de lidar com desafios ou dificuldades (Lin et al., 2023).

Ao cuidar do outro, pode-se afirmar que algumas medidas de conforto surgem na tentativa de prevenir, aliviar ou eliminar um desconforto mas, devido às constantes mudanças decorrentes da progressão da DLV, a reavaliação da eficácia dessas intervenções deve ser uma realidade em CP, tendo em conta que o que alivia o desconforto num determinado momento, pode não trazer um estado de conforto pleno, pois o alívio pode ser apenas momentâneo e o desconforto multifatorial (Martins et al., 2022).

Em 2023, Silva e Góes desenvolvem um estudo em que um dos seus objetivos é precisamente perceber a compreensão de pessoas com doença oncológica sobre o conceito de conforto e concluiu-se que o entendimento sobre este tema tem uma dimensão subjetiva influenciada pelas vivências e preferências de cada um. Algumas pessoas revelaram entender este conceito como um estado de bem-estar e prazer, outros definem conforto como sinónimo de estarem em casa, enquanto outros entendem conforto como um espaço onde estejam rodeados de pessoas com relação afetiva (Silva & Góes, 2023).

A promoção do conforto apresenta-se como algo inerente aos cuidados de enfermagem, especialmente na área dos CP, pois este trata-se de uma necessidade humana básica, que tanto é um processo como é um resultado desejado (Martins et al., 2022).

A FM, tema central deste relatório, representa um desafio significativo nos CP, tendo em conta o seu profundo impacto na qualidade de vida da pessoa (Rodrigues et al., 2024). A presença desta está frequentemente associada a dor intensa, exsudado e odor fétido que trazem alterações no quotidiano da pessoa, em todas as suas dimensões e, conseqüentemente, com um impacto emocional significativo, que se estende também à família (Rodrigues et al., 2024). Diante deste cenário, a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba (TCKK) surge como um referencial teórico valioso para orientar a prática de cuidados a estas pessoas, promovendo o bem-estar através de um olhar atento e multidimensional – necessidades físicas, psicoespirituais, socioculturais e ambientais (Martins et al., 2022).

Assim, ao integrar a TCKK na gestão da FM e atendendo ao conforto da pessoa em CP, o EE pode oferecer um cuidado mais integral e humanizado, promovendo não só o controlo de sintomas físicos, mas também apoio psicoespiritual, sociocultural e cultural que valoriza a dignidade e a qualidade de vida da pessoas, até ao fim da sua vida.

### **1.2.1. Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba**

As Teorias de Enfermagem (TE) pretendem descrever, explicar e prever fenômenos, e são o principal meio para desenvolver a robustez do conhecimento *core* da Enfermagem, tratando-se do seu fundamento teórico, e estruturam-se relacionando conceitos básicos tais como, a pessoa, a saúde, o meio em que se insere, e a enfermagem (Sampaio et al., 2021). O recurso a um referencial de Enfermagem permite ao Enfermeiro conhecer um conjunto de conceitos que se relacionam e que direcionam e fundamentam a sua prática, através de uma abordagem holística à pessoa, manifestando-se fundamental para a construção de uma base sólida de conhecimento de Enfermagem (Sampaio et al., 2021).

Foi a investigadora americana, Katherine Kolcaba, em 1994, quem desenvolveu a TCKK e conceptualizou e operacionalizou este conceito. Esta trata-se de uma teoria de médio alcance, que foi desenvolvida no contexto de prestação de cuidados a idosos, no domicílio e de longa duração, nos Estados Unidos da América (Lin et al., 2023), que visa estabelecer o conforto holístico para a pessoa e sua família, incentivando a envolvimento dos mesmos nos cuidados (Silva & Nascimento, 2023).

Kolcaba (2003) define conforto como uma experiência holística, resultante da satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência, abrangendo os contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, elementos estes que se interligam e complementam, permitindo que a pessoa alcance um estado de bem-estar integral.

O alívio surge quando uma necessidade específica é satisfeita, proporcionando uma resposta imediata de calma e contentamento (Silva & Góes, 2023). Este estado é frequentemente associado ao controlo de fatores que geram desconforto, como no caso da gestão eficaz da dor, que permite à pessoa recuperar momentaneamente a sensação de bem-estar (Silva & Góes, 2023).

A partir desse alívio imediato, a tranquilidade emerge como um estado de calma mais duradouro, sustentado pela satisfação contínua das necessidades e pela prevenção de fatores que possam comprometer o conforto (Silva & Góes, 2023). Assim, não se trata apenas de mitigar o desconforto, mas de garantir que a pessoa se mantém num estado de serenidade e segurança ao longo do tempo (Silva & Góes, 2023).

Num nível mais profundo, a transcendência representa a capacidade da pessoa superar desafios e adaptar-se ao desconforto, quando este não pode ser eliminado (Silva & Góes, 2023). Este processo é facilitado pela educação e motivação, permitindo-lhe desenvolver estratégias para lidar com adversidades e alcançar um equilíbrio interior, mesmo em circunstâncias difíceis (Silva & Góes, 2023).

Assim, segundo as preposições desta TE, o enfermeiro identifica as necessidades de conforto da pessoa e da sua família, planeia e executa intervenções que deem resposta a essas mesmas

necessidades, e se estas forem eficazes espera-se que aumentem o conforto dos mesmos (Silva & Góes, 2023). Quando o conforto é alcançado, a relação entre a tríade profissional-pessoa-família fica fortalecida o que promove a procura por comportamentos de saúde que, por sua vez, podem ainda intensificar mais o conforto (Silva & Góes, 2023).

Pela sua sistematização e divulgação, esta teoria é uma ferramenta mundialmente utilizada na maioria das publicações sobre conforto, e a sua aplicação na prática clínica é vulgarmente denominada como “Cuidados de Conforto”, enquanto filosofia de cuidados de saúde que se concentra unicamente em responder às necessidades de conforto, através de um cuidado holístico e individualizado para cada pessoa e sua família (Lin et al., 2023).

#### **1.2.1.1. A Teoria do Conforto e a Ferida Maligna**

A TCKK apresenta-se como um modelo fundamental na abordagem holística da pessoa em situação paliativa, particularmente no contexto da gestão da FM (Silva & Nascimento, 2023). Esta teoria enfatiza a importância de promover o conforto através da satisfação das necessidades físicas, psicoespirituais, socioculturais e ambientais, dimensões essenciais para a qualidade de vida de quem enfrenta estas condições clínicas complexas (Silva & Nascimento, 2023).

No que diz respeito ao conforto físico, a gestão eficaz da dor e dos sintomas associados à FM assume um papel central (Cardoso et al., 2020). O controlo do odor, da exsudação e do prurido, através do uso de pensos avançados, soluções antissépticas e carvão ativado, constitui uma das principais intervenções na promoção do alívio imediato (Pinto & Encarnação, 2015). Além disso, a hidratação e a nutrição adequadas desempenham um papel fundamental na manutenção da integridade cutânea e na minimização das complicações associadas à FM (Moreira, 2013). A literatura também destaca que, para além das intervenções locais, a analgesia deve ser ajustada conforme a intensidade da dor, incluindo o uso de opióides tópicos e sistémicos (Vicente et al., 2021).

O conforto psicoespiritual é fundamental, dado o impacto emocional e social da FM (Santos et al., 2023). A alteração da imagem corporal pode gerar sentimentos de vergonha e isolamento, exigindo uma abordagem multidisciplinar que inclua suporte psicológico, grupos de apoio e terapias ocupacionais (Moreira, 2013). Neste sentido, a intervenção dos enfermeiros vai além da gestão da ferida, incluindo estratégias para a ressignificação da experiência da doença e o fortalecimento da autoestima da pessoa (Moreira, 2013). A realização de rituais e práticas espirituais, quando desejado, fortalece a identidade e o sentido de pertença, contribuindo para a transcendência – a forma mais elevada de conforto segundo Kolcaba (Kolcaba, 2003).

No âmbito do conforto sociocultural, a valorização das crenças, valores e práticas culturais da pessoa é um pilar do cuidado humanizado à pessoa com FM (Cardoso et al., 2020). A

comunicação empática e o envolvimento dos cuidadores na tomada de decisão são estratégias que reforçam a autonomia e a segurança da pessoa em situação paliativa (Moreira, 2013). A presença e o envolvimento da família são determinantes para a promoção da tranquilidade e da adaptação às limitações impostas pela patologia (Pinto & Encarnação, 2015).

O conforto ambiental deve ser considerado na gestão da FM, uma vez que fatores externos podem influenciar diretamente o bem-estar da pessoa (Pinto & Encarnação, 2015). A ventilação adequada dos espaços, o uso de aromaterapia para a redução de odores desagradáveis e a criação de um ambiente acolhedor podem contribuir significativamente para a melhoria da qualidade de vida (Moreira, 2013). Além disso, o respeito pela privacidade e a organização do espaço de cuidados de forma personalizada são elementos que favorecem a adaptação à nova realidade clínica (Moreira, 2013).

A aplicação da TCKK na abordagem da FM evidencia-se, assim, como um referencial teórico robusto, possibilitando intervenções que promovem não apenas o alívio físico, mas também o bem-estar emocional, social e espiritual (Silva & Nascimento, 2023). Dessa forma, a gestão dessas feridas não se limita ao controlo dos sintomas, mas expande-se para uma abordagem holística que visa a melhoria global da qualidade de vida da pessoa e da sua família (Pinto & Encarnação, 2015).

### **1.2.2 A Ferida Maligna**

A FM, também designada por ferida tumoral, é uma realidade frequente no âmbito dos CP, sobretudo em doentes com patologias oncológicas, e representa uma complicação comum nas fases avançadas da doença, isto é, segundo Vicente e colaboradores (2021), estima-se que 5 a 10% das pessoas com doença oncológica em estadio IV desenvolvam uma FM. Esta pode surgir como consequência de uma neoplasia cutânea primária, da disseminação metastática de uma neoplasia de outro órgão, ou ainda de outras causas menos frequentes, nomeadamente o desenvolvimento em áreas previamente afetadas por feridas crónicas, como úlceras de perna, ou em locais sujeitos a traumatismos significativos pois, nestes casos, a fragilidade dos tecidos e a alteração dos mecanismos de reparação celular podem contribuir para a evolução/transformação maligna (Vicente et al., 2021).

Apesar de se saber que todos os tumores malignos têm a capacidade de metastizarem para qualquer zona do corpo, as zonas mais afetadas por este tipo de feridas são a mama (62%), cabeça e pescoço (24%), e genitais, região inguinal e torax posterior (3%) (Vicente et al., 2021). As FM surgem, habitualmente, como um nódulo cutâneo ou subcutâneo, que resulta da proliferação do tumor e que evolui de tamanho, com consequente aparecimento de mais nódulos (Vicente et al., 2021). Existem dois tipos comuns de apresentação, sendo estes “cratera”, processo destrutivo e ulcerado, ou “couve-flor”, proliferação exuberante, ou ainda

uma combinação das duas apresentações (Vicente et al., 2021).

Dada a natureza neoplásica das FM, apenas os tratamentos antineoplásicos possuem a capacidade de proporcionar uma abordagem terapêutica eficaz, seja para controlo parcial ou total da lesão (Vicente et al., 2021). Entre as estratégias dirigidas à FM incluem-se a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia, a hormonoterapia e a eletroquimioterapia, podendo estas ser aplicadas isoladamente ou em combinação, conforme a especificidade de cada caso e, apesar de a sua principal finalidade poder ser a contenção da progressão da doença, estes tratamentos demonstram potencial na melhoria da evolução clínica da lesão e, em alguns casos, na sua cicatrização (Vicente et al., 2021). No entanto, em determinadas circunstâncias, a intervenção terapêutica visa exclusivamente o controlo local da ferida e dos sintomas associados, com o objetivo de melhorar o conforto e a qualidade de vida da pessoa (Vicente et al., 2021). Para sistematizar a avaliação e facilitar a compreensão das abordagens terapêuticas, a *European Oncology Nursing Society* (EONS) propõe a mnemónica “HOPES” (Vicente et al., 2021), que consiste em:

1. “H” - *haemorrhage*-, trata-se da hemorragia. Na FM, o tecido é bastante friável pela neovascularização frágil, erosão dos vasos sanguíneos, desequilíbrio fisiológico das células, ou necrose dos tecidos, pelo que a utilização de materiais de penso inapropriados podem favorecer a hemorragia, pois o mais pequeno trauma ocasional, associado à colocação ou remoção dos mesmos, pode resultar numa hemorragia intensa (Vicente et al., 2021);
2. “O” - *odour* - aborda o odor da FM. Apesar de ainda não serem totalmente claros quais os fatores causadores do odor nestas feridas, sabe-se que a elevada carga bacteriana (microorganismos aeróbicos e anaeróbicos) tem uma atividade metabólica que causa cheiro fétido (Vicente et al., 2021). Ainda, a elevada quantidade de exsudado e consequente saturação do penso, e a possibilidade de existir fistulização, são uma fonte de mau odor (Vicente et al., 2021);
3. “P” - *pain/pruritus* -, refere a dor e o prurido, sendo que a dor na FM tem origem multifatorial, isto é, pode ser resultante da lesão de terminações nervosas que não podem ser reparadas, bem como do edema resultante do comprometimento capilar e linfático, que se verifica pelo aumento do tumor que pressiona estruturas adjacentes, sendo que o próprio procedimento de tratamento de ferida pode provocar dor (Vicente et al., 2021). O prurido surge, também, pela pressão tumoral subcutânea que desencadeia irritação nas terminações nervosas, muito comum na FM na mama (Vicente et al., 2021). O prurido pode ainda ser causado pela irritação na pele circundante à FM (devido ao exsudado ou aos próprios adesivos utilizados) e apesar de ser, por vezes, menosprezado (por não ser considerado doloroso) o prurido pode causar um desconforto tão intenso que se recomenda que este tenha a mesma atenção do que a dor, por parte dos profissionais de saúde (Vicente et al., 2021);

4. “E” - *exsudate* -, refere-se ao exsudado característico da FM, que está intimamente relacionado com a evolução da doença neoplásica e o seu crescimento descontrolado, e diversos fatores contribuem para a existência do mesmo, tais como a infeção, inflamação e destruição tecidual (Vicente et al., 2021). Devido à existência de fístulas, o exsudado pode ser potenciado pela presença de urina, fezes, saliva ou outros fluídos corporais (Vicente et al., 2021);

5. “S” - *superficial infection* -, este diz respeito à infeção superficial resultante da colonização bacteriana que é típica na FM e que deve ser tratada com agentes de limpeza tópica, desbridamento apropriado e outros agentes/apósitos antimicrobianos, atentando a que caso se trate apenas de uma infeção local e superficial, sem sinais inflamatórios sistémicos, a administração de antibioterapia está desaconselhada (Vicente et al., 2021).

Viver com uma FM pode constituir uma experiência profundamente perturbadora, intensificando significativamente a vulnerabilidade da pessoa e comprometendo o seu conforto de forma multifatorial, devido à presença de diversos sintomas, como os anteriormente referidos (Vicente et al., 2021). Entre os múltiplos efeitos negativos encontram-se: “perda de identidade corpórea, diminuição da autoestima, estigma social, constrangimento, depressão, medo, vergonha, culpa, raiva, ansiedade, e ainda uma sensação de perda de controlo do corpo e da própria vida” (Vicente, et al., 2021, p.3).

A intensidade dos sintomas associados à FM tem um impacto significativo na qualidade de vida da pessoa, tornando a sua gestão um desafio complexo para os profissionais de saúde, especialmente para os enfermeiros, que desempenham um papel central na prestação destes cuidados (Novais et al., 2021).

Para uma abordagem eficaz, é fundamental que estes profissionais adquiram um conhecimento aprofundado sobre a etiologia oncológica, as características específicas da FM, as capacidades físicas da pessoa e os seus aspetos emocionais e preferências, garantindo um cuidado que vá além das necessidades básicas impostas pela ferida (Novais et al., 2021). Quando o estadiamento da doença não possibilita o tratamento curativo ou a cicatrização da lesão, a intervenção deve centrar-se na minimização dos sinais e sintomas, promovendo o alívio do sofrimento e a melhoria da qualidade de vida da pessoa, através de uma abordagem sensível, personalizada e orientada para o conforto (Novais et al., 2021).



## 2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

O Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final decorreu numa UCP de uma instituição portuguesa, no período de 1 de outubro de 2024 a 14 de fevereiro de 2025, sob a tutoria de duas EEEMCAEPSP.

A UCP é um serviço de internamento de nível especializado em CP dirigido a pessoas com necessidades complexas, diferenciadas e multidisciplinares, especialmente quando se encontram numa situação clínica aguda complexa, que necessitem de cuidados especializados. Estas podem diferenciar-se consoante as diferentes patologias específicas (por exemplo, doença oncológica, neurológica, área pediátrica, ou outras) e devem assegurar os seguintes cuidados:

- a) Cuidados médicos e de enfermagem permanentes;
- b) Intervenção psicológica para doentes, familiares e profissionais;
- c) Intervenção e apoio social;
- d) Apoio e intervenção no luto;
- e) Intervenção espiritual;
- f) Exames complementares de diagnóstico;
- g) Prescrição e administração de fármacos que constem do Formulário Nacional de Medicamentos, no respeito pelas normas de orientação clínica da Direção -Geral da Saúde;
- h) Higiene, conforto e alimentação;
- i) Convívio e lazer;
- j) Formação em cuidados paliativos” (Portaria n.º 340/2015, p. 8733).

Relativamente aos recursos humanos desta UCP, atualmente a equipa é constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, psicólogo, nutricionista, assistente social, assistente espiritual e ainda um profissional administrativo. Do número total de enfermeiros, 25% têm formação avançada em CP. Ainda, cerca de 72% têm o título profissional de EE (dos quais 10% em Reabilitação, e 90% em Médico-Cirúrgica), sendo que todos têm formação em CP.

Relativamente aos recursos físicos, é possível verificar que o serviço não tem espaço próprio para realização de conferências familiares, pelo que é utilizado o espaço que pareça mais adequado no momento, seja no próprio quarto da pessoa internada (quando esta pretende estar presente e esteja num quarto individual), na sala dos médicos ou no espaço comum de lazer,

quando estes espaços se encontrem vazios, de forma a garantir a privacidade da pessoa e da sua família.

O internamento de uma pessoa na presente unidade é decidido pela equipa médica responsável, que integra também a EIHS CP da mesma ULS, após uma avaliação clínica realizada na consulta externa de CP, no serviço de urgência ou noutra unidade de internamento da instituição. Para além destas vias, a referenciação pode ainda ocorrer de forma externa, seja por indicação do médico de família, seja através de outros hospitais ou Institutos Portugueses de Oncologia, assegurando assim um acesso adequado e atempado aos cuidados especializados necessários.

A passagem de turno da manhã conta com a presença de enfermeiros e médicos, e é neste momento que são discutidos os diferentes casos clínicos, o PIIC, a preparação para a alta e outros aspetos relevantes relacionados com as pessoas internadas e as suas famílias. Esta prática revela-se fundamental para a prestação de cuidados numa abordagem multidisciplinar, permitindo a partilha de perspetivas, a articulação entre profissionais e a tomada de decisões informadas, garantindo uma assistência mais coordenada e centrada nas necessidades da pessoa e da sua rede de apoio.

Relativamente aos Projetos de Melhoria Contínua, este serviço conta com vários projetos em implementação, nomeadamente: acompanhamento do luto dos familiares das pessoas que lá estiveram internadas; na área da cateterização subcutânea, no sentido de diminuir as complicações associadas à mesma; gestão da ferida complexa; transição de informação e cuidados de enfermagem aquando da alta clínica para a comunidade; prevenção de situações de *burnout* e fadiga por compaixão dos seus profissionais; desenvolvimento de norma de estágio de enfermagem; aplicação da Instrução de Trabalho do método de Enfermeiro Gestor de Caso ou de Referência; e ainda no desenvolvimento de norma orientadora de Conferência Familiar, com o objetivo de uniformizar a estrutura das mesmas.

A escolha deste local de estágio está profundamente ligada a uma experiência pessoal enquanto familiar de uma pessoa em fim de vida, que beneficiou dos cuidados especializados prestados por esta equipa. Apesar de ter sido um momento difícil, esta vivência revelou-se extremamente significativa, marcando a forma como encaro a prestação de cuidados no dia a dia e reforçando a minha paixão pelos CP. Foi esta experiência que despertou em mim uma curiosidade genuína e um forte desejo de aprender com esta equipa, compreender o seu funcionamento e desenvolver o presente EC neste contexto, valorizando a sua abordagem e aprofundando os conhecimentos na área.

Enquanto enfermeira num serviço de internamento de Medicina, observo frequentemente a referenciação de pessoas com necessidades de CP para as UCP, sendo que a realização deste EC proporcionou-me uma compreensão mais aprofundada sobre os cuidados prestados aquando da integração destas pessoas e das suas famílias, permitindo-me conhecer de perto a

abordagem especializada, a organização dos cuidados e a forma como se promove o conforto e a dignidade ao longo do percurso da DLV.

A grande diversidade de patologias encontradas nesta UCP, permitiu experienciar cuidados complexos e diversificados, bem como potenciou uma grande aprendizagem sobre as diferentes especificidades de cada uma delas, de cada pessoa e família. Este ponto não só enriqueceu os conhecimentos e prática clínica, como foi também determinante para a concretização e atingimento dos objetivos específicos definidos no início do período de estágio.

## **2.1 Especificidade das Unidades de Cuidados Paliativos**

As UCP desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados especializados a pessoas com DLV, oferecendo um suporte integral que abrange o controlo de sintomas, suporte emocional, social e espiritual, e o apoio aos cuidadores (CNCP, 2023). As UCP distinguem-se das outras tipologias de serviços de CP, como as equipas intra-hospitalares e as equipas comunitárias, devido à sua abordagem intensiva e multidisciplinar focada no alívio do sofrimento e na melhoria da qualidade de vida (CNCP, 2023).

Uma das principais especificidades das UCP é o facto de estarem estruturadas para oferecer cuidados contínuos e abrangentes a pessoas em situação paliativa que necessitam de um nível elevado de assistência especializada (OMS, 2021). As UCP proporcionam internamento para situações que requerem uma monitorização e gestão intensiva de sintomas, como dor, dispneia e náusea, que não podem ser eficazmente controlados noutros contextos, como no domicílio ou num internamento geral (Capelas et al., 2018). Além disso, o ambiente das UCP é concebido para proporcionar um espaço acolhedor e confortável, onde a privacidade e a dignidade da pessoa são valorizadas (Capelas et al., 2018).

As UCP diferenciam-se também pelo facto de integrarem uma equipa interdisciplinar, que trabalham em conjunto para abordar as necessidades complexas e multidimensionais das pessoas e das suas famílias (OMS, 2021). A abordagem colaborativa e centrada na pessoa permite uma resposta mais eficaz às necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para o alívio do sofrimento (Palliative Care Australia, 2018).

Em comparação com as EIHS CP, que atuam dentro dos hospitais para apoiar pessoas internadas por outras patologias, as UCP oferecem um espaço dedicado exclusivamente aos CP (Ribeiro, 2012). Enquanto as EIHS CP se concentram principalmente no suporte em ambiente hospitalar e na orientação da equipa clínica principal, as UCP oferecem um cuidado contínuo e intensivo, que pode incluir internamento prolongado, caso necessário (Ribeiro, 2012). Por outro lado, as ECSCP oferecem cuidados em contexto domiciliário, permitindo que a pessoa permaneça no seu

ambiente familiar sempre que possível, mas muitas vezes enfrentam limitações na gestão de situações clínicas mais complexas (Kahveci et al., 2020).

Em termos de infraestrutura, as UCP estão frequentemente equipadas com instalações especializadas, como quartos individuais para maior privacidade, áreas de convívio para familiares, e espaços dedicados a atividades de suporte espiritual e psicológico (Ribeiro, 2012). Estas características estruturais visam proporcionar um ambiente terapêutico que promova o conforto e a dignidade da pessoa em CP (Ribeiro, 2012).

A implementação de UCP no contexto da RNCP em Portugal tem sido uma prioridade estratégica para garantir o acesso a cuidados especializados a todas as pessoas que deles necessitam (Monteiro et al., 2013). As UCP têm demonstrado um impacto positivo na redução do sofrimento e na melhoria da qualidade de vida das pessoas em fim de vida, ao mesmo tempo que contribuem para a redução de internamentos desnecessários (Monteiro et al., 2013).

As UCP representam uma tipologia de serviço essencial e diferenciada no âmbito dos CP, proporcionando um cuidado integral, especializado e focado na dignidade e no bem-estar da pessoa em fim de vida e das suas famílias (Capelas et al., 2018).

### **3. CASO 1**

Pessoa do sexo feminino, na faixa etária entre os 70 e 75 anos, diagnosticada com carcinoma invasor da mama esquerda, desde início de 2023. Tem antecedentes de hipertensão arterial e osteoporose.

#### **3.1. Enquadramento teórico**

Pessoa do sexo feminino, na faixa etária entre os 70 e 75 anos. Vive com o marido, também ele doente oncológico, e tem um filho, uma nora e uma neta a viver noutra cidade do país (figura 1). O familiar de referência é o marido. Tem antecedentes de hipertensão arterial e osteoporose.

Em janeiro de 2023, foi diagnosticada com um carcinoma invasor da mama esquerda em estadio IV (T4, N+, M1) e G3. Realizou quimioterapia paliativa desde março 2023 a julho de 2024. Após esta data, esta foi suspensa pois a pessoa deixou de apresentar condições para se deslocar ao local onde era realizada a quimioterapia. Desde então que não realiza nenhum tratamento antineoplásico e é seguida por uma ECSCP no seu domicílio.

Em junho ainda era capaz de realizar atividades em casa, tais como lavar a roupa e, à data do internamento, ainda mantinha capacidade de deambulação, com apoio de andarilho, pelo que tem vindo a apresentar uma degradação progressiva das suas capacidades, com aumento da sua dependência para o autocuidado. O seu marido era o seu cuidador.

A 15 de outubro de 2024 deu entrada num Serviço de Urgência por queda da própria altura. Após realização de meios complementares de diagnóstico, nomeadamente tomografia computadorizada crânio-encefálica, não se observam imagens sugestivas de lesão traumática resultante da queda, no entanto, observa-se lesão arredondada de 15mm, na região frontal à esquerda, sugestiva de lesão neoformativa, com edema associado (lesão suspeita de metastização cerebral).

Decide-se internamento numa UCP para controlo de sintomas e organização de cuidados.

Apresenta-se vígil, com períodos de discurso incoerente, alternados com períodos de discurso coerente e adequado, situação de novo.

Ao falar com o marido, este refere sentir que não é capaz de levar a sua esposa para o seu domicílio novamente, pois não tem apoio da restante família, uma vez que moram longe e não

têm possibilidade de se aproximarem. Ainda, devido à sua própria doença oncológica, entende-se que, de facto, este não apresenta condições para cuidar da sua esposa, pelo que se inicia o processo de procura de lar, que toda a família concorda, e a pessoa em CP também.

O presente caso clínico foi desenvolvido através da elaboração de um PIIC, sustentado na evidência científica que é apresentada, e com recurso à plataforma e4nursing. Esta plataforma incorpora a ontologia de enfermagem aprovada pela OE, e permite apresentar de forma completa e organizada o processo de tomada de decisão e conceção de cuidados de enfermagem.

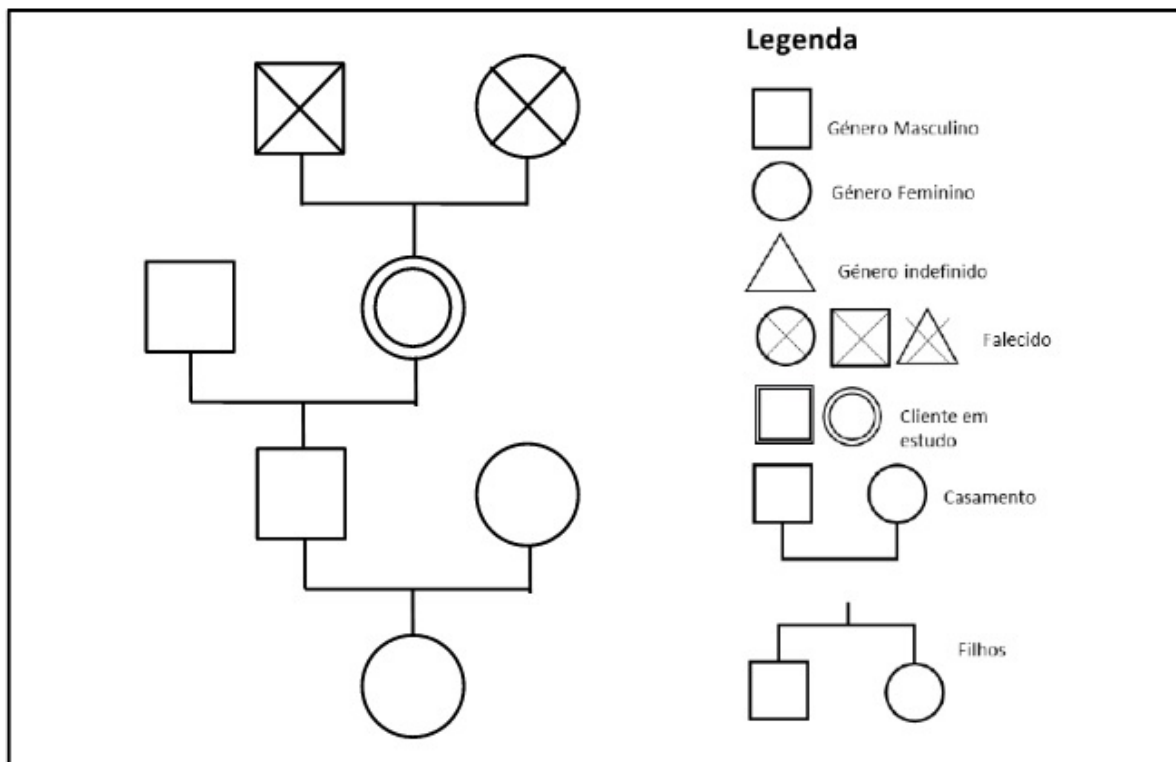


Figura 1 - Genograma Caso 1

### 3.1.1. Patologias

#### Carcinoma invasor da mama

O carcinoma da mama é um tumor maligno com grande incidência no sexo feminino, considerado a segunda causa de morte devido a uma doença oncológica a nível mundial sendo que, em 2020, surgiram mais de dois milhões de novos casos (Sá, 2022; Pires et al., 2024).

A sua causa e progressão pode ser influenciada por múltiplos fatores, nomeadamente fatores genéticos - mutação no gene BRCA1/2 -, ser do sexo feminino, fatores hormonais e reprodutivos, história de parentes em primeiro grau com cancro da mama ou do ovário, gestação após os 30 anos de idade, nuliparidade, não ter amamentado, menarca precoce, menopausa tardia, terapia de substituição hormonal, obesidade, consumo de álcool, entre

outros (Pires et al., 2024; Silveira et al., 2025).

Devido à elevada prevalência deste tumor e ao seu mau prognóstico, aconselha-se à realização de exames complementares de diagnóstico de rastreio, como a mamografia, e incentiva-se a realização frequente do auto-exame da mama, meios essenciais para a deteção de nódulos mamários ou outras alterações que permitam a identificação de um diagnóstico precoce, fator crucial para um melhor prognóstico (Pires et al., 2024).

Os carcinomas da mama são divididos em dois grandes grupos: carcinomas *in situ*, onde não há evidência de invasão de tecidos adjacentes, e os carcinomas invasivos, em que as células tumorais disseminam para além dos ductos ou lóbulos mamários, e invadem os tecidos adjacentes com risco de metastização regional e distante (Sá, 2022; Silveira et al., 2025).

Este carcinoma pode ser classificado de diferentes formas que auxiliam a prever o seu prognóstico e a orientar o tratamento (Sá, 2022; Pires et al., 2024; Silveira et al., 2025). O sistema de estadiamento TNM (tumor, nódulos e metástases) é utilizado para descrever o tumor quanto à sua extensão, em que o T se refere ao tamanho tumoral, o N indica se há comprometimento dos gânglios linfáticos próximos à mama, e o M refere-se à presença ou ausência de metástases à distância (Sá, 2022). Este sistema permite descrever mais rigorosamente o tumor e o prognóstico associado, e permite determinar o estadio do carcinoma, que varia de I (menos avançado) a IV (mais avançado) (Sá, 2022). A classificação Grau Histológico de Nottingham avalia a agressividade do tumor com base na aparência das células cancerígenas ao microscópio, e tem em consideração o seu padrão morfológico, como a formação tubular (avalia a estrutura celular e o quanto as células ainda se organizam em túbulos semelhantes aos tecidos normais), o pleomorfismo nuclear (avalia o grau de anormalidade dos núcleos das células cancerígenas) e o número de mitoses (analisa a capacidade de multiplicação celular, que indica quão rápido o tumor está a crescer) (Sá, 2022). Cada característica descrita é pontuada de 1 a 3, e a soma desses valores classifica o tumor de G1 (menos agressivo e de crescimento mais lento - melhor prognóstico) a G3 (mais agressivo e com crescimento mais rápido - pior prognóstico) (Sá, 2022).

O estadiamento do carcinoma da mama permite uma linguagem comum entre os clínicos e é um importante referencial para prever o prognóstico da pessoa, decidir qual o tratamento mais adequado e comparar dados de resposta à terapia instituída (Sá, 2022; Pires et al., 2024).

O tratamento deste carcinoma exige uma abordagem multidisciplinar que pode incluir cirurgia, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal ou terapia anti-HER2 (anticorpo monoclonal) (Sá, 2022). A escolha do tratamento difere de caso para caso e está associado a diversos fatores clínico-patológicos, tais como: as dimensões do tumor e o envolvimento de gânglios linfáticos, bem como o próprio estado geral da pessoa e a sua condição prévia (Pires et al., 2024).

### Hipertensão arterial

A Hipertensão Arterial (HTA) diz respeito a uma condição clínica caracterizada pelo aumento excessivo da pressão sanguínea nas artérias e trata-se de uma das doenças cardiovasculares mais prevalentes no mundo representando, assim, um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de outras doenças graves, tais como: enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, doença renal, entre outros (Filho et al., 2024; Amorim et al., 2024).

A etiologia da HTA é multifatorial (fatores de risco genéticos, ambientais e comportamentais) sendo que os fatores de risco mais comuns são: a idade avançada, obesidade, sedentarismo, *stress* e consumo excessivo de sal e de álcool (Amorim et al., 2024).

Esta patologia não apresenta, frequentemente, sintomas perceptíveis, no entanto, quando estes se manifestam, podem incluir: dores de cabeça, tonturas, sensação de palpitações, cansaço extremo, dificuldade de concentração, problemas de visão e zumbido nos ouvidos (Amorim et al., 2024). Em casos mais graves, como no caso de uma crise hipertensiva, podem apresentar-se sintomas mais intensos, tais como: dor no peito, dispneia, náuseas e vômitos, confusão, hemorragias nasais, e frequência cardíaca irregular, condição que requer atenção médica emergente (Amorim et al., 2024).

O diagnóstico da HTA exige a avaliação meticulosa e precisa da pressão arterial – pessoa em repouso, sentada, com o braço apoiado no nível do coração e sem ter ingerido cafeína, fumado ou realizado exercício físico nos últimos 30 minutos anteriores à avaliação -, e em alguns casos, outros exames complementares, e o diagnóstico é realizado quando a pressão arterial sistólica é igual ou superior a 140mmHg e/ou a pressão arterial diastólica é igual ou superior a 90mmHg, em pelo menos duas avaliações realizadas em momentos distintos (Amorim et al., 2024). A avaliação da pressão arterial em ambiente domiciliário ou a monitorização ambulatória da pressão arterial (MAPA) podem ser úteis na confirmação do diagnóstico, bem como na exclusão da “hipertensão da bata branca”, caracterizada por elevações da pressão arterial em contexto clínico, mas com valores normais noutras circunstâncias (Amorim et al., 2024). Para além da medição da pressão arterial, a avaliação clínica deve incluir uma anamnese detalhada e um exame físico completo (Amorim et al., 2024).

Realizar mudanças no estilo de vida é a primeira linha de tratamento para todas as pessoas com HTA, nomeadamente a adoção de uma dieta saudável e equilibrada com redução do consumo do sódio, aumento da atividade física, controlo do peso corporal, redução no consumo de álcool e cessação tabágica mas, quando estas medidas não são suficientes para controlar a HTA, existe indicação para intervenções farmacológicas como a administração de fármacos anti-hipertensores (Amorim et al., 2024).

A HTA acarreta sérios riscos de saúde, pelo que se reforça o papel importante do Enfermeiro através do desenvolvimento de ações de educação sobre hábitos de vida saudáveis, rastreios de diagnóstico precoce e acompanhamento da pessoa relativamente à gestão do seu regime terapêutico, de forma a ter um impacto positivo na saúde pública (Filho et al., 2024).

### Osteoporose

A osteoporose é a doença osteometabólica mais prevalente na população idosa e estima-se que afete aproximadamente 20% da população mundial, com uma incidência significativamente superior no sexo feminino (Colares et al., 2024).

A osteoporose resulta de um desequilíbrio entre a formação e a reabsorção óssea, manifestando-se a partir dos 35 anos devido à redução progressiva da massa óssea, e intensifica-se de forma mais acentuada nas mulheres após a menopausa e, em ambos os sexos a partir dos 70 anos (Liu et al., 2019, como citado em Colares et al., 2024). Alguns fatores de risco para a osteoporose não são modificáveis, tais como: o sexo feminino, a idade avançada, a etnia caucasiana, asiática e espanhola, o histórico de fraturas, antecedentes familiares de fratura da anca e a presença de fibrose quística (Colares et al., 2024; Vieira, 2024). Por outro lado, existem fatores de risco passíveis de modificação ou tratamento, tais como: a exposição solar insuficiente, défice de vitamina D, ingestão insuficiente de cálcio, ingestão insuficiente ou excessiva de fósforo, sedentarismo, o tabagismo, o consumo excessivo de álcool e cafeína, o baixo Índice de Massa Corporal (IMC), bem como o uso de determinados fármacos, incluindo terapias hormonais, corticosteroides, imunossupressores e inibidores da bomba de prótons (Colares et al., 2024; Vieira, 2024). Além disso, alterações hormonais também podem contribuir para o desenvolvimento da doença (Costa et al., 2016; Wang et al., 2019, como citado em Colares et al., 2024).

O diagnóstico desta patologia pode ser realizado com base na história clínica, quando surge alguma fratura óssea sem um trauma que a justifique, ou com base em exames de imagem, e a sua deteção precoce é fundamental para iniciar o tratamento mais adequado e, conseqüentemente, reduzir o número de fraturas osteoporóticas (Vieira, 2024)

Segundo a Sociedade Portuguesa de Reumatologia (2018), as recomendações portuguesas para o tratamento da osteoporose visam a redução do risco de fraturas, a preservação da densidade mineral óssea e a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos afetados. A abordagem terapêutica é multidimensional e inclui estratégias não farmacológicas, tais como uma alimentação equilibrada e adequada em cálcio, fósforo e vitamina D, atividade física regular, controlo do peso corporal, redução no consumo de álcool e cessação tabágica (Rodrigues et al., 2018). Já as estratégias farmacológicas incluem os bifosfonatos orais (1ª linha de tratamento farmacológico) sendo que estas são, frequentemente, combinadas com as não farmacológicas para otimizar os resultados clínicos (Rodrigues et al., 2018).

## 3.2. Clientes

### Cliente

Adulto | Idade: 124 anos | Feminino

### Cuidador

18-10-2024 08:00

18-10-2024 08:00 - Parentesco: cônjuge.

18-10-2024 08:00 - Coabita com a pessoa dependente.

18-10-2024 08:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.

18-10-2024 08:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

18-10-2024 08:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

## 3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-18 08:00:00	Fentanilo 50mcg TD 3/3dias	
2024-10-18 08:00:00	Pantoprazol 20mg PO, 1id	
2024-10-18 08:00:00	Dexametasona 4mg PO, 2id	
2024-10-18 08:00:00	Trazodona 150mg PO, 1id	
2024-10-18 08:00:00	Bisacodilo 10mg PO, 1id	
2024-10-18 08:00:00	Morfina 5mg SC, se dor ou dispneia	
2024-10-18 08:00:00	Metoclopramida 10mg SC, se náusea ou vômito	
2024-10-18 08:00:00	Midazolam 5mg SC, se dor ou dispneia refratária à morfina	
2024-10-18 08:00:00	Paracetamol 1000mg PO, se febre	
2024-10-18 08:00:00	Macrogol + Bicarbonato de sódio + Cloreto de potássio + Cloreto de sódio, 2 saquetas PO, se obstipação superior a 48horas	

### 3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Um dos pilares dos CP é o controlo sintomático e, para tal, as intervenções farmacológicas realizadas pelos enfermeiros desempenham um papel crucial no controlo dos sintomas e na

promoção da qualidade de vida da pessoa em fim de vida (Silva et al., 2024). Nessa perspetiva, a via oral (VO) deve ser a privilegiada, devido à sua praticidade, eficácia e segurança. No entanto, em situações onde a administração oral não é viável ou está contraindicada, a via subcutânea (VSC) surge como uma alternativa importante e amplamente utilizada (Brito et al., 2022; Siqueira et al., 2021).

Diante desse cenário, torna-se fundamental perceber detalhadamente as características dos fármacos utilizados, incluindo as suas indicações clínicas, possíveis efeitos secundários e reações adversas. Além disso, é indispensável considerar as implicações dos mesmos para a prática de enfermagem, garantindo segurança e eficiência no cuidado prestado.

## **Fentanilo (TD)**

Grupo terapêutico: Analgésico opióide (Vallerand et al., 2016);

Indicações clínicas: Tratamento da dor crónica moderada a severa nas pessoas que careçam de terapêutica contínua com analgésicos opióides durante um período de tempo prolongado (Vallerand et al., 2016). A sua dose deve ser ajustada para cada pessoa, tendo em conta diferentes condicionantes (idade, comorbilidade, grau de funcionalidade e intensidade do sintoma) e a dose inicial recomendada para o fentanilo TD é de 25 µg/hora, com posteriores ajustes da dose a cada 3 dias, sendo a dose máxima recomendada de 300 µg/hora (Viana et al., 2023);

Mecanismo de ação / Pico de ação: Liga-se aos recetores opióides presentes no sistema nervoso central (SNC), alterando a resposta à dor e a sua perceção (Vallerand et al., 2016). O início de ação do fentanilo TD é aproximadamente 6 horas após colocação do mesmo, com pico de ação apenas após 12-24 horas, pelo que quando é realizada rotação de opióides, este tempo deve ser tido em conta na gestão dos analgésicos (Vallerand et al., 2016);

Potenciais reações adversas e efeitos secundários: As reações adversas mais frequentes são: sedação, confusão, fraqueza, obstipação, cefaleia, anorexia, náuseas e vômitos (Vallerand et al., 2016);

Contraindicações: Hipersensibilidade ao princípio ativo ou aos próprios adesivos; dor ligeira, intermitente ou pós-operatória; depressão respiratória significativa; asma brônquica aguda ou severa; íleo paralítico; insuficiência renal ou hepática severa; intolerância ao álcool (algumas substâncias deste são libertadas na pele); se febre (o aumento da temperatura provoca aumento da libertação do fentanilo pela pele) (Vallerand et al., 2016);

Implicações para a prática de enfermagem: Antes da administração - avaliação do tipo, localização e intensidade da dor e reavaliação 12-24 horas após a administração para avaliar a sua eficácia; avaliar a função intestinal e instituir medidas de prevenção da obstipação, tais

como: aumento da ingestão de líquidos e fibras, e administração de terapêutica laxante; vigiar frequência respiratória e nível de sedação (Vallerand et al., 2016);

Relevância para o caso clínico: Neste estudo de caso em particular, a administração do fentanilo TD prende-se com a necessidade de controlo da dor de forma contínua e que se prevê ser por um longo período de tempo, resultante do diagnóstico principal da pessoa alvo dos cuidados, bem como pela dor provocada pela FM que a mesma apresenta.

## **Pantoprazol (PO)**

Grupo terapêutico: Antiulceroso (Vallerand et al., 2016);

Indicações clínicas: Indicado no tratamento da esofagite erosiva associada a doença de refluxo gastroesofágico, diminuição de pirose noturna e diurna, condições de hipersecreção gástrica patológica e, ainda, tratamento adjuvante de úlceras duodenais associadas a *Helicobacter pylori* (Vallerand et al., 2016);

Mecanismo de ação / Pico de ação: Inibe a secreção de ácido clorídrico no estômago por ação específica sobre as bombas de prótons das células parietais, com consequente diminuição do refluxo gástrico e, ainda, a cicatrização de úlceras duodenais e esofagite (Vallerand et al., 2016); O início de ação é aproximadamente 2-3 horas após administração do fármaco, com pico de ação desconhecido (Vallerand et al., 2016);

Potenciais reações adversas e efeitos secundários: As reações adversas são raras e incluem cefaleia, colite pseudomembranosa, dor abdominal, diarreia, eructação e flatulência (Vallerand et al., 2016);

Contraindicações: Hipersensibilidade à substância ativa (Vallerand et al., 2016);

Implicações para a prática de enfermagem: Avaliar dor abdominal ou epigástrica; vigiar eliminação intestinal, nomeadamente presença de sangue; não partir ou triturar os comprimidos; deve ser administrado em jejum pois o seu efeito é mais eficaz (melhor absorvido nas células parietais antes destas começarem a produzir ácido em resposta à ingestão de alimentos) (Vallerand et al., 2016);

Relevância para o caso clínico: Neste caso clínico, o mesmo foi prescrito de forma profilática, considerando a restante medicação oral prescrita, nomeadamente os corticosteroides (dexametasona), pois estes inibem a produção de prostaglandinas, substância que protege o estômago do ácido gástrico, e apresentam maior risco de desenvolver úlceras gástricas e duodenais (Vallerand et al., 2016).

### **Dexametasona (PO)**

Grupo terapêutico: Corticosteroide (Vallerand et al., 2016);

Indicações clínicas: Usada numa ampla variedade de doenças crônicas tais como: inflamatórias, alérgicas, hematológicas, autoimunes e neoplásicas; no tratamento do edema cerebral; como meio de diagnóstico nas alterações suprarrenais; tratamento adjuvante das náuseas e vômitos por quimioterapia; tratamento da difteria; tratamento do edema da via aérea antes da extubação (Vallerand et al., 2016);

Mecanismo de ação / Pico de ação: A sua ação baseia-se na modulação da resposta inflamatória e imunológica através da ligação aos recetores intracelulares que produzem citocinas inflamatórias, inibindo a sua produção (Vallerand et al., 2016); O início de ação do fármaco é desconhecido, com pico de ação entre 1-3h após a sua administração (Vallerand et al., 2016);

Potenciais reações adversas e efeitos secundários: Entre as reações adversas mais frequentes, evidenciam-se: alterações do humor - depressão ou euforia -, hipertensão, náuseas e vômitos, anorexia, diminuição do tempo de cicatrização de lesões, petéquias, equimoses, supressão das suprarrenais e hiperglicemia (Vallerand et al., 2016);

Contraindicações: Hipersensibilidade ao princípio ativo; infeções ativas não tratadas (Vallerand et al., 2016);

Implicações para a prática de enfermagem: Se for prescrito 1x/dia, o mesmo deve ser administrado no período da manhã (para coincidir com a produção natural de cortisol do organismo); deve-se ainda administrar às refeições para evitar irritação gastrointestinal; avaliar os sinais de insuficiência suprarrenal (hipotensão, perda de peso, fraqueza, náuseas e vômitos, anorexia, letargia, confusão e inquietação) antes e periodicamente ao longo da terapêutica; pode fazer sentido monitorizar a glicemia capilar, especialmente nos doentes diabéticos (Vallerand et al., 2016);

Relevância para o caso clínico: Neste caso em particular, a dexametasona foi prescrita com a intenção de diminuir o edema cerebral associado às metástases cerebrais que a pessoa apresentava.

### **Trazodona (PO)**

Grupo terapêutico: Antidepressivo (Vallerand et al., 2016);

Indicações clínicas: Tratamento de depressão major, embora o seu uso tenha mostrado benefício no tratamento da insónia e síndromes de dor crónica, incluindo a neuropatia diabética (Vallerand et al., 2016);

Mecanismo de ação / Pico de ação: Altera o efeito da serotonina no SNC, atuando como antagonista e inibidor da recaptação da mesma (Vallerand et al., 2016). O início de ação do fármaco é 1-2 semanas após início do tratamento, com pico de ação entre 2-4 semanas (Vallerand et al., 2016);

Potenciais reações adversas e efeitos secundários: Entre as reações adversas mais frequentes, evidenciam-se: sonolência, cefaleia, astenia, vertigem, tremor, hipotensão, alterações na frequência cardíaca, confusão e xerostomia (Vallerand et al., 2016);

Contraindicações: Hipersensibilidade ao princípio ativo; terapia anticonvulsivante concomitante (Vallerand et al., 2016);

Implicações para a prática de enfermagem: Deve ser administrado durante ou logo após as refeições para maximizar a sua absorção e diminuir a ocorrência dos efeitos secundários, e especialmente à noite, pelo seu potencial efeito ansiolítico (Vallerand et al., 2016).

Relevância para o caso clínico: Neste caso clínico, a pessoa já fazia este fármaco antes do diagnóstico do carcinoma da mama, por história de insónia. Tendo em conta o benefício e uma vez que este surtia efeito, decidiu-se manter a administração do mesmo.

## **Bisacodilo (PO)**

Grupo terapêutico: Laxante (estimulante) (Vallerand et al., 2016);

Indicações clínicas: Tratamento e prevenção da obstipação, e para o esvaziamento intestinal prévio a exames ou cirurgias (Vallerand et al., 2016);

Mecanismo de ação / Pico de ação: Atua diretamente no cólon com estimulação das terminações nervosas da mucosa intestinal, com efeito indutor do peristaltismo (Vallerand et al., 2016). O início de ação do fármaco é após 6h, com pico de ação aproximadamente 12h após a sua administração (Vallerand et al., 2016);

Potenciais reações adversas e efeitos secundários: Entre as reações adversas mais frequentes, evidenciam-se: dor abdominal, diarreia, desidratação, desequilíbrio eletrolítico, náuseas e vômitos (Vallerand et al., 2016);

Contraindicações: Hipersensibilidade ao princípio ativo; desidratação severa; situações de dor abdominal persistente com náuseas e vômitos sem causa conhecida, especialmente se acompanhado de febre (Vallerand et al., 2016);

Implicações para a prática de enfermagem: Vigiar eliminação intestinal antes e após administração da terapêutica, para avaliar a sua eficácia; para um efeito mais rápido deve ser administrado em jejum, no entanto, recomenda-se a administração ao jantar para um efeito

matinal; incentivar a ingestão de líquidos no decorrer da terapêutica, para prevenir a desidratação (Vallerand et al., 2016).

Relevância para o caso clínico: Neste caso clínico em específico, o bisacodilo foi prescrito como medida preventiva de obstipação associada à administração de fármacos opióides.

## **Morfina (SC)**

Grupo terapêutico: Analgésico opióide (Vallerand et al., 2016);

Indicações clínicas: Tratamento da dor severa; edema pulmonar; tratamento da dor associada ao enfarte agudo do miocárdio (Vallerand et al., 2016). Além disso, a morfina tem eficácia comprovada no tratamento da dispneia de qualquer causa e, embora o mecanismo de ação responsável por isto não seja totalmente conhecido, acredita-se que esta reduz o estímulo ventilatório ao ligar-se aos recetores opióides no SNC, modelando a sua atividade (Feio, 2016). Para além disto, a sua ação ansiolítica também contribuirá para a diminuição da dispneia (Feio, 2016). Em casos de dispneia terminal deve-se ponderar perfusão endovenosa ou VSC e, nestes casos, se a pessoa já estiver medicada com morfina para controlo da dor, a dose deve ser aumentada entre 1/6 a 1/2 da dose total diária (Cipriano et al., 2021). A morfina não tem teto terapêutico, podendo a sua dose ser aumentada, enquanto a situação clínica da pessoa justificar, pois os recetores opióides a que este fármaco se liga não ficam "saturados" de forma convencional, aumentando o efeito analgésico à medida que a dose é aumentada (Cifuentes, 2021; Araújo et al., 2025).

Mecanismo de ação / Pico de ação: Liga-se aos recetores opióides do SNC, alterando a resposta à dor e a sua perceção, enquanto produz depressão do SNC generalizada (Vallerand et al., 2016); O início de ação da morfina SC é aproximadamente 20 minutos após administração, com pico de ação 50-90 minutos após administração (Vallerand et al., 2016);

Potenciais reações adversas e efeitos secundários: As reações adversas mais frequentes são: sedação, confusão, obstipação, cefaleia, hipotensão, náuseas e vômitos, prurido e retenção urinária (Vallerand et al., 2016);

Contraindicações: Hipersensibilidade ao princípio ativo; dor ligeira; depressão respiratória significativa; asma brônquica aguda ou severa; íleo paralítico (Vallerand et al., 2016);

Implicações para a prática de enfermagem: Antes da administração - avaliação do tipo, localização e intensidade da dor e reavaliação 20 minutos após a administração para avaliar a sua eficácia; vigiar consciência, sedação, frequência respiratória, hipotensão, náuseas e vômitos; avaliar a função intestinal e instituir medidas de prevenção da obstipação tais como: aumento da ingestão de líquidos e fibras, e administração de terapêutica laxante (Vallerand et al., 2016);

Relevância para o caso clínico: Neste caso clínico em específico, a morfina foi prescrita em SOS, se dor ou dispneia e, foi administrada em contexto de controlo da dor associada à execução do tratamento da FM.

### **Metoclopramida (SC)**

Grupo terapêutico: Antiemético (Vallerand et al., 2016);

Indicações clínicas: Prevenção de vômitos associados a outros fármacos e a quimioterapia, para o tratamento de estase gástrica e do refluxo esofágico, com efeito demonstrado no tratamento de soluços e como tratamento adjuvante das enxaquecas (Vallerand et al., 2016).

Mecanismo de ação / Pico de ação: Bloqueia os recetores de dopamina localizados na zona quimiorrecetora do SNC, que faz parte do centro do vômito; estimula a motilidade do trato gastrointestinal superior e acelera o esvaziamento gástrico com conseqüente diminuição das náuseas e vômitos e diminuição dos sintomas de estase gástrica (Vallerand et al., 2016). O início de ação da metoclopramida SC é aproximadamente 1-3 minutos após administração, com pico de ação 30-60 minutos após administração (Vallerand et al., 2016);

Potenciais reações adversas e efeitos secundários: As reações adversas mais frequentes são: agitação, sonolência, depressão, fadiga, efeitos extrapiramidais (como dificuldade em falar ou deglutir, perda do equilíbrio, rigidez, tremor, espasmos musculares, fraqueza dos membros) (Vallerand et al., 2016);

Contraindicações: Hipersensibilidade ao princípio ativo; obstrução ou hemorragia gastrointestinal; história de convulsão; doença de Parkinson (Vallerand et al., 2016);

Implicações para a prática de enfermagem: Vigiar náusea e vômito antes e após administração da terapêutica, para avaliar a sua eficácia; administrar 30 minutos antes das refeições para potenciar o seu efeito (Vallerand et al., 2016);

Relevância para o caso clínico: Neste caso clínico em específico, a metoclopramida foi prescrita em SOS, se náusea ou vômito e, até então, não houve necessidade da sua administração.

### **Midazolam (SC)**

Grupo terapêutico: Benzodiazepina (sedativo, ansiolítico, hipnótico, anticonvulsivante) (Vallerand et al., 2016);

Indicações clínicas: Sedação pré-operatória e paliativa; sedação em pessoas ventiladas; estado epilético; ansiedade aguda e agitação psicomotora (Vallerand et al., 2016);

Mecanismo de ação / Pico de ação: Potencia a ação do ácido gama-aminobutírico, que é um neurotransmissor inibidor do SNC, provocando a sua depressão generalizada com consequente sedação, relaxamento muscular e efeito anticonvulsivante (Vallerand et al., 2016). O início de ação do midazolam SC é aproximadamente 5-15 minutos após administração, com pico de ação 30-60 minutos após administração (Vallerand et al., 2016);

Potenciais reações adversas e efeitos secundários: As reações adversas mais frequentes são: depressão respiratória, hipotensão, arritmias, náuseas, vômitos e reação no local de administração (edema, rubor ou dor) (Vallerand et al., 2016);

Contraindicações: Hipersensibilidade ao princípio ativo ou outras benzodiazepinas (Vallerand et al., 2016);

Implicações para a prática de enfermagem: Avaliar os níveis de sedação e de consciência durante a terapêutica; vigiar pressão arterial, pulso e respiração durante a administração (Vallerand et al., 2016). Em caso de sobredosagem, deve ser administrado flumazenil (antídoto) (Vallerand et al., 2016);

Relevância para o caso clínico: Neste caso clínico em específico, o midazolam foi prescrito em SOS, se dor ou dispneia refratária à morfina e, até então, não houve necessidade da sua administração.

## **Paracetamol (PO)**

Grupo terapêutico: Antipirético, analgésico não opióide (Vallerand et al., 2016);

Indicações clínicas: Tratamento da dor ligeira a moderada e controlo da febre (Vallerand et al., 2016);

Mecanismo de ação / Pico de ação: Inibe a síntese de prostaglandinas que servem como mediadores da dor e da febre no SNC, com consequente redução da dor e febre (Vallerand et al., 2016). O início de ação inicia-se 30-60 minutos após a administração oral, atingindo o pico de ação entre 1-3 horas após a administração oral (Vallerand et al., 2016);

Potenciais reações adversas e efeitos secundários: As reações adversas são raras e incluem hepatotoxicidade, erupções cutâneas, neutropenia, pancitopenia, que ocorrem especialmente com uso prolongado (Vallerand et al., 2016);

Contraindicações: Hipersensibilidade ao paracetamol, insuficiência hepática severa ou doença hepática ativa (Vallerand et al., 2016);

Implicações para a prática de enfermagem: Antes da administração avaliar hábitos alcoólicos e estado geral de saúde (alcooolismo e subnutrição contribuem para hepatotoxicidade), bem como

verificar a função hepática; monitorizar a dor/temperatura corporal; após a administração reavaliar a dor/febre, para avaliar a sua eficácia (Vallerand et al., 2016). Em caso de sobredosagem, deve ser administrada acetilcisteína (antídoto) (Vallerand et al., 2016);

Relevância para o caso clínico: Neste caso clínico em específico, o paracetamol está prescrito em SOS, se febre, que pode ocorrer em consequência de complicações relacionadas com a própria doença oncológica e, até então, não houve necessidade da sua administração.

### **Macrogol + Bicarbonato de sódio + Cloreto de potássio + Cloreto de sódio (PO)**

Grupo terapêutico: Laxante (osmótico) (Silva, 2019);

Indicações clínicas: Tratamento e prevenção da obstipação, e para o esvaziamento intestinal prévio a exames ou cirurgias (Vallerand et al., 2016);

Mecanismo de ação / Pico de ação: O macrogol atua como laxante osmótico, retendo água no lúmen intestinal, o que faz aumentar o volume das fezes e estimula o peristaltismo, enquanto os eletrólitos (bicarbonato de sódio, cloreto de potássio, cloreto de sódio) ajudam a manter o equilíbrio hidroeletrólítico durante o tratamento, prevenindo a desidratação e alterações metabólicas (Silva, 2019). O início de ação do fármaco é 24-48 horas após a sua administração, e o seu pico de ação varia conforme a dose e a resposta de cada indivíduo (Infarmed, 2023);

Potenciais reações adversas e efeitos secundários: Entre as reações adversas mais frequentes, evidenciam-se: distensão abdominal, diarreia, desidratação, desequilíbrio eletrolítico, náuseas e vômitos (Vallerand et al., 2016);

Contraindicações: Hipersensibilidade a qualquer princípio ativo; síndrome do íleo paralítico; doenças inflamatórias intestinais graves; desidratação severa (Vallerand et al., 2016);

Implicações para a prática de enfermagem: Vigiar eliminação intestinal antes e após administração da terapêutica, para avaliar a sua eficácia; incentivar a ingestão de líquidos no decorrer da terapêutica, para prevenir a desidratação; administrar fármaco misturado com água, conforme indicação do próprio (Infarmed, 2023);

Relevância para o caso clínico: Relativamente ao Caso Clínico, este fármaco está prescrito em SOS, se obstipação superior a 48 horas, que pode ocorrer por administração de fármacos com efeito obstipante, tais como os analgésicos opióides.

### 3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

#### Sondas, Drenos e Cateteres

18-10-2024 08:00

##### **18-10-2024 08:00 - Cateter subcutâneo**

18-10-2024 08:00 - Localização do cateter subcutâneo

18-10-2024 08:00 - Braço Direita(o)

18-10-2024 08:00 - Características do dispositivo: nº24.

##### **18-10-2024 08:00 - Assegurar funcionamento do cateter**

18-10-2024 08:00 - *Otimizar cateter subcutâneo [Sem horário]*

##### **18-10-2024 08:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter**

18-10-2024 08:00 - *Avaliar evolução da administração pelo cateter subcutâneo [Sem horário]*

##### **18-10-2024 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter subcutâneo**

18-10-2024 08:00 - *Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo [Sem horário]*

##### **18-10-2024 08:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter subcutâneo**

18-10-2024 08:00 - *Executar tratamento ao local de inserção do cateter subcutâneo [Turno fixo: Manhã; SOS]*

18-10-2024 08:00 - *Trocar cateter subcutâneo [SOS]*

#### 3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

A VO é a via mais indicada para administração de fármacos em CP por ser menos invasiva e mais fisiológica, no entanto, estima-se que 70% das pessoas em fim de vida irão precisar de outra via para um eficaz controlo dos seus sintomas (Siqueira et al., 2021).

Destas, as vias intramuscular e intravenosa são as menos utilizadas em CP por serem mais invasivas, dolorosas e com maior risco de complicações associadas (Brito et al., 2022).

Assim, a VSC tende a ser uma das vias mais utilizadas em CP na gestão de sintomas, uma vez que é fácil de usar, segura, menos invasiva e não causa tanto desconforto quanto as restantes opções (Siqueira et al., 2021).

Nesta via, o fármacos são absorvidos pelo tecido adiposo encontrado na hipoderme (camada mais profunda da pele), o que permite manter concentrações mais estáveis e prolongadas, com raros efeitos secundários - os mais comuns são os efeitos locais, tais como: edema subcutâneo ou rubor no local de administração do fármaco -, pelo que manifesta ser uma via segura e bem tolerada (Brito et al., 2022).

A utilização desta via está contraindicada para a administração de grandes quantidades de fluídos e rapidez na sua perfusão, em situações de desidratação e distúrbios eletrolíticos graves, em distúrbios de coagulação ou trombocitopenia (pelo risco de hemorragia ou hematoma), para administração de sangue ou derivados, alimentação parentérica, ou quando a pessoa em fim de vida recusa (Siqueira et al., 2021).

O cateter subcutâneo mostra-se um dispositivo muito útil para administração dos fármacos evitando, assim, o desconforto causado pelas múltiplas punções aquando das diferentes administrações, pois este é de colocação fácil, com pouco desconforto associado (Azevedo, 2016). Os locais de punção recomendados incluem as regiões deltóide, subclavicular, interescapular, abdómen, faces anterior e lateral das coxas (Figura 2) e, as diferentes zonas suportam diferentes volumes de fluídos por dia (abdómen e interescapular - até 1000 ml/24 horas; subclavicular e deltóide - até 250ml/24h cada sítio; anterolateral da coxa - até 1500 ml/24h), devendo evitar-se zonas com edema, pois nestas a capacidade de absorção do fármaco é diminuída, da mesma forma que se deve evitar áreas que apresentem processos inflamatórios (Azevedo, 2016; Siqueira et al., 2021).

Não existe consenso na literatura relativamente à longevidade do cateter subcutâneo pois alguns autores defendem que esta pode variar entre 1 a 14 dias, dependendo de muitas variáveis (como por exemplo: os fármacos administrados, os diluentes, a posologia e frequência de administração, entre outros), enquanto outros defendem que a rotação do local de colocação do cateter subcutâneo deve ser realizada a cada 72 horas (Morna et al., 2022). Apesar disto, não existe evidência que suporte esta indicação e, normalmente, o local de punção não apresenta complicações que justifiquem a sua alternância ao final de 72 horas pelo que, na prática, este deve ser trocado sempre que se justifique, através da avaliação metódica do local de punção a cada 4 horas, para garantir a identificação precoce de complicações associadas a este dispositivo (Morna et al., 2022).

Muitos fármacos utilizados em CP, especialmente por VSC, são utilizados de forma *off-label*, isto é, a autorização de comercialização de muitos medicamentos não inclui esta via administração, mas a sua utilização baseia-se em recomendações da literatura paliativa alicerçada em evidência disponível (estudos de caso, estudos observacionais, ou consensos de opinião de peritos) (Brito et al., 2022).

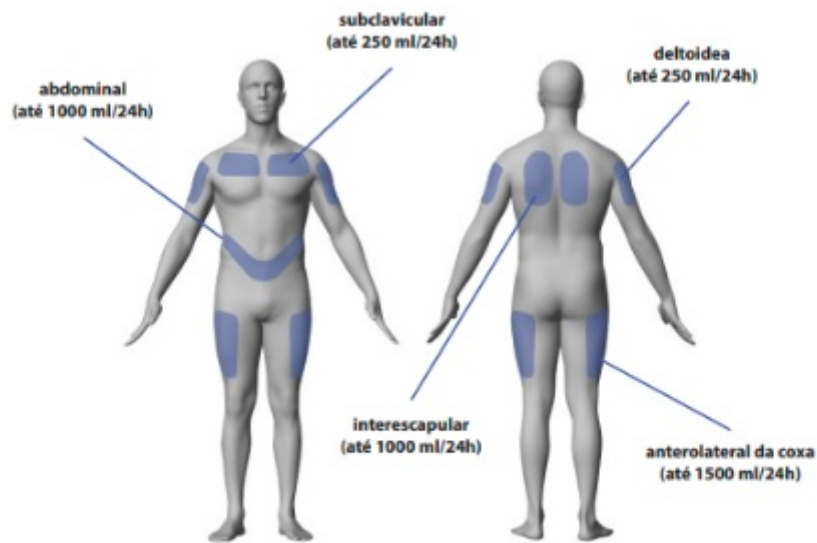


Figura 2 - Locais de punção subcutânea recomendados (Azevedo, 2016, p.18)

### 3.5. Domínios

#### Início

18-10-2024 08:00  
18-10-2024 08:00  
18-10-2024 08:00  
18-10-2024 08:00  
18-10-2024 08:00  
18-10-2024 08:00  
18-10-2024 08:00  
18-10-2024 08:00

#### Domínios

Consciência  
Sensações somáticas  
Apetite  
Pele e mucosas  
Autoconceito  
Emoção  
Sondas, Drenos e Cateteres  
Eliminação intestinal

#### Fim

#### 3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

##### Consciência

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a consciência é definida como a resposta mental a estímulos resultantes de uma combinação de todos os sentidos, que mantém a mente alerta e sensível ao ambiente exterior (ICN, 2019). Segundo Andrade e colaboradores (2007), esta é definida como a capacidade da pessoa em reconhecer-se a si mesmo, aos outros e aos estímulos do meio em que se insere.

Em 2008, Gonçalves e colaboradores publicaram um artigo numa revista onde se pretendia validar uma escala de avaliação da consciência que fosse aplicável aos CP, nomeada de Escala do Nível de Consciência para Cuidados Paliativos (Figura 3) (Gonçalves, 2016). Esta escala pretende medir a capacidade da pessoa em CP estar acordada e assim se manter, e não propriamente o conteúdo da consciência (Gonçalves, 2016). Apesar de ser uma escala fiável, válida e de muito fácil utilização, os profissionais não a utilizam formalmente pois o sistema de registos informáticos não a contemplam, sendo que a escala que lá está disponível, e a mais comumente utilizada, é a Escala de Coma de Glasgow (ECG).

A ECG avalia a resposta da pessoa em três parâmetros distintos: resposta ocular (espontânea; à voz; à dor; nenhuma), resposta verbal (orientada; confusa; palavras inapropriadas; palavras incompreensíveis; nenhuma) e resposta motora (obedece a ordens; localiza a dor; retira à dor; flexão anormal; extensão anormal; nenhuma) e a sua pontuação varia entre 3 a 15 pontos (Sousa & Santos, 2021). Apesar desta ter sido construída para a avaliação do estado de consciência em situações de eventos críticos/agudos, nomeadamente em vítimas de traumatismo cranioencefálico, é a escala mais utilizada a nível universal pois permite “identificar disfunções neurológicas, acompanhar a evolução do nível de consciência, predizer prognósticos e padronizar a linguagem entre os profissionais de saúde” (Sousa & Santos, 2021, p. 14).

Neste caso clínico em específico, a alteração do estado de consciência da pessoa em CP pode dever-se a múltiplos fatores, tais como: a própria progressão da DLV (metástases cerebrais já identificadas), ou pela medicação administrada, e a sua avaliação foi importante na elaboração do PIIC, com correspondente adequação das intervenções implementadas.

Nível	
1	Acordado/a
2	Acorda quando chamado/a pelo seu nome e permanece acordado/a durante a conversação
3	Acorda quando chamado/a pelo seu nome, mas adormece durante a conversação
4	Reage com movimentos ou abrindo brevemente os olhos, mas sem contato visual, quando chamado/a pelo seu nome
5	Reage a beliscão no trapézio
6	Não reage
<b>Procedimentos para a avaliação</b>	
O doente está acordado, calmo ou agitado sem necessidade de estimulação externa.	Nível 1
O doente não está acordado espontaneamente. É chamado alto pelo seu nome.	Nível 2,3 ou 4, de acordo com a reação observada
O doente não está acordado espontaneamente nem reage à voz. Apertar firmemente o músculo trapézio entre o polegar e o indicador.	Nível 5 ou 6, de acordo com a reação observada

Figura 3 - Escala do Nível de Consciência para Cuidados Paliativos (Gonçalves, 2016, p.972)

### **Sensações Somáticas - Dor**

A OMS (1990) realça a importância do controlo da dor na sua primeira publicação sobre a

definição dos CP, e reforça-o na sua redefinição em 2002, com foco na identificação precoce, avaliação e tratamento da mesma (Manoel et al., 2021). Em 2020, esta é assumida com o 5º sinal vital, evidenciando-se assim a importância da sua atenção (Manoel et al., 2021).

Segundo Klaumann e colaboradores (2008) a dor pode ser aguda, considerada um sintoma, ou crónica, considerada uma doença e que persiste para além dos 3 meses (períodos estimado para a recuperação tecidual normal) (como citado em Manoel et al., 2021). A dor fisiológica é aquela que induz resposta protetora, como por exemplo a reação de fuga, sinal característico de dor aguda, causada por um estímulo intenso e nocivo na superfície da pele (Manoel et al., 2021). Quanto ao seu mecanismo, a dor pode dividir-se em dor nocicetiva e neuropática, sendo que a primeira resulta da ativação direta de nociceptores da pele ou outros tecidos, em resposta a uma lesão tecidual/inflamação, enquanto a segunda é originada pela lesão de nervos periféricos ou do SNC (Klaumann et al., 2008, como citado em Manoel et al., 2021).

A dor é subjetiva pois é singular a cada indivíduo, com influência das suas memórias, vivências experiências e emoções, e destaca-se entre os restantes sintomas em CP potencialmente geradores de sofrimento pela sua grande prevalência nesta área e pelo desafio constante que traz a quem almeja atingir o seu controlo (Rodrigues et al., 2020).

Esta é um sintoma muito comum em CP, nomeadamente na pessoa com doença oncológica, muitas vezes associada a estadios avançados da doença, e tem um impacto importante na qualidade de vida da pessoa, enquanto fator debilitante, com implicações em todos os contextos - físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Viana et al., 2023). Desta forma, o controlo adequado da dor pode melhorar significativamente a qualidade de vida da mesma mas, devido à sua natureza multifatorial este controlo pode tornar-se complexo e desafiante (Viana et al., 2023).

O controlo da dor em CP pode ser conseguido com recurso a terapias farmacológicas, terapias não farmacológica e a terapias combinadas (Viana et al., 2023). Este pode conseguir-se com recurso a fármacos analgésicos, nomeadamente opióides, anti-inflamatórios não esteróides e paracetamol, associados a fármacos adjuvantes, como por exemplo anticonvulsivantes (a gabapentina e a pregabalina são eficazes no tratamento da dor neuropática) e antidepressivos (a amitriptilina e a duloxetina também ajudam na dor crónica e neuropática) (Viana et al., 2023). Ainda, terapias complementares podem ter benefício para o controlo eficaz da dor, como por exemplo a fisioterapia, acupuntura, a terapia ocupacional e psicológica e meditação (Viana et al., 2023). Outras intervenções foram referidas na literatura como tendo benefício no controlo da dor, sendo estas: a comunicação verbal e não verbal, o vínculo e proximidade com a pessoa em CP, o toque terapêutico, a musicoterapia e a adequação do ambiente (aromaterapia e ajuste da luminosidade) (Rodrigues et al., 2020; Manoel et al., 2021).

Relata-se que muitas pessoas em CP são frequentemente subtratadas relativamente a este sintoma, o que pode dever-se a múltiplos fatores tais como a falta de conhecimento dos

profissionais, falta de recursos, medo dos efeitos colaterais e aumento da dependência, pelo que uma sensibilização para o uso adequado de doses e existência de protocolos de titulação devem ser considerados, visando diminuir esta problemática (Viana et al., 2023). Ainda, a abordagem individualizada e que atende às necessidades de cada um, manifesta ser um fator fundamental para o controlo da dor com segurança e eficácia (Viana et al., 2023).

Neste caso clínico, a dor crónica da pessoa em CP encontrava-se controlada, essencialmente pelo recurso a medidas farmacológicas, nomeadamente a administração do fentanilo TD, pelo que a dor que esta manifestava estava associada ao tratamento da FM.

Os fatores que concorrem para a dor da FM já foram descritos no subcapítulo “1.2.2 A Ferida Maligna” e a EONS (2015) recomenda a implementação de algumas intervenções que ajudam na minimização e controlo deste sintoma, nomeadamente: ponderar-se a administração de um analgésico em SOS antes do procedimento (conforme prescrição), e iniciar o tratamento da FM apenas após o início de ação deste fármaco (EONS, 2015). Ainda recorrer a técnicas de distração, de relaxamento e de visualização podem ter efeito positivo no controlo da dor associado ao tratamento da FM (EONS, 2015). Outras intervenções recomendadas pela EONS (2015), mas que se relacionam diretamente com a execução do tratamento da ferida maligna, encontram-se discriminadas no domínio “Pele e mucosas - Ferida Maligna”.

### **Sensações Somáticas - Prurido**

O prurido associado à FM já foi apresentado no subcapítulo “1.2.2 A Ferida Maligna”. Habitualmente, este não responde à administração de fármacos anti-histamínicos, mas inibidores seletivos da recaptção da serotonina, como a paroxetina, podem ser utilizados com benefício comprovado (Vicente et al., 2021). Existem algumas intervenções descritas na literatura que podem ajudar no alívio do mesmo, nomeadamente a utilização de apósitos que mantenham a pele hidratada, como o hidrogel, e a aplicação de creme hidratante na pele circundante à FM (EONS, 2015). Ainda a aplicação de produtos à base de mentol ou calamina creme na pele circundante e íntegra, tem benefício no controlo da sensação de prurido (Vicente et al., 2021).

Em casos mais extremos, em que apesar da implementação das intervenções anteriormente descritas o prurido se mantenha, pode recorrer-se à *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*, que diminui ou interrompe as mensagens dolorosas e aumenta o nível de endorfinas (Vicente et al., 2021).

### **Apetite**

A diminuição do apetite é um dos sintomas mais frequentes em CP, nomeadamente na pessoa

com doença oncológica, causada quer pela própria evolução da doença, como pelos efeitos laterais potenciados pela quimioterapia, radioterapia, ou outros fármacos administrados, que podem provocar redução na ingestão alimentar devido ao retardamento do esvaziamento gástrico, compromisso na absorção e desconforto abdominal (Duarte et al., 2020).

Para além da sua importância biológica, o alimento possui também um significado e carácter social e cultural, tanto para a pessoa em CP, como para a sua família/cuidador, que tem início a partir do seu nascimento e que não se extingue com a proximidade da sua morte (Duarte et al., 2020). O tema da nutrição em fim de vida levanta, frequentemente, questões éticas pois a alimentação está relacionada com o estilo de vida, valores culturais, envolve relações sociais e familiares e é interpretada na sociedade como símbolo de vitalidade (Paz et al., 2020).

Em CP, a referenciação precoce para o profissional nutricionista é de extrema importância pois a abordagem nutricional terá impacto direto na qualidade de vida da pessoa (Duarte et al., 2020). O EE, em colaboração com este profissional de nutrição, deve planear a dieta a oferecer respeitando as necessidades, desejos, vontades e preferências alimentares da pessoa, bem como respeitar a diminuição da ingestão de alimentos na fase final da vida (Duarte et al., 2020).

Apesar da diminuição de apetite, a *American Dietetic Associations* recomenda que a alimentação por via oral seja priorizada, desde que a pessoa manifeste o desejo e apresente condições que a permitam alimentar-se por essa via, evitando-se a via entérica (sonda nasogástrica ou gastrostomia percutânea endoscópica) e a via parentérica (como citado em Duarte et al., 2020) e deve privilegiar-se uma dieta de conforto, caracterizada pela dieta que é oferecida à pessoa, por via oral, que respeita a sua vontade e tolerância, e maximiza o conforto e bem-estar da mesma, mais do que atenta ao aporte nutricional (Fernandes et al., 2021).

Alguns aspetos importantes relacionados com esta dieta de conforto, e que devem ser explicados à família/cuidador, passam por esclarecer que a dieta oferecida deve ser de acordo com a vontade da pessoa, que não se deve forçá-la a comer, que o padrão alimentar da pessoa pode não ser semelhante ao da restante família e que isso deve ser respeitado, e alertar para o facto de que, em muitas situações de doença avançada, a diminuição do apetite é protetora porque o organismo não tem a mesma capacidade de realizar a digestão dos alimentos que tinha outrem (Fernandes et al., 2021). Deve ainda reforçar-se que, esta diminuição de alimentos ingeridos não irá levar a pessoa a morrer à fome, nem vai acelerar o momento da mesma, evidenciando que esta “não vai morrer porque não se está a alimentar mas sim não se alimenta porque está a morrer (dada a sua doença irreversível)” (Fernandes et al., 2021, p.104).

Algumas intervenções podem ser implementadas no sentido de gerir o apetite da pessoa, que se encontra comprometido, tais como: incentivar a pessoa a comer pela própria mão, se possível; disponibilizar todo o tempo e ajuda que ela necessita para se alimentar; privilegiar um ambiente calmo na hora das refeições; adequar o volume e composição das refeições (aumentar a ingestão calórica sem aumentar a quantidade); oferecer alimentos frios (ou à temperatura

ambiente) ou frescos; atender aos desejos de alimentos da pessoa e eliminar, assim, qualquer restrição alimentar; reduzir a condimentação dos alimentos (optar por ervas aromáticas, se possível); e evitar comida com cheiros muito intensos (Fernandes et al., 2021).

Desta forma, o objetivo principal relacionado com a diminuição do apetite em CP deve ser reduzir o desconforto associado à alimentação, promovendo uma experiência prazerosa e adaptada às preferências da pessoa (Fernandes et al., 2021).

### **Eliminação Intestinal**

A eliminação intestinal deve ser um foco de atenção em CP, pois a obstipação é um sintoma frequente nesta área (Porto et al., 2023), que afeta cerca de 48% das pessoas em CP, e até 87% destas e que estão sob medicação opióide (Silva, 2019). Tal facto deve-se à localização dos recetores de opióides, que se encontram distribuídos em células de todo o corpo (Silva et al., 2020). Os opióides, ao interagirem com os recetores  $\mu$  ( $\mu$ ) presentes no trato gastrointestinal, inibem a libertação de acetilcolina e outros neurotransmissores responsáveis por regular as contrações musculares do sistema entérico, comprometendo a motilidade intestinal, o que resulta numa maior absorção de líquidos e uma redução na secreção intestinal, tornando o bolo fecal mais seco (Silva et al., 2020). Além disso, ocorre uma diminuição dos espasmos do cólon e esfíncter anal, favorecendo o desenvolvimento de obstipação e gastroparesia (Silva et al., 2020).

A obstipação pode ser definida pela ocorrência de dejeções em número inferior a três vezes por semana, esforço defecatório significativo em mais de 25% das evacuações, presença de fezes endurecidas com possível formação de fecalomas, necessidade de recorrer a manobras manuais em mais de um quarto das ocasiões, sensação de evacuação incompleta e tempo de defecação superior a dez minutos (Araújo et al., 2021). No entanto, apesar destes critérios, a opinião subjetiva da pessoa em CP deve ser tida em conta (Araújo et al., 2021).

A origem da obstipação em CP é multifatorial, e pode ser causada pela própria obstrução ou compressão desencadeada pela progressão tumoral, pelo recurso a fármacos opióides, pela ingestão diminuída de alimentos, alimentos pobres em fibras, desidratação, astenia e diminuição da mobilidade, depressão, entre outros (Araújo et al., 2021).

Este é um sintoma que pode despoletar o descontrolo de tantos outros, como por exemplo aumento da dor, diminuição do apetite, náuseas e vómitos, retenção urinária ou mesmo confusão, pelo que a sua gestão é indispensável na manutenção da qualidade de vida da pessoa (Porto et al., 2023).

Neste caso clínico, o foco de atenção do domínio da Eliminação Intestinal é premente pela existência de fatores de risco para a presença de obstipação, sendo que esta não se verifica neste caso.

### **Pele e mucosas - Mucosa Oral**

Hespanhol (2010) afirma que cerca de 40% das pessoas com doença oncológica submetidas a quimioterapia sofrem com sintomas orais descontrolados, tais como: xerostomia, candidíase ou mucosite (como citado em Carneiro & Júnior, 2022). Desta forma, atentar ao cuidado oral destas pessoas pode impactar significativamente a qualidade de vida da mesma e, conseqüentemente, melhorar o seu bem estar físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Carneiro & Júnior, 2022).

A xerostomia define-se pela sensação de boca seca (Barbieri, 2020, como citado em Carneiro & Júnior, 2022), sintoma muito comum nas pessoas submetidas a quimioterapia, podendo permanecer mesmo após o término do tratamento, pelos danos irreversíveis que este provoca nas glândulas salivares, responsáveis pela produção de saliva (Carneiro & Júnior, 2022). A saliva permite a lubrificação da boca e da sua mucosa, facilitando a comunicação, a alimentação e a deglutição, com um papel importante na manutenção da saúde oral pela sua ação antibacteriana pois, através das suas lisozimas, decompõe a parede celular da bactérias, e contribui ainda para a cicatrização de feridas na mucosa oral, através da promoção da proliferação celular (Guillén-Miranda et al., 2023).

Atualmente, não existem estudos suficientes sobre o tratamento adequado da xerostomia em CP, no entanto a maioria das recomendações centram-se numa abordagem preventiva e de cuidados gerais à boca, com adequada escovagem dos dentes e o uso de um colutório oral antibacteriano (Carneiro, 2021). Ainda, a ingestão de líquidos é o método mais comumente relatado para aliviar a sensação de boca seca, bem como o recurso a lâminas de gelo ou água em spray (Carneiro, 2021; Guillén-Miranda et al., 2023). Além destas, algumas medidas podem ser implementadas com o objetivo de substituir a saliva, como é o caso dos substitutos de saliva (colutório, gel ou spray) que, apesar de imitarem a aparência e a viscosidade desta, aliviando a sensação de boca seca, não possuem as mesmas propriedades antimicrobianas e enzimáticas (Carneiro, 2021; Guillén-Miranda et al., 2023).

Para estimular a secreção de saliva, aplicável em pessoas cujas glândulas salivares ainda apresentam alguma função de produção da mesma, recomenda-se o uso de pastilha elástica ou rebuçados de sabor cítrico sem açúcar, se possível, e o recurso a alimentos cítricos e frescos como o ananás ou o limão (que por si só estimulam a salivação e promovem a humidificação das mucosas), nomeadamente a colocação de algumas gotas do mesmo num frasco spray com água, e ir aplicando frequentemente na mucosa oral ou, ainda, a sua congelação para sugar tal como um rebuçado (Carneiro, 2021). Não se deve descurar a hidratação labial, com benefício na diminuição de sensação de boca seca (Carneiro, 2021; Guillén-Miranda et al., 2023).

### **Pele e mucosas - Ferida Maligna [na mama esquerda]**

A FM, enquanto tema central deste relatório, já foi abordada no subcapítulo “1.2.2 A Ferida Maligna”. Esta é uma complicação comum em CP, particularmente em estádios avançados da doença oncológica, com impacto significativo na qualidade de vida da pessoa e que exige uma abordagem holística para um controlo eficaz e adequado dos seus sintomas (Vicente et al., 2021).

Enquadrando a FM numa perspetiva de CP, é relevante ressaltar que o que importa relativamente à gestão desta são as prioridades da pessoa, e não as da própria FM, reforçando a ideia de que o controlo de sintomas associados a esta é de tal forma desafiante que cabe ao EE aceitar e compreender que, não conseguindo reduzir ou eliminar o sintoma, deve ajudar a pessoa a viver o mais confortável possível com a presença do mesmo (Vicente et al., 2021).

Através da mnemónica HOPES, apresentaram-se no subcapítulo “1.2.2 A Ferida Maligna”, os sintomas mais prevalentes associados à FM – hemorragia, odor, dor/prurido, exsudado e infeção superficial -, e pretende-se, agora, perceber quais as intervenções recomendadas para gestão de cada um deles.

**Hemorragia:** existem algumas medidas não farmacológicas que promovem o controlo da hemorragia, nomeadamente a remoção cuidadosa dos apósitos e com irrigação abundante mas não traumática; apósitos não aderentes; executar compressão local (se se realizar com compressas secas deve utilizar-se uma interface de silicone para não aderir); e gerir crioterapia, se já existirem focos hemorrágicos (Vicente et al., 2021). Relativamente às medidas farmacológicas tópicas evidencia-se o uso de nitrato de prata e adrenalina tópica (1:1000), em focos hemorrágicos intensos, enquanto que nos focos hemorrágicos menos intensos pode aplicar-se ácido aminocapróico (3g - 10mL) ou o ácido tranexâmico (0,5-1g, 5-10mL) embebidos numa esponja hemostática, por exemplo; pode ainda justificar-se a aplicação de sucralfato (disperso no penso primário) ou de ácido aminocapróico em pó, disperso no leito da FM (Vicente et al., 2021). No que diz respeito às medidas farmacológicas sistémicas, a administração preventiva de ácido aminocapróico ou ácido tranexâmico (endovenoso) cerca de 30 minutos antes da execução do tratamento da FM, ou em tomas fixas diárias (VO), está recomendada quando a presença de hemorragia é constante, sendo que nestas situações, podem ainda ser aconselhados tratamentos de radioterapia e eletroquimioterapia (Vicente et al., 2021).

**Odor:** a própria avaliação do odor representa uma dificuldade sentida entre os profissionais de saúde, pois a utilização do termo “fétido” dificulta a compreensão da eficácia das intervenções implementadas, por se tratar de um termo único para caracterizar o odor da FM e, desta forma, a utilização de escalas de avaliação do odor, que têm como base o local onde o odor é percebido, mostram ter grande utilidade para a avaliação das intervenções implementadas e se estão, ou não, eficazes (Vicente et al., 2021). Para tal, o Sistema Teler: Escala de odor (Figura 4) é um dos instrumentos mais referidos na literatura, com importância enquanto ferramenta facilitadora da perceção das alterações e, conseqüentemente, com o controlo deste

sintoma (Vicente et al., 2021). Relativamente às estratégias úteis no controlo do odor passam por realizar a limpeza e desbridamento autolítico/enzimático da FM (se aplicável, ponderar risco-benefício, contraindicado quando existe risco de exposição de vaso nobre e conseqüente risco de hemorragia); troca regular de apósitos antes destes atingirem a saturação; recurso a agentes antimicrobianos (por exemplo, apósitos de prata, cadexómero de iodo, ou mel) e pensos filtrantes do odor (por exemplo apósitos de carvão ativado); aplicação de metronidazol gel/creme 0,75% no leito da ferida, com efeito na diminuição do odor pelas suas propriedades anti-inflamatórias e antibióticas, sendo que a sua aplicação deve ser interrompida quando o odor estiver controlado, e reiniciada quando recidivar (Vicente et al., 2021). Algumas medidas importantes para o controlo do odor no ambiente da pessoa com FM, pois nem sempre é possível conter todo o odor dentro do penso, e que manifestam impacto no autoconceito da pessoa em CP, estão discriminadas no domínio “Autoconceito”.

Sistema Teler	
5:	Sem odor
4:	Odor é detetado na remoção do curativo
3:	Odor evidente ao retirar a roupa
2:	Odor evidente a distância de “um braço”
1:	Odor evidente ao entrar no quarto
0:	Odor evidente ao entrar na casa/ala/clínica

Figura 4 – Sistema Teler: Escala de odor (Vicente et al., 2021, p.7)

**Dor:** Para além das intervenções já referidas anteriormente no domínio “Sensações Somáticas – Dor”, nomeadamente a administração de um analgésico em SOS antes do procedimento e o recurso a técnicas de distração, de relaxamento e de visualização (EONS, 2015), existem outras intervenções recomendadas para o controlo da dor na FM que se relacionam diretamente com a execução do tratamento à mesma, tais como: deve remover-se os adesivos e apósitos cuidadosamente; atentar à utilização de apósitos não aderentes e adequados às características da ferida e que promovam a humidade da mesma, pois esta protege as terminações nervosas expostas; considerar-se analgesia opióide tópica, para além da administrada inicialmente; realizar a limpeza do leito da ferida com soro fisiológico morno, se não houver risco de hemorragia, e evitar o friccionamento desta, preferindo a irrigação da ferida em vez da limpeza com compressa de gaze (EONS, 2015).

**Prurido:** Para além das intervenções já referidas anteriormente no domínio “Sensações Somáticas – Prurido”, a lavagem da pele circundante à FM com água tépida e sabão contribui para a diminuição do prurido e, conseqüentemente, para o conforto da pessoa (Vicente et al., 2021). A lesão da pele circundante por exsudado aumenta a sensação de prurido, pelo que esta

deve ser protegida com recurso a um produto-barreira (por exemplo as películas poliméricas, de silicone ou zinco 30%) (Vicente et al., 2021).

**Exsudado:** para o controlo deste sintoma, o foco da intervenção do EE deve ser a escolha de um penso que ofereça segurança em como o exsudado não irá repassar e se exteriorizar, sendo que apósitos de hidrofibra, espumas ou poliacrilatos podem ser uma opção interessante (Vicente et al., 2021). Se houver necessidade de utilizar duas camadas de apósitos, atentar a que a primeira deve ser não aderente e deve ter a capacidade de transferir o exsudado para a segunda, que deve ser muito absorvente (em feridas muito exsudativas, pode considerar-se a utilização de pensos higiénicos ou de incontinência como penso secundário) (Vicente et al., 2021).

**Infeção superficial:** o controlo da infeção contribuiu para o controlo de outros sintomas associados à FM, tais como o exsudado e o odor, pelo que intervenções no âmbito da limpeza e desbridamento (bem ponderado, conforme descrito acima), e a utilização de agentes/apósitos antimicrobianos, ajudam a controlar a carga microbiana e diminuir, assim, a infeção; pode também ser necessário a administração de antibioterapia sistémica, mas a sua eficácia poderá estar comprometida pelo deficiente aporte sanguíneo da FM (Vicente et al., 2021).

Em suma, importa sublinhar que apesar de todas estas recomendações, os pensos escolhidos para a execução do tratamento do FM devem ser antiaderentes, terem a capacidade de absorver grande quantidade de exsudado sem provocar lesão da pele circundante à mesma, serem capazes de efetuar trocas gasosas e de reduzir o odor (Vicente et al., 2021). Para além disto, devem ser confortáveis para a pessoa, esteticamente aceitáveis, permitindo manter a simetria do corpo tanto quanto possível, e serem maleáveis e flexíveis, adaptando-se à anatomia do corpo da própria pessoa com FM (Vicente et al., 2021).

### **Autoconceito**

O ideia de autoconceito centra-se nos aspetos psicológicos e espirituais da pessoa, e representa a combinação de convicções e sentimentos num determinado momento (Caldin et al., 2021). Este conceito compreende dois componentes principais: o *self-físico*, que envolve a perceção sensorial e a autoimagem corporal, e o *self-pessoal*, que integra o *self-consistência*, o *self-ideal* e o *self-ético-moral-espiritual* (Caldin et al., 2021).

Focando no *self-físico*, uma imagem corporal sem alterações físicas é sinónimo de equilíbrio e bem-estar, e está associada ao sentimento de felicidade e ao equilíbrio emocional, enquanto que as alterações físicas aparentes resultantes da doença, como por exemplo a existência de uma FM, podem trazer sentimentos de vergonha em relação à sua imagem e/ou sentimentos de constrangimento e preocupação com a opinião dos outros (Caldin et al., 2021), pelo que se torna evidente o grande impacto que esta, e os seus sintomas associados, têm na vida da

peessoa, não só pelas alterações significativas que provocam no conceito de autoimagem, mas também, no convívio social (Santos et al, 2020).

Neste contexto, é fundamental valorizar a abordagem integral como um modelo de cuidados em saúde, realçando o papel do enfermeiro na deteção de dificuldades de adaptação e na implementação de estratégias que favoreçam a superação desses desafios, promovendo mudança no processo de pensamento relacionado com o autoconceito (Caldin et al., 2021).

O odor é processado no bulbo olfativo, localizado no cérebro, e nos sistemas límbico e hipotalâmico, que desempenham um papel essencial na regulação do comportamento motivacional e emocional (Santos et al, 2020). Desta forma, exerce uma influência significativa no nível de stress psicológico, no risco de isolamento social, nas alterações relativas ao autoconceito e, conseqüentemente, com mais impacto na qualidade de vida da pessoa (Santos et al, 2020; Souza & Matsubara, 2024). Para além disto, a FM, especialmente na região mamária, pode impactar significativamente a imagem corporal da pessoa, o que reforça a necessidade de uma abordagem especializada do EE (Souza & Matsubara, 2024).

Algumas estratégias são úteis para minimizar o impacto negativo que a FM causa na qualidade de vida da pessoa e no seu autoconceito. Para o controlo do odor, já foram apresentadas algumas estratégias diretamente relacionadas com a execução do tratamento no domínio “Pele e mucosas – Ferida maligna”, no entanto existem mais algumas medidas que podem ser adotadas para minimizar o seu impacto, tais como: realizar o tratamento da FM imediatamente antes de qualquer interação social, evitando assim, a saturação dos apósitos, e utilização de perfume para disfarçar o odor (Beretta et al., 2020). Quando não é possível conter todo o odor dentro do penso, existem algumas medidas importantes para o controlo do mesmo no ambiente em que a pessoa se insere, tais como: arejamento do quarto; o uso de velas, ambientadores ou óleos essenciais, e recipiente com borras ou grão de café, areia de gato ou espuma de barbear, próximo do local onde a pessoa se encontra (Vicente et al., 2021).

### **Emoção - Ansiedade**

De acordo com Justo (2002), as pessoas com doença oncológica apresentam níveis elevados de sofrimento desencadeado pela própria vivência com uma patologia grave que pode ser fatal, e ainda pela perda de funcionalidade e autonomia em múltiplas dimensões, com impacto na interação familiar, profissional e social (como citado em Lixa, 2017). A ansiedade é um dos sintomas frequentemente experienciados, podendo estar associada tanto à incerteza da evolução da doença como aos efeitos secundários dos tratamentos, e as repercussões a nível psicológico podem ainda estar relacionadas com o impacto que tudo isto tem na dinâmica família, nas suas questões pessoais e no seu contexto social (Lixa, 2017).

A ansiedade pode ser: adaptativa, normalmente proporcional à ameaça, e alivia quando a

ameaça diminui; transitória, perante a incerteza da doença e aproximação da morte; desadaptativa, se for desproporcional à ameaça e com repercussões a nível físico e/ou psicológico; e antecipatória, que antecede alguns acontecimentos (Bernardo et al., 2016; Monteiro et al., 2021).

Em Portugal existem várias escalas de avaliação da ansiedade validadas, nomeadamente a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) (Ribeiro, 2020). Esta trata-se de uma escala de auto preenchimento e é composta por 14 itens divididos em duas subescalas, uma para a ansiedade e outra para a depressão, onde cada item é pontuado de 0 a 3, numa escala de *Likert* de 4 pontos, e valores mais elevados indicam níveis mais elevados de ansiedade e depressão, respetivamente (Ribeiro, 2020). Neste caso clínico esta escala não foi utilizada como um instrumento rígido mas sim como um guia orientador útil para aprofundar o estado emocional da pessoa em CP, de forma a interpretar este conceito de ansiedade à luz da história clínica desta, do seu contexto individual e das manifestações subjetivas da mesma.

Para entender a ansiedade da pessoa em CP é fundamental atender à história clínica detalhada desta e do seu contexto familiar e social e, o primeiro passo na abordagem e controlo deste sintoma passa por perceber qual a natureza do mesmo e quais são os fatores que o precipitam ou intensificam (Bernardo et al., 2016; Monteiro et al., 2021).

Neste caso clínico em concreto, a pessoa em CP manifestava sintomas característicos de ansiedade quando o seu marido tinha uma abordagem mais rude e incisiva com a equipa multidisciplinar, que era algo que acontecia recorrentemente. Neste contexto, identificada a natureza causal deste sintoma, importa compreender como se pode conseguir o seu controlo.

A comunicação é uma importante ferramenta no controlo da ansiedade, dando oportunidade à pessoa em CP de expressar os seus medos, angústias, frustrações e promover, assim, a ventilação da suas emoções (Bernardo et al., 2016; Monteiro et al., 2021). Para além disso, diminuir ou eliminar, se possível, a causa da ansiedade é uma intervenção fulcral no controlo da mesma, bem como o recurso a técnicas de relaxamento, tais como musicoterapia e massagem (Bernardo et al., 2016; Monteiro et al., 2021).

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) também apresenta um conjunto de medidas úteis no controlo da ansiedade, tais como: comunicar de forma calma e tranquila, mostrar-se disponível, executar escuta ativa, encorajar a verbalização de sentimentos, perceções e medos, e orientar para o uso de técnicas de relaxamento, tais como musicoterapia e massagem (Bulechek et al., 2016).

### 3.6. Concessão de Cuidados

#### Consciência

18-10-2024 08:00

18-10-2024 08:00 - Com indícios de compromisso da consciência.

#### **18-10-2024 08:00 - Consciência comprometida**

18-10-2024 08:00 - Abertura dos olhos: espontânea.

25-10-2024 14:30 - Abertura dos olhos: espontânea [MANTEVE].

18-10-2024 08:00 - Resposta verbal: confusa.

25-10-2024 14:30 - Resposta verbal: confusa [MANTEVE].

18-10-2024 08:00 - Resposta motora: obedece a ordens simples.

25-10-2024 14:30 - Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].

18-10-2024 08:00 - Pessoa com períodos de discurso incoerente.

25-10-2024 14:30 - Pessoa com períodos de discurso incoerente [MANTEVE].

#### **18-10-2024 08:00 - Determinar evolução da consciência**

*18-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciência*

25-10-2024 14:30

25-10-2024 14:30 - Com indícios de compromisso da consciência.

#### Sensações somáticas

18-10-2024 08:00

18-10-2024 08:00 - Manifesta prurido.

18-10-2024 08:00 - Manifesta dor.

#### **18-10-2024 08:00 - Prurido** [RESOLVIDO] 25-10-2024 14:30

18-10-2024 08:00 - Localização e intensidade do prurido

18-10-2024 08:00 - Mama Esquerda(o): moderada.

18-10-2024 08:00 - Localização específica do prurido: Pele periférica à ferida maligna [na mama esquerda]

#### **18-10-2024 08:00 - Determinar evolução do prurido** [FIM] 25-10-2024 14:30

*18-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do prurido [FIM] 25-10-2024 14:30*

#### **18-10-2024 08:00 - Diminuir prurido** [FIM] 25-10-2024 14:30

*18-10-2024 08:00 - Aplicar frio [FIM] 25-10-2024 14:30*

*18-10-2024 08:00 - Aplicar creme [FIM] 25-10-2024 14:30*

#### **18-10-2024 08:00 - Dor**

18-10-2024 08:00 - Localização da dor

18-10-2024 08:00 - Mama Esquerda(o)

18-10-2024 08:00 - Intensidade da dor - 7.

18-10-2024 08:00 - duração da dor - aguda.

18-10-2024 08:00 - dor de tipo - pontada.

25-10-2024 14:30 - Localização da dor

25-10-2024 14:30 - Mamilo Esquerda(o)

25-10-2024 14:30 - Intensidade da dor - 3.

25-10-2024 14:30 - duração da dor - aguda.

25-10-2024 14:30 - dor de tipo - pontada.

18-10-2024 08:00 - Frequência da dor: Aquando da realização do tratamento da ferida maligna [na mama esquerda]

25-10-2024 14:30 - Frequência da dor: Aquando da realização do tratamento da ferida maligna [na mama esquerda]

**18-10-2024 08:00 - Determinar evolução da dor**

*18-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da dor*

**18-10-2024 08:00 - Diminuir dor**

*18-10-2024 08:00 - Gerir analgesia*

*18-10-2024 08:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor*

25-10-2024 14:30

25-10-2024 14:30 - Sem manifestação de prurido [MELHOROU].

25-10-2024 14:30 - Manifesta dor [MANTEVE].

**Apetite**

18-10-2024 08:00

18-10-2024 08:00 - Ingeriu parte das refeições.

18-10-2024 08:00 - Apetite diminuído.

18-10-2024 08:00 - A pessoa refere: "Não me apetece comer nada do que vem no tabuleiro, não estou enjoada, simplesmente não me apetece aquela comida, e não tenho fome nem apetite para comer" (sic).

**18-10-2024 08:00 - Apetite comprometido**

**18-10-2024 08:00 - Determinar evolução do apetite**

*18-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do apetite*

*18-10-2024 08:00 - Referenciar compromisso do apetite ao serviço de nutrição*

**18-10-2024 08:00 - Melhorar apetite**

*18-10-2024 08:00 - Planear dieta*

**18-10-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: gestão do apetite [FIM]**

25-10-2024 14:30

18-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do apetite: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir

25-10-2024 14:30 - O cuidador manifesta ter conhecimento sobre gestão do apetite, conforme ensinado anteriormente [MELHOROU].

25-10-2024 14:30 - O cuidador adota comportamentos adequados relativamente à gestão do apetite [MELHOROU].

**18-10-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do apetite [RESOLVIDO] 25-10-2024 14:30**

*18-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do apetite [FIM] 25-10-2024 14:30*

*18-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre gestão do apetite [FIM] 25-10-2024 14:30*

25-10-2024 14:30

25-10-2024 14:30 - Ingeriu parte das refeições.

25-10-2024 14:30 - Apetite diminuído [MANTEVE].

25-10-2024 14:30 - Apesar de comer pouco a comida que vem no tabuleiro às grandes

refeições, a pessoa solicita alimentos que são da sua vontade, comendo-os [MELHOROU]

### **Eliminação intestinal**

18-10-2024 08:00

18-10-2024 08:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

18-10-2024 08:00 - Fezes: em moderada quantidade.

18-10-2024 08:00 - Consistência das fezes: Fezes moldadas com superfície lisa.

18-10-2024 08:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

18-10-2024 08:00 - Número de defecações por dia: 1.

18-10-2024 08:00 - Expulsão controlada de fezes.

#### **18-10-2024 08:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal**

*18-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal*

25-10-2024 14:30

25-10-2024 14:30 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [MANTEVE].

25-10-2024 14:30 - Fezes: em moderada quantidade.

25-10-2024 14:30 - Consistência das fezes: Fezes moldadas com superfície lisa.

25-10-2024 14:30 - Coloração das fezes: acastanhada.

25-10-2024 14:30 - Número de defecações por dia: 1.

25-10-2024 14:30 - Expulsão controlada de fezes [MANTEVE].

### **Pele e mucosas**

18-10-2024 08:00

18-10-2024 08:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

#### **18-10-2024 08:00 - Membrana mucosa comprometida**

18-10-2024 08:00 - Localização do compromisso da membrana mucosa

18-10-2024 08:00 - Cavidade oral

18-10-2024 08:00 - Mucosa seca.

18-10-2024 08:00 - Mucosa com fendas tecidulares.

25-10-2024 14:30 - Localização do compromisso da membrana mucosa

25-10-2024 14:30 - Cavidade oral

25-10-2024 14:30 - Mucosa seca.

25-10-2024 14:30 - Mucosa com fendas tecidulares.

18-10-2024 08:00 - A pessoa relatava sentir a boca muito seca e que isso lhe causava muito desconforto.

25-10-2024 14:30 - É perceptível que apesar de ainda apresentar a mucosa oral seca, a pessoa não manifesta o desconforto que antes manifestava, associado à sensação de xerostomia [MELHORADO].

#### **18-10-2024 08:00 - Determinar evolução da integridade das membranas mucosas**

*18-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas*

#### **18-10-2024 08:00 - Promover cicatrização da membrana mucosa**

*18-10-2024 08:00 - Aplicar creme*

*18-10-2024 08:00 - Tratar membrana mucosa*

*18-10-2024 08:00 - Lavar cavidade oral*

#### **18-10-2024 08:00 - Ferida maligna [na mama esquerda]**

18-10-2024 08:00 - Localização: na mama esquerda (região do mamilo).  
18-10-2024 08:00 - Comprimento: 3cm.  
18-10-2024 08:00 - Largura: 3cm.  
18-10-2024 08:00 - Tecido predominante no leito da ferida: tecido fibrótico.  
18-10-2024 08:00 - Tipo de exsudado: amarelado, em abundante quantidade, viscoso.  
18-10-2024 08:00 - Cheiro do exsudado: fétido.  
18-10-2024 08:00 - Segundo o Sistema Teler: Escala de odor: 1 - O odor da FM é evidente ao entrar no quarto da pessoa.  
18-10-2024 08:00 - Coloração da pele periférica: ruborizada.  
25-10-2024 14:30 - Localização: na mama esquerda (região do mamilo) [MANTEVE].  
25-10-2024 14:30 - Comprimento: 3cm [MANTEVE].  
25-10-2024 14:30 - Largura: 3cm [MANTEVE].  
25-10-2024 14:30 - Tecido predominante no leito da ferida: tecido fibrótico e de granulação [MELHOROU].  
25-10-2024 14:30 - Tipo de exsudado: amarelado, em moderada quantidade, viscoso [MELHOROU].  
25-10-2024 14:30 - Segundo o Sistema Teler: Escala de odor: 4 - O odor da FM é detetado na remoção do curativo [MELHOROU].  
25-10-2024 14:30 - Coloração da pele periférica: normal [MELHOROU]

**18-10-2024 08:00 - Determinar evolução da ferida maligna [na mama esquerda]**

*18-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da ferida maligna [na mama esquerda]*

**18-10-2024 08:00 - Controlar os sintomas associados à ferida maligna [na mama esquerda]**

*18-10-2024 08:00 - Executar tratamento de ferida maligna [na mama esquerda]*

25-10-2024 14:30

25-10-2024 14:30 - Alterações da integridade dos tecidos.

**Autoconceito**

18-10-2024 08:00

18-10-2024 08:00 - Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal.

18-10-2024 08:00 - Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo.

18-10-2024 08:00 - Revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física).

18-10-2024 08:00 - A pessoa refere não querer receber mais visitas, para além do seu marido, pois tem vergonha de que outros sintam o odor da sua ferida.

18-10-2024 08:00 - A pessoa não quer sair do seu quarto referindo "não quero sair daqui porque não quero incomodar os outros doentes e as outras pessoas com o cheiro da minha ferida".

**18-10-2024 08:00 - Autoconceito comprometido** [RESOLVIDO] 25-10-2024 14:30

**18-10-2024 08:00 - Determinar evolução do autoconceito** [FIM] 25-10-2024 14:30

*18-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do compromisso no autoconceito [FIM]*

25-10-2024 14:30

**18-10-2024 08:00 - Promover mudança no processo de pensamento**

**relacionado com o autoconceito** [FIM] 25-10-2024 14:30

*18-10-2024 08:00 - Implementar estratégias promotoras de mudança no processo de pensamento relacionado com o autoconceito* [FIM] 25-10-2024 14:30

25-10-2024 14:30

25-10-2024 14:30 - Não revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal [MELHOROU].

25-10-2024 14:30 - Não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo [MELHOROU].

25-10-2024 14:30 - Não revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) [MELHOROU].

25-10-2024 14:30 - A pessoa já aceita receber mais visitas, para além do seu marido [MELHOROU].

25-10-2024 14:30 - A pessoa já sai do seu quarto e convida com as restantes pessoas internadas e com os seus familiares [MELHOROU].

**Emoção**

18-10-2024 08:00

18-10-2024 08:00 - Sem indícios de humor depressivo.

18-10-2024 08:00 - Sem indícios de euforia.

18-10-2024 08:00 - Verbaliza ansiedade.

18-10-2024 08:00 - Manifestação de inquietação.

18-10-2024 08:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

18-10-2024 08:00 - Sem manifestação de pânico .

**18-10-2024 08:00 - Ansiedade** [RESOLVIDO] 25-10-2024 14:30

18-10-2024 08:00 - É perceptível que, na presença do seu marido, a pessoa fica mais inquieta, mais alerta e mais tensa.

18-10-2024 08:00 - Perante algumas intervenções do seu marido para com a equipa multidisciplinar (que decorrem na presença da pessoa), a mesma manifesta-se mais nervosa, com labilidade emocional e mais inquieta.

18-10-2024 08:00 - A pessoa verbalizava sentir-se ansiosa e quando questionada sobre qual a razão para se sentir assim a mesma responde "o meu marido sempre foi uma pessoa que ferve em pouca água, e as coisas que ele às vezes vos diz deixam-me ansiosa e nervosa, ele exalta-se muito e isso deixa-me assim" (sic).

**18-10-2024 08:00 - Determinar evolução da ansiedade** [FIM] 25-10-2024 14:30

*18-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da ansiedade* [FIM] 25-10-2024 14:30

*18-10-2024 08:00 - Referenciar ansiedade à psicóloga* [FIM] 25-10-2024 14:30

**18-10-2024 08:00 - Diminuir ansiedade** [FIM] 25-10-2024 14:30

*18-10-2024 08:00 - Executar técnica de relaxamento* [FIM] 25-10-2024 14:30

*18-10-2024 08:00 - Executar escuta ativa* [FIM] 25-10-2024 14:30

*18-10-2024 08:00 - Facilitar capacidade para comunicar sentimentos (CIPE - 10026616)* [FIM] 25-10-2024 14:30

*18-10-2024 08:00 - Controlo do Ambiente: Conforto (NIC - 6482)* [FIM] 25-10-2024 14:30

**18-10-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: gestão da ansiedade** [FIM]

25-10-2024 14:30

18-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

25-10-2024 14:30 - O cuidador manifesta ter conhecimento sobre as estratégias de autocontrolo da ansiedade, ensinadas anteriormente [MELHOROU].

25-10-2024 14:30 - O cuidador adota comportamentos sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [MELHOROU].

**18-10-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade** [RESOLVIDO] 25-10-2024 14:30

*18-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade [FIM] 25-10-2024 14:30*

*18-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade [FIM] 25-10-2024 14:30*

*18-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da ansiedade [FIM] 25-10-2024 14:30*

25-10-2024 14:30

25-10-2024 14:30 - Sem indícios de humor depressivo [MANTEVE].

25-10-2024 14:30 - Sem indícios de euforia [MANTEVE].

25-10-2024 14:30 - Não verbaliza ansiedade [MELHOROU].

25-10-2024 14:30 - Sem manifestação de inquietação [MELHOROU].

25-10-2024 14:30 - Sem manifestação de irritabilidade [MANTEVE].

25-10-2024 14:30 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

### 3.7. Especificação das intervenções

Aplicar creme

- Aplicação de hidratante labial (Carneiro, 2021; Guillén-Miranda et al., 2023).

Tratar membrana mucosa

- Incentivar ingestão de líquidos (Carneiro, 2021; Guillén-Miranda et al., 2023).
- Incentivar sugar lascas de gelo ou alimentos cítricos congelados (Carneiro, 2021).
- Incentivar o uso de pastilha elástica ou rebuçados de sabor cítrico sem açúcar (Carneiro, 2021).
- Usar spray com água e gotas de limão e aplicar na mucosa frequentemente (Carneiro, 2021).

Lavar cavidade oral

- Incentivar escovagem dos dentes e o uso de um colutório oral antibacteriano (Carneiro, 2021; Guillén-Miranda et al., 2023).

Planear dieta

- Determinar as preferências alimentares da pessoa (NIC, 2016; Fernandes et al., 2021).

- Atender aos desejos de alimentos da pessoa e eliminar, assim, qualquer restrição alimentar (Fernandes et al., 2021).
- Promover um ambiente ideal para o consumo da refeição: calmo e limpo (NIC, 2016; Fernandes et al., 2021).
- Optar por alimentos pouco condimentados (utilizar-se ervas aromáticas, se possível (Fernandes et al., 2021).
- Incentivar a pessoa a comer pela própria mão, se possível, disponibilizando todo o tempo e ajuda que ela necessita para se alimentar (Fernandes et al., 2021).
- Adequar o volume e composição das refeições (aumentar a ingestão calórica sem aumentar a quantidade) (Fernandes et al., 2021).
- Certificar que a temperatura da comida é a mais adequada (normalmente alimentos frescos, frios ou à temperatura ambiente são melhor tolerados) (NIC, 2016; Fernandes et al., 2021).

#### Gerir analgesia

- Administrar analgésico em SOS antes do procedimento (conforme prescrição), 30 minutos antes de executar o tratamento à FM (EONS, 2015).

#### Executar técnica de relaxamento

- Realizar técnica de distração: colocada música ambiente conforme preferência da pessoa (NIC; Bernardo et al., 2016; Monteiro et al., 2021).
- Realizar massagem relaxante (NIC; Bernardo et al., 2016; Monteiro et al., 2021).

#### Ensinar cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade

- Referir a importância de uma abordagem calma e tranquila à beira da pessoa em CP (NIC).
- Informar sobre a importância de incentivar a pessoa em CP a expressar os seus sentimentos, angústias e frustrações (NIC; Bernardo et al., 2016; Monteiro et al., 2021).

#### Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

- Técnicas de visualização (EONS, 2015): Durante a execução do tratamento da ferida maligna, incentivar a pessoa a fechar os olhos e imaginar que estava frente ao mar (sensação que a própria afirmava trazer-lhe conforto e sensação de bem-estar).
- Técnicas de distração (EONS, 2015; Rodrigues et al., 2020; Manoel et al., 2021): Durante a execução do tratamento da ferida maligna, colocada música ambiente conforme preferência da pessoa e incentivada a cantar (atividade que a mesma gostava muito de fazer e que lhe trazia prazer).

#### Executar escuta ativa

- Estar disponível para ouvir os sentimentos do doente (NIC; Bernardo et al., 2016; Monteiro et al., 2021).

#### Facilitar capacidade para comunicar sentimentos (CIPE - 10026616)

- Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos (NIC; Bernardo et al., 2016; Monteiro et al., 2021).
- Comunicar de forma calma e tranquilizadora (NIC).

Implementar estratégias promotoras de mudança no processo de pensamento relacionado com o autoconceito

- Realizar o tratamento da FM imediatamente antes de qualquer interação social, evitando a saturação dos apósitos (Beretta et al., 2020).
- Permitir ventilação do espaço onde a pessoa se encontra (Vicente et al., 2021).
- Colocação de perfume que seja da preferência da pessoa (Beretta et al., 2020).
- Colocação de ambientador no quarto da pessoa (Vicente et al., 2021).

Executar tratamento de ferida maligna [na mama esquerda]

- Remover os adesivos e apósitos cuidadosamente, com irrigação abundante mas não traumática (EONS, 2015; Vicente et al., 2021).
- Realizar a limpeza do leito da ferida com soro fisiológico morno, por irrigação da mesma (EONS, 2015; Vicente et al., 2021).
- Realizada limpeza da pele circundante com água tépida e sabão, e aplicação de produto-barreira (Vicente et al., 2021).
- Aplicação de metronidazol gel/creme 0,75% no leito da ferida (Vicente et al., 2021).
- Aplicação de hidrofibra, como penso primário (Vicente et al., 2021).
- Aplicação de poliacrilato, como penso secundário (Vicente et al., 2021).
- Aplicação de penso de carvão ativado, como penso terciário (Vicente et al., 2021).
- Fixação com adesivo (Vicente et al., 2021).

Ensinar cuidador sobre gestão do apetite

- Explicar ao cuidador que a dieta oferecida deve ser de acordo com a vontade da pessoa (Fernandes et al., 2021).
- Explicar ao cuidador que o padrão alimentar da pessoa pode não ser semelhante ao da restante família e que isso deve ser respeitado e não a forçar a comer (Fernandes et al., 2021).
- Alertar o cuidador para o facto de que, em muitas situações de doença avançada, a diminuição do apetite é protetora porque o organismo não tem a mesma capacidade de realizar a digestão dos alimentos que tinha (Fernandes et al., 2021).
- Explicar ao cuidador que a diminuição dos alimentos ingeridos não irá acelerar o processo de morte, mas que é sim desencadeada pela evolução da própria doença (Fernandes et al., 2021).

### **3.8. Síntese relativa ao caso**

Através da análise deste caso clínico fictício, foi elaborado um PIIC, sustentado na evidência científica previamente apresentada e com recurso à plataforma e4nursing. Este plano tem como objetivo refletir o processo de tomada de decisão na prática de Enfermagem avançada na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

A pessoa foi admitida na UCP a 15 de outubro de 2024, proveniente do serviço de urgência, acompanhada pelo seu marido, para controlo sintomático e organização de cuidados, conforme já referido anteriormente.

Na primeira sessão, realizada no dia 18 de outubro de 2024 durante o turno da manhã, foi realizada uma colheita de dados que permitiu identificar as necessidades da pessoa e do seu familiar/cuidador, as quais exigiam uma intervenção especializada para otimizar a qualidade de vida de ambos. Após a reavaliação, na segunda sessão, a 25 de outubro de 2024 no turno da tarde, foi possível dar termo a alguns diagnósticos e manter outros que ainda se encontravam comprometidos.

A pessoa apresentava resposta ocular espontânea e obedecia a ordens simples, contudo, manifestava períodos de discurso confuso e incoerente, situação que se manteve em ambos os momentos de avaliação.

Na primeira sessão, a pessoa referiu prurido localizado na pele periférica à FM, e dor associada à realização do tratamento da mesma. Com a implementação de intervenções direcionadas para a redução do prurido, particularmente através do cuidado à pele circundante à FM, verificou-se que, na reavaliação, a pessoa já não reportava esse sintoma, permitindo dar termo a esse diagnóstico. Relativamente à dor associada ao tratamento da FM, registou-se uma diminuição na verbalização da dor de 7 para 3, segundo a Escala Numérica da Dor, evidenciando que, apesar de o sintoma persistir, as intervenções implementadas tiveram um impacto positivo no conforto da pessoa.

Foi identificado um compromisso do apetite, manifestado pela diminuição da quantidade de alimentos ingeridos durante as refeições. Através da implementação de intervenções que visavam o respeito pelas preferências, horários e gostos da pessoa, conseguiu-se uma melhoria neste aspeto, embora o apetite continue, de facto, comprometido, aquando da reavaliação no segundo momento. Relativamente ao familiar/cuidador, inicialmente este demonstrava desconhecimento sobre gestão do apetite da pessoa nesta fase da sua DLV. Assim, foram realizados ensinamentos sobre o tema, ensinamentos estes que ele revelou ter adquirido, adotando comportamentos congruentes com as orientações fornecidas, facto comprovado na reavaliação.

Na primeira avaliação, a pessoa referia sentir a boca muito seca, com muito desconforto associado, apresentando a mucosa oral seca e com fendas tecidulares, pelo que foram implementadas intervenções dirigidas ao controlo deste sintoma. No momento da reavaliação, realizada na segunda sessão, foi perceptível que, apesar da membrana mucosa ainda se encontrar comprometida e a pessoa continuar a referir xerostomia, as intervenções mostraram-se úteis na sua gestão, proporcionando maior conforto em comparação com a avaliação realizada inicialmente.

A pessoa apresenta ainda uma FM na mama esquerda, caracterizada por tecido fibrótico,

exsudado em abundante quantidade e odor fétido, que era perceptível assim que se entrava no quarto. Através da implementação de intervenções que visavam o controlo destes sintomas associados à FM, registou-se uma melhoria significativa. Na reavaliação, a ferida já apresentava tecido de granulação, para além do tecido fibrótico, o exsudado passou a ser em moderada quantidade, e o odor era detetado apenas quando se removia o penso.

Dada a grande influência da FM no autoconceito da pessoa em CP, compreendeu-se que o odor proveniente da ferida afetava a forma como a pessoa se via a si mesma e como imaginava ser percebida pelos outros. Esta situação desencadeou isolamento social e uma tentativa de afastamento dos restantes familiares, para além do seu marido. Desta forma, através de intervenções que visavam o controlo do odor, tanto no próprio tratamento da ferida, como estratégias que permitissem minimizar a sua perceção no ambiente em que esta se inseria, foi possível minimizar drasticamente o impacto negativo deste sintoma. O sucesso das intervenções implementadas conduziu à eliminação de pensamentos de desvalorização pessoal e de sensação de ser um incómodo para os outros, promovendo a interação social da pessoa e a melhoria do seu autoconceito.

Observou-se que determinadas intervenções do familiar/cuidador para com os profissionais de saúde, nomeadamente pelo teor dos temas abordados ou pelo tom de voz utilizado, geravam inquietude, tensão emocional, labilidade emocional e uma atenção exacerbada na pessoa em CP, sendo que esta chegou, inclusive, a verbalizar sentir-se ansiosa quando o seu marido adotava tais abordagens com a equipa multidisciplinar. Para além das intervenções direcionadas para o controlo da ansiedade da pessoa, compreendeu-se a razão causal deste sintoma e identificaram-se comportamentos do familiar/cuidador passíveis de modificação, de forma a proporcionar um ambiente mais tranquilo e evitar estes momentos de maior ansiedade, fator que lhe provocava muito desconforto. Deste modo, no sentido de promover o papel do cuidador na gestão da ansiedade, foram-lhe ensinadas estratégias específicas, nomeadamente estratégias de evicção da ansiedade, que, na reavaliação, denota ter compreendido e demonstra adotar comportamentos que vão ao encontro do que foi ensinado, no momento da reavaliação.

A abordagem centrada na própria pessoa, assim como o incentivo ao envolvimento do seu familiar/cuidador, permitiu promover conforto e qualidade de vida da pessoa em CP. Este caso clínico releva o papel fundamental do Enfermeiro em CP, através da implementação de intervenções especializadas que dessem resposta às necessidades identificadas, principalmente na gestão da FM e às repercussões que esta manifesta apresentar em todos os contextos da vida da pessoa, nomeadamente no seu autoconceito.

Para facilitar a compreensão do PIIC, foram elaboradas tabelas que sistematizam a correspondência entre os dados colhidos, os diagnósticos, os objetivos, as intervenções de enfermagem e os critérios de resultados esperados, quer para a pessoa como para o seu

familiar/cuidador (ANEXO 1).



## 4. CASO 2

Pessoa do sexo feminino, na faixa etária entre os 40 e os 45 anos de idade, diagnosticada com carcinoma do colo do útero, com metastização hepática, óssea, supra-renal e cardíaca, desde início de 2023.

### 4.1. Enquadramento teórico

Pessoa do sexo feminino, na faixa etária entre os 40 e os 50 anos de idade. Vive com um filho, é divorciada. Tem irmãs com quem mantém bom relacionamento, vivem perto e são a sua rede de suporte, embora a pessoa seja renitente ao apoio destas (figura 5). O familiar de referência é uma das irmãs. Sem antecedentes de relevo.

Foi diagnosticada com um carcinoma do colo do útero no início de 2023. Realizou cirurgia, quimioterapia e radioterapia adjuvante até agosto de 2023. Por queixas algícas de longa data na região da coluna lombar, que limitam a sua mobilidade e dificultam a realização das atividades de vida diária, orientou-se para consulta da dor em julho de 2023. Identificou-se uma recidiva no início de 2024, com metastização hepática, óssea, supra-renal e cardíaca, a partir da qual realiza quimioterapia paliativa e radioterapia antiálgica, até julho do mesmo ano. Desde então que não realiza nenhum tratamento antineoplásico.

Após realização de tomografia computadorizada em outubro de 2024, são detetadas fraturas patológicas da clavícula esquerda e de múltiplas costelas, resultantes da metastização óssea da neoplasia primária.

Devido ao descontrolo sintomático, nomeadamente da dor, foi proposta para internamento numa UCP para controlo de sintomas, que a pessoa aceitou após compreender o objetivo do mesmo. À admissão na unidade apresenta-se consciente, orientada, autónoma e independente.

O presente caso clínico foi desenvolvido através da elaboração de um PIIC, sustentado na evidência científica que é apresentada, e com recurso à plataforma e4nursing. Esta plataforma incorpora a ontologia de enfermagem aprovada pela OE, e permite apresentar de forma completa e organizada o processo de tomada de decisão e conceção de cuidados de enfermagem.

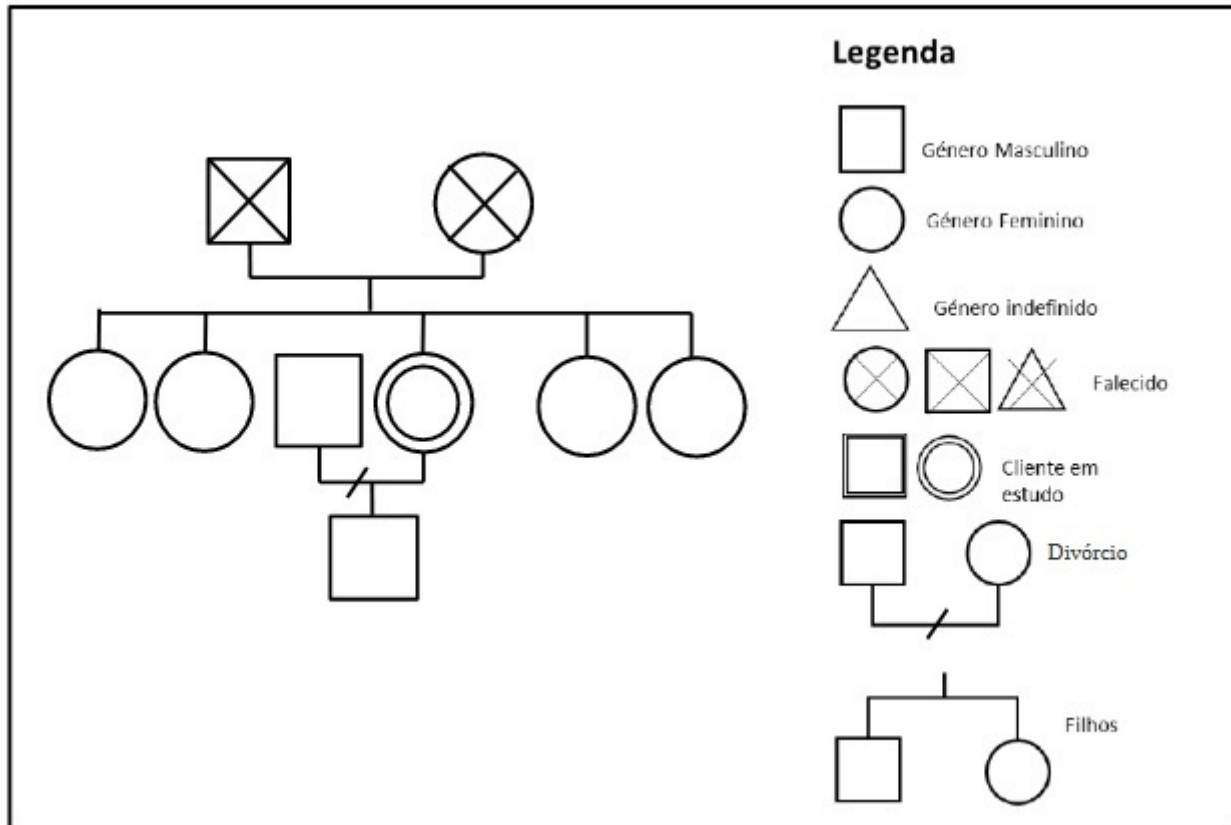


Figura 5 - Genograma Caso 2

#### 4.1.1. Patologias

##### Carcinoma do colo do útero

O carcinoma do colo do útero é um dos tipos mais comuns de cancro ginecológico, considerado um problema de saúde importante que atinge as mulheres em todo do mundo, cuja taxa de mortalidade é alta, nas mais variadas faixas etárias, com maior pico de incidência nas mulheres entre os 25 e 40 anos de idade (carcinoma *in situ*) e nas mulheres entre os 48 a 55 anos de idade (carcinoma invasor) (Barros et al., 2021).

A principal causa do carcinoma do colo do útero é a infeção por alguns tipos do Papilomavírus Humano (HPV), em especial os subtipos de alto risco, como o HPV-16 e o HPV-18 (Barros et al., 2021; Cardoso et al., 2024; Queiroz et al., 2024). A infeção genital causada por este vírus é muito frequente, transmitida principalmente por via sexual e, na maioria das vezes, não progride para doença oncológica, no entanto, em determinados casos podem desenvolver-se alterações celulares malignas, embora este processo ocorra de forma lenta (Barros et al., 2021).

Na maioria dos casos, a infeção por HPV não apresenta sinais nem sintomas, e este vírus pode ficar latente desde meses a anos, ou apresentar manifestações que não são perceptíveis a olho nu, no entanto, em casos em que ocorre diminuição da resistência do organismo, pode desencadear-se uma multiplicação do HPV e provocar o aparecimento de lesões (Barros et al.,

2021). Outras causas associadas ao desenvolvimento do cancro do colo do útero incluem o início precoce da atividade sexual (idade inferior a 16 anos), um número elevado de parceiros sexuais ao longo da vida e antecedentes de verrugas genitais (Cardoso et al., 2024). Ainda, um dos fatores de risco mais relevantes é o tabagismo ou mesmo a exposição ao mesmo, uma vez que os agentes carcinogénicos presentes no tabaco podem causar danos na informação genética das células do colo do útero, favorecendo o processo neoplásico (Cardoso et al., 2024).

A sintomatologia manifesta-se de acordo com a localização e progressão da doença, no entanto alguns sintomas mais frequentes são: ocorrência de corrimento vaginal com coloração amarelada, com odor fétido e, em alguns casos, com vestígios de sangue; irregularidades no ciclo menstrual; pequenas perdas hemáticas entre menstruações; sangramento após o contacto sexual e desconforto na região pélvica (Cardoso et al., 2024). Nos estadios mais avançados: a dor na região pélvica pode tornar-se mais intensa; pode apresentar anemia devido a hemorragias persistentes; dor lombar, hematúria e alterações no padrão urinário, causados pelo envolvimento ureteral; alterações no padrão intestinal por comprometimento do reto; e ainda dor na zona lombar e bacia pélvica associada ao possível comprometimento da parede pélvica (Cardoso et al., 2024).

Apesar de ser uma das principais causas de morte por patologia oncológica nas mulheres, também é um dos mais evitáveis, graças à prevenção e rastreio precoce que é possível através da realização do exame Papanicolau (citologia cervico-vaginal), que é um exame ginecológico que permite detetar alterações nas células do colo do útero (Barros et al., 2021). Um dos principais motivos para a não realização deste exame prende-se com o desconhecimento, pois, na maioria dos casos, as mulheres procuram a realização deste exame apenas quando há manifestação de sinais e sintomas (Barros et al., 2021). Este exame está recomendado a todas as mulheres que já iniciaram a sua atividade sexual, ou que se encontrem na faixa entre os 25 aos 65 anos de idade (Barros et al., 2021).

A prevenção do carcinoma do colo do útero assenta em três pilares principais, nomeadamente: a vacinação contra o HPV, disponível gratuitamente e integrada no Plano Nacional de Vacinação em Portugal (mais eficaz quando administrada antes do início da atividade sexual); o rastreio precoce através do Papanicolau e teste-HPV; e a promoção de um estilo de vida saudável, que inclui o uso de preservativo, cessação tabágica e adoção de um estilo de vida que permita a manutenção de um sistema imunitário forte (Cardoso et al., 2024).

Quando o carcinoma é diagnosticado, dependendo de caso para caso, pode ser realizada cirurgia – histerectomia –, quimioterapia e radioterapia ou a combinação destes, que podem ter intenção curativa ou paliativa, pelo que o prognóstico é tanto melhor quanto mais precocemente for realizado o diagnóstico (Queiroz et al., 2024).

Os enfermeiros e os restantes profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na prevenção desta patologia oncológica, nomeadamente através da educação para a saúde,

através do esclarecimento de questões relacionadas com o HPV, a importância da vacinação e medidas de prevenção e da promoção e sensibilização para o rastreio de forma regular (Barros et al., 2021).

## 4.2. Clientes

### Cliente

Adulto | Idade: 123 anos | Feminino

## 4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-11-21 08:00:00	Morfina 350mg/dia SC (DIB)	
2024-11-21 08:00:00	Cetamina 150mg/dia SC (DIB)	
2024-11-21 08:00:00	Ondansetrom 16mg/dia SC (DIB)	
2024-11-21 08:00:00	Delta-9-tetrahydrocannabinol + canabidiol, flor de cannabis sativa (THC+CBD 5+20mg/ml) 0,5mL PO, 2id	
2024-11-21 08:00:00	Mirtazapina 30mg PO, 1id	
2024-11-21 08:00:00	Bisacodilo 5mg PO, 1id	
2024-11-21 08:00:00	Macrogol + Bicarbonato de sódio + Cloreto de potássio + Cloreto de sódio, 2 saquetas PO, 2id	
2024-11-21 08:00:00	Morfina 50mg SC, se dor ou dispneia (SOS)	
2024-11-21 08:00:00	Ondansetrom 8mg SC, se náusea ou vômito (SOS)	
2024-11-21 08:00:00	Midazolam 2,5mg SC, se dor ou dispneia refratária à morfina (SOS)	
2024-11-21 08:00:00	Paracetamol 1000mg PO, se febre (SOS)	

### 4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

#### Morfina (SC)

A morfina e as suas características já foram abordadas no Caso 1 (ver página 45).

Neste caso clínico em específico, a perfusão subcutânea de morfina através do DIB, e em SOS quando necessário, prende-se com a necessidade de controlo da dor, associada ao diagnóstico principal da pessoa em CP, bem como pela dor provocada pelas múltiplas fraturas patológicas

resultantes da metastização óssea.

### **Cetamina (SC)**

Grupo terapêutico: Anestésico geral (Infarmed, 2022);

Indicações clínicas: Indução e manutenção da anestesia; analgesia em dor aguda e crónica (incluindo dor oncológica e neuropática) (Infarmed, 2022);

Mecanismo de ação / Pico de ação: Bloqueia os recetores N-metil-D-aspartato no SNC, impedindo a transmissão da dor e produzindo um estado dissociativo, onde a pessoa mantém funções cardiorrespiratórias mas apresenta analgesia e sedação; também interage com recetores opióides e monoaminérgicos, potenciando efeitos analgésicos e antidepressivos (Infarmed, 2022). O início de ação inicia-se 5-10 minutos após a administração SC, atingindo o pico de ação entre 15-30 minutos após a administração (Infarmed, 2022);

Potenciais reações adversas e efeitos secundários: Entre as reações adversas mais frequentes, evidenciam-se: alucinações, confusão, agitação, pesadelos, hipertensão, taquicardia, náusea e vômito e reação no local de administração (edema, rubor ou dor) (Infarmed, 2022);

Contraindicações: Hipersensibilidade à substância ativa; hipertensão arterial não controlada; doença cardiovascular grave; aneurisma cerebral; acidente cerebrovascular; trauma cerebral ou psicose ativa (Infarmed, 2022);

Implicações para a prática de enfermagem: Vigiar pressão arterial e pulso; vigiar nível de sedação e alterações do estado mental (alucinações); assegurar um ambiente calmo para evitar efeitos dissociativos (Infarmed, 2022);

Relevância para o caso clínico: Neste caso clínico em específico, a perfusão subcutânea de cetamina através do DIB prende-se com a necessidade de controlo da dor, uma vez que este fármaco se manifesta útil como adjuvante em pessoas a realizar terapêutica com analgésico opióides.

### **Ondansetrom (SC)**

Grupo terapêutico: Antiemético (Vallerand et al., 2016);

Indicações clínicas: Prevenção e tratamento de náuseas e vômitos associados à quimioterapia, radioterapia ou cirurgia (Vallerand et al., 2016);

Mecanismo de ação / Pico de ação: Bloqueia seletivamente os recetores 5-HT<sub>3</sub> da serotonina localizados no trato gastrointestinal e no centro do vômito no SNC, prevenindo a ativação do reflexo do vômito pela serotonina (Vallerand et al., 2016). O início de ação é aproximadamente

10-30 minutos após administração VSC do fármaco, com pico de ação entre os 30-40 minutos após administração (Vallerand et al., 2016);

Potenciais reações adversas e efeitos secundários: Entre as reações adversas mais frequentes, evidenciam-se: obstipação, diarreia, cefaleia, xerostomia e prolongamento do intervalo QT (Vallerand et al., 2016);

Contraindicações: Hipersensibilidade à substância ativa; síndrome do prolongamento QT congénito (Vallerand et al., 2016);

Implicações para a prática de enfermagem: Vigiar náusea e vômito antes e após administração da terapêutica, para avaliar a sua eficácia; vigiar distensão abdominal; monitorizar ECG em pessoas com doença cardíaca ou com terapêutica concomitante que prolongue o intervalo QT (ex: amiodarona, haloperidol) (Vallerand et al., 2016);

Relevância para o caso clínico: Neste caso clínico em específico, a perfusão de ondansetrom VSC através do DIB prende-se com a necessidade de prevenção da náusea associada aos fármacos opióides e à cetamina.

### **Delta-9-tetrahydrocannabinol + canabidiol, flor de cannabis sativa (THC+CBD 5+20mg/ml) (PO)**

Grupo terapêutico: Canabinóide (analgésico, antiespástico e antiemético) (Infarmed, 2024);

Indicações clínicas: Tratamento da espasticidade em pessoas com esclerose múltipla que não respondem a outros tratamentos; alívio da dor crónica (incluindo dor neuropática e dor oncológica); controlo da náusea e vômito induzido por quimioterapia; adjuvante no tratamento da epilepsia resistente a tratamento convencional; melhoria do apetite e da caquexia em pessoas com VIH ou cancro (Infarmed, 2024);

Mecanismo de ação / Pico de ação: O THC liga-se aos recetores CB1 e CB2 do sistema endocanabinóide, exercendo efeitos analgésicos, antieméticos e relaxantes musculares, enquanto o CBD atua principalmente como modulador destes recetores, reduzindo os efeitos psicoativos do THC e promovendo efeitos ansiolíticos, anticonvulsivantes e anti-inflamatórios (Infarmed, 2024). O início de ação é aproximadamente 30-90 minutos após administração oral, com pico de ação entre 2-4 horas após administração (Infarmed, 2024);

Potenciais reações adversas e efeitos secundários: Entre as reações adversas mais frequentes, evidenciam-se: tonturas, sedação, fadiga, euforia, alucinações, hipotensão, taquicardia e xerostomia (Infarmed, 2024);

Contraindicações: Hipersensibilidade à substância ativa; pessoas com história de psicose, esquizofrenia ou perturbação grave da personalidade ou outra perturbação psiquiátrica, exceto

depressão associada à doença subjacente; história de dependência prévia de drogas ou álcool; doença cardiovascular instável (Infarmed, 2024);

Implicações para a prática de enfermagem: Avaliar os níveis de sedação, de consciência e de alterações do estado mental (alucinações) durante a terapêutica; vigiar pressão arterial e frequência cardíaca durante a administração; não deve ser administrado às refeições (Infarmed, 2024);

Relevância para o caso clínico: Neste caso clínico em específico, este fármaco é utilizado perante a necessidade de controlo da dor oncológica, uma vez que este se revela útil como terapia adjuvante pois tem um mecanismo de ação distinto dos analgésicos opióides e da cetamina, atuando noutros recetores.

### **Mirtazapina (PO)**

Grupo terapêutico: Antidepressivo tetracíclico (Vallerand et al., 2016);

Indicações clínicas: Tratamento de depressão (Vallerand et al., 2016);

Mecanismo de ação / Pico de ação: Atua ao aumentar a libertação de noradrenalina e serotonina, potenciando os seus efeitos, melhorando os sintomas depressivos. O seu efeito terapêutico pode desenvolver-se apenas após várias semanas de tratamento (Vallerand et al., 2016);

Potenciais reações adversas e efeitos secundários: Entre as reações adversas mais frequentes, evidenciam-se: sonolência, obstipação, xerostomia, aumento do apetite, ganho de peso, aumento das enzimas hepáticas e hipotensão (Vallerand et al., 2016);

Contraindicações: Hipersensibilidade à substância ativa (Vallerand et al., 2016);

Implicações para a prática de enfermagem: Antes e após a administração - Avaliar o estado mental da pessoa, incluindo a orientação, humor e comportamento; a pressão arterial e a frequência cardíaca devem ser monitorizadas, sobretudo no início do tratamento (Vallerand et al, 2016). Em pessoas com antecedentes de convulsões ou abuso de álcool, deve ser feita uma vigilância rigorosa (Vallerand et al, 2016). Para além disso, avaliar a presença de sintomas de síndrome da serotonina (agitação, febre, hipertensão, taquicardia) (Vallerand et al, 2016).

Relevância para o caso clínico: Neste Caso Clínico, a mirtazapina é útil no controlo do humor da pessoa em CP.

### **Bisacodilo (PO)**

O bisacodilo e as suas características já foram abordados no Caso 1 (ver página 44).

Neste caso clínico em específico, o bisacodilo foi prescrito como tratamento e prevenção da obstipação associada à administração de fármacos opióides.

### **Macrogol + Bicarbonato de sódio + Cloreto de potássio + Cloreto de sódio (PO)**

O macrogol + bicarbonato de sódio + cloreto de potássio + cloreto de sódio e as suas características já foram abordados no Caso 1 (ver página 48).

Neste caso clínico em específico, este fármaco foi prescrito como tratamento e prevenção da obstipação associada à administração de fármacos opióides.

### **Midazolam (SC)**

O midazolam e as suas características já foram abordados no Caso 1 (ver página 46).

Neste caso clínico em específico, o midazolam foi prescrito em SOS, se dor ou dispneia refratária à morfina e, até então, não houve necessidade da sua administração.

### **Paracetamol (PO)**

O paracetamol e as suas características já foram abordados no Caso 1 (ver página 47).

Neste caso clínico em específico, o paracetamol foi prescrito em SOS, se febre e, até então, não houve necessidade da sua administração.

#### 4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

##### Sondas, Drenos e Cateteres

21-11-2024 08:00

###### **21-11-2024 08:00 - Cateter subcutâneo**

21-11-2024 08:00 - Localização do cateter subcutâneo

21-11-2024 08:00 - Abdómen

21-11-2024 08:00 - Características do dispositivo: nº24.

###### **21-11-2024 08:00 - Assegurar funcionamento do cateter**

21-11-2024 08:00 - Otimizar cateter subcutâneo [Sem horário]

###### **21-11-2024 08:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter**

21-11-2024 08:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter subcutâneo [Sem horário]

###### **21-11-2024 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter subcutâneo**

21-11-2024 08:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo [Sem horário]

###### **21-11-2024 08:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter subcutâneo**

21-11-2024 08:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter subcutâneo [Turno fixo: Manhã; SOS]

21-11-2024 08:00 - Trocar cateter subcutâneo [SOS]

##### 4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

##### Bomba Elastomérica

A bomba elastomérica (DIB) consiste num reservatório de plástico com um balão no seu interior onde é introduzida a medicação predeterminada criando, assim, uma pressão positiva contínua, com uma velocidade de fluxo fixa, que permite que o mesmo debite a medicação a um débito constante (López & Gregori, 2017). Existem diferentes modelos de DIB's, para diferentes dias de administração, com distintos fluxos de infusão e capacidade de volume do reservatório respetivamente (López & Gregori, 2017).

Com o sistema clampado, procede-se à introdução da medicação através da válvula unidirecional, completa-se com soro fisiológico até atingir o volume total do DIB e, de seguida, preenche-se sistema, desclampando o mesmo (López & Gregori, 2017). Para administração da medicação este deve ser adaptada a um cateter subcutâneo e fixado à pele com adesivo, prevenindo a sua saída acidental. Tendo em conta que alguns fármacos são fotossensíveis, o

DIB deve estar protegido da luz e os seus fabricantes desaconselham a sua reutilização (López & Gregori, 2017).

Neste caso, a medicação administrada por VSC, com recurso ao DIB ou administrada em SOS, foi necessária por não se ter conseguido um eficaz controlo da dor através da medicação administrada por VO. Desta forma, o recurso ao DIB, promoveu a autonomia da pessoa em CP, pois é um dispositivo leve e portátil, que não necessita de uma fonte de energia para o seu funcionamento (Valero et al., 2021).

#### 4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
21-11-2024 08:00	Consciência	
21-11-2024 08:00	Emoção	
21-11-2024 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
21-11-2024 08:00	Sensações somáticas	
21-11-2024 08:00	Eliminação intestinal	28-11-2024 14:30

##### 4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

###### Dor

A dor descrita neste caso é causada essencialmente pelas fraturas patológicas da clavícula esquerda e múltiplas costelas, causadas por metastização óssea da neoplasia primária e a principal razão para que o controlo da dor deve ser uma prioridade nos CP, nomeadamente na pessoa com neoplasia, é que este traz um real impacto positivo na qualidade de vida da mesma (Araújo et al., 2025).

Existem alguns mitos relacionados com a toma da morfina nomeadamente que o seu uso causa dependência ou que só é utilizada quando a pessoa está a morrer, como meio de acelerar o processo de morte, no entanto não existe evidência que mostre que o uso de opióides para o tratamento da dor intensa cause dependência e a experiência mostra que estes podem ser desprescritos, quando já não são necessários, sem qualquer sintomatologia de abstinência associada (Herrera et al., 2020).

Relativamente à ideia de que a morfina só é utilizada quando a pessoa está a morrer, é importante ressaltar que a dor nunca deve ser suportada, e a morfina deve ser utilizada sempre que for necessária, tendo em conta que é um dos fármacos de eleição recomendado pela OMS para alívio da dor moderada a severa, com facilidade de uso, disponibilidade e com grande

eficácia demonstrada (Guedes, 2022). Ainda, a ideia de que esta acelera o processo de morte mostra-se infundada pois esta não encurta a vida da pessoa em CP, apenas lhe permite viver de forma mais confortável, com mais capacidade para desfrutar da vida que lhe resta, através do controlo da dor (Herrera et al., 2020).

A progressão tumoral, com conseqüente aumento da dor, e a intensificação de outros sintomas que podem alterar o limiar da dor da pessoa em CP (como a náusea, a insónia, a angústia, entre outros), levam, por vezes, a uma necessidade de se proceder ao aumento da dose da morfina (Herrera et al., 2020). Ainda, necessidades psicoemocionais não resolvidas, podem tornar a dor um sintoma de difícil controlo, mesmo com doses elevadas deste fármaco prescritas, pelo que existem diversas causas que explicam a necessidade do ajuste de dose do opióide, que não se justifica pelo aumento de dependência ou tolerância à morfina (Herrera et al., 2020). A morfina é um dos poucos fármacos analgésicos que não tem teto terapêutico, isto é, a dose pode ser aumentada indefinidamente, enquanto a situação clínica da pessoa justificar, promovendo o conforto da mesma, tendo como limitação os efeitos adversos que se manifestem incontroláveis (Araújo et al., 2025).

No entanto, cabe ao EE desmistificar alguns conceitos relacionados com a toma deste fármaco e educar a pessoa para que esta compreenda o real benefício do mesmo, pois o desconhecimento pode levar a limitações quanto à sua utilização com conseqüente descontrolo da dor (Cifuentes, 2021).

### **Eliminação Intestinal**

Neste caso, alguns fatores podem estar a concorrer para a obstipação, nomeadamente a dor sentida, que altera a capacidade de mobilidade da pessoa, a diminuição de ingestão de líquidos e, essencialmente, a administração de opióides para controlo da dor, fatores de risco já apresentados no Caso 1 - domínio Eliminação Intestinal.

É recomendada a administração de fármacos laxantes aquando da prescrição de um opióide, de forma preventiva, pois o recurso lógico aos laxantes mostra-se importante na prevenção e tratamento da obstipação (Silva, 2019). No entanto, perante os diferentes tipos de laxantes (osmótico, estimulante, expensor de volume, emolientes e parafina líquida) existe um consenso de que uma associação entre um laxante osmótico (como a lactulose ou o macrogol) e um laxante estimulante (como o bisacodilo ou o sene) tem benefício para as pessoas em CP, contrariamente aos laxantes expansores de volume, emolientes e parafina líquida, que não são geralmente recomendados para estas, pois podem levar a um agravamento da obstipação (Silva, 2019).

Existem algumas medidas não farmacológicas que são importantes no tratamento da obstipação, nomeadamente: encorajar a atividade, incentivar a ingestão de líquidos e aumentar

a quantidade de fibras presente da dieta (atendendo às preferências da pessoa) (Araújo et al., 2021). Ainda, incentivar a que tente defecar 30 minutos após as refeições, no sentido de potenciar o efeito gastrocólico e atentar à promoção de um ambiente favorável, confortável e com privacidade (Araújo et al., 2020). Ponderar ainda, a necessidade de recorrer a manobras mecânicas, tais como massagem abdominal e extração manual de fecalomas, se aplicável (Araújo et al., 2021).

## **Emoção**

A pessoa com neoplasia pode apresentar um conjunto de emoções distintas, com sofrimento associado à sua situação enquanto “categoria intermediária entre a condição de vida e de morte” (Rodrigues, 2006, como citado em Macêdo, 2017, p.61).

A emoção abordada neste caso será o luto antecipatório da pessoa em CP.

### Luto antecipatório

O luto antecipatório (LA) tem sido um tema amplamente debatido por clínicos e investigadores ao longo das últimas décadas, no entanto, continua a ser um conceito pouco claro e insuficientemente compreendido, cuja falta de precisão na sua definição originou uma literatura dispersa, dificuldades na sua operacionalização e incertezas quanto à abordagem clínica mais adequada para os casos em que este tipo de luto ocorre (Siegel & Weinstein, 1983, como citado em Patinadan et al., 2022). Embora seja atualmente reconhecido como um fenómeno clínico válido, a existência de limitações do seu conceito e aplicabilidade, bem como a acumulação de informações contraditórias sobre a sua natureza, dificultam a conceção e implementação de intervenções eficazes (Fulton, Madden & Minichiello, 1996, como citado em Patinadan et al., 2022). Apesar dessas dificuldades, a literatura apresenta um consenso sobre a caracterização do LA, descrevendo-o como um processo de luto que ocorre antes da perda efetiva, desencadeado pela iminência de uma situação de grande significado emocional (Fulton et al., 1996, como citado em Patinadan et al., 2022).

Enquanto alguns autores, nomeadamente Barbosa (2016), distinguem o LA do Luto Preparatório (LP), outros afirmam que estes se relacionam (Rando, 1989, como citado em Patinadan et al., 2022). O primeiro define o LP como a experiência sentida pela própria pessoa com uma DLV e que se manifesta perante as sucessivas perdas sentidas ao longo do progredir desta, enquanto descreve o LA como o processo pelo qual os familiares/cuidadores experienciam perante uma morte anunciada de um ente querido. Já Rando (1986), afirma que o LA não se restringe à esfera social da perda iminente de um ente querido, podendo igualmente ser vivenciado pela própria pessoa que se encontra numa fase terminal. Nessa circunstância, o indivíduo confronta-se não apenas com a própria finitude, mas também com sucessivas perdas, como a autonomia, a esperança, os objetivos de vida e a perceção de um futuro, sendo que nestes, o LA existe

como fator preparatório para o culminar da sua própria vida (como citado em Patinadan et al., 2022).

A presença de uma DLV e a consciência da morte eminente constituem fatores que podem desencadear o LA, resultante das diversas perdas vivenciadas ao longo do percurso da doença (Patinadan et al., 2022). Nesse contexto, as diferentes fases do luto podem ser experienciadas ainda antes do falecimento da pessoa em CP, enquanto este vivencia os desafios, transformações e perdas impostas pela evolução da doença (Brito et al., 2024). Inicialmente, pode ocorrer uma fase de negação do diagnóstico, seguida pelo sentimento de revolta e raiva perante os impactos da doença; posteriormente, são comuns tentativas de negociação, na esperança de encontrar soluções que permitam reverter ou atenuar a condição clínica; segue-se uma fase onde a progressão da doença e o agravamento das dificuldades se intensifica e a pessoa pode experienciar um período de tristeza profunda; culminando, por fim, na aceitação da sua situação (Brito et al., 2024). Dessa forma, pode afirmar-se que a pessoa em CP vivencia um processo de LA que se intensifica à medida que a doença avança (Brito et al., 2024).

O LA está profundamente associado ao processo de aceitação da finitude e às crenças espirituais, no entanto este período pode ser marcado por manifestações de stress emocional e preocupação intensa, frequentemente acompanhadas por sentimentos de irritabilidade, raiva e isolamento social (Sousa, 2019). Apesar dos desafios inerentes, o LA pode igualmente constituir uma oportunidade para a resolução de conflitos e para a abordagem de questões pendentes, sendo que a comunicação eficaz entre os intervenientes assume um papel fundamental na facilitação deste processo (Reis et al., 2023).

De acordo com Grumann e Spiegel (2003), indivíduos em fase terminal que enfrentam questões por resolver, ansiedade, fadiga e dor tendem a experienciar um maior nível de angústia relativamente à morte (como citado em Patinadan et al., 2022). Por sua vez, estudos conduzidos por Chunlestskul, Carlson, Koopmans e Angen (2008) fazem referência ao caso de mulheres com neoplasia da mama em fase final de vida, que beneficiaram de uma gestão eficaz do LA, com apoio e informação pertinente e adequada, tendo a oportunidade de se prepararem, bem como de preparar as suas famílias para o desenlace, concluindo que estas demonstravam uma maior propensão para descreverem sentimentos de paz e crescimento pessoal (como citado em Patinadan et al., 2022).

Assim, a gestão do LA assume um papel crucial na promoção do bem-estar da pessoa em CP, constituindo uma prioridade essencial na prática do EE, sendo que os benefícios desta abordagem estendem-se não apenas à pessoa em situação paliativa, mas também ao seu contexto familiar e social, proporcionando um suporte abrangente e integrador.

Uma das abordagens mais referidas e utilizadas na gestão do LA é a Terapia da Dignidade, que se tem revelado uma ferramenta eficaz na promoção da qualidade de vida, na redução do sofrimento e no reforço do sentido de significado, propósito e dignidade em fim de vida

(Chochinov et al., 2011, como citado em Patinadan et al., 2022). Esta intervenção incide sobre as questões centrais do LA, incentivando a exploração das experiências de vida da pessoa, das suas memórias e das suas esperanças realistas para o futuro, com a possibilidade de criação de um documento escrito ou gravado, que pode ser partilhado com as suas pessoas significativas (conforme seja a sua vontade) perpetuando o seu legado pessoal (Chochinov et al., 2011, como citado em Patinadan et al., 2022).

Segundo Guo e colaboradores (2018), a pessoa em fim de vida apresenta, frequentemente, dificuldade em verbalizar e partilhar os seus sentimentos, necessidades e pensamentos mais profundos pelo que a promoção de uma comunicação eficaz entre a tríade profissional-pessoa-família se manifesta fulcral para promover a mudança no processo de pensamento relacionado com o LA. Para isto, o recurso a técnicas de comunicação são um instrumento adicional importante na gestão do LA da pessoa em CP, nomeadamente: “ask-tell-ask”, “NURSE”, “I wish” e “silence presence” (Shore et al., 2016). A técnica “ask-tell-ask” consiste em convidar a pessoa a falar sobre os seus sentimentos e/ou situação clínica, em grupo ou individualmente; “NURSE” trata-se de um acrónimo “N”- nomear a emoção (*name*); “U” - compreender a emoção (*understand*); “R”- respeito pelo que a pessoa nos diz (*respect*); “S”- apoiar a pessoa (*support*); “E”- explorar preocupações da pessoa (*explore*). Esta ferramenta foca-se em reconhecer, dar resposta e validar as respostas emocionais da pessoa e da sua família/cuidador; a estratégia “I wish” consiste em recorrer a afirmações que demonstrem à pessoa em CP que as suas dificuldades e necessidades são reconhecidas, à medida que ela lamenta as várias perdas sentidas, tentando colocar de parte o papel de profissional de saúde e responder à mesma como um ser humano comum, recorrendo a expressões como “quem me dera ter melhores notícias para lhe dar...; por último, o “silence presence” permite que existe um espaço para tomada de decisão, não deixando de providenciar suporte e apoio (Shore et al., 2016).

Disponibilizar informações sobre o próprio LA, bem como normalizar a sua experiência, é uma intervenção descrita na literatura como facilitadora no processo de LA (Shore et al., 2016). Para além desta, os mesmos autores referem que a educação da pessoa em CP sobre questões somáticas importantes (como higiene do sono, guia nutricional), o apoio espiritual, atualizações frequentes e detalhas sobre o seu estado e da sua doença podem aliviar o seu sofrimento, proporcionar tranquilidade à família/cuidadores, e promover uma gestão do LA mais eficaz (Shore et al., 2016). Ainda, evidencia-se a importância em promover uma comunicação eficaz entre a pessoa em CP e a sua família/cuidadores, facilitando uma comunicação aberta entre as partes (Shore et al., 2016). O controlo sintomático, particularmente o controlo da dor, também se mostra uma estratégia particularmente importante, bem como os cuidados focados no conforto da pessoa (Shore et al., 2016).

## 4.6. Conceção de Cuidados

### Consciência

21-11-2024 08:00

21-11-2024 08:00 - Consciente.

### Sensações somáticas

21-11-2024 08:00

21-11-2024 08:00 - Manifesta dor.

#### **21-11-2024 08:00 - Dor**

21-11-2024 08:00 - Localização da dor: região lombar e clavicular à esquerda.

21-11-2024 08:00 - Intensidade da dor: 7.

#### **21-11-2024 08:00 - Determinar evolução da dor**

*21-11-2024 08:00 - Avaliar evolução da dor*

28-11-2024 14:30 - Localização da dor

28-11-2024 14:30 - Tórax Esquerda(o)

28-11-2024 14:30 - Intensidade da dor - 7.

28-11-2024 14:30 - frequência da dor - intermitente.

#### **21-11-2024 08:00 - Diminuir dor**

*21-11-2024 08:00 - Gerir analgesia*

*21-11-2024 08:00 - Aplicar restrição física da mobilidade*

#### **21-11-2024 08:00 - Promover autocontrolo: dor [FIM] 28-11-2024 14:30**

21-11-2024 08:00 - Significado atribuído às estratégias farmacológicas de alívio da dor: dificultador

21-11-2024 08:00 - A pessoa refere "tenho receio de morrer por causa da quantidade de medicação que estou a tomar" (sic) (relativamente à morfina prescrita).

21-11-2024 08:00 - A pessoa refere "só chamo mesmo quando não aguento mais as dores, porque não quero estar sempre a fazer tanta medicação..." (relativamente à morfina prescrita).

28-11-2024 14:30 - Significado atribuído às estratégias farmacológicas de alívio da dor: não dificultador [MELHOROU].

#### **21-11-2024 08:00 - Potencial para melhorar significado atribuído às**

**estratégias farmacológicas de alívio da dor** [RESOLVIDO] 28-11-2024 14:30

*21-11-2024 08:00 - Avaliar evolução do significado atribuído às estratégias farmacológicas de alívio da dor*

*21-11-2024 08:00 - Ensinar sobre estratégias farmacológicas de alívio da dor*

*21-11-2024 08:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador sobre estratégias farmacológicas de alívio da dor*

### Eliminação intestinal

21-11-2024 08:00

21-11-2024 08:00 - Número de defecações por semana: 2.

21-11-2024 08:00 - Ausência de massa palpável de fezes no reto.

21-11-2024 08:00 - Expulsão controlada de fezes.

21-11-2024 08:00 - A pessoa refere "a meu intestino funciona cerca de 1/2 vezes por semana, e as fezes são sempre duras e tenho de fazer muito esforço".

**21-11-2024 08:00 - Obstipação** [RESOLVIDO] 28-11-2024 14:30

**21-11-2024 08:00 - Determinar evolução da obstipação** [FIM] 28-11-2024 14:30

*21-11-2024 08:00 - Avaliar evolução da obstipação [FIM] 28-11-2024 14:30*

*28-11-2024 14:30 - Número de defecações por semana: 4.*

**21-11-2024 08:00 - Promover autogestão: obstipação** [FIM] 28-11-2024 14:30

*21-11-2024 08:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.*

*21-11-2024 08:00 - Conhecimento sobre regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.*

*21-11-2024 08:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.*

*21-11-2024 08:00 - Quando a pessoa apresenta dejeção recusa a administração de medicação laxante que está prescrita a horas fixas, apenas solicitando a mesma quando já não apresenta dejeções há mais de 4 dias.*

**21-11-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético** [RESOLVIDO] 28-11-2024 14:30

*21-11-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [FIM] 28-11-2024 14:30*

*28-11-2024 14:30 - Conhecimento sobre regime dietético: facilitador [MELHOROU].*

*21-11-2024 08:00 - Ensinar sobre regime dietético [FIM] 28-11-2024 14:30*

*21-11-2024 08:00 - Incentivar uso de estratégias de autogestão: obstipação [sobre regime dietético] [FIM] 28-11-2024 14:30*

**21-11-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso** [RESOLVIDO] 28-11-2024 14:30

*21-11-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime medicamentoso [FIM] 28-11-2024 14:30*

*28-11-2024 14:30 - Conhecimento sobre regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].*

*21-11-2024 08:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso [FIM] 28-11-2024 14:30*

*21-11-2024 08:00 - Incentivar uso de estratégias de autogestão: obstipação [sobre regime medicamentoso] [FIM] 28-11-2024 14:30*

**21-11-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de exercício** [RESOLVIDO] 28-11-2024 14:30

*21-11-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de exercício [FIM] 28-11-2024 14:30*

*28-11-2024 14:30 - Conhecimento sobre regime de exercício: facilitador [MELHOROU].*

*21-11-2024 08:00 - Ensinar sobre regime de exercício [FIM] 28-11-2024 14:30*

*21-11-2024 08:00 - Incentivar uso de estratégias de autogestão: obstipação*

*[sobre regime de exercício] [FIM] 28-11-2024 14:30*  
21-11-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão da obstipação [FIM]  
28-11-2024 14:30  
28-11-2024 14:30 - Adota comportamentos de autogestão da obstipação.

## **Emoção**

21-11-2024 08:00

21-11-2024 08:00 - Não manifesta negação da perda.  
21-11-2024 08:00 - Manifesta pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda.  
21-11-2024 08:00 - A pessoa é renitente ao apoio e assistência por parte dos profissionais de saúde para a realização das atividades de vida diária, pois "assumir que preciso de ajuda é assumir que estou muito mal" (sic).  
21-11-2024 08:00 - Encontra-se sentada no cadeirão, com fáceis de dor. Quanto questionada sobre se não estaria melhor no leito para descansar um pouco, a mesma refere "Não quero ficar presa a uma cama" (sic).  
21-11-2024 08:00 - Apesar de ter acordado com a equipa de enfermagem que tocava à campainha quando quisesse ir tomar banho, a pessoa vai sozinha sem solicitar auxílio. Quando a enfermeira entra no quarto, encontra a pessoa sentada na sanita a chorar pois "quero muito fazer sozinha mas não estou a conseguir".  
21-11-2024 08:00 - A pessoa é informada pelo médico assistente de que foi discutido o seu caso clínico e que tinham ponderado não realizar mais nenhum tratamento de quimioterapia ou radioterapia. A pessoa manifesta-se muito revoltada com esta decisão.  
21-11-2024 08:00 - A pessoa refere "sinto que todos os dias perco mais forças e consigo fazer menos coisas sozinha...não consigo aceitar isto, não aceito esta derrota".  
21-11-2024 08:00 - Ao falar sobre a sua morte, a pessoa refere "o que mais me preocupa sobre vir a morrer é o meu filho ser tão pequenino, porque sei que ele quando crescer, pouco se vai lembrar de mim".  
21-11-2024 08:00 - Quando questionada sobre a possibilidade de ter alta para o domicílio de uma das irmãs a mesma refere "nem pensar, se sair daqui quero ir para minha casa. Não quero, nem vou, ser um fardo para ninguém, já chega ser um fardo para mim própria".

### **21-11-2024 08:00 - Luto [antecipatório] comprometido**

#### **21-11-2024 08:00 - Determinar evolução do luto [antecipatório]**

*21-11-2024 08:00 - Avaliar evolução do luto [antecipatório]*

#### **21-11-2024 08:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o luto [antecipatório]**

*21-11-2024 08:00 - Executar escuta ativa*

*21-11-2024 08:00 - Apoio Espiritual (NIC - 5420)*

*21-11-2024 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização;*

*21-11-2024 08:00 - Controlo do Ambiente: Conforto (NIC - 6482)*

*21-11-2024 08:00 - Facilitar capacidade para comunicar sentimentos (CIPE - 10026616)*

#### **21-11-2024 08:00 - Promover autocontrolo: processo de pensamento relacionado com o luto [antecipatório]**

21-11-2024 08:00 - Conhecimento sobre o luto [antecipatório]: necessita ser

melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

21-11-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto [antecipatório]: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-11-2024 14:30 - Conhecimento sobre luto [antecipatório]: facilitador [MELHOROU].

28-11-2024 14:30 - Consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto [antecipatório]: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

**21-11-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre o luto [antecipatório]** [RESOLVIDO] 28-11-2024 14:30

*21-11-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre o luto [antecipatório] [FIM] 28-11-2024 14:30*

*21-11-2024 08:00 - Ensinar sobre luto [antecipatório] [FIM] 28-11-2024 14:30*

**21-11-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o apoio das pessoas significativas e o luto [antecipatório]**

*21-11-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o apoio das pessoas significativas e o luto [antecipatório]*

*21-11-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre o apoio das pessoas significativas e o luto [antecipatório]*

#### 4.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre regime dietético

- Explicar a importância do aumento da ingestão de líquidos (NIC; Araújo et al., 2017).
- Explicar a importância da dieta com alto teor de fibras (NIC; Araújo et al., 2017).
- Reforçar a importância da implementação um plano de eliminação intestinal - tentar defecar 30 minutos após as refeições, no sentido de potenciar o efeito gástrico (NIC; Araújo et al., 2017).

Ensinar sobre regime de exercício

- Referir importância da mobilidade e atividade da pessoa, conforme sua capacidade (Araújo et al., 2017)

Ensinar sobre regime medicamentoso

- Informar que a medicação laxante prescrita deve ser administrada independentemente de ter tido dejetos ou não, se não for diarreia (Silva, 2019)
- Explicar que a medicação analgésica presente no DIB e nos SOS têm como efeito secundário a risco de obstipação, pelo que a medicação laxante deve ser tomada sempre, ainda que de forma preventiva (Silva, 2019)

Aplicar restrição física da mobilidade

- Aplicar imobilizador de ombro (conforme prescrição médica).

#### Executar escuta ativa

- Estar disponível para ouvir os sentimentos da pessoa (NIC)
- Expressar empatia pelos sentimentos da pessoa (NIC)

#### Apoio Espiritual (NIC - 5420)

- Encorajar uma retrospectiva de vida (NIC) (Shore et al., 2016)
- Encorajar momentos de privacidade e tranquilidade para as atividades espirituais (NIC) (Shore et al., 2016)

#### Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização;

- TERAPIA DA DIGNIDADE: Abordar aspetos e questões importantes da vida da pessoa (Patinadan et al, 2022)
- TERAPIA DA DIGNIDADE: Transposição dessa informação para documento escrito/gravado (Patinadan et al, 2022)
- TERAPIA DA DIGNIDADE: Revisão desse documento partilhada entre a pessoa e a enfermeira (Patinadan et al, 2022)
- TERAPIA DA DIGNIDADE: Posterior partilha desse documento com pessoa significativa - neste caso, o filho - aquando da morte da pessoa em CP, segundo sua vontade (Patinadan et al, 2022)

#### Controlo do Ambiente: Conforto (NIC - 6482)

- Criar um ambiente calmo e acolhedor (NIC) (Shore et al., 2016)
- Providenciar a escolha de visitas (NIC) (Shore et al., 2016)

#### Facilitar capacidade para comunicar sentimentos (CIPE - 10026616)

- Atender ao desejo de discutir sobre a morte (NIC)
- Encorajar a pessoa a partilhar os sentimentos sobre a morte (NIC) (Shore et al., 2016; Guo et al., 2018)
- Usar comunicações terapêuticas para estabelecer a confiança (NIC) (Shore et al., 2016; Guo et al., 2018)
- Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos (NIC) (Shore et al., 2016; Guo et al., 2018)

#### Ensinar sobre luto [antecipatório]

- Disponibilizar informações sobre luto antecipatório (Shore et al., 2016)
- Normalizar a sua experiência relacionada com o luto antecipatório (Shore et al., 2016)

#### Analisar com o cliente a relação entre o apoio das pessoas significativas e o luto [antecipatório]

- Identificação das pessoas significativas (Guo et al., 2018).
- Promover comunicação eficaz entre a pessoa e as suas pessoas significativas (Shore et al, 2016; Guo et al., 2018).
- Auxiliar a pessoa a identificar um significado partilhado para a morte, com a sua família (NIC)
- Facilitar a discussão sobre o impacto da situação no relacionamento familiar (NIC)

- Incentivar a manutenção de amizades e relações (NIC)

Ensinar sobre estratégias farmacológicas de alívio da dor

- Informar que a morfina é um dos fármacos de eleição para alívio da dor moderada a severa, com grande eficácia demonstrada (Guedes, 2022)
- Desmistificar a crença de que a morfina acelera o processo de morte, e esclarecer o seu verdadeiro propósito (Herrera et al., 2020)
- Explicar que a dose da morfina prescrita é titulada de forma individual para cada pessoa e conforme as necessidades da mesma (Herrera et al., 2020)
- Explicar que a necessidade de ajuste da dose se prende com a intensificação de sintomas descontrolados, e não pelo desenvolvimento de dependência ou tolerância (Herrera et al., 2020)
- Ressaltar que a dor nunca deve ser suportada, e que a morfina pode, e deve, ser administrada sempre que for necessária (Herrera et al., 2020)

#### **4.8. Síntese relativa ao caso**

A partir da análise deste caso clínico fictício, foi desenvolvido um PIIC, sustentado na evidência científica previamente apresentada e com recurso à plataforma e4nursing. Este plano tem como objetivo refletir o processo de tomada de decisão na prática de Enfermagem avançada na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

A pessoa em questão foi admitida na UCP a 18 de novembro de 2024, proveniente do seu domicílio e acompanhada por uma das suas irmãs, para controlo sintomático, conforme referido anteriormente. À data da admissão, apresentava-se consciente e orientada, situação que se manteve em todos os contactos.

A primeira sessão, realizada no dia 21 de novembro de 2024 durante o turno da manhã, foi o primeiro contacto com a pessoa. Nesta realizou-se uma colheita de dados que permitiu identificar as principais necessidades. Na segunda sessão, realizada no dia 28 de novembro de 2024, procedeu-se à reavaliação das intervenções implementadas, com o intuito de aferir a sua eficácia.

Na avaliação, foi possível verificar que a pessoa apresentava dor aguda na região lombar e clavicular à esquerda, que classifica de intensidade 7, na Escala Numérica da Dor. Através da gestão da medicação analgésica prescrita em SOS e da aplicação de um imobilizador de ombro, conforme orientação médica, foi possível alcançar um controlo da dor durante períodos prolongados. A pessoa encontrava-se a fazer medicação analgésica de forma contínua, através do DIB e medicação analgésica a horas fixas (9h e 21h) administrada por via oral. No contexto da dor aguda referida, a pessoa recorria, em média, a duas administrações diárias de morfina

50mg subcutânea em SOS, com resposta eficaz. No entanto, aquando do primeiro contacto, manifestava alguma resistência relativamente à administração desta medicação em SOS pois acreditava que a morfina provocava dependência e acelerava o processo de morte. Neste sentido, revelou-se fundamental uma intervenção especializada e esclarecedora, que respondesse às suas dúvidas e permitisse desmistificar os mitos associados a este fármaco, prevenindo significados negativos que pudessem comprometer a sua adesão ao plano terapêutico. Na reavaliação, constatou-se que a pessoa adquiriu este conhecimento e passou a reconhecer a administração da morfina em SOS como um fator essencial no controlo da dor irruptiva e promotor do seu conforto.

Verificou-se, ainda, que a eliminação intestinal da pessoa se encontrava comprometida e que havia comportamentos passíveis de modificação através da implementação de intervenções relacionadas com o ensino. Deste modo, no sentido de promover a autogestão da obstipação foram realizados ensinamentos sobre medidas dietéticas, medicamentosas e de exercício, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida associada ao seu padrão de eliminação intestinal. Na reavaliação, a pessoa demonstrou ter compreendido a informação transmitida e evidenciou adotar comportamentos que vão ao encontro do que foi ensinado.

Na avaliação inicial, com base nos dados colhidos, foi também possível perceber que a pessoa vivenciava um processo de luto antecipatório, manifestando sofrimento pelas sucessivas perdas sentidas e associadas à sua condição, a sua relutância em aceitar apoio (mesmo por parte dos profissionais de saúde), a sua revolta perante a doença e a inevitabilidade da sua morte, bem como a preocupação com a possibilidade de ser esquecida pelo filho após o seu falecimento. Considerando a complexidade e os desafios inerentes à gestão do luto antecipatório, quando este se demonstra comprometido, e os seus potenciais impactos negativos em todos os contextos da vida da pessoa - físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental -, destaca-se a importância de implementar intervenções especializadas e baseadas na melhor evidência científica, com o objetivo de mitigar os efeitos adversos decorrentes de um luto antecipatório mal gerido.

Reconhece-se que, neste caso clínico, a intervenção incidiu exclusivamente na pessoa em situação paliativa, não tendo sido incluída a sua família. Apesar de estes terem realizado visitas durante o internamento, a pessoa não manifestava vontade de que a família fosse envolvida nos cuidados prestados, fator que também foi abordado neste caso clínico no domínio “Emoção”.

Para facilitar a compreensão do PIIC, foram elaboradas tabelas que sistematizam a correspondência entre os dados colhidos, os diagnósticos, os objetivos, as intervenções de enfermagem e os critérios de resultados esperados (ANEXO 2).



## **5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

A exigência técnica e científica que é, atualmente, determinante para os cuidados de saúde, nomeadamente os cuidados de enfermagem, exige a diferenciação destes profissionais, bem como a sua especialização (Regulamento n.º 140/2019). Desta forma, a OE reconhece e atribui o título de EE em 6 especialidades distintas, definindo-o como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745) e que viu o seu título ser-lhe atribuído pela mesma Ordem (Regulamento n.º 140/2019).

Assim, de acordo com a OE (2019), pressupõe-se que o EE seja dotado de um conjunto de competências comuns, para além das competências definidas em cada um dos regulamentos da correspondente Especialidade em Enfermagem (Regulamento n.º 140/2019).

Perante isto, ao longo do presente capítulo, irá proceder-se à exploração das Competências Comuns do EE, bem como das Competências Específicas do EEEMCAEPSP, de forma detalhada e que espelhe o trabalho desenvolvido ao longo deste percurso académico, que resulta no desenvolvimento destas mesmas competências.

### **5.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista**

O EE partilha um conjunto de competência comuns, que são aplicáveis a qualquer contexto, designadas por Competências Comuns do EE, e são estas: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019). Estas têm em consideração diferentes dimensões e demonstram-se através da elevada capacidade de conceção de cuidados e supervisão dos mesmos, a formação e orientação de pares, gestão e liderança, e ainda pelo desenvolvimento e partilha de investigação que seja pertinente e que permita melhorar a sua prática de enfermagem, bem como a dos seus pares (Regulamento n.º 140/2019).

Desta forma, neste subcapítulo pretende-se realizar uma análise crítica e reflexiva das atividades realizadas durante o estágio, relacionando-as com o desenvolvimento e aquisição de Competências Comuns do EE.

#### **5.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal**

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 2015) os enfermeiros devem “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2015, p,78).

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019), as competências relacionadas com a responsabilidade profissional ética e legal são as seguintes:

“A1 - 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;

A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, p.4745).

Ao longo do presente estágio, surgiram diversas situações em que o estado geral da pessoa em CP apresentava um agravamento progressivo, exigindo adaptações constantes por parte da própria pessoa e da sua família. Em todas estas circunstâncias, os cuidados foram prestados com respeito absoluto pelos direitos humanos, assim como pela autonomia e pela vontade expressa pela própria pessoa.

Nestes momentos, foi sempre privilegiado um diálogo aberto com a pessoa sobre as informações que desejava obter relativamente à sua doença e ao seu estado clínico, identificando também quem considerava serem as pessoas mais significativas para si, bem como as suas crenças, valores culturais e desejos pessoais.

Para exemplificar esta abordagem, destaca-se o caso de uma pessoa que apresentava múltiplas fraturas patológicas decorrentes de metastização óssea secundária a uma neoplasia primária. A dor sentida, avaliada como intensidade máxima (nível 10 na Escala Numérica da Dor), revelou-se resistente às estratégias convencionais de controlo. Nesse contexto, foram apresentadas à pessoa todas as opções terapêuticas disponíveis, incluindo a sedação paliativa (SP), proposta enquanto recurso último para aliviar o sofrimento.

Após ter recebido informações claras e completas sobre os benefícios e as implicações da SP, a pessoa pôde tomar conscientemente a decisão sobre o momento de início desta intervenção. Este processo permitiu-lhe resolver questões pendentes e despedir-se tranquilamente dos seus entes queridos, mantendo-se fiel às suas decisões e preservando a sua dignidade e autonomia até ao fim.

A SP consiste na administração de fármacos sedativos de forma controlada, com o objetivo de diminuir o nível de consciência para que se consiga controlar sintomas que se tornam incontrolláveis e refratários a outras medidas (Cardoso et al., 2024). Apesar da SP ser ainda um tema pouco debatido e que cuja utilização gera diversas questões éticas (Silva et al., 2024),

esta medida está prevista na Lei Portuguesa:

“As pessoas com prognóstico vital estimado em semanas ou dias, que apresentem sintomas de sofrimento não controlado pelas medidas de primeira linha previstas no nº 1 do artigo 6.º têm direito a receber sedação paliativa com fármacos sedativos devidamente titulados e ajustados exclusivamente ao propósito de tratamento do sofrimento, de acordo com os princípios da boa prática clínica e da *leges artis*” (Lei n.º 31/2018, p. 3239).

Tendo sido este um caso marcante, evidencia-se assim, a importância de respeitar a dignidade da pessoa, enquanto esta se encontra cognitivamente íntegra para tomar as suas decisões, de forma informada e apoiada pela equipa multidisciplinar.

### **5.1.2. Melhoria contínua da qualidade**

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019), o EE deve desenvolver atividades que visem a melhoria contínua dos cuidados, com o objetivo de garantir a segurança e qualidade dos mesmos, sendo que as competências relacionadas com a melhoria contínua da qualidade são as seguintes:

“B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento n.º 140/2019, p.4745).

Ao longo da evolução da sociedade, o conceito de qualidade também sofreu evolução, sendo a área da saúde um reflexo dessa transformação (Neto et al., 2023). Embora se trate de um conceito com uma longa trajetória, a sua definição tem sido continuamente ajustada e enriquecida com novos significados e, nesse sentido, os Padrões de Qualidade estabelecidos pela OE assumem um papel central, contribuindo para a melhoria do desempenho global dos enfermeiros no exercício das suas funções (Neto et al., 2023).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem foram definidos em 2001 pelo Conselho de Enfermagem da OE e apresentam um conjunto de referências essenciais para uma prática de cuidados de enfermagem de excelência, segura e eficaz (Ribeiro et al., 2020). Os enunciados descritivos definidos neste documento são os seguintes: “satisfação do cliente; promoção da saúde; prevenção de complicações; bem-estar e autocuidado; readaptação funcional; e organização dos cuidados de enfermagem” (OE, 2021, p.13-18).

No primeiro enunciado descritivo - satisfação do cliente - importa a procura pela satisfação da pessoa em CP e da sua família, que foi conseguida, no presente EC, pelo respeito das suas

particularidades, vontades e desejos, por uma relação empática e pela envolvimento dos mesmos na tomada de decisão. Ainda, como já referido anteriormente, a colaboração com a restante equipa multidisciplinar na elaboração do PIIC da pessoa em CP, possibilitou a prestação de cuidados de forma humanizada e holística com maior satisfação demonstrada por parte da mesma e da sua família. Assim, todos os contextos - físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental - são considerados no plano de cuidados da pessoa.

Relativamente ao segundo enunciado descritivo, - promoção da saúde - ressalva-se o foco numa prestação de cuidados que promova o potencial de saúde da pessoa, condicionadas pelas suas perdas funcionais, tão características na área dos CP, e que exigem adaptação. Ainda, dotar a pessoa de conhecimento e capacidade para que consiga ser o mais autónoma possível, no decurso da sua vida com uma DLV.

No que se refere ao terceiro enunciado descritivo, - prevenção de complicações - foi conseguida uma identificação precoce das necessidades da pessoa em CP e da sua família, de forma a intervir atempadamente, minimizando o seu impacto. Da mesma forma, em concordância com uma ideologia de cuidados multidisciplinar, procedeu-se à referência da pessoa para outros profissionais, nomeadamente nutricionista, psicóloga e assistente social, numa tentativa de dar resposta a qualquer necessidade da mesma. A intervenção da nutricionista foi solicitada em casos de apetite comprometido, tal como explanado no Caso 1, a psicóloga também se manifestou particularmente importante em alterações do humor, tal como ansiedade e, por último, o papel da assistente social foi fundamental em situações de procura de resposta social após a alta, nomeadamente na procura de lar - Caso 1 - ou em casos onde foi necessário recorrer ao apoio do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), aquando da alta da pessoa em CP para o seu domicílio.

O bem-estar e autocuidado, enquanto quarto enunciado descritivo, foram sempre conceitos centrais do cuidado prestado à pessoa em CP e à sua família, potencializados por uma intervenção individualizada e que desse resposta às necessidades, preferências, vontades e desejos das mesmas, visando o seu aumento da qualidade de vida.

No que diz respeito ao quinto enunciado descritivo, - readaptação funcional - evidencia-se o esforço constante em apoiar na imutável necessidade de adaptação que a pessoa em CP vivencia perante a evolução da sua doença. O ensino de conhecimentos e a capacitação do próprio, bem como da sua família, contribuiu para esta mesma adaptação. Ainda, diversos recursos na comunidade foram solicitados, de forma a conseguir-se dar alta da pessoa em CP para o seu domicílio com os recursos que esta necessitava, como é o exemplo do SAD, em colaboração com a assistente social, ou a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Por último, - organização dos cuidados de enfermagem, destaca-se o registo das intervenções executadas num sistema informático, fator facilitador na continuidade de cuidados, pela sua linguagem classificada e universal na área da enfermagem. Aqui, evidencia-se como fator

facilitador a existência de um referencial teórico que oriente o exercício profissional, no caso a TCKK, que permitiu um olhar mais organizado para as necessidades da pessoa e da sua família.

A pesquisa contínua por evidência científica que fundamentasse as intervenções foi alvo de atenção durante o presente EC, e a reflexão sobre as mesmas, bem como o *feedback* constante por parte das Enfermeiras Tutoras e Professora Orientadora, foram cruciais para a adaptação, desenvolvimento e melhoria destas intervenções. O respeito pelas normas em vigor, nomeadamente as que se referem ao controlo de infeção, também foi um foco de atenção, pelo seu impacto na qualidade dos serviços de internamento, garantindo a segurança aquando da prestação de cuidados.

Todos os documentos criados neste contexto, tais como os trabalhos de investigação intitulados “Luto Antecipatório e Promoção do Conforto em Cuidados Paliativos: Revisão Narrativa” e “Paracetamol subcutâneo na promoção do conforto em Cuidados Paliativos: Revisão Narrativa”, constituíram contributos para a melhoria dos cuidados de enfermagem, no sentido em que contribuíram para a análise da evidência científica com o objetivo de compreender melhor alguns conceitos e melhorar os cuidados prestados na prática.

### **5.1.3. Gestão dos cuidados**

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019), as competências relacionadas com a gestão de cuidados são as seguintes:

“C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, p.4745).

A integração na estratégia adotada pela presente UCP na gestão dos cuidados prestados, caracterizada por uma postura de participação ativa, foi conseguida através da colaboração nas decisões tomadas em equipa multidisciplinar, nomeadamente na passagem de turno, que se desenvolvia na presença de médicos e enfermeiros, com a partilha de informações úteis para a tomada de decisão.

Ao longo do presente EC, foi perceptível o papel fundamental do EE na gestão de cuidados à pessoa, nomeadamente através da implementação de intervenções autónomas da enfermagem, assumindo responsabilidade pelas mesmas, que davam resposta a necessidades da pessoa em CP e da sua família, como por exemplo no controlo de sintomas como a dor, reconhecendo sempre a importância e a distinção dos diferentes profissionais de saúde.

Ainda, a procura pelo planeamento de realização de turnos do EC de forma regular, promoveu

um maior conhecimento sobre as pessoas internadas e das suas famílias, o que permitiu um acompanhamento contínuo das mesmas. Isto manifestou-se facilitador para o conhecimento integral das mesmas, fator importante para a elaboração e concretização do PIIC.

Foram ainda realizados alguns turnos com o Enfermeiro que estava de coordenação/responsável de turno. Nestes foi possível gerir a alta da pessoa em CP, com preparação e organização da mesma. Quando esta ia para o domicílio, eram realizados contactos telefónicos com a Enfermeira de Família para partilhar informações clínicas pertinentes, no sentido de garantir uma continuidade de cuidados na comunidade. Da mesma forma, quando a alta era assegurada com o apoio da ECSCP, para além do contacto telefónico com a Enfermeira de Família, também era realizado outro com a Enfermeira Coordenadora dessa mesma equipa almejando uma eficaz transição de informação e de cuidados de enfermagem no momento da alta (integrado no Projeto de Melhoria Contínua da presente UCP).

#### **5.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019), as competências relacionadas com o desenvolvimento das aprendizagens profissionais são as seguintes:

“D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019, p.4745).

O autoconhecimento, enquanto estratégia referida pelo Regulamento n.º 140/2019 (2019), foi facilitado e desenvolvido ao longo deste EC pela postura crítico-reflexiva adotada durante o mesmo. Os momentos de reflexão partilhados com a Professora Orientadora ou com as Enfermeiras Tutoras foram importantíssimos para a discussão sobre dificuldades sentidas e emoções despoletadas por algumas situações. Ainda, a capacidade de refletir acerca das dificuldades sentidas, nomeadamente na gestão de emoções, bem como a determinação dos próprios limites pessoais, mostrou-se particularmente significativo para a adoção de estratégias de autocuidado e proteção, como por exemplo, momentos de partilha e *debriefing* com os pares, no sentido de ventilar as emoções e perceber novos pontos de vista, estratégia esta que se mostrou fulcral para o bem-estar pessoal durante este período de aprendizagem. A convivência contínua com a terminalidade da vida e a exposição a situações de sofrimento trazem múltiplos desafios aos enfermeiros que prestam cuidados a pessoa em CP (Leite et al., 2025). Kim e Choi (2022) evidenciam que estes enfrentam grandes níveis de stress, que se pode manifestar como fadiga física, dor psicológica, sentimentos de desamparo, desespero e vazio emocional (como citado em Leite et al., 2025). A existência de redes de apoio entre pares dentro do local de trabalho proporcionam um espaço onde estes profissionais podem partilhar

vivências e angústias, ajudando-os a lidar com a carga emocional intensa a que são sujeitos diariamente (Leite et al., 2025).

Após uma avaliação das necessidades formativas do serviço em causa, realizou-se uma formação em serviço durante o presente EC acerca de “Paracetamol subcutâneo na promoção do conforto em Cuidados Paliativos”. Esta teve como público-alvo enfermeiros e médicos e teve como objetivo apresentar à equipa uma alternativa eficaz e bem tolerada para a gestão de sintomas de dor e febre em CP, quando a VO, a via endovenosa ou a via retal não estão disponíveis, justificando-se pelo facto da equipa não ter conhecimento sobre a administração deste fármaco por VSC. No final da formação, foi realizado um questionário de satisfação da mesma, cujo *feedback* foi positivo, no sentido em que trouxe novos conhecimentos à equipa, considerando-se, assim, que esta atividade foi facilitadora da aprendizagem em contexto de trabalho.

Esta formação foi sustentada pela evidência científica mais recente, com a elaboração de uma revisão narrativa cujo nome é “Paracetamol subcutâneo na promoção do conforto em Cuidados Paliativos: revisão narrativa” e que foi apresentada em formato Poster na VII Conferência Internacional de Investigação em Saúde, que se realizou na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, nos dias 02, 03 e 04 de abril de 2025.

Realizou-se ainda, uma revisão narrativa, intitulada de “Luto Antecipatório e Promoção do Conforto em Cuidados Paliativos: Revisão Narrativa” que foi apresentada em formato de comunicação oral no CIPINE2025 - Congresso Internacional sobre Projetos de Intervenção no Envelhecimento, que se realizou nos dias 23 e 24 de janeiro de 2025, e que aguarda publicação na Revista Ibero-Americana de Gerontologia.

Considera-se que as atividades acima mencionadas contribuíram para aquisição de novos conhecimentos e para a incorporação destes na prática clínica. Para além disso, a divulgação dos trabalhos realizados promoveu o desenvolvimento das aprendizagens profissionais de outros colegas de enfermagem, tendo em conta que o EE deve ser um agente “facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Regulamento n.º 140/2019, p.4749).

## **5.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico Cirúrgica, na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa**

Para além das Competências comuns do EE apresentadas anteriormente, existem competências específicas do EEEMCAEPSP (Regulamento n.º 429/2018). Em 2018, a OE definiu essas mesmas competências sendo elas:

“a) Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e

terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;

b) Estabelecer relação terapêutica com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto.” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19360).

No início do presente EC, em colaboração com as Enfermeiras Tutoras e com a Professora Orientadora, foram definidos objetivos específicos de estágio, que dessem resposta a cada uma destas competências, cujo projeto se apresenta em anexo (ANEXO 3). De seguida, pretende-se apresentar as atividades desenvolvidas nesse âmbito.

### **5.2.1 Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;**

No âmbito da segunda competência específica do EEEMCAEPSP, definiu-se como objetivo “Desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados à pessoa com Ferida Maligna, em situação paliativa, na Unidade de Cuidados Paliativos, ao longo do Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa”.

Foram definidas estratégias/atividades a desenvolver com o intuito de alcançar o objetivo proposto e estas eram: realizar uma revisão da literatura, baseada em evidência atual e disponível, sobre a gestão da FM em pessoas em situação paliativa, garantindo a fundamentação teórica das intervenções clínicas; avaliar o impacto que a FM tem na pessoa, considerando as repercussões físicas, psicoespirituais, sociais e ambientais, com o intuito de compreender de forma aprofundada a sua influência na qualidade de vida e bem-estar da pessoa; implementar intervenções terapêuticas específicas, ajustadas às características clínicas e individuais e da respetiva FM, com o objetivo de promover o alívio sintomático e o conforto da pessoa em CP; e, por último, realizar reflexões com as Enfermeiras Tutoras e com a Professora Orientadora, promovendo a discussão clínica fundamentada sobre as abordagens e intervenções realizadas, para integrar “*feedback*” construtivo e melhorar continuamente a prática clínica.

“Identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/ familiares” (Regulamento n.º 429/2018, p.19359).

A identificação das necessidades da pessoa com FM é um fator essencial para garantir uma abordagem holística e centrada na mesma, de forma a implementar intervenções que permitam

melhorar a qualidade de vida da pessoa (Vicente et al., 2021).

A TE de enfermagem aqui tratada, surge como um referencial teórico pertinente para orientar os cuidados prestados à pessoa com FM e, durante o presente EC, a avaliação das necessidades desta realizou-se sempre tendo em conta os princípios orientadores desta teoria, isto é, atentou-se às necessidades relativamente a todos os contextos da vida da mesma, nomeadamente o contexto físico, psicoespiritual, socialcultural e ambiental, bem como a priorização destes conforme a importância que a própria pessoa lhes dava. Para além disto, compreendeu-se que atender aos valores e expectativas da pessoa com FM mostrou-se fundamental para melhorar o conforto da mesma, tendo em conta que quando se trata de uma FM em contexto de CP, o que importa realmente são as prioridades da pessoa, e não as da FM (Vicente et al., 2021).

No sentido de compreender melhor esta abordagem holística e multidimensional de avaliação das necessidades da pessoa, apresenta-se em anexo (ANEXO 4) uma tabela que retrata a avaliação individual das necessidades físicas, psicoespirituais, socioculturais e ambientais de duas pessoas com FM em CP, escolhidas aleatoriamente.

“Promove intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, seus cuidadores/familiares respeitando as suas preferências” (Regulamento n.º 429/2018, p.19359).

A procura por evidência científica que explanasse quais as intervenções úteis para o controlo dos sintomas associados à FM mostrou-se particularmente importante no decorrer deste percurso. Compreendeu-se que para além das intervenções relacionadas diretamente com o tratamento da FM, existem outras tantas, tão ou mais criativas, que têm um impacto fundamental na qualidade de vida da pessoa. Recordando um caso em específico, onde o odor da FM era o sintoma que mais desconforto causava na pessoa em causa, a medida que mais conforto trazia à mesma, por ser a única medida que esta afirmava ter efeito, era a colocação de um saco com grãos de café por cima do seu peito. Esta medida, apesar de não estar diretamente relacionada com o tratamento da FM em si, está descrita na literatura como uma medida alternativa para controlar a perceção do odor, com real benefício, que foi possível confirmar na prática.

Para além disto, em conjunto com as Enfermeiras Tutoras, através de momentos informais de prática reflexiva, e com recurso a registos fotográficos e análise de um póster que se encontrava no serviço sobre gestão da FM em CP, foram discutidas várias intervenções encontradas na literatura, no sentido de compreender a sua utilidade e o seu real benefício na prática clínica, com base na experiência destas.

No sentido de compreender melhor a implementação de intervenções terapêuticas personalizadas e ajustadas às características individuais de cada pessoa, apresenta-se em anexo (ANEXO 4) uma tabela onde se documenta essas mesmas intervenções, com

monitorização da evolução clínica, de duas pessoas com FM em CP, escolhidas aleatoriamente.

“Envolve os cuidadores/familiares da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades” (Regulamento n.º 429/2018, p.19359).

Ao longo deste estágio, foi perceptível o impacto emocional que a FM causava em algumas pessoas. Estas manifestavam sentir vergonha e recusavam-se a receber visitas ou a sair do quarto para que ninguém as visse, normalmente relacionado com o odor ou com o tamanho do penso, que era perceptível apesar das roupas. Neste contexto, durante este EC, através de intervenções que permitissem minimizar estes sintomas, conseguiu-se que estas permitissem o envolvimento dos seus familiares/cuidadores. Foi perceptível que a presença destes proporcionava segurança à pessoa e, ainda, ajudou a mesma a lidar com as próprias mudanças decorrentes da doença, nomeadamente relacionadas com o evolução da FM.

“Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interdisciplinar e em articulação com os serviços de apoio” (Regulamento n.º 429/2018, p.19359).

Durante este percurso, manifestou-se particularmente importante a colaboração de todos os profissionais de saúde para a elaboração e implementação do PIIC, especialmente relacionado com a gestão do conforto da pessoa com FM. A colaboração de todos os profissionais, que partilhavam conhecimentos sobre estratégias úteis para a gestão dos sintomas associados à FM, foi um fator imprescindível, pois a experiência e conhecimento de todos os envolvidos potenciaram uma melhor qualidade de vida a estas pessoas.

Desta forma, e porque foram cumpridas as atividades definidas no início do presente EC relacionadas com este tema, considera-se cumprido este objetivo específico.

### **5.2.2. Estabelece relação terapêutica com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto.**

No âmbito da segunda competência específica do EEEMCAEPSP, definiu-se como objetivo “Desenvolver competências no âmbito do apoio ao luto antecipatório da pessoa em situação paliativa e da sua família/cuidador, na Unidade de Cuidados Paliativos, ao longo do Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa”.

Foram definidas estratégias/atividades a desenvolver com o intuito de alcançar o objetivo proposto e estas eram: realizar uma revisão da literatura, baseada em evidência atual e disponível, sobre a importância do apoio ao luto antecipatório da pessoa em situação paliativa e da sua família/cuidador; proceder à identificação de intervenções recomendadas para o apoio ao

luto antecipatório da pessoa em situação paliativa e da sua família/cuidador, visando compreender o papel do enfermeiro; realizar reflexões com as Enfermeiras Tutoras e com a Professora Orientadora, promovendo a discussão clínica fundamentada sobre as abordagens e intervenções realizadas, para integrar “*feedback*” construtivo e melhorar continuamente a prática clínica.

No sentido de dar resposta às duas primeiras atividades nomeadas foi realizada uma revisão narrativa “Luto Antecipatório e Promoção do Conforto em Cuidados Paliativos: Revisão Narrativa” que integrou estudos relevantes que se focassem na temática do LA em contexto de CP e cujo um dos objetivos era identificar quais as intervenções utilizadas na gestão do LA, bem como explorar a sua eficácia na gestão do mesmo e no bem-estar da pessoa em situação paliativa, segundo a evidência científica mais recente.

O enquadramento teórico realizado através da revisão bibliográfica apresentada no quarto capítulo “ Caso 2”, subcapítulo “4.5. Domínios” foi deveras útil para a compreensão deste conceito de LA, fenómeno clínico válido e de grande interesse entre os clínicos e investigadores mas ainda mal definido e com declarações imprecisas sobre a natureza do mesmo (Fulton, Madden & Minichiello, 1996, como citado em Patinadan et al., 2022).

A abordagem à gestão do LA, particularmente no contexto da pessoa em CP, assume um papel fulcral na promoção do seu conforto e bem-estar, enfatizando a relevância do alívio do sofrimento e a melhoria da qualidade de vida enquanto objetivo primordial. Na abordagem ao LA, a integração de uma TE enquanto linha orientadora da prática clínica manifesta-se fundamental pois auxilia na perceção de diferentes conceitos que se relacionam e que orientam prática clínica, de forma holística à pessoa (Sampaio et al., 2021). A TCKK constitui um referencial teórico pertinente para compreender e operacionalizar este impacto (Kolcaba, 2003; Silva & Nascimento, 2022).

Relativamente ao contexto do Conforto Físico, é essencial que os profissionais de enfermagem reconheçam que o sofrimento espiritual, decorrente de uma gestão inadequada do LA, pode exacerbar a perceção da dor física pela pessoa e comprometer negativamente a sua qualidade de vida, aumentando o desconforto experienciado pela mesma (Johnson et al., 2017). Assim, torna-se evidente que a atenção às manifestações do LA na pessoa em fim de vida contribui diretamente para o alívio da dor psicoespiritual, refletindo-se, por sua vez, na promoção do seu bem-estar físico (Johnson et al., 2017).

No que diz respeito ao contexto do Conforto Psicoespiritual, e como já referido, o LA pode relacionar-se intrinsecamente com o sofrimento espiritual que, por sua vez, pode intensificar a dor física, criando um ciclo de reforço mútuo entre ambos (Johnson et al., 2017). Uma abordagem que se limite ao controlo da dor física, sem contemplar a dimensão psicoespiritual do conforto, pode comprometer a efetividade da intervenção, reduzindo a probabilidade de se alcançar uma morte digna e tranquila (Johnson et al., 2017). A TCKK enfatiza a necessidade de

responder às exigências psicoespirituais da pessoa com o intuito de promover o conforto, pelo que uma intervenção apropriada e eficaz na gestão do LA permite criar condições propícias para que esta atinja um estado de alívio, tranquilidade e transcendência, favorecendo o seu bem-estar psicoespiritual (Kolcaba, 2003; Martins et al., 2022).

Quanto ao contexto do Conforto Sociocultural, a pessoa em fim de vida enfrenta diariamente perdas significativas, tais como a diminuição do seu estatuto social e profissional, a restrição da sua vida social, a limitação da autonomia e da capacidade de tomada de decisão, bem como a perda do seu poder económico e de produtividade, perdas estas que podem gerar sofrimento e desencadear um processo de luto, sendo frequentemente associadas ao LA, conforme documentado na literatura (Kreuz & Tinoco, 2016). Deste modo, a gestão do LA assume um papel determinante no conforto sociocultural da pessoa, pois a implementação de estratégias de intervenção adequadas à mitigação destas perdas, aliada a um suporte emocional eficaz, podem prevenir situações de sofrimento acrescido, promovendo uma comunicação mais eficaz entre a pessoa e os seus familiares, uma interação social mais positiva, e ajudar a pessoa em CP a encontrar um novo significado para a sua experiência de vida (Kolcaba, 2003; Kreuz & Tinoco, 2016; Martins et al., 2022).

Por último, relativamente ao contexto Conforto Ambiental, de acordo com a TCKK, este refere-se ao ambiente físico onde a pessoa se encontra e à forma como este contribui para a promoção do seu bem-estar (Kolcaba, 2003; Martins et al., 2022). Desta forma, no âmbito dos CP, a criação de um ambiente acolhedor e tranquilo, que respeite as preferências e vontades da pessoa, revela-se essencial para a atenuação do sofrimento emocional e psicológico associado ao LA (Kolcaba, 2003; Martins et al., 2022).

Segundo a TCKK, para contribuir significativamente para o aumento do conforto global da pessoa em CP, devem implementar-se intervenções que proporcionem um alívio imediato, tranquilidade a longo prazo e transcendência face ao sofrimento (Kolcaba, 2003; Martins et al., 2022).

O LA, sendo um dos objetivos específicos definidos para o presente percurso de aprendizagem, foi tema de reflexão com as Enfermeiras Tutoras e com a Professora Orientadora, bem como com outros pares, no sentido de partilhar novos pontos de vista e nova evidência científica, através de uma prática reflexiva e construtiva, almejando sempre a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados.

“Respeita a singularidade e autonomia da pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares no acompanhamento de vivências individuais específicas, no processo de morrer e de luto” (Regulamento n.º 429/2018, p.19359).

As intervenções identificadas na literatura, que demonstravam eficácia na gestão do LA, foram

muito úteis para o processo de aprendizagem e tomada de decisão, no sentido em que orientaram as intervenções implementadas na prática clínica durante o presente EC. Exemplo disso é o anteriormente descrito Caso 2, onde é identificado o diagnóstico “Luto Antecipatório Comprometido” da pessoa em CP, com correspondente elaboração e implementação do PIIC, com base na evidência científica apresentada.

Desta forma, e atentando aos princípios orientadores da TE explanada, para a gestão do LA foi imprescindível a aquisição de conhecimentos relacionados com todas as vertentes da pessoa alvo de cuidados, nomeadamente a vertente sociocultural e espiritual, bem como as suas vivências e necessidades, respeitando a individualidade de cada uma. As intervenções implementadas basearam-se numa abordagem humanizada e holística, com foco em todas as dimensões da pessoa – física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental -, que salvaguardem as preferências e vontades da mesma.

Para isto, evidencia-se a extrema necessidade de criar uma relação de confiança, nomeadamente através estratégias de comunicação, como a escuta ativa, e de uma postura empática e disponível, ambicionando a partilha de necessidades, preocupações, desejos e vontades, tão importante para um cuidado individualizado.

Durante o presente EC foi possível intervir na gestão do LA da própria pessoa em CP, enquanto noutras situações foi possível intervir junto dos familiares/cuidadores e, em ambos os casos, foi disponibilizado apoio contínuo às perdas sucessivas e às tarefas de resolução do LA. Neste último, foi perceptível que a maioria dos familiares/cuidadores que vivenciavam LA e que careciam de uma intervenção especializada, eram familiares/cuidadores de pessoa com doença neurológica, demência de *Alzheimer*. O cuidar de uma pessoa com esta patologia, exige do cuidador uma capacidade física e psicoemocional complexa e, a constante progressão da doença com conseqüente aumento das tarefas a executar, potenciada pela progressiva perda cognitiva e de autonomia da pessoa doente, pode levar o cuidador a um estado de sobrecarga (Rocha et al., 2023). Ademais, este declínio constante pode potenciar a manifestação e a experiência de sintomas característicos de luto, considerado então LA, pois antecede a morte da pessoa a seu cuidado (Rocha et al., 2023).

Este processo de disponibilizar apoio contínuo à cuidadora desta pessoa com demência de *Alzheimer*, Sra. X, mostrou ser benéfico no sentido em que permite preparar-se para a vida após a morte do seu ente querido, como permite também a consciencialização das mudanças e perdas que ocorrem ao longo da progressão da doença do mesmo (Rocha et al., 2023) mas, para isso, é necessário que haja uma gestão adequada desse mesmo LA, acompanhada e apoiada pelo EE, envolvendo estratégias que amenizem o sofrimento da mesma, atendendo às suas próprias necessidades, e que promovam a adaptação e reformulação pessoal por integração da perda (Pimenta & Capelas, 2019, como citado em Brito et al., 2024).

Ainda, durante o EC houve necessidade de encaminhar alguns familiares e/ou cuidadores para

outros recursos de apoio, nomeadamente a psicóloga, que realiza um acompanhamento psicológico especializado. Esta necessidade adveio do facto da pessoa cuidada ter alta para o domicílio e considerar-se haver necessidade contínua de acompanhamento psicológico do seu familiar/cuidador.

“Estabelece parcerias terapêuticas com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares” (Regulamento n.º 429/2018, p.19359).

Focando no caso anteriormente apresentado da cuidadora Sra. X, esta teve sempre um papel ativo na tomada de decisão relativamente ao PIIC, de acordo com as suas necessidades e vontades. Mais uma vez, estratégias de comunicação, em especial a empatia, foram cruciais para a gestão das emoções da mesma e, conseqüentemente, na gestão do seu LA.

Ghezeljeh e colaboradores (2023), apresentam um modelo de intervenção baseado na Terapia da Dignidade, já apresentada anteriormente no quarto capítulo “ Caso 2”, subcapítulo “4.5. Domínios”, denominado de Intervenção da Dignidade Baseada na Família, com benefício significativo na gestão do LA do familiar/cuidador. Esta trata-se de uma intervenção conduzida por enfermeiros e direcionada para o familiar/cuidador e consiste numa sessão de 60 a 90 minutos, onde estes são convidados a responder a 12 questões abertas que lhes permitem refletir sobre a sua experiência enquanto cuidador, com o objetivo de explorar as suas vivências relacionadas com o processo de cuidar e de viver com uma pessoa com uma doença progressiva, de estimulá-lo a relembrar memórias positivas vivenciadas com a pessoa em CP, e ainda de expressar os seus próprios desejos, esperanças e expectativas quanto ao futuro (Ghezeljeh et al., 2023). Após esta sessão, cabe ao enfermeiro apoiar na reestruturação e organização de alguns pensamentos verbalizados pela família, ajudando-os a estabelecer relações, facilitar a partilha de memórias e a incentivar a partilha de expressões de gratidão e reconciliação. Esta sessão é transcrita de forma integral e literal pelo enfermeiro, organizada numa narrativa coerente e, posteriormente, o enfermeiro e o familiar/cuidador realizam uma revisão do mesmo, para garantir que este reflete a mensagem que o mesmo quis passar (Ghezeljeh et al., 2023).

Durante o presente EC, esta Intervenção da Dignidade Baseada na Família foi tida em consideração enquanto ferramenta orientadora das intervenções implementadas, nomeadamente na gestão do LA do família/cuidador. A implementação desta ferramenta orientadora permitiu fortalecer a relação de confiança entre a Sra. X. e a futura EE, e onde se permitiu que esta refletisse e partilhasse aquilo que desejava, expressando os seus sentimentos mais profundos e sinceros.

“Negoceia objetivos/metapas de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico” (Regulamento n.º 429/2018, p.19359).

Ainda, a integração da pessoa enquanto parceira no cuidado e a negociação dos seus objetivos e metas a atingir foi algo trabalhado no presente EC, pois a promoção da autonomia e a valorização dos seus desejos e vontades tem relevante impacto no bem-estar da pessoa em CP e da sua família, com impacto positivo na gestão do LA. O recurso a uma comunicação honesta, que promova uma esperança realista e expectativa ajustada permitiu tanto à pessoa em CP, como aos seus familiares/cuidadores completar tarefas de fim de vida que consideraram importantes, capacitando-as para a tomada de decisão e negociação de cuidados.

“Reconhece os efeitos da natureza do cuidar na pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, nos seus cuidadores/familiares, sobre si, outros membros da equipa, respondendo de forma eficaz” (Regulamento nº 429/2018, p.19359).

É fulcral reconhecer que cuidar de uma pessoa em CP é uma tarefa desafiante, especialmente em casos onde os familiares/cuidadores enfrentam, diariamente, tarefas contínuas, desgastantes e difíceis, como é o caso de cuidar da pessoa com demência de *Alzheimer*, como já referido anteriormente (Brito et al., 2024). Assim, durante o presente EC foi possível perceber que a validação de emoções, bem como a validação da capacidade do familiar/cuidador em cuidar do seu ente-querido, permitiu-lhe reconhecer que o seu papel é fundamental e significativo na vida do outro. Ainda, o esclarecimento de dúvidas e de possíveis complicações favoreceu a prática do cuidar e permitiu ao familiar/cuidador lidar melhor com sentimentos e momentos mais desafiantes que foram surgindo, tal como refere Rocha e colaboradores (2023).

A colaboração contínua entre os familiares/cuidadores e o EE é essencial para aliviar o sofrimento associado ao processo de LA dos primeiros, minimizar o seu impacto, e promover a saúde mental destes, mas também dos profissionais de saúde (Brito et al., 2024).

Os profissionais de saúde em contexto de CP lidam diariamente com pessoas e famílias/cuidadores em sofrimento e, por isto, sentimentos como culpa, ansiedade, fadiga, impotência e frustração podem surgir em associação a este contacto, pelo que se pode afirmar que estes profissionais, nomeadamente os enfermeiros, estão frequentemente expostos a fatores de risco emocional que exigem que estes sejam capazes de lidar com essas emoções no seu dia-a-dia (Leite et al., 2025). A prática reflexiva e de partilha realizada com as Enfermeiras Tutoras e com a Professora Orientadora permitiu o ventilar de algumas emoções, dúvidas ou frustrações sentidas, estratégia muito importante para o autocuidado do próprio EE.

Desta forma, e porque foram cumpridas as atividades definidas no início do presente EC relacionadas com este tema, considera-se cumprido este objetivo específico.



## 6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O presente relatório reflete um percurso de aprendizagem e crescimento profissional, pautado pelo desenvolvimento de competências especializadas na área dos Cuidados Paliativos. Ao longo deste trabalho, foi possível aprofundar conhecimentos sobre a complexidade dos cuidados à pessoa com doença incurável e em fase avançada, bem como a importância da abordagem holística centrada na dignidade, no conforto e na gestão dos sintomas físicos, emocionais e espirituais.

A análise crítica e reflexiva das práticas desenvolvidas permitiu compreender a relevância da comunicação empática, da validação emocional e do envolvimento dos familiares/cuidadores no processo de tomada de decisão, promovendo uma abordagem colaborativa e centrada na pessoa. Além disso, foi destacada a importância da autonomia da pessoa em Cuidados Paliativos e da negociação de objetivos de cuidados que respeitem as suas preferências e desejos.

Os objetivos delineados no início deste percurso foram cumpridos com sucesso, tendo sido possível consolidar competências técnicas, científicas e humanas essenciais à prática especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. A intervenção desenvolveu-se através da aplicação de estratégias baseadas na evidência, permitindo uma atuação diferenciada no alívio do sofrimento e na promoção do conforto e qualidade de vida da pessoa em fim de vida.

A experiência adquirida ao longo deste percurso académico reforçou a importância do papel da Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa na humanização dos cuidados e na garantia de um acompanhamento digno e compassivo. O desenvolvimento profissional foi enriquecido pelo contacto próximo com as pessoas em Cuidados Paliativos, as suas famílias e com a equipa multidisciplinar, proporcionando uma visão abrangente e integrada dos desafios e das potencialidades da prática clínica nesta área.

Concluir esta experiência representa mais do que a validação de competências, significa um compromisso renovado com a excelência no cuidar, com a empatia e com a dignidade da pessoa até ao seu último momento. Como enfermeira, carrego comigo não apenas o conhecimento técnico, mas também a certeza de que cada gesto de cuidado tem o poder de transformar e confortar. Porque, no fim, não se trata de prolongar a vida, mas de dar-lhe significado até ao último suspiro.



## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, V. M., Cerqueira, M. M. (2024). Estratégias não farmacológicas na gestão de sintomas em Cuidados Paliativos, pelos Enfermeiros. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 7(3), 1-12. <https://doi.org/10.37914/riis.v7i3.403>

Amorim, J. S., Ramos, A. F. S. R. A., Paiva, F. D. T., Vêras, R. F. O., Oliveira, P., Baganha, I. F., Xavier, A. A. C., Rodrigues, N. G., Guzman, S. G. G., Rocha, R. C., Freitas, A. P. S., Pasqua, T. D., Carmo, G. S., Pinheiro, N. F., Pieroni, L. D., Boas, D. M. M. N. S. V., Pinto, M. D. D. C. A., Pelegrini, J. G. R. (2024). Hipertensão arterial sistêmica: Uma revisão da literatura atual. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(7), 2549-2563. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n7p2549-2563>

Andrade, A. F., Carvalho, R. C., Amorim, R. L. O., Paiva, W. S., Figueiredo, E. G., Teixeira, M. J. (2007). Coma e outros estados de consciência. *Revista Médica*, 86(3), 123-131. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v86i3p123-131>

Araújo, A., Almeida, P., & Gonçalves, F. (2021). Obstipação. In E. Freire (Ed.), *Guia Prático de Controlo Sintomático* (pp. 65-72). Angelini Pharma Portugal. <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>

Araújo, J. L., Moraes, E. B., Chistovam, B. P., Magalhães, A. L. P. (2025). Segurança do paciente oncológico paliativo em uso de morfina para o controle da dor: revisão de escopo. *Brazilian Journal of Pain*, 8(1). 1-10. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20250006-pt>

Azevedo, D. L. (2016). *O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos*. SBGG. ISBN: 978-85-92674-01-4

Barbosa A. (2016). A Relação Clínica em Cuidados Paliativos. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., Neto, I., (Eds) *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp. 833-898). Núcleo de Cuidados Paliativos - Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa, ISBN 978-972-9349-37-9

Barros, S. S., Resende, A. K. F., Silva, D. O., Silva, M., Sousa, M. R. N., Oliveira, A. P. M., Araújo, S. S. F., Freitas, A. P., Souza, A. S., Fontoura, G. M. G., Andrade, E. S., Souza, D. S., Melo, F. M. M., Rocha, G. M. M., Leal, E. S. (2021). Fatores de risco que levam o câncer do colo do útero: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(4), e9610413873, DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13873>

Beretta, L. L., Santos, M. L. S. C., Santos, W. A., Fuly, P. C., Beraldinelli, L. M. M. (2020). Resiliência no processo do cuidado aos pacientes com feridas tumorais malignas: revisão

integrativa. *Research, Society and Development*, 9(4), e117942922. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i4.2922>

Bernardo A., Leal, F., Barbosa, A. (2016). Ansiedade. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., Neto, I., (Eds) *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp. 249-255). Núcleo de Cuidados Paliativos - Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa, ISBN 978-972-9349-37-9

Brito, L., Leite, Â., Pereira, M. G. (2024). Luto em cuidadores familiares de pessoas com demência de alzheimer. In L. F. Gonzáles-Beltran (Ed.) *Humanidades e Ciências Sociais: Perspectivas Teóricas, Metodológicas e de Investigação*. (p-179-194). Editora Artemis. <https://repositorium.uminho.pt/bitstream/1822/92855/1/luto-em-cuidadores-familiares-de-pessoas-com-demencia-de-alzheimer.pdf>

Brito, S., Bertão, M., & Freire, E. (2022). Cuidados Paliativos no Domicílio: Vias Alternativas para a Administração de Fármacos. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 29(3), 207-214. <https://doi.org/10.24950/rspmi.432>

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., Wagner, C. M. (2016). *NIC: Classificação das intervenções de enfermagem*. (6ª edição). Elsevier.

Caldin, L. N., Medina, L. A. C., Silva, R. A., Barros, L. M., Lima, M. M. S., Melo, G. A. A., Neto, N. M. G., Caetano, J. Á. (2021). Autoconceito e função do papel em pacientes com câncer de cabeça/pescoço. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34(1), eAPE00892. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2021AO00892>

Cardoso, A. T. A. S. (2023). Desafios encontrados pela Enfermagem em Pacientes em Cuidados Paliativos. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 9(12), 1216-1233. [doi.org/10.51891/rease.v9i12.12848](https://doi.org/10.51891/rease.v9i12.12848)

Cardoso, B. P. G., Simas, C.R., Carnevalli, M. A. G. (2024). Sedação Paliativa em Pacientes Oncológicos terminais em Cuidados Paliativos: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(6), 1275-1291. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n6p1275-1291>

Cardoso, L. L., Proenca, R. M. O., Brito, C. A., Júnior, A. M. P. (2024). Câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(5), 1-9. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n5p01-09>

Cardoso, R. B., Souza, P. A., Caldas, C. P., & Bitencourt, G. R. (2020). Diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados à luz da teoria do conforto de Kolcaba. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), 1-10. DOI: 10.12707/RV20066

Carneiro, R. (2021). Sintomas cutâneos e das mucosas. In E. Freire (Ed.), *Guia Prático de Controlo Sintomático*. (pp. 141-146). Angelini Pharma Portugal. <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>

Carneiro, V. R. T., Júnior, R. A. V. (2022). Cuidados paliativos e manifestações orais em pacientes oncológicos: Revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 11(6), e59911629768, DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i6.29768>

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), 11-24. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7245>

Cifuentes, C. M. C. (2021). *Intervención educativa en la prescripción de opioides a pacientes oncológicos al final de la vida*. Trabalho apresentado na I Jornada Científica de Farmacología y Salud. *Farmaco Salud Artemisa* 2021. <https://farmasalud2021.sld.cu/index.php/farmasalud/2021/paper/viewFile/68/56>

Cipriano, P., Monteiro, N.F., Silva, S. V., Freire, E. (2021). Dispneia. In E. Freire (Ed.), *Guia Prático de Controlo Sintomático*. (pp. 35-42). Angelini Pharma Portugal. <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>

Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Fortuño, M. L., Merino, J. R. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 23(1), 63-72, <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0273>

Colares, T., Vasconcelos, A., Maia, L., Caldeira, A., Rossi-Barbosa, L. (2024). Fatores associados à osteoporose em pessoas idosas em um centro de referência. *PsychTech & Health Journal*, 7(2), 63-72. DOI: 10.26580/PTHJ.art67-2024

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2023). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos biénio 2023-2024*. [https://www.sns.minsaude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP-2023\\_2024\\_signed.pdf](https://www.sns.minsaude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP-2023_2024_signed.pdf)

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2023). *Proposta de Modelo Organizacional dos Cuidados Paliativos nas ULS - Serviço Integrado de Cuidados Paliativos*. [https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/05/Modelo-organizacional\\_CP\\_ULS-\\_Versao-Revista-para-DE-SNS.pdf](https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/05/Modelo-organizacional_CP_ULS-_Versao-Revista-para-DE-SNS.pdf)

Cruz, N.A. O., Nobrega, M. R., Gaudêncio, M. R. B., Farias, T. Z. T. T., Pimenta, T. S., Fonseca, R. C. (2021). O papel da equipe multidisciplinar nos cuidados paliativos em idoso: Uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Development*, 7(1), 414-434. DOI:10.34117/bjdv7n1-031

Díaz, A. H., Reyes, D. R. (2024). Cuidados Paliativos: una mirada a través de la historia. *Revista Científica Estudiantil de Matanzas*, 4(2), 1-17. <https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/197>

Duarte, E. C. P. S., Sousa, R. R., Feijó-Figueiredo, M. C., Pereira-Freire, J. A. (2020) Assistência nutricional para os cuidados paliativos de pacientes oncológicos: uma revisão integrativa.

*Revista de Atenção à Saúde*, 18(64), 124-132. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol18n64.6585>

Duarte, M. G. D., Alves, T., Ribeirinho, C., Alves, S. (2024). Ser cuidador informal em cuidados paliativos. *Motricidade*, 20(1), 29-35. <https://doi.org/10.6063/motricidade.33968>

European Oncology Nursing Society (2015) *Recommendations for the care of patients with malignant fungating wounds*. <https://products.mediq.co.uk/wp-content/uploads/2023/11/EONSMalignantFungatingWounds.pdf>

Feio M. (2016). Dispneia. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., Neto, I., (Eds) *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp. 219-229). Núcleo de Cuidados Paliativos - Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa, ISBN 978-972-9349-37-9

Fernandes, R., Ramos, A. R., Monteiro, P. (2021). Nutrição e Hidratação em Fim de Vida. In E. Freire (Ed.), *Guia Prático de Controlo Sintomático*. (pp. 95-108). Angelini Pharma Portugal. <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>

Filho, I. M. M., Oliveira, W. E. F., Silva, J. R., Bravim, L. F., Dourado, J. A., Rodrigues, M. S., Filha, F. S. S. C., Tavares, G. G. (2024). Enfermagem no manejo da hipertensão arterial sistêmica na atenção primária: contribuições para a saúde planetária. *Revista Nursing*, 27(311), 10148-10155. <https://doi.org/10.36489/nursing.2024v27i311p10148-10155>

Ghezeljeh, T., Seyedfatemi, N., Bolhari, J., Kamyari, N., Rezaei, M. (2023). Effects of family-based dignity intervention and expressive writing on anticipatory grief in family caregivers of patients with cancer: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 23(220), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04715-x>.

Gonçalves, J., F. (2016). Como avaliar sintomas em cuidados paliativos: da investigação à prática. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., Neto, I., (Eds) *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp. 963-978). Núcleo de Cuidados Paliativos - Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa, ISBN 978-972-9349-37-9

Guedes, Ana. (2022). Cuidados Paliativos ante la Eutanasia: mitos y verdades. *Prudencia Uruguay*, 42 - 62.

[https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/90288774/Prudencia\\_Uruguay\\_Aportes\\_para\\_el\\_debate-libre.pdf?1661521035=&response-content-](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/90288774/Prudencia_Uruguay_Aportes_para_el_debate-libre.pdf?1661521035=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DEutanasia_y_Suicidio_Assistido_aportes_pa.pdf&Expires=1742237436&Signature=T8H9tHsboAQsYijwthjhVM4P2VqWGJ63txbFc~iigKuULIYUjTLX2zbpdfiBKDF)

[disposition=inline%3B+filename%3DEutanasia\\_y\\_Suicidio\\_Assistido\\_aportes\\_pa.pdf&Expires=1742237436&Signature=T8H9tHsboAQsYijwthjhVM4P2VqWGJ63txbFc~iigKuULIYUjTLX2zbpdfiBKDF](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/90288774/Prudencia_Uruguay_Aportes_para_el_debate-libre.pdf?1661521035=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DEutanasia_y_Suicidio_Assistido_aportes_pa.pdf&Expires=1742237436&Signature=T8H9tHsboAQsYijwthjhVM4P2VqWGJ63txbFc~iigKuULIYUjTLX2zbpdfiBKDF)

-

RdK82n4nTOamPjhDUpWKyJtjAFiP3jrCBfgl4Cs9axCU7YivrVGvMMdl01Clj7RAPQYeo~jmkwizWfCudESJLVI3Fs5qxU76tYyiUWJm2Q8NcYzAd3CKWNaXaTLPhMDdNWNqnBq5g9oSs8Evu3-sJmQ30Q0ddx1~tfQFFvh8bi3u2V98OFG-

oLSTJsW083NDRVLSHV4KNJjylw0t5WhH9hzZzABQvqF6BRq1Jk5m5JwZv-

NFDRjF5SfY-6Kmb1r31Om4nEwfcLDDZc9Ij4aurQ\_\_&Key-Pair-  
Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA#page=42

Guillén-Miranda, L. E., Silva-Mata, M. A., Hernández-Lojano, M. P. (2023). Trastornos bucales em cuidados paliativos: abordaje de la xerostomia. *Revista de Ciências Médicas*, 27(S2), e6225, <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/6225>

Guo, Q., Chochinov, H., McClement, S., Thompson, G., & Hack, T. (2018) Development and evaluation of the Dignity Talk question framework for palliative patients and their families. A mixed methods study. *Palliative Medicine*, 32(1), 195-205. <https://doi.org/10.1177/0269216317734696>

Hermes, H. R., & Lamarca, I. C. A. (2019). Cuidados paliativos: Uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 383-390. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0848>

Herrera, F., A., Alcalde, T. R., Martínez, A. I. V., Camacho, M. J G., Calvo, A. C., Merina, C. G. (2020). Desmontando mitos en Cuidados Paliativos. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 13(2), 139-142. <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v13n2/1699-695X-albacete-13-02-139.pdf>

Infarmed. (2022). *Resumo das Características do Medicamento: Cetamina*. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

Infarmed. (2023). *Resumo das Características do Medicamento: Movicol 13,8g*. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

Infarmed. (2024). *Informação aos profissionais de saúde sobre produtos à base de canábis medicinal*. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

International Classification for Nursing Practice. [Em Linha]. ICNP®, 2019. Disponível em: <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Johnson, J., Lodhi, M. K., Cheema, U., Stifter, J., Dunn-Lopez, K., Yao, Y., Johnson, A., Keenan, G. M., Ansari, R., Khokhar, A., Wilkie, D. J. (2017). Outcomes for End-of-Life Patients With Anticipatory Grieving: Insights From Practice With Standardized Nursing Terminologies Within an Interoperable Internet-Based Electronic Health Record. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 19(3), 223-231. doi:10.1097/NJH.0000000000000333

Kahveci, K., Koç, O., Aksakal, H. (2020). Home-based Palliative Care. *Bezmialem Science*, 8(1), 73-80, DOI: 10.14235/bas.galenos.2019.3208

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. Springer Publishing.

Kreuz, G., Tinoco, V. (2016) O luto antecipatório do idoso acerca de si mesmo - Revisão Sistemática. *Revista Kairós-Gerontologia*, 19(22), 109-133.

<https://doi.org/10.23925/2176-901X.2016v19iEspecial22p109-133>

Lei n.º 31/2018 de 18 de Julho (2018). Direitos das Pessoas em Contexto de Doença Avançada e em Fim de Vida. *Diário da República*, I série, n.º 137 (18-07-2017), 3238 - 3239. <https://files.dre.pt/1s/2018/07/13700/0323803239.pdf>

Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro (2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. *Diário da República* I série, n.º 172/2012 (05-09-2012), 5119-5124.

Leite, V. R. L. Soares, F. M., Pontes, A. K. O., Moreira, D. P. (2025). Entre a sensibilidade e a resiliência: desafios e aspectos emocionais dos enfermeiros em cuidados paliativos. *Revista da Faculdade Paulo Picanço*, 5(1), 1-18, DOI: <https://doi.org/10.59483/rfpp.v4n4135>

Lin, Y., Zhou, Y., Chen, C. (2023). Interventions and practices using Comfort Theory of Kolcaba to promote adults' comfort: an evidence and gap map protocol of international effectiveness studies. *Systematic Reviews*, 12(33), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02202-8>

Lixa, C. S. S. (2017). *O Doente Oncológico em Cuidados Paliativos e seus Cuidadores Familiares: Percepções das Necessidades, Qualidade de Vida, Ansiedade e Depressão*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Portucalense]. Catálogo da Biblioteca Geral da Universidade Portucalense.

<https://repositorio.upt.pt/server/api/core/bitstreams/7512ba15-8669-43d8-8946-918ae424d798/content>

López, L. P., Gregori, J. F. J. B. (2017). Uso de infusores para la administración de fármacos por vía subcutánea en Atención Primaria. *Atualización em Medicina de Familia*, 13(7) <https://amf-semfyc.com/index.php/es/web/articulo/uso-de-infusores-para-la-administracion-de-farmacos-por-via-subcutanea-en-atencion-primaria>

Macêdo, I. P. (2017). *A vivência do câncer e a produção de seus significados: Emoções, espiritualidade e cuidados paliativos*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Piauí]. Repositório UFPI. <http://hdl.handle.net/123456789/2798>

Machado, N. J. N., Silva, L. T. S., Curi-Rad, E. C. M., Fonseca, T. S. A., Silva, R. A. T., Trindade, C. B. S. (2025). Comunicação em cuidados paliativos como fator de melhoria na qualidade de vida dos pacientes. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 25(1), 1-11. <https://doi.org/10.25248/reas.e18107.2025>

Magalhães, M. R. A. L., Meneses, L. M. S., Neto, J. L. A., Alves, R. S. F., Melo, C. F. (2024). A Comunicação de más notícias nos cuidados paliativos. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 17(2), 1-17. <http://dx.doi.org/10.36298/gerais202417e54203>

Manoel, A. L. R., Penteado, V. S. M. M., Oliveira, L. B., Polaz, D. C. N., Souza, L. A. (2021). papel do enfermeiro no manejo da dor nos pacientes em cuidados paliativos oncológicos: uma revisão integrativa. *Scire Salutis*, 11(3), 20-27. DOI:

<http://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2021.003.0004>

Martins, A., Sousa, P., Marques, R. (2022). Conforto: Contributo Teórico para a Enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 27(1), 1-8. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.85214>

Moreira, C. R. L. (2013). *A gestão da ferida maligna em cuidados paliativos – Práticas de enfermagem*. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho]. Repositório Científico IPVC. [http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1186/1/Catia\\_Moreira.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1186/1/Catia_Moreira.pdf)

Monteiro, P., Fernandes, R., Ramos, A. R. (2021). Sintomas Neuropsíquicos. In E. Freire (Ed.), *Guia Prático de Controlo Sintomático*. (pp. 99-118). Angelini Pharma Portugal. <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>

Monteiro, P. H., Silva, M. J. N., Fraga, M., Mota, C., Suarez, A., Ponte, C., Rocha, C., Barbosa, A., Lucas, M., Victorino, R. M. M. (2013). Necessidade de cuidados paliativos num serviço de medicina interna. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 20(1), 7-20. <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/1051>

Morna, C., Rodrigues, R., Neto, I. G. (2022). Perfusões Contínuas Subcutâneas em Doentes em Fim de Vida: Quando e Como? *Revista Portuguesa de Farmacoterapia*, 14(1), 19-28. <https://doi.org/10.25756/rpf.v14i1.293>

Neto, D., Costa, J., Martins, L., Marta, M., Florentim, R. (2023). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Servir*, 2(1), 70. <https://doi.org/10.48492/servir021e>

Novais, R., Kaizer, U., Domingues, E. (2021). Cuidados de Enfermagem para Pessoas com Feridas Neoplásicas Malignas: Revisão Integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 96(37), 1-12. <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.37-art.1254>

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_V\\_F\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_V_F_site.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2020). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Organização Mundial de Saúde (2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Organização Mundial de Saúde. (2021). *Quality Health Services and Palliative Care*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240035164>

Palliative Care Australia. (2018). *Palliative Care Service Development Guidelines*. [https://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/dlm\\_uploads/2018/02/PalliativeCare-Service-Delivery-2018\\_web-1.pdf](https://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/dlm_uploads/2018/02/PalliativeCare-Service-Delivery-2018_web-1.pdf)

Patinadan, P. V., Tan-Ho, G., Choo, P. Y., & Ho, A. H. Y. (2022). Resolving anticipatory grief and enhancing dignity at the end-of-life: A systematic review of palliative interventions. *Death Studies*, 46(2), 337-350. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.172842>

Paz, A. S., Silva, B. F. G., Martins, S. S. (2020). Nutrição em cuidados paliativos oncológicos: aspectos bioéticos. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(4), 8891-8903. DOI:10.34119/bjhrv3n4-134

Pereira, C. L., Barbosa, K. I., Lobão, L. M. (2023). Abordagem multidisciplinar dos aspectos éticos nos cuidados paliativos. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(4), 14488-14507. DOI:10.34119/bjhrv6n4-042

Pinto, E., & Encarnação, P. (2015). *Feridas malignas em cuidados paliativos*. Apresentação do PowerPoint apresentado nas I Jornadas de Investigação da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/37751/1/Apresenta%20a7%20a3o%20Feridas%20Malignas.pdf>

Pires, M. M., Mettelo, J., Frade, J., Figueiredo, J. P., Valado, A. (2024). Relevancia dos Marcadores Séricos no Carcinoma da Mama: Relevância e Análise Correlacional de Marcadores Tumoriais no Carcinoma da Mama. *Germinare*, 4(1), 65-79, DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.14998860>

Portaria n.º 340/2015, de 8 de outubro (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. Diário da República I série, n.º 197 (08-10-2015), 8732-8738.

Porto, T. R. B., Giacomini, M. M. C., Silva, L. C. N., Fernandes, J. L. N., Silva, D. S. Silva, G. B. R., Porto, T. R. B., Pinto, J. V. P. (2023). Manejo farmacológico de pacientes em cuidados paliativos em uma unidade de tratamento oncológico. *Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana*, 21(11), 22167-22189. DOI: 10.55905/oelv21n11-193.

Queiroz, R. R., Avelino, K. W. S., Castro, G. L., Carvalho, D. R., Andrade, L., Silva, L. A. M., Franco, T. P. G., Paula, M. V. S., Oliveira, G. C., Ribeiro, V. J. S. L. C., Barbosa, M. E. F., Dantas, I. A. (2024). Diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero: Uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(8), 482-492. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p482-492>

Regulamento n.º140/2019, da Ordem dos Enfermeiros, de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série, n.º 26 (06-02-2019), 4744-4750.

Regulamento n.º429/2018, da Ordem dos Enfermeiros, de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área

de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. *Diário da República II Série*, n.º135 (16-07-2018), 19359-19370.

Reis, C., Moré, C., Menezes, M. (2023). O luto antecipatório e as estratégias de enfrentamento de familiares nos Cuidados Paliativos. *Psico*, 54(1), 1-13. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2023.1.39961>

Ribeiro, A. S. S. (2012). *Controlo de sintomas em cuidados paliativos num serviço de medicina interna*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa-Faculdade de Medicina]. Repositório da Universidade de Lisboa. [https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10451/8755/1/676369\\_Tese.pdf](https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10451/8755/1/676369_Tese.pdf)

Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. S., Sousa, P. A. F., Trindade, L. L., Forte, E. C. N., Silva, J. M. A. V. (2020). Qualidade dos cuidados de enfermagem: contribuições de enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. *Revista Rene*, 21(1). e43167. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143167>

Ribeiro, T. G. R. (2020). *Ansiedade e Depressão em doentes em Cuidados Paliativos, num Centro Hospitalar da Região Norte*. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto – Faculdade de Medicina]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/131078>

Rocha, D. V., Liotti, D. M., Marcial, L. S. D., Novaes, L. F., Salles, R. J. (2023). O luto antecipatório em cuidadoras de idosos com Alzheimer avançado. *Revista Família, Ciclos De Vida E Saúde No Contexto Social*, 11(1), e6778, DOI: 10.18554/refacs.v11i2.6778

Rodrigues, A. M., Canhão, H., Marques, A., Ambrósio, C., Borges, J., Coelho, P., Costa, L., Fernandes, S., Gonçalves, I., Gonçalves, M. J., Guerra, M., Marques, M. L., Pimenta, S., Pinto, P., Sequeira, G., Simões, E., Teixeira, L., Vaz, C., Vieira-Sousa, E., Vieira R., Alvarenga F., Araújo F., Barcelos A., Barcelos F., Barros R., Bernardes M., Canas da Silva J., Cordeiro A., Costa M., Cunha-Miranda L., Cruz M., Duarte A. C., Duarte C., Faustino A., Figueiredo G., Fonseca J. E., Furtado C., Gomes J., Lopes C., Mourão A. F., Oliveira M., Pimentel-Santos F. M., Ribeiro A., Sampaio da Nóvoa T., Santiago M., Silva C., Silva-Dinis., Sousa S., Tavares-Costa J., Terroso G., Vilar A., Branco J. C., Tavares V., Romeu J. C., da Silva J. A. P. (2018). Portuguese recommendations for the prevention, diagnosis and management of primary osteoporosis - 2018 update. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 43(1), 123-144, [https://run.unl.pt/bitstream/10362/34197/1/e217\\_s1288\\_portuguese\\_recommendations\\_for\\_the\\_prevention\\_diagnosis\\_and\\_management\\_of\\_primary\\_osteoporosis\\_2018\\_update\\_file.pdf](https://run.unl.pt/bitstream/10362/34197/1/e217_s1288_portuguese_recommendations_for_the_prevention_diagnosis_and_management_of_primary_osteoporosis_2018_update_file.pdf)

Rodrigues, J. L. R., Silva, S. M., Mendoza, I. Y. Q., Oliveira, A. M. C. (2020). Cuidados de enfermagem no manejo da dor em pacientes adultos e idosos em cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 20(), e3680, DOI: 10.19175/recom.v10i0.3680

Rodrigues, L. F., Eloy, A. V. A., Feitosa, R. P., Nepomuceno, A. M. T., Carvalho, A. A., Silva, M. L. S., Santos, F. J. S., Jesus, M. R., Ferreira, M. C. M. (2024). Cuidados Paliativos em feridas neoplásicas: como qualificar a assistência em saúde? *Revista SUSTINERE*, 12(1), 9-15. <https://doi.org/10.12957/sustinere.2024.80209>

Sá, N. C. (2022). *Análise das características clínicas, anatomopatológicas e epidemiológicas das pacientes portadoras de carcinoma invasor de mama com comprometimento clínico axilar submetidas à quimioterapia neoadjuvante*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais - Faculdade de Medicina] Repositório Aberto da UFMG. <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/51088>

Sampaio, D. D., Dominguez, R. G. S., Rivemales, M. C. C. (2021). Teorias de enfermagem e sua articulação com a prática: Relato de experiência. *Brazilian Journal of Development*, 7(11), 107211-107219. DOI:10.34117/bjdv7n11-383

Santos, A. A., Lira, R. W. A., Lima, J. A., Verçosa, R. C. M., Soares, J. O., Silva, I. T. M., Tenório, H. A. A., Lima, K. B. M. (2023). Desafios da enfermagem no tratamento de feridas oncológicas. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(1), 3369-3381. DOI:10.34119/bjhrv6n1-264

Santos, W. A., Fuly, P. S. C., Santos, M. L. S. C., Souti, M. D., Beretta, L. L., Castro, M. C. F. (2020). Perfil dos pacientes com feridas tumorais malignas atendidos em um hospital universitário: estudo descritivo. *Research, Society and Development*, 9(8), e906986825. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6825>

Shore, J. C., Gelber, M. W., Koch, L. M., & Sower, E. (2016). Anticipatory grief: An evidence-based approach. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 18(1), 15-19. DOI: 10.1097/NJH.0000000000000208

Silva, A. D., Nascimento, S. S. (2023). Teoria do conforto de Kolcaba no cuidados de enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 6(13), 946-969. DOI: 10.5281/zenodo.8065092

Silva, A. F. M. (2019). *Gestão da obstipação no doente em cuidados paliativos*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Do Porto -Instituto Ciências Abel Salazar] Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/121580/2/344229.pdf>

Silva G. R., Freitas E. C., Silva R.S., Milagres M.P., Boery R. N. S. O. (2020). Constipação induzida por opióides em cuidado paliativo: o estado da arte. *Revista Online de Pesquisa*, 12(1), 1116-1124. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8008>.

Silva, N. R.W., Gallas, F., Scherer, G. L. G., Schultz, M., Campanari, L. (2024). O papel da sedação paliativa no final da vida: aspectos médicos e éticos-revisão. *Archives os Health*, 5(3), 1-6. DOI: 10.46919/archv5n3espec-065

Silva, S. & Jewur, J. (2024). Diálogo da Equipe Multidisciplinar no Cuidado Paliativo junto ao

Paciente no Processo de Finitude: Uma Revisão Sistemática. *Revistas ICESP - Repositório Institucional*, 3(1). 1-8. <https://revistas.icesp.br/index.php/Real/article/view/5633/32965>

Silva, T. S., Góes, A. C. F. (2023). O Conforto em oncologia: significados para a enfermagem e pacientes em tratamento oncológico. *Enfermagem em Foco*, 14(1), 1-7. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2023.v14.e-202340>

Silva, W. C., Dias, A. A. S., Amorim, J., Silva, C. M. A., Silva, J. A., Justa, J. W. O. S., Silva, G. B., Santos, G. A., Santo, E. O., Oliveira, M. E. L., Carvalho, D. M., Fernandes, I. T. G.P. (2014). Cuidados Paliativos: Abordagem Multidisciplinar na Promoção da Qualidade de Vida para Pacientes em Sofrimento. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(8), 2735-2746. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p-2735-2746>

Silveira, V. A., Vieira, V. H. R., Junior, P. C. A. (2025). Carcinoma invasivo de mama do tipo não especial: relato de casa. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 11(1), 2351-2367, [doi.org/10.51891/rease.v11i1.18028](https://doi.org/10.51891/rease.v11i1.18028)

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. <https://doi.org/10.70293/2764-2860.2021.2678>

Sousa, J., Ferreira, R., Guedes, V. (2022). Intervenções desenvolvidas na Gestão do Luto em Cuidados Paliativos: scoping review. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 97-109. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.189>

Sousa, L. M., Santos, M. V. F. (2021). Aplicação da escala de coma de Glasgow: uma análise bibliométrica acerca das publicações no âmbito da Enfermagem. *Research, Society and Development*, 10(14), e48101421643, DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21643>

Souza, P. C., Matsubara, M. G. S. (2024). A prática clínica de enfermeiros brasileiros sobre ferida neoplásica maligna. *Research, Society and Development*, 13(12), e29131247266. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v13i12.47266>

Stanzani, L. Z. L. (2020). Cuidados Paliativos: Um Caminho de Possibilidades. *Brasília Médica*, 57(1), 38-39. DOI:10.5935/2236-5117.2020v57a08

Valero, M. D. R., Gallardo, M. D. Barbero, R. M. Garcia, S. G., González, J. A. S., Manzanares, L. F. M. (2021). Mejora de la autonomía y de la calidad percibida em el paciente tras la retirada del infusor elastomérico en domicilio. *Conocimiento Enfermero*, 13(1), 44-51. DOI: <https://doi.org/10.60108/ce.166>

Vallerand, A., Sanoski, C., Deglin, J. (2016). *Guia Farmacológico para Enfermeiros*. Lusodidacta.

Viana, V. V. P., Cabral, M. E. G., Oliveira, H. D., Rocha, R. V. S., Reis, J. F., Carmo, D. M., Azevedo, P. H. L., Lopes, N. V. O., Carvalho, G. O., Braga, V. G. R. (2023). Importância do manejo

adequado da dor para pacientes em cuidados paliativos. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(3), 10813-10824. DOI:10.34119/bjhrv6n3-190

Vicente, H.; Matos, M.; Gomes, S.; Rocha, A.; Carvalhal, S.; Ramos, P.; Moura, A.; Alves, P. *(DES)COBRIR A FERIDA MALIGNA*. Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas 2021. ISBN: 978-989-53418-1-8

Vieira, A. I. S. (2024). *Avaliação da Osteoporose nos Cuidados de Saúde Primários*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Politécnico de Coimbra] Repositório Comum <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/ff106d9b-7e33-43ef-a8f2-f1aac2c6532b>

## **8. ANEXOS**



## **Anexo I**



## Tabelas representativas do PIIC – Caso 1

<b>Domínio: Sensações Somáticas</b>		
<b>Dados:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifesta prurido;</li> <li>• Localização específica do prurido: Pele periférica à ferida maligna [na mama esquerda].</li> </ul>		
<b>Diagnóstico: Prurido</b>		
<b>Objetivo(s):</b> 1. Determinar evolução do prurido 2. Diminuir prurido	<b>Intervenções:</b> 1a. Avaliar evolução do prurido 2a. Aplicar frio 2b. Aplicar creme	<b>Critério(s) de resultado(s):</b> • Que a pessoa manifeste diminuição da sensação de prurido.
<b>Dados:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifesta dor;</li> <li>• Localização da dor: mama esquerda;</li> <li>• Intensidade da dor – 7;</li> <li>• Duração da dor – aguda;</li> <li>• Dor de tipo – pontada;</li> <li>• Frequência da dor: Aquando da realização do tratamento da ferida maligna [na mama esquerda].</li> </ul>		
<b>Diagnóstico: Dor</b>		
<b>Objetivo(s):</b> 1. Determinar evolução da dor 2. Diminuir dor	<b>Intervenções:</b> 1a. Avaliar evolução da dor 2a. Gerir analgesia 2b. Executar técnica não farmacológica de alívio da dor	<b>Critério(s) de resultado(s):</b> • Que a pessoa refira diminuição da intensidade da dor.

<b>Domínio: Apetite</b>		
<b>Dados:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingeriu parte das refeições;</li> <li>• Apetite diminuído;</li> <li>• A pessoa refere: "Não me apetece comer nada do que vem no tabuleiro, não estou enjoada, simplesmente não me apetece aquela comida, e não tenho fome nem apetite para comer" (sic).</li> </ul>		
<b>Diagnóstico: Apetite Comprometido</b>		
<b>Objetivo(s):</b> 1. Determinar evolução do apetite 2. Melhorar apetite	<b>Intervenções:</b> 1a. Avaliar evolução do apetite 1b. Referenciar apetite comprometido ao serviço de nutrição 2a. Planear dieta	<b>Critério(s) de resultado(s):</b> • Que a pessoa coma alimentos conforme as suas preferências, gosto e tolerância; • Que a pessoa manifeste estar confortável com a ingestão desses alimentos.
<b>Diagnóstico: Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do apetite</b>		
<b>Dado:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento do cuidador sobre gestão do apetite: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.</li> </ul>		
<b>Objetivo(s):</b> 1. Promover papel do cuidador: gestão do apetite 2. Determinar evolução do conhecimento do cuidador sobre	<b>Intervenções:</b> 1a. Ensinar cuidador sobre gestão do apetite 2a. Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre	<b>Critério(s) de resultado(s):</b> • Que o cuidador consiga demonstrar conhecimento sobre gestão do apetite promotor do conforto;

gestão do apetite	gestão do apetite	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que o cuidador adote comportamentos adequados relacionados com gestão do apetite promotor do conforto.</li> </ul>
-------------------	-------------------	--

**Domínio: Pele e Mucosas**

**Dados:**

- Alterações da integridade dos tecidos;
- Localização do compromisso da membrana mucosa: cavidade oral;
- Mucosa seca;
- Mucosa com fendas tecidulares.

**Diagnóstico: Membrana Mucosa Comprometida**

<p><b>Objetivo(s):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar evolução da integridade das membranas mucosas</li> <li>2. Promover cicatrização da membrana mucosa</li> </ol>	<p><b>Intervenções:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1a. Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas</li> <li>2ª. Aplicar creme</li> <li>2b. Tratar membrana mucosa</li> <li>2c. Lavar cavidade oral</li> </ol>	<p><b>Critério(s) de resultado(s):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que a pessoa não refira sensação de xerostomia;</li> <li>• Que a pessoa não refira desconforto associado à xerostomia.</li> </ul>
---	---	---

**Dados:**

- Alterações da integridade dos tecidos;
- Localização: na mama esquerda (região do mamilo);
- Comprimento: 3cm;
- Largura: 3cm;
- Tecido predominante no leito da ferida: tecido fibrótico;
- Tipo de exsudado: amarelado, em abundante quantidade, viscoso;
- Cheiro do exsudado: fétido;
- Segundo o Sistema Teler: Escala de odor: 1 - O odor da FM é evidente ao entrar no quarto da pessoa;
- Coloração da pele periférica: ruborizada.

**Diagnóstico: Ferida Maligna [na mama esquerda]**

<p><b>Objetivo(s):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar evolução da ferida maligna [na mama esquerda]</li> <li>2. Controlar os sintomas associados à ferida maligna [na mama esquerda]</li> </ol>	<p><b>Intervenções:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1a. Avaliar evolução da ferida maligna [na mama esquerda]</li> <li>2a. Executar tratamento da ferida maligna [na mama esquerda]</li> </ol>	<p><b>Critério(s) de resultado(s):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que os sintomas associados à ferida maligna [na mama esquerda] se mantenham controlados ou sejam minimizados.</li> </ul>
---	---	--

**Domínio: Autoconceito**

**Dados:**

- Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal;
- Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo;
- Revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física);
- A pessoa refere não querer receber mais visitas, para além do seu marido, pois tem vergonha de que outros sintam o odor da sua ferida;
- A pessoa não quer sair do seu quarto referindo "não quero sair daqui porque não quero incomodar os outros doentes e as outras pessoas com o cheiro da minha ferida".

<b>Diagnóstico: Autoconceito Comprometido</b>		
<b>Objetivo(s):</b> 1. Determinar evolução do autoconceito 2. Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o autoconceito	<b>Intervenções:</b> 1a. Avaliar evolução do compromisso no autoconceito 2a. Implementar estratégias promotoras de mudança no processo de pensamento relacionado com o autoconceito	<b>Critério(s) de resultado(s):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que a pessoa não verbalize pensamentos negativos sobre si mesma;</li> <li>• Que a pessoa não apresente comportamentos de desvalorização pessoal;</li> <li>• Que a pessoa não manifeste intenção de se isolar socialmente;</li> </ul>

<b>Domínio: Emoção</b>		
<b>Dados:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbaliza ansiedade;</li> <li>• Manifestação de inquietação;</li> <li>• É perceptível que, na presença do seu marido, a pessoa fica mais inquieta, mais alerta e mais tensa;</li> <li>• Perante algumas intervenções do seu marido para com a equipa multidisciplinar (que decorrem na presença da pessoa), a mesma manifesta-se mais nervosa, com labilidade emocional e mais inquieta;</li> <li>• A pessoa verbalizava sentir-se ansiosa e quando questionada sobre qual a razão para se sentir assim a mesma responde "o meu marido sempre foi uma pessoa que ferve em pouca água, e as coisas que ele às vezes vos diz deixam-me ansiosa e nervosa, ele exalta-se muito e isso deixa-me assim" (sic).</li> </ul>		
<b>Diagnóstico: Ansiedade</b>		
<b>Objetivo(s):</b> 1. Determinar evolução da ansiedade 2. Diminuir ansiedade	<b>Intervenções:</b> 1a. Avaliar evolução da ansiedade 1b. Referenciar ansiedade à psicóloga 2a. Executar técnica de relaxamento	<b>Critério(s) de resultado(s):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que a pessoa manifeste diminuição da ansiedade.</li> </ul>
<b>Diagnóstico: Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade</b>		
<b>Dados:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento do cuidador sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.</li> </ul>		
<b>Objetivo(s):</b> 1. Promover papel do cuidador: gestão da ansiedade 2. Determinar evolução do papel do cuidador: gestão da ansiedade	<b>Intervenções:</b> 1a. Ensinar cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade 2a. Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da ansiedade	<b>Critério(s) de resultado(s):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que o cuidador consiga demonstrar conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade;</li> <li>• Que o cuidador consiga demonstrar adotar comportamentos adequados relacionados com gestão da ansiedade.</li> </ul>



## **Anexo II**



## Tabelas representativas do PIIC – Caso 2

<b>Domínio:</b> Sensações Somáticas		
<b>Dados:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Localização da dor: região torácica e clavicular à esquerda;</li> <li>Intensidade da dor: 7.</li> </ul>		
<b>Diagnóstico:</b> Dor		
<b>Objetivo(s):</b> 1. Determinar evolução da dor 2. Diminuir dor	<b>Intervenções:</b> 1a. Avaliar evolução da dor 2a. Gerir analgesia 2b. Aplicar restrição física da mobilidade	<b>Critério(s) de resultado(s):</b> • Que a pessoa refira diminuição da intensidade da dor.
<b>Dados:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>A pessoa refere "tenho receio de morrer por causa da quantidade de medicação que estou a tomar" (sic) (relativamente à medicação analgésica prescrita).</li> <li>A pessoa refere "só chamo mesmo quando não aguento mais as dores, porque não quero estar sempre a fazer tanta medicação...".</li> </ul>		
<b>Diagnóstico:</b> Potencial para melhorar significado atribuído às estratégias farmacológicas de alívio da dor		
<b>Objetivo(s):</b> 1. Determinar a evolução do significado atribuído às estratégias farmacológicas de alívio da dor 2. Melhorar conhecimento sobre estratégias farmacológicas de alívio da dor 3. Promover autocontrolo da dor	<b>Intervenções:</b> 1a. Avaliar evolução do significado atribuído às estratégias farmacológicas de alívio da dor 2a. Ensinar sobre estratégias farmacológicas de alívio da dor 2b. Assistir cliente a analisar o significado dificultador sobre estratégias farmacológicas de alívio da dor	<b>Critério(s) de resultado(s):</b> • Que a pessoa demonstre conhecimento sobre estratégias farmacológicas de alívio da dor; • Que a pessoa manifeste um significado facilitador atribuído às estratégias farmacológicas de alívio da dor.

<b>Domínio:</b> Eliminação intestinal		
<b>Dados:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de defecações por semana: 2;</li> <li>Ausência de massa palpável de fezes no reto;</li> <li>Expulsão controlada de fezes;</li> <li>A pessoa refere "a meu intestino funciona cerca de 1/2 vezes por semana. No entanto, as fezes são sempre duras e tenho de fazer muito esforço".</li> </ul>		
<b>Diagnóstico:</b> Obstipação		
<b>Objetivo(s):</b> 1. Determinar evolução da obstipação	<b>Intervenções:</b> 1a. Avaliar evolução da obstipação	<b>Critério(s) de resultado(s):</b> • Que a pessoa não manifeste desconforto associado a um padrão de eliminação intestinal desregulado.
<b>Diagnóstico:</b> Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético		
<b>Dado:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.</li> </ul>		

<b>Objetivo(s):</b> 1. Determinar evolução do conhecimento sobre regime dietético 2. Melhorar conhecimento sobre regime dietético 3. Promover autogestão: obstipação	<b>Intervenções:</b> 1a. Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético 2a. Ensinar sobre regime dietético 3a. Incentivar uso de estratégias de autogestão: obstipação [sobre regime dietético]	<b>Critério(s) de resultado(s):</b> • Que a pessoa demonstre conhecimento sobre regime dietético e a obstipação; • Que a pessoa adote comportamentos adequados relacionados com regime dietético e a obstipação.
---	---	--

**Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso**

**Dado:**

- Conhecimento sobre regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

<b>Objetivo(s):</b> 1. Determinar evolução do conhecimento sobre regime medicamentoso 2. Melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso 3. Promover autogestão: obstipação	<b>Intervenções:</b> 1a. Avaliar evolução do conhecimento sobre regime medicamentoso 2a. Ensinar sobre regime medicamentoso 3a. Incentivar uso de estratégias de autogestão: obstipação [sobre regime dietético]	<b>Critério(s) de resultado(s):</b> • Que a pessoa demonstre conhecimento sobre regime medicamentoso e a obstipação; • Que a pessoa adote comportamentos adequados relacionados com regime medicamentoso e a obstipação.
---	---	--

**Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre regime exercício**

**Dado:**

- Conhecimento sobre regime exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

<b>Objetivo(s):</b> 1. Determinar evolução do conhecimento sobre regime de exercício 2. Melhorar conhecimento sobre regime de exercício 3. Promover autogestão: obstipação	<b>Intervenções:</b> 1a. Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de exercício 2a. Ensinar sobre regime de exercício 3a. Incentivar uso de estratégias de autogestão: obstipação [sobre regime dietético]	<b>Critério(s) de resultado(s):</b> • Que a pessoa demonstre conhecimento sobre regime de exercício e a obstipação; • Que a pessoa adote comportamentos adequados relacionados com regime de exercício e a obstipação.
---	---	--

**Domínio: Emoção**

**Dados:**

- Não manifesta negação da perda;
- Manifesta pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda;
- A pessoa é renitente ao apoio e assistência por parte dos profissionais de saúde para a realização das atividades de vida diária, pois "assumir que preciso de ajuda é assumir que estou muito mal" (sic);
- Encontra-se sentada no cadeirão, com fáceis de dor. Quanto questionada sobre se não estaria melhor no leito para descansar um pouco, a mesma refere "Não quero ficar presa a uma cama" (sic);
- Apesar de ter acordado com a equipa de enfermagem que tocava à campainha quando quisesse ir ao WC tomar banho, a pessoa vai sozinha sem solicitar auxílio. Quando a enfermeira entra no quarto, encontra a pessoa sentada na sanita a chorar pois "quero muito fazer sozinha mas estou a sentir-me mais fraca";
- A pessoa é informada pelo médico assistente de que foi discutido o seu caso clínico e que tinham ponderado não realizar mais nenhum tratamento de quimioterapia ou radioterapia. A pessoa manifesta-se

muito revoltada com esta decisão;

- A pessoa refere "sinto que todos os dias perco mais forças e consigo fazer menos coisas sozinha...não consigo aceitar isto, não aceito esta derrota";
- Ao falar sobre a sua morte, a pessoa refere "o que mais me preocupa sobre vir a morrer é o meu filho ser tão pequenino, porque sei que ele quando crescer, pouco se vai lembrar de mim";
- Quando questionada sobre a possibilidade de ter alta para o domicílio de um dos irmãos a mesma refere "nem pensar, se sair daqui quero ir para minha casa. Não quero, nem vou, ser um fardo para ninguém, já chega ser um fardo para mim própria".

**Diagnóstico: Luto [antecipatório] comprometido**

<p><b>Objetivo(s):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar evolução do luto [antecipatório]</li> <li>2. Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o luto [antecipatório]</li> <li>3. Promover autocontrolo: processo de pensamento relacionado com o luto [antecipatório]</li> </ol>	<p><b>Intervenções:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1a. Avaliar evolução do luto [antecipatório]</li> <li>2a. Executar escuta ativa</li> <li>2b. Apoio Espiritual (NIC – 5420);</li> <li>2c. Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização;</li> <li>Controlo do Ambiente: Conforto (NIC – 6482);</li> <li>2d. Facilitar capacidade para comunicar sentimentos (CIPE - 10026616).</li> </ol>	<p><b>Critério(s) de resultado(s):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que a pessoa verbalize as suas emoções;</li> <li>• Que a pessoa expresse as perdas percecionadas;</li> <li>• Que a pessoa atribua um significado às perdas percecionadas;</li> <li>• Que o cliente reconheça e aceite a sua finitude;</li> </ul>
--	---	--

**Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre luto [antecipatório]**

**Dado:**

- Conhecimento sobre o luto [antecipatório]: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

<p><b>Objetivo(s):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar evolução do conhecimento sobre luto [antecipatório]</li> <li>2. Melhorar conhecimento sobre luto [antecipatório]</li> </ol>	<p><b>Intervenções:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1a. Avaliar evolução do conhecimento sobre luto [antecipatório]</li> <li>2a. Ensinar sobre luto [antecipatório]</li> </ol>	<p><b>Critério(s) de resultado(s):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que a pessoa consiga demonstrar conhecimento luto [antecipatório]</li> <li>• Que a pessoa identifique o luto [antecipatório] como uma experiência normal;</li> <li>• Que a cliente consiga referir a relação entre o luto [antecipatório] e a sua própria morte.</li> </ul>
---	---	---

**Diagnóstico: Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o apoio das pessoas significativas e o luto [antecipatório]**

**Dado:**

- Consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto [antecipatório]: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

<p><b>Objetivo(s):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar evolução do conhecimento sobre regime de exercício</li> <li>2. Melhorar conhecimento sobre consciencialização da relação entre o apoio das pessoas significativas e o luto [antecipatório]</li> </ol>	<p><b>Intervenções:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1a. Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o apoio das pessoas significativas e o luto [antecipatório]</li> <li>2a. Analisar com o cliente a relação entre o apoio das pessoas significativas e o luto [antecipatório]</li> </ol>	<p><b>Critério(s) de resultado(s):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que a pessoa reconheça a importância da relação entre o apoio das pessoas significativas e o luto [antecipatório];</li> <li>• Que a pessoa reconheça a importância das despedidas e reconciliações relacionadas com o luto [antecipatório].</li> </ul>
---	---	--



## **Anexo III**





Escola Superior de Saúde **Norte**  
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE  
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em  
Situação Paliativa

# **Conforto da Pessoa com Ferida Maligna em Cuidados Paliativos**

Autora: Bárbara Gomes, 2023100980

Professora Orientadora: Prof.ª Especialista Daniela Cunha

Oliveira de Azeméis, 2024/2025



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE  
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em  
Situação Paliativa

## **Conforto da Pessoa com Ferida Maligna em Cuidados Paliativos**

Projeto de desenvolvimento de competências realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, do 1º semestre do 2º ano do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico – Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

**Trabalho elaborado por:**

Bárbara Ferreira Gomes (2023100980)

**Professora Orientadora:** Prof.ª Especialista Daniela Cunha

**Professora Regente:** Prof.ª Doutora Sónia Novais

Oliveira de Azeméis, 2024/2025



## ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS, ACRÓNIMOS.....	5
LISTA DE TABELAS.....	7
INTRODUÇÃO.....	9
1. PLANIFICAÇÃO.....	11
1.1. OBJETIVO I.....	12
1.1.1. Competências a serem desenvolvidas.....	13
1.1.2. Estratégias/Atividades a desenvolver.....	14
1.1.3. Critério de Avaliação/ Demonstração de Resultado para o Objetivo I.....	14
1.2. OBJETIVO II.....	15
1.2.1. Competências a serem desenvolvidas.....	17
1.2.2. Estratégias/Atividades a desenvolver.....	17
1.2.3. Critério de Avaliação/ Demonstração de Resultado para o Objetivo II.....	18
2. RECURSOS NECESSÁRIOS.....	19
3. PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES.....	21
4. MONITORIZAÇÃO, CONTROLO E AVALIAÇÃO DO PROJETO.....	23
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29



## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS, ACRÓNIMOS**

CP – Cuidados Paliativos

ESSnorteCVP - Escola Superior De Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

ULS – Unidade Local de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

FM – Ferida Maligna



## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Cronograma das atividades/estratégias a desenvolver.....	21
Tabela 2 - Análise SWOT.....	23

## INTRODUÇÃO

O presente Projeto de Desenvolvimento de Competências foi realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, do 1º semestre do 2º ano do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico – Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, da Escola Superior De Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP), a decorrer no ano letivo de 2024/2025, com a Regente Prof.ª Doutora Sónia Novais e Prof.ª Especialista Daniela Cunha.

No âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, irei realizar estágio numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), pertencente a uma Unidade Local de Saúde (ULS) do país.

A escolha do local de estágio em causa prende-se por já ter sido familiar, neta no caso, de uma doente que faleceu neste mesmo local, e foi essa experiência que me consciencializou para a importância dos Cuidados Paliativos (CP) e que influenciou a minha escolha na área de especialização a frequentar.

A realização deste projeto tem como objetivo o planeamento antecipado do trabalho a desenvolver no presente estágio, permite ainda uma reflexão antecipada daquilo que pretendo e anseio desenvolver ao longo do mesmo e, por último, como instrumento de avaliação contínua.

Neste documento apresento um plano estruturado e orientador, para desenvolver as minhas competências enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa no processo de diagnóstico e de intervenção diferenciada, tendo como linha orientadora os objetivos aos quais me proponho desenvolver ao longo do presente estágio.

O tema do projeto é “Conforto da Pessoa com Ferida Maligna em Cuidados Paliativos”, pois a promoção do conforto e bem-estar da pessoa constitui uma prioridade no exercício da minha futura prática enquanto Enfermeira Especialista. Para além de aliviar o sofrimento físico, a gestão da Ferida Maligna (FM) pode contribuir substancialmente para a melhoria da qualidade de vida da pessoa em fase terminal.

A promoção do conforto da pessoa com ferida maligna era uma área de *expertise* que ambicionava ter trabalhado no estágio anterior mas não houve oportunidade. Desta forma, anseio por desenvolver o meu projeto incidindo nesta área de intervenção e perceber o real

impacto que o Enfermeiro Especialista pode ter na gestão da FM, visando o conforto do doente.

Para a elaboração do presente trabalho recorri à metodologia descritiva e crítico-reflexiva, encontrando-se estruturado de acordo com o Manual de Elaboração de Trabalhos Escritos da ESSNorteCVP. É constituído por cinco capítulos major, sendo que o primeiro se refere à presente introdução. No segundo capítulo apresenta-se a planificação propriamente dita, bem como os objetivos específicos aos quais me proponho atingir no decorrer do atual estágio. No terceiro capítulo mencionam-se os recursos necessários para o desenvolver do presente projeto. De seguida, no quarto capítulo, descreve-se o planeamento das atividades/estratégias a desenvolver, como a apresentação de um cronograma de proposta de realização das mesmas. O quinto capítulo trata a monitorização, controlo e avaliação do projeto, bem como a avaliação SWAT pessoal. Segue-se a conclusão onde culminam as ideias chave do presente documento realizado.

Finda-se com a referência à bibliografia por mim recorrida, elaborada de acordo com a Norma APA7.

## 1. PLANIFICAÇÃO

Este documento constitui uma orientação fundamental para o desenvolvimento das minhas competências enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. O seu conteúdo deve estar integralmente conforme o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

A obtenção do título de Enfermeiro Especialista pressupõe a aquisição de um conjunto de competências comuns, aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019), estas competências estão organizadas nos seguintes domínios:

- a) Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade;
- c) Competências do domínio da gestão dos cuidados;
- d) Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

(Regulamento n.º 140/2019).

Relativamente às competências específicas no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa, a OE (2018) definiu as seguintes (Regulamento n.º 429/2018, p. 19360):

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

Deste modo, o desenvolvimento das minhas competências deve ser rigorosamente enquadrado nos referidos regulamentos, garantindo uma prática de cuidados de excelência à pessoa em situação paliativa, orientada pelos mais elevados padrões éticos, clínicos e profissionais.

## 1.1. OBJETIVO I

No âmbito da primeira competência específica definida no Regulamento n.º 429/2018:

“a) Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19360),

estabeleço como objetivo específico o desenvolvimento de competências especializadas na gestão da Ferida Maligna (FM) em pessoas em situação paliativa, ao longo do presente estágio. As FM são uma realidade frequente nos Cuidados Paliativos (CP), especialmente em pessoas com patologia oncológica, constituindo uma complicação comum nos estadios avançados da doença. Segundo Vicente et al. (2021), as FM estão frequentemente associadas a "estadios de doença avançada, por vezes já multitratada e incurável" (Vicente et al., 2021, p. 3).

A vivência com uma FM pode ser uma experiência traumática, aumentando significativamente a vulnerabilidade da pessoa e comprometendo o seu conforto de forma multi fatorial. Entre os múltiplos efeitos negativos encontram-se: “perda de identidade corpórea, diminuição da autoestima, estigma social, constrangimento, depressão, medo, vergonha, culpa, raiva, ansiedade, e ainda uma sensação de perda de controlo do corpo e da própria vida” (Vicente, et al., 2021, p.3).

Assim, considero de extrema importância o desenvolvimento de competências que me permitam mitigar os efeitos adversos que uma FM pode ter sobre a pessoa em cuidados paliativos. Este objetivo revela-se particularmente relevante no âmbito do meu percurso formativo, dado que a promoção do conforto e bem-estar da pessoa constitui uma prioridade fundamental no exercício da minha futura prática enquanto Enfermeira Especialista. A gestão adequada da FM, além de aliviar o sofrimento físico, pode contribuir substancialmente para a melhoria da qualidade de vida, promovendo uma abordagem holística, ética e centrada na dignidade e no respeito pela pessoa em fase terminal.

Desta forma, defino como primeiro objetivo específico: “Desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados à pessoa com Ferida Maligna, em situação paliativa, na Unidade de Cuidados Paliativos, ao longo do Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa”.

### **1.1.1. Competências a serem desenvolvidas**

Ao refletir sobre as unidades de competências explanadas pela OE (2018), proponho-me a desenvolver as seguintes no âmbito da gestão da FM em pessoas em situação paliativa: “1.1 - identificar as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal,” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19365) com o propósito de realizar uma avaliação minuciosa e holística do impacto da FM na pessoa, abrangendo não só as suas dimensões físicas, mas também psicológicas, sociais e espirituais. Esta avaliação rigorosa permitirá uma compreensão profunda das necessidades individuais, possibilitando uma intervenção mais adequada e personalizada.

Simultaneamente, comprometo-me a desenvolver a unidade de competência de “1.2 - promove intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19365), aplicando conhecimentos especializados na adequação de tratamentos específicos para as diversas tipologias de FM. A utilização de intervenções fundamentadas na melhor evidência científica disponível é crucial para assegurar uma gestão eficaz das FM, visando o alívio do sofrimento e a otimização do conforto da pessoa.

Adicionalmente, proponho-me a desenvolver a unidade de competência de “1.4 - desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interdisciplinar” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19365), reconhecendo a importância de uma abordagem colaborativa entre os diferentes profissionais de saúde. Uma intervenção interdisciplinar é essencial para responder de forma coordenada e integrada às necessidades complexas da pessoa com FM, assegurando uma articulação eficaz entre as várias áreas de cuidados e, assim, contribuir para uma melhoria substancial da qualidade de vida.

### **1.1.2. Estratégias/Atividades a desenvolver**

Relativamente ao anteriormente exposto, foram definidas as seguintes atividades, com o intuito de alcançar o objetivo proposto, ao longo do presente estágio:

- a) Realizar uma revisão da literatura, baseada em evidência atual e disponível, sobre a gestão de Feridas Malignas (FM) em pessoas em situação paliativa, garantindo a fundamentação teórica das intervenções clínicas;
- b) Avaliar o impacto que a FM tem na pessoa, considerando as repercussões físicas, psicoespirituais, sociais e ambientais, com o intuito de compreender de forma aprofundada a sua influência na qualidade de vida e bem-estar da pessoa;

- c) Implementar intervenções terapêuticas específicas, ajustadas às características clínicas e individuais e da respetiva FM, com o objetivo de promover o alívio sintomático e o conforto da pessoa em CP;
- d) Realizar reflexões com as Enfermeiras Tutoras e com a Professora Orientadora, promovendo a discussão clínica fundamentada sobre as abordagens e intervenções realizadas, para integrar “*feedback*” construtivo e melhorar continuamente a prática clínica.

### **1.1.3. Critério de Avaliação/ Demonstração de Resultado para o Objetivo I**

Tendo em consideração as atividades anteriormente delineadas e o contexto clínico, apresento os seguintes critérios de avaliação e demonstração de resultados, visando assegurar um acompanhamento rigoroso e uma prática orientada pela excelência:

#### **a) Revisão da literatura científica sobre a gestão de Feridas Malignas (FM) em cuidados paliativos:**

Critério de avaliação: Realização de uma revisão da literatura, integrando estudos científicos de relevância e atualidade.

Demonstração de resultado: Apresentação detalhada e sintética sobre a evidência científica atual acerca da gestão da FM na pessoa em situação paliativa, identificando práticas baseadas na evidência e recomendações para a intervenção terapêutica.

#### **b) Avaliação do impacto global da Ferida Maligna na pessoa:**

Critério de avaliação: Recurso a Teoria de Enfermagem pertinente para a avaliação individualmente das repercussões físicas, psicológicas e sociais da FM em, no mínimo, duas pessoas.

Demonstração de resultado: Apresentação dos resultados da avaliação individualizada, em formato de tabela, que demonstrem de forma clara o impacto da FM na qualidade de vida da pessoa em situação paliativa.

#### **c) Implementação de intervenções terapêuticas específicas para a gestão da FM:**

Critério de avaliação: Aplicação de intervenções terapêuticas personalizadas e ajustadas às características individuais das FM, com monitorização rigorosa da evolução clínica em, pelo menos, dois casos.

Demonstração de resultado: Apresentação dos dados que documentem a evolução das feridas e o impacto das intervenções aplicadas, em formato de tabela, destacando a redução de sintomas como dor, odor ou infeção, e a melhoria do conforto da pessoa.

**d) Participação em sessões de reflexão crítico-reflexiva:**

Critério de avaliação: Participação ativa e regular nas sessões de reflexão com os Enfermeiros Tutores e a Professora Orientadora.

Demonstração de resultado: Breve reflexão sobre as discussões ocorridas, incluindo o “*feedback*” recebido e as propostas de melhoria existentes, com base nas orientações fornecidas pelos tutores e orientadora.

## 1.2. OBJETIVO II

No âmbito da segunda competência específica definida no Regulamento n.º 429/2018:

“b) Estabelecer relação terapêutica com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19360),

estabeleço como objetivo específico o desenvolvimento de competências especializadas na abordagem ao luto antecipatório da pessoa em situação paliativa e da sua família/cuidador, ao longo do presente estágio.

Segundo Brito et al. (2024), “o luto é um processo complexo e individual, frequentemente caracterizado por reações emocionais intensas como choque, tristeza e ansiedade” (p. 179).

Por sua vez, o luto antecipatório caracteriza-se pelo sentimento de perda experienciado previamente ao falecimento da pessoa em CP (Pimenta & Capelas, 2019).

Trata-se de um mecanismo de reação que o familiar cuidador pode apresentar ao lidar com a possível finitude de um ente querido. A existência de uma doença potencialmente ameaçadora de vida e a percepção que o familiar cuidador tem sobre o possível óbito pode trazer uma antecipação do luto - luto antecipatório (Silva & Coutinho, 2022).

O período de luto antecipatório pode permitir a resolução de conflito e de questões que estejam pendentes, sendo a comunicação um fator importante entre a pessoa e os seus familiares.

Por vezes, os familiares adquirem um sentimento de culpa por sentirem já estar a fazer o luto de um ente querido que ainda está presente, o que prejudica a comunicação entre eles e, conseqüentemente, a abordagem de assuntos pendentes. Neste caso, a intervenção do Enfermeiro Especialista no luto antecipatório, nomeadamente na promoção de uma comunicação eficaz entre a pessoa e o seu familiar, pode ter múltiplos benefícios para os mesmos e, desta forma, promover uma boa-morte e prevenir um luto complicado do seu familiar (Reis et al., 2023).

Desta forma, defino como segundo objetivo específico: “Desenvolver competências no âmbito do apoio ao luto antecipatório da pessoa em situação paliativa e da sua família/cuidador, na Unidade de Cuidados Paliativos, ao longo do Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa”.

#### **1.2.1. Competências a serem desenvolvidas**

Ao refletir sobre as unidades de competências definidas pela OE (2018), proponho-me a desenvolver as seguintes no âmbito do apoio no luto antecipatório da pessoa em situação paliativa e da família/cuidador: “2.1 — Respeita a singularidade e autonomia da pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares no acompanhamento de vivências individuais específicas, no processo de morrer e de luto” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19365), no sentido de mobilizar conhecimento sobre as vivências/crenças dos indivíduos, estabelecendo um plano assistencial personalizado e individual, salvaguardando as preferências e vontades da pessoa e do seu familiar.

Simultaneamente, comprometo-me a desenvolver a unidade de competência “2.2 — promove parcerias terapêuticas com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19365) incentivando-os a serem parceiros no processo de tomada de decisão; negociar objetivos/metapas de cuidados, de acordo com os recursos e expectativas da pessoa e da sua família/cuidador, praticando uma comunicação adequada, permitindo a comunicação honesta, ajustando expectativas, promovendo uma esperança realista e ajustada e, ainda, apoiando a pessoa a completar tarefas pendentes em fim de vida.

### **1.2.2. Estratégias/Atividades a desenvolver**

Relativamente ao anteriormente exposto, foram definidas as seguintes atividades, com o intuito de alcançar o objetivo proposto, ao longo do presente estágio:

- a) Realizar uma revisão da literatura, baseada em evidência atual e disponível, sobre a importância do apoio ao luto antecipatório da pessoa em situação paliativa e da sua família/cuidador;
- b) Proceder à identificação de intervenções recomendadas para o apoio ao luto antecipatório da pessoa em situação paliativa e da sua família/cuidador, visando compreender o papel do enfermeiro;
- c) Realizar reflexões com as Enfermeiras Tutoras e com a Professora Orientadora, promovendo a discussão clínica fundamentada sobre as abordagens e intervenções realizadas, para integrar “*feedback*” construtivo e melhorar continuamente a prática clínica.

### **1.2.3. Critério de Avaliação/ Demonstração de Resultado para o Objetivo II**

Considerando as atividades previamente delineadas e o contexto clínico, proponho os seguintes critérios de avaliação e demonstração de resultados:

- a) **Revisão da literatura sobre a importância do apoio ao luto antecipatório da pessoa em situação paliativa e da sua família/cuidador:**

Critério de avaliação: Realização de uma revisão da literatura, integrando estudos científicos de relevância, publicados em revistas indexadas nos últimos dez anos, focados na temática do luto antecipatório em contexto de Cuidados Paliativos.

Demonstração de resultado: Apresentação detalhada e sintética sobre a evidência científica atual sobre a importância do apoio ao luto antecipatório da pessoa em situação paliativa e da sua família/cuidador.

- b) **Identificação de intervenções recomendadas para o apoio ao luto antecipatório da pessoa em situação paliativa e da sua família/cuidador:**

Critério de avaliação: Identificação e descrição de intervenções baseadas em evidência científica para o apoio ao luto antecipatório da pessoa em situação paliativa e da sua família/cuidador.

Demonstração de resultado: Apresentação detalhada do papel do enfermeiro especialista no apoio ao luto antecipatório da pessoa em situação paliativa e da sua família/cuidador, com base nos estudos analisados.

**c) Participação em sessões de reflexão crítico-reflexiva:**

Critério de avaliação: Participação ativa nas reflexões, demonstrando capacidade de integrar *feedback* construtivo nas práticas clínicas.

Demonstração de resultado: Breve reflexão sobre as discussões ocorridas, incluindo o “*feedback*” recebido e as propostas de melhoria existentes, com base nas orientações fornecidas pelos tutores e orientadora.

## **2. RECURSOS NECESSÁRIOS**

Para cumprir os objetivos a que me proponho desenvolver ao longo do presente estágio, é necessário contar com determinados recursos que irão apoiar o bom desenrolar das atividades previstas.

Em primeiro lugar, no que respeita aos recursos humanos, é fundamental a colaboração da professora coordenadora Prof.<sup>a</sup> Doutora Sónia Novais, e da Prof.<sup>a</sup> Especialista Daniela Cunha, cuja orientação será crucial para assegurar que o projeto segue os padrões científicos e metodológicos adequados. O seu apoio será imprescindível em todas as fases do estágio, desde a formulação dos objetivos até à análise e discussão dos resultados obtidos. Da mesma forma, é indispensável o acompanhamento dos Enfermeiros Tutores, cuja experiência prática permitirá que as atividades desenvolvidas sejam compatíveis com a realidade do exercício profissional e sigam as melhores práticas clínicas.

No que se refere aos recursos materiais, são necessários equipamentos que me permitam consultar a bibliografia relevante. Este acesso é fundamental para garantir o alicerce teórico necessário à execução das tarefas propostas, além de possibilitar uma revisão crítica da literatura que sustente as intervenções previstas no âmbito do projeto.

Acerca dos recursos financeiros, inclui-se o orçamento para as deslocações para o campo de estágio.

Assim, a disponibilização dos recursos acima mencionados é indispensável para a concretização eficaz dos objetivos estabelecidos, assegurando o sucesso do estágio e a aquisição das competências necessárias.



### 3. PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES

Anteriormente foram apresentadas as estratégias/atividades a ser desenvolvidas ao longo do estágio, por forma a alcançar os objetivos a que me proponho. Aqui apresento um planeamento de implementação dessas mesmas estratégias/atividades.

Tabela 1 – Cronograma das atividades/estratégias a desenvolver

MÊS		Out				Nov				Dez				Jan				Fev	
ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS A DESENVOLVER	SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
		<b>OBJETIVO I</b>																	
Realizar uma revisão da literatura, baseada em evidência atual e disponível, sobre a gestão de Feridas Malignas (FM) em pessoas em situação paliativa																			
Avaliação do impacto global da Ferida Maligna na pessoa;																			
Implementação de intervenções terapêuticas específicas para a gestão da FM;																			
Participação em sessões de reflexão crítico-reflexiva.																			
<b>OBJETIVO II</b>																			
Realizar uma revisão da literatura, baseada em evidência atual e disponível, sobre a importância do apoio ao luto antecipatório;																			
Proceder à identificação de intervenções recomendadas para o apoio ao luto antecipatório da pessoa em situação paliativa e da sua família/cuidador, visando compreender o papel do enfermeiro;																			
Participação em sessões de reflexão crítico-reflexiva.																			



#### 4. MONITORIZAÇÃO, CONTROLO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

A monitorização, o controlo e a avaliação do projeto são componentes fundamentais para assegurar o cumprimento rigoroso dos objetivos e estratégias/atividades propostas neste documento. Estas etapas revelam-se imprescindíveis pois permitem ajustes e adaptações nas mesmas, sempre que necessário, com o fim de conseguir maior qualidade das intervenções implementadas, neste período de estágio.

Referente à monitorização, e no sentido de identificar os fatores positivos e negativos que podem influenciar o bem correr deste projeto, apresento uma análise “SWOT”. (Tabela 2). Esta destaca as forças pessoais e as oportunidades, que antecipo serem um fator facilitador do desenvolvimento do presente projeto, bem como as fraquezas e ameaças que se prevêem, e que almejo colmatar.

**Tabela 2** - Análise SWOT

Análise SWOT	Fatores Positivos	Pontuação (0-20)	Fatores Negativos	Pontuação (0-20)	
<b>Fatores Internos</b>	<b>Forças</b>		<b>Fraquezas</b>		<b>Total Internos:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivação pessoal;</li> <li>• Capacidade de organização;</li> <li>• Responsabilidade;</li> <li>• Suporte familiar.</li> </ul>	<p>19</p> <p>18</p> <p>20</p> <p>20</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidade de horários;</li> <li>• Fadiga;</li> <li>• Outros projetos profissionais;</li> <li>• Gestão vida pessoal/profissional/académica.</li> </ul>	<p>10</p> <p>12</p> <p>12</p> <p>13</p>	
	<b>Subtotal:</b>	<b>19,25</b>	<b>Subtotal:</b>	<b>11,75</b>	<b>31</b>
<b>Fatores Externos</b>	<b>Oportunidades</b>		<b>Ameaças</b>		<b>Total Internos:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recetividade da equipa de enfermagem;</li> <li>• Serviço com doentes</li> </ul>	<p>19</p> <p>18</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compatibilidade de horário com as Enf.ºs Tutores.</li> </ul>	<p>10</p>	

	com diferentes diagnósticos;				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilidade de contactar com as famílias dos doentes;</li> <li>• Disponibilidade da Professora Orientadora.</li> </ul>	18			
	<b>Subtotal:</b>	<b>18,5</b>	<b>Subtotal:</b>	<b>10</b>	<b>28,5</b>
	<b>Total Positivos:</b>	<b>37,75</b>	<b>Total Negativos:</b>	<b>21,75</b>	

Relativamente às forças, identifico a grande motivação pessoal que sinto para o bem concretizar dos meus objetivos, a minha capacidade de organização, o sentido de responsabilidade, e o elevado suporte familiar. No entanto, é importante ter em conta as fraquezas, que são a pouca disponibilidade de horários, relacionada com os horários laborais, a fadiga, outros projetos profissionais, e a gestão da minha vida em todas as suas vertentes – pessoal/profissional/académica. Identifico, ainda, as oportunidades, tais como a grande receptividade da equipa de enfermagem, realizar estágio num serviço com doentes com diferentes diagnósticos, a possibilidade de contactar com as famílias dos doentes e, ainda, a disponibilidade da Professora Orientadora. Relativamente às ameaças, identifico a compatibilidade do meu horário com o das enfermeiras tutoras.

Em suma, reconheço que apesar de algumas fraquezas e ameaças encontradas, as forças e as oportunidades se sobrepõem, colmatando assim os fatores negativos apresentados.

Relativamente ao controlo, este será assegurado pelo constante *feedback* procurado entre as enfermeiras tutoras e a Professora Orientadora. Desta forma, consegue-se perceber o progresso das estratégias/atividades, bem como a sua adaptação, se necessário. Permite, ainda, discutir desafios que possam surgir ao longo do estágio, e encontrar uma solução para os mesmos.

No que se refere à avaliação, esta será conseguida pela realização de uma prática reflexiva sobre as intervenções relacionadas com a Ferida Maligna, através das observações efetuadas durante o estágio, relacionando-o com a evidência científica recente e pertinente. Planeio, ainda, apresentar de forma detalhada o papel do enfermeiro especialista no apoio ao luto

antecipatório da pessoa em situação paliativa e da sua família/cuidador, com base nos estudos analisados.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste documento constituirá um instrumento essencial para a orientação e planejamento do meu percurso de aprendizagem, a ser desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, do 1.º semestre do 2.º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa da ESSNorteCVP.

O desenvolver deste projeto permitirá aprofundar o conhecimento teórico e prático relacionado com a pessoa em contexto paliativo, integrando uma abordagem baseada na evidência científica e nas melhores práticas clínicas. A revisão sistemática da literatura, associada à implementação de intervenções terapêuticas adequadamente ajustadas, revelar-se-á essencial para promover uma abordagem holística e centrada na pessoa, visando aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida.

As atividades a serem desenvolvidas ao longo deste percurso formativo possibilitarão a aquisição de competências especializadas na implementação de estratégias terapêuticas eficazes, adaptadas às necessidades individuais das pessoas e, o foco numa prática interdisciplinar contribuirá para a obtenção de melhores resultados, promovendo uma abordagem mais integrada e humanizada.

A reflexão contínua e a análise crítico-reflexiva, realizadas em estreita colaboração com os Enfermeiros Tutores e a Professora Orientadora, proporcionarão uma avaliação rigorosa das intervenções aplicadas, fomentando o aperfeiçoamento constante da prática clínica. O *“feedback”* obtido será fundamental para o ajuste das estratégias, assegurando que as mesmas estejam orientadas para a maximização do conforto e bem-estar da pessoa em situação paliativa.

Desta forma, considero atingidos os objetivos da realização deste projeto, pois este permitirá não só o desenvolvimento de competências técnicas e científicas, como também reforçará uma prática ética e reflexiva, orientada para o cuidado integral da pessoa em situação paliativa. A aquisição destas competências será determinante para a minha futura prática enquanto Enfermeira Especialista, garantindo uma prestação de cuidados de excelência, baseada na evidência científica e focada na dignidade e qualidade de vida da pessoa em fase terminal.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brito, L., Leite, A., Pereira, M.G. (2024). Luto em Cuidadores Familiares de Pessoas com Demência de Alzheimer. In L. F. González-Beltrán (Ed.), *Humanidades e Ciências Sociais: Perspectivas Teóricas, Metodológicas e de Investigação*. (pp. 179-194). Editora Artemis.
- Pimenta, S., Capelas, M. (2019). A abordagem do luto em cuidados paliativos. *Cadernos de Saúde*, 11(1), 5-18. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.7247>
- Regulamento n.º140/2019, da Ordem dos Enfermeiros, de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série, n.º 26 (06-02-2019), 4744-4750.
- Regulamento n.º429/2018, da Ordem dos Enfermeiros, de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República II Série, n.º135 (16-07-2018), 19359-19370.
- Reis, C., Moré, C., Menezes, M. (2023). O luto antecipatório e as estratégias de enfrentamento de familiares nos Cuidados Paliativos. *Psico*, 54(1), 1-13. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2023.1.39961>
- Silva, R., Coutinho, S. (2022). Percepção do luto e vivência de luto antecipatório de familiares em uma unidade de cuidados paliativos. *Health Residencies Journal*, 3(15), 224-240. <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i15.283>
- Vicente, H.; Matos, M.; Gomes, S.; Rocha, A.; Carvalhal, S.; Ramos, P.; Moura, A.; Alves, P. (DES)COBRIR A FERIDA MALIGNA. Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas 2021. ISBN: 978-989-53418-1-8

**Anexo IV**



## Gestão do Conforto da Pessoa com Ferida Maligna em Cuidados Paliativos

A tabela apresentada a seguir (Tabela 1) representa a aplicação da Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba (TCKK) como referencial teórico útil na avaliação individualizada das repercussões físicas, psicoespirituais, sociais e ambientais da ferida maligna (FM) em duas pessoas, escolhidas de forma aleatória. Através deste modelo, foi possível não apenas identificar as necessidades específicas de cada caso, mas também implementar intervenções terapêuticas personalizadas, ajustadas às características de cada FM e de cada pessoa, individualmente.

Para além disso, a monitorização rigorosa da evolução clínica permitiu documentar a progressão das FM e o impacto das intervenções aplicadas. A análise dos dados destaca a redução de sintomas como a dor, odor, prurido, e o exsudado, bem como a melhoria do conforto e da qualidade de vida da pessoa, evidenciando a eficácia das estratégias terapêuticas adotadas.

**Tabela 1-** Gestão do Conforto da Pessoa com Ferida Maligna em Cuidados Paliativos

Pessoa /Localização da FM	Avaliação dos sintomas relacionados com a FM	Avaliação das necessidades à Luz da TCKK	Intervenções Implementadas	Resultados - reavaliação dos sintomas relacionados com a FM
<b>Sra. A</b> (Ferida Maligna na mama dta por neoplasia da mama)	<p><b>Hemorragia:</b> -</p> <p><b>Odor:</b> 1 (odor evidente ao entrar no quarto, segundo Sistema Teler: Escala de odor)</p> <p><b>Dor:</b> 8, aquando da realização do tratamento da FM (pela Escala Numérica da Dor);</p> <p><b>Prurido:</b> sim, na pele circundante</p> <p><b>Exsudado:</b> presença de exsudado amarelado em abundante quantidade;</p> <p><b>Infeção Superficial:</b> -</p>	<p><b>Física:</b> manifestava dor durante a realização do tratamento;</p> <p><b>Psicoespiritual:</b> referia que olhar-se ao espelho e ter a percepção de um penso tão grande lhe trazia tristeza (atualmente com hidrofibras, penso de carvão ativado e poliuretano com rebordo de silicone);</p> <p><b>Sociocultural/Ambiental:</b> referia sentir vergonha pelo odor percecionado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administração de terapêutica analgésica prescrita em SOS, 30 minutos antes da realização do tratamento à FM;</li> <li>• Remoção cuidadosa dos apósitos, com irrigação de SF 0,9% para facilitar;</li> <li>• Limpeza do leito da ferida com SF 0,9%, por irrigação;</li> <li>• Realizada limpeza da pele circundante com água tépida e sabão, e aplicação de produto-barreira;</li> <li>• Aplicação de metronidazol gel/creme 0,75% no leito da ferida;</li> <li>• Aplicação de poliacrilato superabsorvente e fixação com adesivo;</li> <li>• Aplicação de gel fresco na pele circundante;</li> <li>• Colocação de saco com grãos de café próximo da pessoa;</li> <li>• Arejamento da divisão;</li> <li>• Realizar tratamento imediatamente antes à presença de visitas e colocar perfume.</li> </ul>	<p><b>Hemorragia:</b> -</p> <p><b>Odor:</b> 1 (odor é detetado na remoção do curativo, segundo Sistema Teler: Escala de odor), odor a urina;</p> <p><b>Dor:</b> 3, aquando da realização do tratamento da FM (pela Escala Numérica da Dor);</p> <p><b>Prurido:</b> sim, na pele circundante</p> <p><b>Exsudado:</b> presença de exsudado amarelado, em moderada quantidade</p> <p><b>Infeção Superficial:</b> -</p>
<b>Sr. B</b> (Ferida Maligna na região retal por neoplasia do reto)	<p><b>Hemorragia:</b> -</p> <p><b>Odor:</b> 1 (odor evidente ao entrar no quarto, segundo Sistema Teler: Escala de</p>	<p><b>Física:</b> manifestava dor aquando da realização do tratamento, que era realizado aproximadamente de 1h/1h;</p> <p><b>Psicoespiritual:</b> manifestava-</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocação de Sonda Vesical para permitir drenagem de urina pela mesma, impedindo, assim, que grande quantidade desta não se exteriorize pela fistula vesicorectal;</li> <li>• Administração de terapêutica</li> </ul>	<p><b>Hemorragia:</b> -</p> <p><b>Odor:</b> 4 (odor é detetado na remoção do curativo, segundo Sistema Teler: Escala de odor), odor a</p>

	<p>odor), odor a urina;</p> <p><b>Dor:</b> 7, aquando da realização do tratamento da FM (pela Escala Numérica da Dor);</p> <p><b>Prurido:</b> -</p> <p><b>Exsudado:</b> presença de fístula vesicoretal (drenagem de urina em abundante quantidade);</p> <p><b>Infeção Superficial:</b> -</p>	<p>se deprimido por ter de realizar o penso à FM de 1h/1h, o que o impedia de se ausentar para dar caminhadas com a sua família;</p> <p><b>Sociocultural/Ambiental:</b> a pessoa recusava-se a receber visitas no seu quarto, ou mesmo no interior da unidade (só recebia em espaços abertos), pela vergonha do odor que se fazia sentir.</p>	<p>analgésica prescrita em SOS, 30 minutos antes da realização do tratamento à FM;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpeza da FM com SF 0,9% tépido (1x/dia e em SOS);</li> <li>• Colocação de resguardo como penso absorvente, sem necessidade de colocação de adesivo;</li> <li>• Ensino à pessoa para realizar troca do resguardo sempre que este esteja saturado (promoção da autonomia);</li> <li>• Colocação de ambientador no quarto da pessoa e nos corredores da unidade, e ventilação do espaço.</li> </ul>	<p>urina;</p> <p><b>Dor:</b> 2, aquando da realização do tratamento da FM (pela Escala Numérica da Dor);</p> <p><b>Prurido:</b> -</p> <p><b>Exsudado:</b> presença de fístula vesicoretal (drenagem de urina em reduzida quantidade);</p> <p><b>Infeção Superficial:</b> -</p>
--	---	---	--	--