

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

O Bem-Estar Espiritual da Pessoa em Situação Paliativa

The Spiritual Well Being of the Person in Palliative Care

Autor

Paula de Fátima Oliveira de Carvalho

Oliveira de Azeméis, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

O Bem-Estar Espiritual da Pessoa em Situação
Paliativa

The Spiritual Well Being of the Person in
Palliative Care

Orientador(es)

Luís Miguel Coelho de Sousa

Autor

Paula de Fátima Oliveira de Carvalho

Oliveira de Azeméis, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

Foi o tempo que dedicaste à tua rosa que a fez tão importante

(Saint Exupéry)

DEDICATÓRIA

A todos aqueles que genuinamente acreditaram e confiaram,
antes do caminho ser percorrido

AGRADECIMENTO

A todos os que direta ou indiretamente estiveram presentes durante o percurso

RESUMO

A espiritualidade constitui uma área relevante de intervenção em cuidados paliativos, que permite à pessoa dar sentido e significado à sua vida, promover a esperança realista e o legado junto dos seus entes queridos. Por vezes a espiritualidade é confundida com religiosidade. A espiritualidade parece estar relacionada com sentido e significado das diferentes experiências de vida, enquanto que a religiosidade parece mais relacionada com a crença em algo ou alguém. Os enfermeiros manifestam a importância de desenvolver intervenções na área da espiritualidade, porém referem pouca preparação e a necessidade de englobar esta temática nos programas curriculares.

O presente relatório tem como objetivo descrever o percurso experienciado no internamento de cuidados paliativos num total de 810 horas, 382 h de trabalho autónomo da estudante e 428 horas de contato. As horas de contato foram distribuídas em 382 horas na tipologia de estágio, 20 horas na tipologia de seminário e 24 horas na tipologia de orientação tutorial. Este relatório está dividido em duas componentes, a componente teórica a partir de uma revisão narrativa da literatura e a componente de ensino clínico. Foi utilizada a metodologia critico-reflexiva, através da análise das experiências vivenciadas no estágio de natureza profissional com relatório final, da melhor evidência científica e do desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em Médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa descritas no regulamento 429/2018.

O bem-estar espiritual tem caráter subjetivo e individual e parece estar relacionado com as dimensões: pessoal, comunitário, ambiental e transcendental. A teoria transcendental do cuidado humano de Watson é considerada uma teoria de grande alcance e foi utilizada como orientação na avaliação das necessidades sentidas e das intervenções de enfermagem planeadas.

PALAVRAS CHAVE: cuidados paliativos, espiritualidade, cuidados de enfermagem

ABSTRACT

The aim of this report is to describe the journey experienced in the palliative care internship, which lasted a total of 810 hours, 382 hours of autonomous work by the student and 428 contact hours. The contact hours were divided into 382 hours of internship, 20 hours of seminar and 24 hours of tutorial. This report is divided into two components, the theoretical component based on a narrative review of the literature and the clinical teaching component. The critical-reflective methodology was used, through the analysis of the experiences lived in the professional internship with a final report, the best scientific evidence and the development of competences of the specialist nurse in Medical-Surgical in the area of nursing the person in a palliative situation described in regulation 429/2018 (2018).

The aim of this report is to describe the journey experienced in the palliative care internship, which lasted a total of 810 hours, 382 hours of autonomous work by the student and 428 contact hours. The contact hours were divided into 382 hours of internship, 20 hours of seminar and 24 hours of tutorial. This report is divided into two components, the theoretical component based on a narrative review of the literature and the clinical teaching component. The critical-reflective methodology was used, through the analysis of the experiences of the professional internship with a final report, the best scientific evidence and the development of the competences of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of nursing the person in a palliative situation described in regulation 429/2018.

Spiritual well-being is subjective and individual and seems to be related to the following dimensions: personal, community, environmental and transcendental. Watson's transpersonal theory of human caring is considered to be a far-reaching theory and was used to guide the assessment of felt needs and planned nursing interventions.

Key Words: Palliative care, spirituality, nursing care

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

APA - American Psychological Association

EEEMCPSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

EEEMC- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica

EIHSCP- Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ESSNORTECVP- Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

IARC/WHO- World Health Organization (IARC/OMS)

CIPE- International Classification for Nursing Practice

ISBAR -Identificação, Antecedentes, avaliação e Recomendações

NPT- Nutrição parentérica total

OE- Ordem dos Enfermeiros

PEG- Gastrostomia Endoscópica Percutânea

PET- Positron Emission Tomography

PIIC- Plano Individual Integrado de Cuidados

PPS -Palliative Performance Scale

REPE- Regulamento do exercício profissional do enfermeiro

RMN- Ressonância Magnética Nuclear

SNG- Sonda Nasogástrica

SMART -Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Time Based

SMI-CP- Serviço Medicina Interna-Cuidados Paliativos

SNC- Sistema Nervoso Central

SWBQ - Spirituality Well-being Questionary

TAC- Tomografia computadorizada

UC - Unidade Curricular

UCP- Unidade de Cuidados Paliativos

ULSGE- Unidade Local de Saúde Gaia Espinho

ULS- Unidade local de Saúde

WHO- World Health Organization

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
DEDICATÓRIA	5
AGRADECIMENTO	7
RESUMO	9
ABSTRACT	11
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	13
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	17
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	19
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	27
3. CASO CLÍNICO 1	29
3.1. Enquadramento teórico	29
3.2. Clientes	31
3.3. Medicação	31
3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	31
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	35
3.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	37
3.5. Domínios	37
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	37
3.6. Conceção de Cuidados	39
3.7. Especificação das intervenções	43
3.8. Síntese relativa ao caso	47
4. CASO CLÍNICO 2	49
4.1. Enquadramento teórico	49
4.2. Clientes	50
4.3. Medicação	51
4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	51
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	52
4.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	54
4.5. Domínios	54
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	54
4.6. Conceção de Cuidados	55
4.7. Especificação das intervenções	58
4.8. Síntese relativa ao caso	61
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	63
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	77

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
ANEXOS	85

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Quadro I- Análise *Swot*

Figura 1- questão: “quando penso em estratégias de prevenção da fadiga por compaixão penso em...”.

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

Este trabalho foi realizado no âmbito do estágio de natureza profissional com relatório final e está dividido em duas componentes. A primeira componente é constituída por uma revisão narrativa da literatura e a segunda componente pelo desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na pessoa em situação paliativa, através da metodologia critico reflexiva. Os casos clínicos I e II desenvolvidos na segunda componente, são ficcionados e permitem do ponto de vista mais prático, demonstrar o desenvolvimento de competências na identificação e planeamento das intervenções de enfermagem no âmbito do bem-estar espiritual na pessoa em situação paliativa. As normas de citação e referência utilizadas foram as normas APA (American Psychological Association) 7ª edição. A estudante realizou um projeto com a definição de objetivos específicos (Anexo V).

Até ao séc. XX a morte era considerada uma falha do profissional de saúde e não um processo inevitável e natural (Lourenço et al., 2021). Segundo Pais-Ribeiro (2022) a experiência de fim de vida apresenta três condições prévias, é subjetiva, está ligada ao envelhecimento e à existência de uma doença avançada e incurável. Sallnow et al. (2022) refere que ao longo do tempo ocorreram alterações importantes decorrentes de como a morte e o processo de morrer foram sendo vividos pela sociedade. A morte deixou de ocorrer maioritariamente no domicílio para passar a ser vivenciada maioritariamente nas instituições de saúde. Em Portugal o envelhecimento e a doença avançada e incurável parece estar relacionada com a preocupação associada ao fim de vida (Pais-Ribeiro,2022).

O conceito de cuidados paliativos aparece nos anos 60 em Londres no St. Christopher`s Hospice tendo como pioneira Cicely Saunders que desenvolveu o conceito de dor física agravada pela angústia psicológica e espiritual designada por sofrimento existencial ou dor total (Lourenço et al., 2021). Atualmente, o conceito de doença avançada e incurável, assim como os cuidados à pessoa em últimos meses, dias ou horas de vida, constituem um desafio aos profissionais no suprimento das necessidades físicas, mentais, sociais, culturais e espirituais da pessoa em situação de fim de vida (Lourenço et al., 2021). Em Portugal, surgiu a lei do testamento vital (Decreto-Lei 25/2012 de 16 de julho) e a lei de bases de Bases dos Cuidados Paliativos que define cuidados paliativos como:

”cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim

como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais" (Decreto-Lei 52/2012, 2012, p. 5119).

Os pilares fundamentais dos cuidados paliativos “assentam no controlo dos sintomas, no suporte psicológico, emocional e espiritual, mediante uma comunicação eficaz e terapêutica; no cuidado à família e no trabalho em equipa, em que todos se centram numa mesma missão e objetivos” (Regulamento nº188/2015, p. 9967). Segundo o plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal continental no biénio 2023/2024 as orientações estão definidas em quatro eixos prioritários, cuidados centrados na pessoa em situação paliativa, formação dos profissionais de saúde, qualidade das intervenções em cuidados paliativos e a organização dos serviços e estruturas (Silva et al., n.d). Segundo o regulamento 429/2018 (2018) as intervenções do EEEMCPSP (Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem da Pessoa em Situação Paliativa) são definidas em unidades de competência e respetivos critérios de avaliação.

O Decreto-lei 25/2012 (2012), regulamenta as diretivas antecipadas através do testamento vital e a nomeação do procurador de cuidados, salvaguardando a autonomia do cidadão. Por outro lado, o decreto lei 52/2012 (2012) promove a rede nacional de cuidados paliativos, assim como o direito aos cuidados paliativos para todos os cidadãos. O decreto lei 31/2018 (2018) regula os direitos da pessoa em situação de fim de vida salvaguardando o “direito a recusar, nos termos da lei, o suporte artificial das funções vitais e a recusar a prestação de tratamentos não proporcionais nem adequados ao seu estado clínico” (p. 3238).

As competências do EEEMCPSP foram definidas no regulamento 429/2018 (2018). Na formação de um enfermeiro as competências constituem objetivos a atingir, no entanto, estas não surgem de forma espontânea, surgem ao longo da vida pessoal e profissional do enfermeiro (Phaneuf, 2005). A mesma autora refere que a competência em enfermagem parte da convergência de três domínios, desenvolvimento da sua personalidade, aquisição das experiências no âmbito da vida profissional e académica e os desafios encontrados e vivenciados ao longo da vida. Ao domínio pessoal estão inerentes os domínios da competência emocional (autoconsciência, autoconhecimento, auto-motivação, empatia, gestão das emoções intrapessoais e gestão de emoções em grupo) desenvolvimento da escuta ativa, capacidade de tomada de ação-decisão e convergência dos conhecimentos obtidos na formação e na experiência profissional (Phaneuf, 2005). É necessário mobilizar no âmbito da formação programada no sentido do construto do saber-saber, saber-fazer e saber-ser. O enfermeiro deverá privilegiar a formação contínua e a atualização do conhecimentos e práticas, assim como a responsabilidade social da profissão do ponto de vista dos utilizadores, dos pares e da sociedade em si (Phaneuf, 2005). Segundo Phaneuf (2005) a competência constitui um fenómeno evolutivo, ou seja, desenvolve-se ao

longo da vida pessoal e profissional do enfermeiro e, é dividido em cinco estádios: o enfermeiro iniciado, o enfermeiro avançado, o enfermeiro competente, o enfermeiro proficiente e o enfermeiro perito. Em Portugal, de acordo com o decreto lei 184/2009 (2009) a carreira de enfermagem é dividida em três categorias, enfermeiro generalista, enfermeiro especialista e enfermeiro gestor.

A comunicação constitui uma ferramenta fundamental na relação de ajuda, Watson (2002) aborda a questão do *caring* que permite aprofundar a comunicação e relação de ajuda. Segundo Watson (2002) os cuidados constituem um processo no qual são promovidas mudanças positivas no estado de saúde da pessoa e, que podem ser aplicados em qualquer um dos domínios. Segundo Phaneuf (2005) o *caring* promove a relação de ajuda e o desenvolvimento/atualização da pessoa em situação de fim de vida. Segundo Fawcett (1989) citado por Phaneuf (2005) os valores de *caring* constituem: o respeito pela vida, a confiança nas riquezas interiores das pessoas, a crença na capacidade de crescimento e atualização, a autonomia e liberdade de escolha da pessoa, respeito pelo significado e percepção atribuída pela pessoa à doença ou circunstância, a vontade de ajudar e conhecer melhor a pessoa, autocontrolar-se e motivar-se independentemente da circunstância para a qualidade de vida da pessoa em situação de doença, o acreditar que o processo de transição doença-saúde ou doença-conforto necessita da relação de ajuda estabelecida entre enfermeiro-pessoa e, por último promover a proteção, preservação e dignidade da pessoa em situação de fim de vida.

Segundo a teoria transpessoal do cuidado humano de Watson (2002), as intervenções de enfermagem deverão ter em conta o Ser Humano na sua totalidade, reconhecendo a necessidade da intervenção relativamente às questões espirituais e existenciais (Evangelista et al., 2020). O EEEMCPSP promove a consciencialização do significado na tomada de decisão, relativamente às circunstâncias. No momento do cuidar, o enfermeiro e a pessoa em situação de fim de vida, reúnem o passado, presente e futuro, uma vez que cada pessoa transporta consigo um campo fenomenológico que interfere com a realidade atual (Watson, 2002). Segundo Watson (2002) a teoria transpessoal do cuidado humano do cuidar constitui uma teoria de grande alcance, pode ser aplicada em qualquer contexto. A mesma autora apresenta o cuidado transpessoal na prática de enfermagem, que vai além do ego e envolve a dimensão espiritual, o enfermeiro deverá obter a conexão com o espírito, apenas possível através de uma relação terapêutica autêntica. Segundo Watson (2002) o Ser Humano é aquele que tem a capacidade de sentir, quando se permite ao autoconhecimento através do processo de interiorização e, se permite à observação das suas emoções, sentimentos e pensamentos, através dos quais promove a abertura para o outro, nos seus pensamentos, emoções e sentimentos, com aceitação e sem julgamento.

A pessoa em situação paliativa apresenta preocupações relacionadas com a progressão da doença, a acuidade cognitiva e atividade funcional; o sofrimento sintomático ao nível físico, psicológico, a incerteza clínica e a ansiedade relacionada com a morte (Neto et al., 2016). Do

ponto de vista dos recursos sociais estas preocupações podem ser manifestadas pelas questões de privacidade, o apoio social, a sobrecarga do cuidador e a incerteza perante o futuro (Neto et al., 2016). O modelo de dignidade de Chochinov inclui as perspetivas protetoras da dignidade relacionadas com a elaboração do legado, a continuidade do eu, a preservação de papéis, a preservação do orgulho próprio, a promoção da esperança realista, a aceitação da doença e a promoção da resiliência (Guerra et. al, 2024). As intervenções alavancadas pelo modelo da dignidade de Chochinov permitem reforçar os recursos individuais da dignidade (Neto et al, 2016), assim como, abordar questões significativas, nomeadamente as questões relacionadas com o sentido, significado e dignidade pela pessoa em situação paliativa e/ou familiares (Guerra et al, 2024).

A espiritualidade constitui uma dimensão universal, uma vez que desencadeia no indivíduo sentimentos de amor, fé, esperança e confiança (Martins et al., 2015). Os mesmos autores afirmam que a espiritualidade constitui a força de vida que permite ao Ser Humano a capacidade de transcender as leis naturais e a aparente ordem da vida assim como, o caminho para o sentido e significado perante um evento causador de stress. Austin & Macleod (2018) referem-se à espiritualidade como o conjunto de experiências, sentimentos e significados relacionados consigo, com família, com o ambiente e com aquilo que define como sagrado, ou seja, um estado mental vivenciado com finalidade de compreender questões profundas, existenciais como as que dizem respeito ao fim de vida. Jesus et al. (2023) afirmam que a espiritualidade constitui uma estratégia/intervenção em cuidados paliativos, permite a manutenção da fé, o amor, a esperança, a capacidade de sonhar, dar significado à sua vida e legado junto das pessoas com quem privou. A espiritualidade refere-se à sensação de conexão consigo, com os outros, com a natureza e com os aspetos transcendentais (OE, 2021). Os conceitos de espiritualidade e religiosidade são muitas vezes entendidos como um só conceito, porém a espiritualidade parece estar mais relacionada com a sensibilidade, o sentido e o significado dos fenômenos inerentes à vida. A religiosidade está mais relacionada com a crença em algo ou alguém (Jesus et al., 2023; de Oliveira et al., 2023), a sistemas organizados de crenças, práticas e rituais que visam a tomada de consciência com o sagrado (Austin & Macleod, 2018). A religiosidade envolve um conjunto de crenças, comportamentos, cerimónias, rituais derivados de tradições e praticados em determinada comunidade (OE, 2021). Segundo Jones (2020) citado por OE (2021) o bem-estar espiritual está relacionado com a fé pessoal, as práticas religiosas, a satisfação espiritual e com as relações interpessoais saudáveis.

O enfermeiro é o profissional de saúde que mais tempo passa com a pessoa em situação de fim de vida comparativamente a outros profissionais de saúde, o que lhe permite estabelecer uma relação empática (Martins et al., 2015). Segundo Martins et al. (2015) os enfermeiros referem falta de preparação para o cuidado espiritual e consideram o cuidado espiritual um conceito subjetivo. A mesma ideia é corroborada por Santos et al. (2022) referindo a necessidade de introduzir estas temáticas nos programas curriculares dos profissionais de saúde. O EEEMCPSP

“mobiliza conhecimentos da vertente sociocultural, espiritual e dos contextos e vivências da pessoa, cuidadores/familiares” (Regulamento n.º 429/2018, p.19365). É por isso fundamental, desenvolver competências na área da espiritualidade, tendo em conta que esta se torna relevante na pessoa em situação paliativa. É necessário desenvolver a escuta ativa, a comunicação através da linguagem verbal e não verbal no momento de intervir nas questões ligadas ao bem-estar espiritual (Santos et al., 2022).

Segundo Baguna et al. (2024) o conhecimento da espiritualidade por parte do EEMCPSP é importante no diagnóstico das necessidades espirituais da pessoa em situação paliativa porém, fatores como o desenvolvimento pessoal e profissional assumem um fator fundamental nas intervenções de enfermagem relacionadas com a espiritualidade. Os mesmos autores referem que as intervenções de enfermagem relacionadas com a espiritualidade mais frequentes estão relacionadas com a simpatia, compaixão, hospitalidade e escuta ativa para com as pessoas em situação paliativa. Segundo de Oliveira et al (2023) os enfermeiros consideram o conceito de espiritualidade subjetivo, difícil de definir e superficial. Do ponto de vista das intervenções de enfermagem à pessoa em situação paliativa, a espiritualidade parece ser mais adequada em detrimento da religiosidade sob o risco de quebrar vínculos e constituir um obstáculo à relação terapêutica (de Oliveira et al, 2023). Segundo Gijsberts et al. (2019) os profissionais de saúde necessitam de desenvolver a autoconsciência e autoconhecimento como promotoras da competência espiritual. Os mesmos autores referem que a formação em intervenção espiritual na pessoa em situação paliativa é insuficiente, os profissionais de saúde afirmam que as intervenções no âmbito da espiritualidade são fundamentais, no entanto não se sentem preparados para intervir (Gijsberts et al.,2019). A mesma ideia é corroborada por Kaddourah et al. (2018), apesar da motivação para a intervenção na área da espiritualidade, são necessárias estratégias e programas eficazes. Phaneuf. M. (2005) refere que o desconhecimento relativamente às necessidades espirituais ou religiosas sentidas pela pessoa em situação de fim de vida podem constituir um bloqueio ao estabelecimento da relação terapêutica e Oliveira et al. (2021) referem a importância da introdução destes conteúdos na formação de base dos profissionais de saúde.

As principais dificuldades identificadas pelos enfermeiros no desenvolvimento de intervenções de enfermagem no âmbito da espiritualidade estão relacionadas com a falta de tempo no contexto laboral, falta de confiança na competência espiritual, falta de formação, "fuga" à prestação de intervenções na área da espiritualidade, referenciação tardia para os cuidados paliativos e falta de reconhecimento da importância da espiritualidade em cuidados paliativos (dos Santos et al., 2023).

Segundo Pais-Ribeiro (2022), as experiências vividas na aproximação do fim de vida são promotoras do desenvolvimento espiritual, quer da pessoa em situação de fim de vida, quer por parte dos familiares. Os mesmos autores referem que parece existir uma relação positiva relativamente aos níveis de espiritualidade manifestada pela pessoa em fim de vida e o nível de

bem-estar global e satisfação com a vida. Fisher (1999) citado por Gouveia et al. (2009) define bem-estar espiritual como

“uma forma de estar dinâmica que se reflete na qualidade das relações que o indivíduo estabelece em quatro domínios da existência humana, isto é, consigo próprio, com os outros, com o ambiente e com algo ou Alguém que transcende o domínio humano.” (p.286).

Gouveia et al. (2009) referem que o nível pessoal está relacionado com o desenvolvimento do autoconhecimento, autoconsciência, alegria de viver, sensação de paz interior e o sentido da vida nas suas circunstâncias. Os mesmos autores referem-se ao nível comunitário através do desenvolvimento de amor, bondade, respeito e generosidade pelos outros. O domínio ambiental no bem-estar espiritual está relacionado com a ligação, admiração, união e sentimento de magia relativamente ao contato com a natureza e, por último o domínio transcendental aplica-se à relação, união, sensação de paz com Deus e à meditação/oração. Todos estes domínios estão presentes na versão Portuguesa do questionário de bem-estar Espiritual (SWBQ).

As necessidades espirituais referidas pelos pacientes em fim de vida têm caráter subjetivo, dependem da sua experiência de vida prévia e, estão relacionadas com o sentido de sentido e significado atribuído a esta fase da vida, à conexão com os outros, à gestão de esperança, à gestão de sistema de valores e crenças, à gestão de preocupações e medos, à gestão do sofrimento perante o desconhecido, à necessidade de resolver conflitos (Garcia-Navarro et al.,2022). Os mesmos autores referem ainda a importância do apoio social, o sentir-se cuidado, o sentimento de segurança, o sentido e significado atribuído à proximidade da morte, a imagem corporal, o histórico de doenças familiares e causas de morte e a sua influência na perceção da vivência da pessoa em situação paliativa. Prieto-Crespo et al. (2024) referem que as principais intervenções realizadas no âmbito da espiritualidade em cuidados paliativos dizem respeito à atribuição de sentido, significado e coerência à vida e experiências vivenciadas. Os mesmos autores referem que a musicoterapia, a dança, a terapia da dignidade, e as intervenções alagadas aos cuidadores/familiares são promotoras da regulação emocional e diminuição da ansiedade. Segundo Gijsberts et al. (2019) o *mindfulness* correlaciona-se negativamente com o sofrimento existencial e positivamente com a satisfação de vida. A realização da avaliação espiritual na pessoa em situação paliativa promove a partilha de expectativas e desejos de fim de vida, assim como o fortalecimento da relação terapêutica (Gijsberts et al.,2019). Os mesmos autores referem a terapia comportamental existencial com menor efeito comparativamente ao *mindfulness* e, a avaliação espiritual com efeito significativo comparativamente. Stadnyk et al. (2024) referem que o desenvolvimento do *mindfulness* constitui um instrumento importante na pessoa em situação paliativa, uma vez que diminui o sofrimento percebido, reduz a ansiedade, melhora o bem-estar espiritual da pessoa em situação paliativa e familiares/cuidadores. Esta ideia é corroborada por Chen et al. (2018) afirmando que o *mindfulness*, terapia da dignidade e

a yoga na sua vertente de yoga meditativo e pranayama, constituem ferramentas importantes na pessoa em situação paliativa e seus cuidadores/familiares. Zumstein-Shara et al. (2020) referem que a escuta ativa e a empatia são fundamentais e, o recurso à espiritualidade/religiosidade pode ajudar a encontrar um sentido e significado para a experiência vivenciada. Durante o processo pode existir a irritação com o sagrado numa fase inicial, até à aceitação da doença. A abordagem da espiritualidade/religiosidade constitui um desafio para o profissional de saúde, promove a reflexão pessoal acerca da sua própria espiritualidade, promove o desenvolvimento do enfermeiro enquanto Ser Humano e é determinante na tomada de decisão no momento de planear a intervenção de enfermagem a realizar (Zumstein-Shara et al.,2020).

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

A Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) é constituída por várias equipas que se articulam entre si, permitindo o acesso aos cuidados paliativos. As unidades locais de cuidados paliativos diferem na sua tipologia e são elas: EIHSCP (Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos), ECSCP (Equipa comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos), SMI-CP (serviço de medicina interna-cuidados paliativos) e UCP-RNCCI (Unidade de Cuidados Paliativos – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados).

O estágio final com relatórios final em enfermagem médico cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa decorreu no SMI-CP, no período de 30 de setembro de 2024 a 17 de fevereiro de 2025. A equipa é constituída por enfermeiros generalistas e especialistas, médicos especialistas em medicina interna com competência acrescida em cuidados paliativos, psicólogo, assistente social e técnicos Auxiliares de Saúde. Para dar cumprimento à proteção de dados e não permitir a identificação da instituição, não serão descritos dados referentes ao número de enfermeiros especialistas e especialistas em enfermagem médico-cirúrgica na áreas da pessoa em situação paliativa. Ao longo do ensino clínico foi possível conhecer a dinâmica e interação entre a UMI-CP com a ECSCP, a EIHSCP e a UCP-RNCCI.

A unidade de internamente em cuidados paliativos constitui um serviço diferenciado para pessoas em situação paliativa, em situação aguda e complexa que necessitem de cuidados complexos e diferenciados (portaria nº 197/2015 de 8 de outubro). A unidade de internamento de cuidados paliativos no contexto de estágio assegura os serviços preconizados na portaria nº 197/2015 de 8 de outubro, são prestados cuidados médicos e de enfermagem permanentes, intervenção psicológica à pessoa em situação paliativa e familiares/cuidadores, intervenção e apoio social, intervenção espiritual, exames complementares de diagnóstico, prescrição e administração de fármacos, prestação de cuidados de higiene, conforto e alimentação ajustados segundo um plano individual cuidados; são promovidos momentos de convívio e lazer, realizado um plano de formação anual em cuidados paliativos no âmbito da formação contínua e consultadoria na área dos cuidados paliativos aos profissionais de outros serviços da instituição.

3. CASO CLÍNICO 1

A Sr.^a J., sexo feminino, 73 A, casada, vive com o marido, filha e genro. Tem antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, hiperuricemia, nefropatia diabética, retinopatia diabética e patologia osteoarticular. Em 2008 por adenocarcinoma do colon foi submetida a enterectomia segmentar, segundo os resultados da Positron emission tomography (PET) realizada no pós-operatório, sem sinais de evidência de doença. Em 2012 foram detetados implantes peritoneais, iniciou tratamento de quimioterapia sob imatinib até setembro de 2021, momento em que se deteta a progressão da doença manifestada por maior número de implantes peritoneais. No período de janeiro de 2022 e julho de 2022 realizou quimioterapia com sutinib e em novembro de 2022 retomou quimioterapia com imatinib. Em dezembro de 2024 por não haver benefício, suspendeu terapêutica quimioterápica e foi referenciada para a consulta de cuidados paliativos. A Sr.^a J. é autónoma, mas dependentes nas atividades de vida diária, deu entrada no UICP por oclusão intestinal refratária à carcinomatose peritoneal, náuseas e vômitos e sofrimento existencial.

3.1. Enquadramento teórico

Segundo a International Agency for Research on Câncer - World Health Organization (IARC/WHO), o cancro do cólon e do reto constituem um dos problemas mais frequentes em todo o mundo; em Portugal em 2022, o cancro do cólon e do reto foi a 1^a causa de cancro na população e a 2^a causa de cancro do cólon no sexo feminino e no sexo masculino. A mesma agência refere que em 2022, surgiram 4483 (14,1%) novos casos de cancro do cólon e reto no sexo feminino e 6092 (16,1%) novos casos no sexo masculino e num total de 10575 (15,2%) novos casos de cancro do cólon e reto em Portugal. A IARC/WHO refere que em 2022 morreram 4809 pessoas com cancro do cólon e reto em Portugal.

O diagnóstico precoce é fundamental e pode ser feito através de diversos métodos e técnicas, pesquisa de sangue nas fezes (menor especificidade, estudo analítico, sigmoidostomia e colonoscopia, TAC e RMN (nascimento et al. (2024).

O tratamento do cancro do cólon e do reto é de caráter multidisciplinar e com enorme impacto na qualidade de vida da pessoa em situação de doença, desde a cirurgia nas lesões localizadas, a quimioterapia quando existem metástases ou ambas (Nascimento et.al. (2024). Devido ao desenvolvimento e aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas, terapias neoadjuvantes e técnicas

de diagnóstico precoce, a mortalidade associada a estas patologias têm vindo a diminuir (Wu et al., 2020).

A Sr.^a J. realizou hemicolectomia direita em 2008 devido a um adenocarcinoma do colon localizado, em 2012 surgiram os primeiros implantes ao nível do peritoneu e deu início à quimioterapia de forma a reduzir a progressão da doença, no período de 2012 a 2024 realizou vários ciclos de quimioterapia, até que a doença progrediu sem benefício da continuidade da mesma. Na evolução da doença surgiram sinais e sintomas como a fadiga, diminuição do apetite, emagrecimento, isolamento social, adiamento de projetos de vida com compromisso da qualidade de vida. Quando a s.^a J dá entrada no serviço de urgência com náuseas e vômitos por oclusão intestinal devido a uma extensa carcinomatose peritoneal.

A investigação do tumor primário na carcinomatose peritoneal não é fácil de diagnosticar, na mulher está mais vezes associado à neoplasia do ovário e no homem à neoplasia gastrointestinal (Arêdes et al., 2024). Os mesmos autores definem a carcinomatose peritoneal como uma condição onde as células malignas migram para o peritoneu através do sistema linfático ou da migração direta relacionada com a proximidade. A carcinomatose peritoneal está sempre associada à progressão da doença, cujos sinais e sintomas associados são refratários e variam segundo a gravidade: náuseas, vômitos, dor abdominal suboclusão intestinal oclusão intestinal e diarreia (Arêdes et al., 2024). Com a progressão da doença e evolução dos sintomas pode surgir o sofrimento, Turiel et al. (2024) afirmam que o sofrimento em cuidados paliativos pode ser dividido em sofrimento somático, não somático e respostas experienciais e vivenciais da pessoa em situação paliativa. O sofrimento é multidimensional, multicausal e comparativamente maior que a própria dor; o sofrimento é exatamente aquilo que a pessoa percebe que é (Arêdes et al., 2024). Segundo Arêdes et al. (2024) a progressão da doença pode desencadear o abandono de si próprio e a diminuição dos recursos pessoais e psicossociais que poderiam ajudar a pessoa a vivenciar uma doença avançada, incurável e progressiva. Comparativamente a prevalência de sofrimento somático em cuidados paliativos é menor relativamente à prevalência de sofrimento associado ao sofrimento não somático, que poderá estar justificada pela capacidade que as equipas de cuidados paliativos têm no controlo de sinais e sintomas (Arêdes et al., 2024). Tendo em conta a prevalência do sofrimento não somático em cuidados paliativos, é fundamental desenvolver esforço e estudos de conhecer a percepção de sofrimentos das pessoas em situação paliativa, de forma a implementar intervenções de prevenção e resolução do sofrimento não somático.

A sr. J. apresentava PPS (Palliative Performance Scale), recorreu ao serviço de urgência por intolerância alimentar, náuseas e vômitos; foi observada no serviço de urgência por um médico com competência acrescida vem cuidados paliativos, que fez a sua transferência para a UICP. Numa fase inicial através da terapêutica farmacológica e não farmacológica foi realizado o controlo das náuseas e vômitos, dor e inquietação. Após o controlo de sinais e sintomas foram identificadas as necessidades espirituais e integradas segundo as dimensões do questionário do

bem-estar espiritual aplicada a versão Portuguesa do questionário do bem-estar espiritual (SWBQ), as necessidades espirituais da sr. J. estavam enquadradas na dimensão espiritual. Segundo Watson (2002) as intervenções de enfermagem deverão ter em conta o Ser Humano nas diferentes dimensões e deverão ser instituídas de acordo com a necessidade e individualidade da pessoa em fim de vida.

Segundo Pimenta & Capelas (2019) o luto é considerado um processo de adaptação a uma perda significativa, seja ela de um ente querido, de uma função, da autonomia, de um projeto de vida, um sentimento, uma ideia entre outros. Os mesmos autores consideram o luto um processo dinâmico ao nível físico, psicológico, sociocultural e espiritual vivenciado pela pessoa. Pode-se falar em diferentes tipos de luto, o luto normal, o luto antecipatório, o luto preparatório e o luto/prolongado/complicado (Pimentel & Capelas, 2019). Em cuidados paliativos o luto constitui uma área relevante e o enfermeiro EEMCPSP deverá desenvolver competência nessa área para desenvolver intervenções ao nível da pessoa em situação paliativa e/ou na família/cuidadores. O luto preparatório é um processo de desenvolvimento e adaptação que acontece devido às perdas irreversíveis que aconteceram a curto e médio prazo e pode por si, constituir uma preparação para o fim da vida (Pimentel & Capelas, 2019).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 73 anos | Feminino

3.3. Medicação

3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Segundo o REPE (Decreto-lei 104/98) é da competência do enfermeiro administrar a terapêutica e, de acordo com o Regulamento nº429/2018 o enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação paliativa, tem como competência específica promover

intervenções baseadas na evidência em doentes com doença incurável, avançada ou progressiva, antecipando situações de agudização e adotando medidas farmacológicas e não farmacológicas na diminuição dos sintomas (regulamento 429/2018). O controlo de sinais e sintomas constitui um dos pilares dos cuidados paliativos, razão pela qual a administração terapêutica constitui uma intervenção de enfermagem relevante aliada a uma comunicação eficaz com a pessoa em situação paliativa, família/cuidador e equipa interdisciplinar.

O controlo de sinais e sintomas constitui um dos pilares dos cuidados paliativos, onde o tratamento farmacológico é fundamental e, deverá ser aliado ao tratamento não farmacológico. A terapêutica prescrita à Sr.^a J, teve em conta os sinais e sintomas apresentados, prescritos pela sua indicação principal e/ou como adjuvantes prescritos pelo seu efeito colateral.

Morfina:

A morfina é um opioide utilizado na dor moderada e/ou severa, dispneia e tosse refratária. Pode ser administrada por via oral, subcutânea, endovenosa, intramuscular, epidural e Intra tecal (Deglin & Vallerand, 2016). A morfina não tem teto terapêutico e depende da dor, dispneia e tosse refratária da pessoa. O pico plasmático da morfina depende da via de administração, sendo 15 a 60 min na administração oral, 15 min na administração subcutânea, e com início de ação de 2 a 5 min na administração via endovenosa (Pires, C. & Gonçalves, E. (2017). Os mesmos autores referem que os efeitos adversos dos opioides podem afetar a qualidade de vida da pessoa e interferir na adesão ao regime terapêutico. Os efeitos adversos associados à administração da morfina são a obstipação, náuseas e vômitos, prurido, sedação, delirium, retenção urinária, mioclonias, midríase e depressão respiratória (Deglin & Vallerand, 2016), (Pires & Gonçalves, 2017). Os opioides atuam a nível celular ligando-se aos recetores opioides presentes em todo sistema nervoso central (SNC), especialmente no núcleo do trato solitário, área cinzenta periaquedutal, córtex cerebral, tálamo e substância gelatinosa da medula espinhal, sendo considerada um analgésico de 1^a linha na dor moderada a severa (Pires. & Gonçalves, 2017).

À sr. J. foi prescrita morfina via subcutânea para controlo da dor em perfusão contínua e com em SOS, manifestada ao nível abdominal.

Midazolam

O midazolam é uma benzodiazepina classificada como um ansiolítico, sedativo/hipnótico de ação curta (Deglin & Vallerand, 2016). Apesar de ser uma benzodiazepina hidrossolúvel, quando em contato com o pH fisiológico adquire a capacidade de se tornar lipossolúvel, o que lhe confere rápida absorção pelo trato digestivo e penetração no tecido cerebral (Pires & Gonçalves, 2017). Os mesmos autores referem que o midazolam tem efeitos ansiolítico, hipnótico, anticonvulsivante, relaxante muscular e amnésico retrógrada. Tem um pico de ação curto que depende da via de administração, sendo de 15 min na via oral, 3 min na via endovenosa e 15

min na via subcutânea (Pires & Gonçalves,2017). Este fármaco tem uma semivida curta (1,5h a 3h), grande afinidade com os recetores de benzodiazepinas no SNC e baixa incidência de depressão respiratória pelo reduzido número de recetores ao nível do tronco cerebral, características que evidenciam a sua importância do uso na pessoa em situação paliativa e em fim de vida (Deglin & Vallerand ,2016). O midazolam é utilizado em sedações intermitentes e contínuas, nomeadamente na sedação paliativa (Deglin & Vallerand,2016).

À Sr.ª J. foi prescrito Midazolam via subcutânea em SOS para controlo de inquietação/agitação associada à dor refratária.

Ondansetron

O ondansetron é um antiemético antagonista dos recetores muscarínicos indicado na prevenção de náuseas e vômitos, uso de opióides e tratamentos neoadjuvantes, com atuação nos recetores localizados nos terminais do nervo vago (Deglin & Vallerand ,2016). Pode ser administrado via oral, subcutâneo, endovenoso e intramuscular sem exceder os 24 mg dia (Deglin & Vallerand,2009). O ondansetron pode apresentar algumas reações adversas e efeitos laterais tais como cefaleias ligeiras, obstipação, astenia e tonturas (Deglin & Vallerand, 2016).

À sr. J. foi prescrito ondansetron via subcutânea em perfusão contínua para controlo das náuseas.

Dexametasona

A dexametasona é um corticoide com efeito anti-inflamatório e imunossupressor, amplamente utilizado em cuidados paliativos, como analgésico adjuvante em situação de dor neuropática e oncológica, com efeitos benéficos ao nível do apetite, náuseas, astenia, febre, sensação de bem-estar, sendo comparativamente aos restantes corticoides protetor do ponto de vista dos minerais (Deglin & Vallerand,2016). Relativamente à via de administração pode ser administrada via oral, e via subcutânea, endovenosa, intra-articular e oftálmica. Em cuidados paliativos a via oral e via subcutânea são privilegiadas; quando administrada via oral. Tendo em conta o efeito ativador, deverão ser privilegiados os horários do período da manhã, na via subcutânea, tendo em conta a incompatibilidade com grande parte dos fármacos, deverá ser privilegiada um acesso subcutâneo único para o efeito. Os efeitos adversos descritos na literatura relativamente ao uso da dexametasona estão relacionados com o aumento de peso, edemas, síndrome cushingóide, mioclonias, estrias, acne, soluços, perturbações do sono e sensação de queimadura genital, suscetibilidade a infeções, úlcera péptica, perfuração gastrointestinal e psicose (Deglin & Vallerand,2016).

À sr.ª J. foi prescrito dexametasona via IV para controlo das náuseas, redução dos parâmetros inflamatórios ao nível intestinal e controlo da dor.

Octreotido

O octretido é um fármaco análogo à hormona somatostatina, mas com um efeito mais prolongado e intenso (Deglin & Vallerand,2016). Os mesmos autores referem que este fármaco diminui a secreção de serotonina e dos péptidos gastroentero-hepáticos, aumenta a absorção de água e eletrólitos via intestinal, diminui a libertação da hormona do crescimento, da insulina e do glucagon, reduz a motilidade intestinal e reduz o fluxo biliar. Deglin & Vallerand (2016) referem que o octretido pode ser administrado via endovenosa, via subcutânea, via intramuscular e, numa dose máxima de 1500 µg/24 horas. Em cuidados paliativos o uso de octretido pode ser utilizado em situação oclusão intestinal, permitindo o controlo de sinais e sintomas decorrentes deste sinal (Araújo, Pinto & Gonçalves, s.d).

À Sr.ª J. foi prescrito o octretido para reduzir a secreção das diferentes substâncias ao nível intestinal, controlando a dor refratária.

Metamizol Magnésico

O metamizol magnésico é um analgésico, antipirético e antiespasmódico utilizado na dor ligeira (Saavedra & Rocha, s.d). Pode ser utilizado via endovenosa, subcutânea, via oral e via intramuscular numa dose total de 3 gramas. O efeito do metamizol magnésico ainda não está completamente esclarecido, parece estar relacionada à combinação da sua atuação a nível central e periférico (Sousa et al., 2025). Apesar da controvérsia na sua utilização durante alguns anos pelas reações adversas tais como a agranulocitose e a sua associação a algumas lesões hepáticas, o seu efeito antipirético, antiespasmódico e analgésico torna-o uma medicação a ter em conta no controlo de sinais e sintomas (Sousa et al., 2025).

Na Sr.ª J. o metamizol magnésico foi prescrito via intravenosa e em SOS para controlo da leve a moderada e visceral.

Pantoprazol

O pantoprazol é um inibidor da bomba de prótons no trato digestivo, diminui a acumulação de ácido no lúmen gástrico e diminui o refluxo gástrico. Previne e promove a as lesões provocadas pela hipersecreção ácida (Deglin & Vallerand,2016). O pantoprazol pode ser administrado via ora, via subcutânea e via endovenosa (Deglin & Vallerand,2016).

Na Sr.ª J. a prescrição de pantoprazol foi prescrito via intravenosa para proteção da mucosa do trato digestivo.

Butilescopolamina

O butilescopolamina é um antiespasmódico que em cuidados paliativos é usado não só pelas suas indicações terapêuticas, mas pelos seus efeitos colaterais, reduz as secreções, diminui a dor e/ou desconforto abdominal causado por espasmos gastrointestinais, biliares ou do aparelho urinário, assim como, diminui os vômitos associados à suboclusão intestinal (Queirós, Rocha, Souto & Morais Cadavez, s.d). Os mesmos autores referem que este fármaco em cuidados

paliativos pode ser administrado via subcutânea, via endovenosa e via intramuscular até um máximo de 200 mg/dia; a via oral pode apresentar um efeito errático de absorção, razão pela qual não é normalmente utilizada.

Na Sr.^a J. a prescrição de butilescopolamina foi administrada via intravenosa para diminuir a produção de secreções.

Haloperidol

O haloperidol é um antipsicótico, altera os efeitos da dopamina no SNC, apresenta uma atividade anticolinérgica e betabloqueadora adrenérgica alfa, utilizado em situações de delírio, delirium e atividade psicótica (Deglin & Vallerand, 2016). Em cuidados paliativos para além da sua indicação é utilizado pelo seu efeito colateral no controlo de náuseas e vômitos e quadros de suboclusão intestinal (Queirós, Rocha, Souto & Morais Cadavez, s.d). Os mesmos autores referem que pode ser administrado via endovenosa, subcutânea e via oral.

À Sr.^a J. foi prescrito o haloperidol em SOS via subcutânea para controlo do delírio/delirium.

Levomepromazina

A levomepromazina é um antipsicótico que está indicado em circunstâncias de agitação, delirium, delírio, náuseas e vômito e suboclusão (Queirós, Rocha, Souto & Morais Cadavez, s.d). Os mesmos autores referem que pode ser administrado via oral, via subcutânea, via intramuscular e via endovenosa, com atenção na via oral que pelo metabolismo de primeira passagem, pelo que a prescrição deve ser ajustada.

À Sr.^a J. foi prescrita levomepromazina via subcutânea em SOS para controlo da agitação/inquietação e delírio/delirium.

Paracetamol

O paracetamol é um antipirético e analgésico utilizado na pirexia, dor leve a moderada que pode ser administrado via oral, via endovenosa e via subcutânea (Queirós, Rocha, Souto & Morais Cadavez, s.d). O paracetamol inibe a produção de prostaglandinas ao nível do SNC, a partir do ácido araquidónico, o paracetamol tem maior atividade quanto menor os níveis de do ácido araquidónico, razão pela qual não apresenta efeito anti-inflamatório exuberante e estará relacionada com a via descendente serotoninérgica (Leheup et al., 2018), (Vernant et al., 2020), (El Khoury et al., 2022). O paracetamol pode ser administrado via oral, retal, subcutânea e endovenosa até 4 gramas/dia (Queirós, Rocha, Souto & Morais Cadavez, s.d).

Na Sr.^a J. o Paracetamol foi prescrito via intravenosa e em SOS para controlo da leve.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

08-01-2025 17:00

08-01-2025 17:00 - Cateter subcutâneo

08-01-2025 17:00 - Localização do cateter subcutâneo

08-01-2025 17:00 - Braço Esquerda(o)

08-01-2025 17:00 - Características do dispositivo: cateter 24 G.

08-01-2025 17:00 - Assegurar funcionamento do cateter

08-01-2025 17:00 - *Otimizar cateter subcutâneo*

08-01-2025 17:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter subcutâneo

08-01-2025 17:00 - *Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo*

08-01-2025 17:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter subcutâneo

08-01-2025 17:00 - *Executar tratamento ao local de inserção do cateter subcutâneo*

08-01-2025 17:00 - *Trocar cateter subcutâneo*

08-01-2025 17:00 - Cateter venoso periférico

08-01-2025 17:00 - Localização do cateter venoso periférico

08-01-2025 17:00 - Antebraço Direita(o)

08-01-2025 17:00 - Ausência de dor.

08-01-2025 17:00 - Ausência de calor.

08-01-2025 17:00 - Ausência de rubor.

08-01-2025 17:00 - Ausência de tumefação.

08-01-2025 17:00 - Ausência de exsudado.

08-01-2025 17:00 - Ausência de infiltração.

08-01-2025 17:00 - Características do dispositivo: cateter IV 22 G.

08-01-2025 17:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

08-01-2025 17:00 - *Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico*

08-01-2025 17:00 - Assegurar funcionamento do cateter

08-01-2025 17:00 - *Otimizar cateter venoso periférico*

08-01-2025 17:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

08-01-2025 17:00 - *Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico*

08-01-2025 17:00 - *Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico*

08-01-2025 17:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

08-01-2025 17:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

08-01-2025 17:00 - Trocar cateter venoso periférico

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

À entrada no SU a Sr.ª J. Realizou TAC abdominal e identificada carcinomatose peritoneal como causa das náuseas, vômitos e oclusão intestinal apresentada pela sr. J à entrada. A terapêutica instituída foi prescrita pela prescrição eletrónica médica baseada nos sinais e sintomas apresentados pela Sr.ª J.

Para administração terapêutica foi inserido um cateter venoso periférico 20G * 32mm na veia cefálica do antebraço direito segundo técnica assética. Para administração da terapêutica via subcutânea foi inserido um cateter subcutâneo 24 G * 19 mm no braço esquerdo. Em cuidados paliativos a via de administração privilegiada deverá ser a via oral até onde for possível, pela acessibilidade e por ser a via mais fisiológica e menos invasiva Morna, Rodrigues & Neto (2022) Com a progressão da doença muitas das pessoas em situação de fim de vida perdem a via oral por diminuição do estado de consciência ou pela perda funcional do sistema digestivo. Pela fragilidade dos vasos sanguíneos a via de administração intravenosa nem sempre é a mais escolhida Morna, Rodrigues & Neto (2022). No UICP era colocado um cateter venoso aquando de sinais e sintomas descontrolados se possível, mas privilegiada a administração via subcutânea em detrimento da via intravenosa. Segundo Morna, Rodrigues & Neto (2022) a inserção do cateter subcutâneo é realizada ao nível da hipoderme no sentido da drenagem linfática. A via de administração subcutânea é mais acessível e confortável que a via de administração intravenosa, fácil inserção e manutenção e a flutuação das concentrações dos fármacos é diminuída. A via subcutânea está contraindicada se existir recusa por parte da pessoa em situação paliativa, anasarca, trombocitopenia grave e necessidade de reposição rápida de grandes volumes (Morna, Rodrigues & Neto, 2022).

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
03-01-2025 17:00	Autoconceito	
03-01-2025 17:00	Emoção	
08-01-2025 17:00	Sondas, Drenos e Cateteres	

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

Para a seleção dos domínios e definição das intervenções foi tida em conta a individualidade da Sr.ª J., a abordagem aos domínios foi feita pela ordem em que surgem e não pela ordem de relevância.

Emoções

Segundo a CIPE (2019) as emoções são descritas como sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressos que podem aumentar com o stress ou a doença. O EEEMCPSP deverá identificar as necessidades vivenciadas pela pessoa em situação paliativa e família/cuidador ao nível físico, psicoemocional, sociofamiliar e espiritual, reconhecendo a individualidade e reconhecendo as suas expectativas no fim de vida (regulamento nº 429/2018, p. 19365). O domínio identificado tem como objetivo trabalhar as emoções desencadeadas pelas diferentes perdas que foram surgindo na progressão da doença (projetos de vida e objetivos), através da identificação deste domínio foi possível promover a verbalização das emoções da Sr.ª J, a observação e consciencialização da inquietação manifestada e, diminuir a manifestação antecipada da ameaça. Relativamente à perceção dos sentimentos de pesar manifestados pela Sr.ª J. foi possível especificar a perda percebida e os pensamentos recorrentes. Segundo CIPE (2019) o luto provém das emoções, foram programadas para a Sr.ª J. promover a mudança do luto comprometido, facilitar a comunicação e expressão de emoções e promover autocontrolo do pensamento sobre o luto.

O EEEMCPSP deverá identificar as necessidades vivenciadas pela pessoa em situação paliativa e família/cuidador ao nível físico, psicoemocional, sociofamiliar e espiritual, reconhecendo a individualidade e reconhecendo as suas expectativas no fim de vida (regulamento nº 429/2018, p. 19365).

Autoconceito

Segundo a CIPE (2019) a autoconsciência está relacionada com a opinião que cada pessoa tem de forma separada e distinta das outras, com fronteiras pessoais, experiências individuais, desejos e comportamentos. O foco da autoconsciência da crença comprometida, que dá origem aos focos: autoimagem negativa, crença cultural dificultadora, crença de saúde dificultadora, crença espiritual dificultadora, crença religiosa negativa, expectativa irrealista face à doença.

Segundo a ontologia (s.d) o domínio do autoconceito permite identificar e explorar os sentimentos ou comportamentos que dizem respeito à valorização pessoal, identificar pensamentos sobre si e o seu desempenho, a opinião ou imagem mental de si mesma e valorização das perceções positivas referidos pelas outras pessoas. O EEEMCPSP deverá

identificar necessidades e desenvolver estratégias no sentido de promover o seu autoconhecimento (regulamento nº 429/2018, p. 19365). Perante o autoconceito comprometido, é importante identificar e explorar estratégias promotoras de autoconceito, avaliar a evolução do autoconceito e avaliar a evolução do compromisso no autoconceito.

Sondas, Drenos e Cateteres

Relativamente ao domínio sondas, drenos e cateteres, o sr. G. tinha um cateter subcutâneo para administração de terapêutica subcutânea e um cateter venoso periférico para administração de terapêutica intravenosa. Tendo em conta o tema do trabalho e partindo do controlo de sinais e sintomas, não será aprofundado.

3.6. Conceção de Cuidados

Autoconceito

03-01-2025 17:00

03-01-2025 17:00 - Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal.

03-01-2025 17:00 - Revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho.

03-01-2025 17:00 - Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo.

03-01-2025 17:00 - Desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas.

03-01-2025 17:00 - Autoconceito comprometido [RESOLVIDO] 08-01-2025 17:00

03-01-2025 17:00 - Determinar evolução do autoconceito [FIM] 08-01-2025 17:00

03-01-2025 17:00 - Avaliar evolução do compromisso no autoconceito [FIM]

08-01-2025 17:00

08-01-2025 17:00 - Não revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal [MELHOROU].

08-01-2025 17:00 - Não revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho [MELHOROU].

08-01-2025 17:00 - Não verbaliza auto negação (afirma que já não existe) ou perda de identificação espacial/temporal de si mesmo.

08-01-2025 17:00 - Não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo [MELHOROU].

08-01-2025 17:00 - Não desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas [MELHOROU].

03-01-2025 17:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o autoconceito [FIM] 08-01-2025 17:00

03-01-2025 17:00 - Promover autocontrolo: processo de pensamento

relacionado com o autoconceito [FIM] 08-01-2025 17:00

03-01-2025 17:00 - Consciencialização sobre compromisso no autoconceito: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-01-2025 17:00 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-01-2025 17:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre o autoconceito [RESOLVIDO] 08-01-2025 17:00

03-01-2025 17:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito [RESOLVIDO] 08-01-2025 17:00

03-01-2025 17:00 - Avaliar evolução do autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o autoconceito [FIM] 08-01-2025 17:00

08-01-2025 17:00 - Adota comportamentos de autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o autoconceito comprometido.

08-01-2025 17:00 - Refere satisfação com o autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o autoconceito comprometido.

Emoção

03-01-2025 17:00

03-01-2025 17:00 - Com indícios de humor depressivo.

03-01-2025 17:00 - Sem indícios de euforia.

03-01-2025 17:00 - Verbaliza ansiedade.

03-01-2025 17:00 - Manifestação de inquietação.

03-01-2025 17:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

03-01-2025 17:00 - Sem manifestação de pânico .

03-01-2025 17:00 - Especificação da perdaEspecificação da perda: projeto de vida, autonomia, funcionalidade.

03-01-2025 17:00 - Não manifesta negação da perda.

03-01-2025 17:00 - Manifesta pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda.

03-01-2025 17:00 - Ansiedade

03-01-2025 17:00 - Determinar evolução da ansiedade

03-01-2025 17:00 - Avaliar evolução da ansiedade

08-01-2025 17:00 - Não verbaliza ansiedade [MELHOROU].

08-01-2025 17:00 - Manifestação de inquietação [MANTEVE].

08-01-2025 17:00 - Sem manifestação de irritabilidade [MANTEVE].

08-01-2025 17:00 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

03-01-2025 17:00 - Referenciar ansiedade ao médico

03-01-2025 17:00 - Diminuir ansiedade

03-01-2025 17:00 - Executar técnica de relaxamento

03-01-2025 17:00 - Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade

03-01-2025 17:00 - Promover autocontrolo: ansiedade

03-01-2025 17:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento

próprio para intervir.

03-01-2025 17:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-01-2025 17:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-01-2025 17:00 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-01-2025 17:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-01-2025 17:00 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador.

03-01-2025 17:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade

03-01-2025 17:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade

08-01-2025 17:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-01-2025 17:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

03-01-2025 17:00 - Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade

03-01-2025 17:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

03-01-2025 17:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

08-01-2025 17:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-01-2025 17:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

03-01-2025 17:00 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento

03-01-2025 17:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade [RESOLVIDO]

08-01-2025 17:00

03-01-2025 17:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade [FIM] 08-01-2025 17:00

08-01-2025 17:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

03-01-2025 17:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 08-01-2025 17:00

03-01-2025 17:00 - Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade [FIM] 08-01-2025 17:00

03-01-2025 17:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade [RESOLVIDO] 08-01-2025 17:00

03-01-2025 17:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade [FIM] 08-01-2025 17:00

08-01-2025 17:00 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

03-01-2025 17:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 08-01-2025 17:00

03-01-2025 17:00 - Analisar com o cliente a relação entre padrão do sono e ansiedade [FIM] 08-01-2025 17:00

03-01-2025 17:00 - Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 08-01-2025 17:00

03-01-2025 17:00 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade [FIM] 08-01-2025 17:00

08-01-2025 17:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

03-01-2025 17:00 - Instruir estratégias de relaxamento [FIM] 08-01-2025 17:00

03-01-2025 17:00 - Treinar estratégias de relaxamento [FIM] 08-01-2025 17:00

03-01-2025 17:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade

08-01-2025 17:00 - Adota parcialmente comportamentos de autocontrolo da ansiedade.

08-01-2025 17:00 - Refere satisfação com o autocontrolo da ansiedade.

03-01-2025 17:00 - Luto comprometido

03-01-2025 17:00 - Determinar evolução do luto

03-01-2025 17:00 - Avaliar evolução do luto

03-01-2025 17:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o luto

03-01-2025 17:00 - Executar escuta ativa

03-01-2025 17:00 - Promover autocontrolo: processo de pensamento relacionado com o luto

03-01-2025 17:00 - Conhecimento sobre o luto: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-01-2025 17:00 - Consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto: facilitadora.

03-01-2025 17:00 - Significado atribuído à perda: "desmoronar do mundo pessoal".

03-01-2025 17:00 - Significado atribuído à vida após a perda: "sem sentido".

03-01-2025 17:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre o luto

03-01-2025 17:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre o luto

08-01-2025 17:00 - Conhecimento sobre o luto: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir

[MANTEVE].

03-01-2025 17:00 - *Ensinar sobre luto*

03-01-2025 17:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o apoio das pessoas significativas e o luto

03-01-2025 17:00 - *Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o apoio das pessoas significativas e o luto*

08-01-2025 17:00 - *Consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto: facilitadora [MANTEVE].*

03-01-2025 17:00 - *Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização*

03-01-2025 17:00 - *Analisar com o cliente a relação entre o apoio das pessoas significativas e o luto*

03-01-2025 17:00 - Potencial para melhorar significado atribuído à perda

[RESOLVIDO] 08-01-2025 17:00

03-01-2025 17:00 - *Avaliar evolução do significado atribuído à perda [FIM]*

08-01-2025 17:00

08-01-2025 17:00 - *Significado atribuído à perda: não dificultador [MELHOROU].*

03-01-2025 17:00 - *Assistir cliente a analisar o significado dificultador [FIM]*

08-01-2025 17:00

03-01-2025 17:00 - Potencial para melhorar significado atribuído à vida após a perda [RESOLVIDO] 08-01-2025 17:00

03-01-2025 17:00 - *Avaliar evolução do significado atribuído à vida após a perda [FIM]* 08-01-2025 17:00

08-01-2025 17:00 - *Significado atribuído à vida após a perda: não dificultador [MANTEVE].*

03-01-2025 17:00 - *Assistir cliente a analisar o significado dificultador [FIM]*

08-01-2025 17:00

03-01-2025 17:00 - *Avaliar evolução do autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o luto comprometido*

08-01-2025 17:00 - *Adota parcialmente comportamentos de autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o luto comprometido.*

08-01-2025 17:00 - *Refere satisfação com o autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o luto comprometido.*

3.7. Especificação das intervenções

Treinar estratégias de relaxamento

- Treinar técnica de relaxamento com recurso à visualização
- Treinar técnica de relaxamento com recurso à respiração
- Treinar técnica de relaxamento com recurso ao mindfulness

- Promover ambiente seguro

Instruir estratégias de relaxamento

- Ensinar técnica de relaxamento com recurso à respiração
- Ensinar técnica de relaxamento com recurso à visualização
- Ensinar técnica de relaxamento com recurso ao mindfulness

Assistir cliente a analisar o significado dificultador

- Facilitar ao cliente manifestar emoções e sentimentos
- Facilitar ao cliente manifestar os aspetos dificultadores
- Executar escuta ativa
- avaliar crença espiritual
- Proteger crenças religiosas
- Proporcionar apoio espiritual

Executar técnica de relaxamento

- Promover ambiente seguro
- ensinar sobre técnica de relaxamento
- executar exercício de relaxamento com recurso à respiração
- Executar técnica de relaxamento com recurso ao mindfulness
- Executar técnica respiratória com recurso à visualização

Avaliar evolução da ansiedade

- Facilitar ao cliente manifestar emoções e sentimentos
- Conhecer a relação entre o elemento perturbador e a reação do cliente

Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade

- Executar técnica de relaxamento com recurso à respiração
- Executar técnica de relaxamento com recurso à visualização
- Executar técnica de relaxamento com recurso ao mindfulness
- Executar musicoterapia
- Promover ambiente seguro
- Manter dignidade e privacidade
- Informar médico

Referenciar ansiedade ao médico

- Informar médico

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade

- Facilitar ao cliente falar sobre sono e ansiedade

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade

- Executar escuta ativa
- Facilitar ao cliente manifestar emoções e sentimentos
- Facilitar ao cliente falar do pensamento positivo

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Facilitar ao cliente falar acerca das estratégias de autocontrolo
- Treinar estratégias de relaxamento

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Ensinar técnica de relaxamento com recurso à visualização
- Ensinar técnica de relaxamento com recurso à respiração
- Ensinar técnica de relaxamento com recurso ao mindfulness
- Ensinar sobre ambiente seguro
- Promover a privacidade

Analisar com o cliente a relação entre padrão do sono e ansiedade

- Facilitar com o cliente a expressão de emoções
- Facilitar com o cliente a expressão de sentimento
- Ensinar ao cliente a importância do sono
- Ensinar ao cliente os fatores que podem comprometer o sono

Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade

- Promover o pensamento positivo
- Facilitar ao cliente a expressão de pensamentos positivos
- Executar escuta ativa

Executar escuta ativa

- Promover um, ambiente seguro
- Manter a dignidade e privacidade

Ensinar sobre estratégias de relaxamento

- Ensinar técnica de relaxamento com recurso à visualização
- Ensinar técnica de relaxamento com recurso à respiração
- Ensinar técnica de relaxamento com recurso ao mindfulness
- Ensinar técnica de musicoterapia

Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

- Facilitar com o cliente a capacidade de comunicar sentimentos
- Facilitar com o cliente a manifestação de emoções
- Proporcionar apoio espiritual
- Aplicar o questionário de bem estar espiritual (SWBQ)

Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Facilitar ao cliente falar das estratégias de autocontrolo
- Treinar estratégias de autocontrolo

Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade

- Executar escuta ativa
- Facilitar ao cliente falar dos fatores perturbadores

Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade

- Promover o relaxamento
- Promover com o cliente a relação de ajuda
- Identificar com o cliente os fatores promotores de relaxamento

Avaliar evolução do compromisso no autoconceito

- Facilitar ao cliente a manifestação de emoções e pensamentos
- Estabelecer relação de ajuda
- Promover dignidade e privacidade
- Executar escuta ativa
- Aplicar a escala de bem-estar espiritual (SWBQ)

Avaliar evolução do luto

- Facilitar ao cliente manifestar emoções
- Facilitar ao cliente manifestar emoções
- Facilitar ao cliente falar das perdas
- Facilitar ao cliente falar do medo da perda
- Facilitar ao cliente falar do luto antecipatório

Avaliar evolução do conhecimento sobre o luto

- Facilitar ao cliente falar sobre o luto
- Facilitar ao cliente a capacidade de comunicar sentimentos
- Aplicar escala de bem-estar espiritual (SWBQ)

Ensinar sobre luto

- Facilitar ao cliente a capacidade de comunicar de emoções e sentimentos
- Facilitar ao cliente falar das perdas ao longo do processo
- Promover esperança
- Ensinar ao cliente o significado de luto antecipatório
- avaliar crenças espirituais
- Proteger crenças espirituais
- Encaminhar para o serviço religioso
- Facilitar ao cliente a capacidade de falar sobre a morte e processo de morrer
- Ensinar sobre o processo de morrer
- Facilitar ao cliente a capacidade de falar sobre o processo de morrer

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o apoio das pessoas significativas e o luto

- Facilitar ao cliente a manifestação de emoções
- Facilitar ao cliente a manifestação de sentimentos
- Executar escuta ativa

Analisar com o cliente a relação entre o apoio das pessoas significativas e o luto

- Facilitar ao cliente a manifestação de emoções e sentimentos

Avaliar evolução do significado atribuído à perda

- Facilitar ao cliente falar sobre a perda durante a evolução da doença

Avaliar evolução do significado atribuído à vida após a perda

- Facilitar ao cliente a manifestação de emoções
- Facilitar ao cliente a manifestação de sentimentos
- Executar escuta ativa
- Facilitar ao cliente a capacidade de falar sobre o processo de morrer

Avaliar evolução do autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o autoconceito

- Promover ambiente seguro
- Mantar dignidade e privacidade
- Facilitar ao cliente manifestar o seu pensamento

Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade

- Facilitar ao cliente a manifestação de emoções
- Facilitar ao cliente a manifestação de sentimentos
- Treinar estratégias de autocontrolo

Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

- Executar a desinfeção do local de inserção do cateter venoso periférico 1 x id
- Otimizar cateter venoso periférico

Otimizar cateter subcutâneo

- Otimizar cateter venoso periférico

Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

- avaliar sinais de rubor, tumefação e infiltração
- Avaliar sintomas de dor e ardor

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

- Avaliar sinais de rubor, tumefação e infiltração
- Avaliar sintomas de dor e ardor

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo

- avaliar sinais de rubor, infiltração e tumefação no local de inserção do ex. cateter
- Avaliar sintomas de dor e ardor no local de inserção do ex. cateter

Executar tratamento ao local de inserção do cateter subcutâneo

- Executar desinfeção do local de inserção do cateter subcutâneo
- Otimizar cateter subcutâneo

Trocar cateter subcutâneo

- Remover cateter subcutâneo
- Inserir cateter subcutâneo
- Vigiar local de inserção do cateter subcutâneo anterior

Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico

- Contactar médico

3.8. Síntese relativa ao caso

Durante o internamento da Sr.^a J. foram identificados os domínios e intervenções a desenvolver. Após o controle de sinais e sintoma somáticos e, tendo em conta o objetivo deste trabalho foram identificadas duas sessões e realizadas intervenções no domínio da emoção e autoconceito. Pela ausência do domínio bem-estar espiritual na ontologia, foram identificados os domínios da emoção e autoconceito para abordar as necessidades relacionadas com o bem-estar espiritual. Relativamente à versão Portuguesa do questionário do bem-estar espiritual (SWBQ), foi enquadrada a necessidade espiritual na dimensão pessoal, ao nível da identidade pessoal, autoconsciência, alegria de viver e sentido de vida. Na ontologia foi identificado o luto comprometido, mas referente ao luto preparatório, a sr.^a J, passou por um processo adaptativo perante as perdas irreversíveis que surgiram (luto preparatório). Na 2^a sessão a sr. J. manifestou tranquilidade no processo de morrer, parece ter sido estabelecida a relação de ajuda necessária à vontade e confiança de partilhar o momento de morte com a estudante. A sr. J. estava em últimas horas de vida, a família foi contactada mas não conseguiu deslocar-se ao UMI-CP. A estudante permaneceu junto da S.^a J. sentada junto à cabeceira da cama, deu a mão à sr. J. que segurou, naquele momento aparentemente consciente e com ligeira inquietação terminal, sem desconforto associado, até a sr. ^a J. morrer.

4. CASO CLÍNICO 2

O Sr. ^o G, 71, casado, vive com a esposa. Tem 2 filhos e 3 netos. Deu entrada no serviço de urgência por náuseas e vômitos de cor acastanhada, astenia marcada e emagrecimento. Tem antecedentes, HTA, diabetes méllitus, carcinoma gástrico de células pouco coesas e carcinomatose peritoneal. O último ciclo de quimioterapia foi realizado em setembro de 2024 e radioterapia hemostática na semana anterior por hematémeses. Foi colocada sonda nasoduodenal e inicia alimentação entérica que tolerou. Enquanto aguardava vaga no serviço de internamento de cuidados paliativos, foi transferida para o serviço de medicina. Devido à carcinomatose peritoneal não foi considerada a colocação de PEG e de jejunostomia. Por estenose provocada foi colocada prótese esofágica e iniciada dieta líquida que tolerou. À posteriori foi transferida para o serviço de cuidados paliativos para controlo de sinais e sintomas e organização dos cuidados.

4.1. Enquadramento teórico

Em Portugal, segundo a International Agency for Research on Câncer - World Health Organization (IARC/WHO) em 2022, o cancro do estômago foi a 5^a causa de cancro na população. A mesma agência refere que em 2022 surgiram 1505 (4,7%) novos casos de cancro do estômago no sexo feminino e 2163 (5,7%) novos casos no sexo masculino, num total de 3668 novos casos (5,3%) novos casos de cancro do estômago.

O diagnóstico do carcinoma do estômago muitas vezes acontece de forma tardia devido à inexistência de sinais específicos (Skarin et al.,2024). Os mesmos autores referem que o diagnóstico é feito através da endoscopia digestiva alta, biopsia das lesões suspeitas, estudo analítico e, para conhecer a extensão da lesão é necessário proceder à TAC. O tratamento da doença é cirúrgico e/ou com recurso aos tratamentos adjuvantes (Skarin et al.,2024). O carcinoma do estômago ocorre ao nível da parede, é um tumor comum e está associado a elevada morbilidade e mortalidade (Dantas-Filho et. al,2023). Os mesmos autores referem que as causas desta patologia estão associadas à infeção por helicobacter pylori e vírus epstein-barr, à hereditariedade, aos hábitos alimentares, ao alcoolismo e ao tabagismo. O carcinoma gástrico de células pouco coesas é maligno, com padrão infiltrativo, existe espessamento das paredes do estômago com perda de elasticidade e normalmente é associado à mutação do gene CDH1 (Skarin et al.,2024).

Em 2023 foi diagnosticado ao sr. G um carcinoma do estômago de células pouco coesas e com poucas aglomerações no epitélio da região gastroesofágico após laparotomia exploradora, porém sem indicação cirúrgica. Nessa altura foi proposta ao sr. G quimioterapia, que realizou até setembro de 2024. Devido à progressão da doença e por não existir evidência do benefício dos tratamentos adjuvantes, suspendeu tratamentos e foi referenciado para a consulta de cuidados paliativos em setembro de 2024. A progressão da doença foi sendo acompanhada de perda de peso, fadiga, falta de apetite, sofrimento, isolamento e perda de atividade social. Em janeiro de 2025 por náuseas e vômitos deu entrada no serviço de urgência onde foi detetada carcinomatose peritoneal. O enquadramento teórico relativo à carcinomatose peritoneal já foi abordado no estudo de caso I.

A abordagem em cuidados paliativos é multidimensional e interdisciplinar, numa fase inicial foi feito o controlo de sinais e sintomas do âmbito físico, nesta altura foi possível estabelecer relação de ajuda com o sr. G., foram identificadas suas necessidades no âmbito dos domínios emocional e autoconceito e, procedeu-se ao planeamento de intervenções do bem-estar espiritual. O sofrimento manifestado pelo sr. G. estava relacionado com a dimensão comunitária, pessoal e transcendental, o sentimento de não ter ajudado suficiente os outros ao longo da vida e a sua relação com as crenças do âmbito em que sempre acreditou e naquele momento tinha dúvidas. As intervenções foram direcionadas no sentido da sua própria tomada de consciência, atribuição de sentido, significado e propósito ao experienciado (Pais-Ribeiro,2022).

O modelo de dignidade de Chochinov constitui uma base teórica relevante em cuidados paliativos e promotora da dignidade na pessoa em situação paliativa (Guerra et al., 2024). Os mesmos autores referem que modelo da dignidade de Chochinov inclui a generosidade, a continuidade de si a preservação dos papeis, a manutenção do cuidado, a manutenção do legado, a esperança e o orgulho pessoal. As intervenções baseadas no modelo da dignidade de Chochinov visam reforçar os recursos pessoais da dignidade, face às preocupações manifestadas com a progressão da doença pela pessoa em situação paliativa (Neto et. al. (2016).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 71 anos | Masculino

4.3. Medicação

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

As terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas têm um papel fundamental em cuidados paliativos no controlo de sinais e sintomas.

Tendo em conta que esta temática já foi abordada no caso clínico I e feita a descrição dos medicamentos ondansetron, midazolam, morfina, pantoprazol, paracetamol, haloperidol e dexametasona não será repetida aqui, tendo em conta a similitude. Relativamente à administração da terapêutica acima mencionada e especificamente para o sr. G, o ondansetron foi prescrito via intravenosa em SOS na ocorrência de náuseas, o midazolam prescrita via intravenosa em SOS se inquietação/agitação, hemorragia massiva e outro sinal e sintoma difícil de controlar. O haloperidol foi prescrito via subcutânea em SOS para a ocorrência de inquietação/agitação, o paracetamol foi prescrito em SOS via intravenosa para a dor ligeira, o pantoprazol prescrita via endovenosa para prevenção do desconforto gástrico e a dexametasona foi prescrita uma vez dia para prevenção da oclusão intestinal e dor refratária.

Furosemida

A furosemida é um diurético indicado em situações de hipercalcemia, hipercalemia, hipertensão, edemas periféricos, anasarca e dispneia por congestão pulmonar (Queirós et al, s.d). Pode ser administrada via oral, via intravenosa e via subcutânea com a dose máxima de 600 mg/dia (Queirós et al, s.d). A hipernatremia e xerostomia são alterações que podem surgir do prolongado uso da furosemida, pelo que deverão ser reforçados os cuidados de higiene e hidratação oral e controlo analítico. A administração não deve ser conjunto com outros fármacos. No caso do sr. G a furosemida foi prescrita duas vezes dias para diminuir os edemas nos membros inferiores.

Sucralfato

O sucralfato é um anti ulceroso (protetor), prevenção de lesões gastrointestinais, reage ao ácido clorídrico criando uma pasta espessa que adere à superfície da mucosa. A formação desta

proteção que envolve a parede gastrointestinal diminui a dor e aumenta o conforto, razão pela qual foi prescrita ao sr. G.

Metoclopramida

A metoclopramida é um antiemético e estimulante do sistema gastrointestinal utilizado na prevenção de vômitos (Deglin & Vallerand,2016). Pode ser administrada via oral, via intravenosa e via subcutânea na dose máxima de 120 mg/dia (Queirós et al, s.d). No sr. G a metoclopramida foi prescrita via intravenosa duas vezes dias para prevenir náuseas, vômitos e promover o transito intestinal. A ação da metoclopramida está mais direcionada para os vômitos em detrimento das náuseas pela sua ação mais periférica. Relativamente ao sr. G. devido à carcinomatose peritoneal poderia ocorrer oclusão intestinal e neste caso a metoclopramida já não estaria indicada.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

08-01-2025 19:00

08-01-2025 19:00 - Cateter subcutâneo

08-01-2025 19:00 - Localização do cateter subcutâneo

08-01-2025 19:00 - Braço Esquerda(o)

08-01-2025 19:00 - Características do dispositivo: cateter IV 24 G.

08-01-2025 19:00 - Assegurar funcionamento do cateter

08-01-2025 19:00 - Otimizar cateter subcutâneo

08-01-2025 19:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

08-01-2025 19:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter subcutâneo

13-01-2025 19:00 - Substância administrada pelo cateter subcutâneo:
fármaco.

13-01-2025 19:00 - Quantidade administrada pelo cateter subcutâneo: 5 ml.

08-01-2025 19:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter subcutâneo

08-01-2025 19:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo

13-01-2025 19:00 - Localização do cateter subcutâneo

13-01-2025 19:00 - Braço Esquerda(o)

13-01-2025 19:00 - Ausência de dor.

13-01-2025 19:00 - Ausência de calor.

13-01-2025 19:00 - Ausência de rubor.

13-01-2025 19:00 - Ausência de tumefação.

13-01-2025 19:00 - Ausência de exsudado.

08-01-2025 19:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico

08-01-2025 19:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter subcutâneo

08-01-2025 19:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter subcutâneo

08-01-2025 19:00 - Trocar cateter subcutâneo

08-01-2025 19:00 - Cateter venoso periférico

08-01-2025 19:00 - Localização do cateter venoso periférico

08-01-2025 19:00 - Antebraço Direita(o)

08-01-2025 19:00 - Ausência de dor.

08-01-2025 19:00 - Ausência de calor.

08-01-2025 19:00 - Ausência de rubor.

08-01-2025 19:00 - Ausência de tumefação.

08-01-2025 19:00 - Ausência de exsudado.

08-01-2025 19:00 - Ausência de infiltração.

08-01-2025 19:00 - Características do dispositivo: cateter IV 22 G.

08-01-2025 19:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

08-01-2025 19:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

13-01-2025 19:00 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: fármaco.

13-01-2025 19:00 - Quantidade administrada pelo cateter venoso periférico: 50 ml.

08-01-2025 19:00 - Assegurar funcionamento do cateter

08-01-2025 19:00 - Otimizar cateter venoso periférico

08-01-2025 19:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

08-01-2025 19:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

13-01-2025 19:00 - Localização do cateter venoso periférico

13-01-2025 19:00 - Braço Direita(o)

13-01-2025 19:00 - Ausência de dor.

13-01-2025 19:00 - Ausência de calor.

13-01-2025 19:00 - Ausência de rubor.

13-01-2025 19:00 - Ausência de tumefação.

13-01-2025 19:00 - Ausência de exsudado.

13-01-2025 19:00 - Ausência de infiltração.

08-01-2025 19:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico

08-01-2025 19:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

08-01-2025 19:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso

periférico

08-01-2025 19:00 - Trocar cateter venoso periférico

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

No serviço de urgência o sr. G realizou endoscopia digestiva alta para identificar algum foco de hemorragia ativa, face aos vómitos de cor acastanhada por ele referidos. À posteriori, realizou TAC (Tomografia Computorizada) de forma a perceber a progressão da doença e a a causa das náuseas, vómitos e intolerância alimentar apresentada. Através da TAC foi possível identificar o aumento do espessamento da pequena curvatura do corpo gástrico distal e esófago médio distal com lesões confluentes que ocupavam 75% do lúmen. Face a esta informação, foi colocada sonda nasojejunal guiada por ecografia e reiniciou ingesta com tolerância. À posteriori foi proposta a colocação de prótese esofágica por estenose e removida sonda nasojejunal. O sr. G reiniciou dieta líquida com progressão até mole que tolerou.

Para administração terapêutica foi colocado um cateter venoso periférico 20G * 32mm para administração venosa na veia cubital do antebraço esquerdo e um cateter subcutâneo 24G * 19 mm. no braço esquerdo.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
08-01-2025 19:00	Autoconceito	
08-01-2025 19:00	Emoção	
08-01-2025 19:00	Sondas, Drenos e Cateteres	

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

A seleção dos domínios teve em conta a individualidade e a área de intervenção do bem-estar espiritual. A espiritualidade pode constituir um instrumento promotor de qualidade de vida em cuidados paliativos, tendo em conta que pode ativar zonas menos conscientes do ponto de vista cognitivo, nomeadamente as motivações profundas no sentido existencial individual e coletivo da pessoa (Garcia-Navarro,2021).

Emoções

As emoções são descritas como sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressos que podem aumentar com o stress ou a doença (CIPE,2019). Segundo Damásio (2010) as emoções constituem reações fisiológicas relacionadas com a adaptação do indivíduo, porém, não é certo que o desencadear da emoção permita a consciencialização do sentido e significado da emoção. O mesmo autor refere que a emoção está relacionada com o sistema límbico, que difere do sentimento que está relacionado com o córtex cerebral. Os sentimentos são perceções complexas relativas ao que acontece no corpo e na mente na sua relação com o exterior (Damásio,2010).

O EEEMCPSP deverá identificar as necessidades vivenciadas pela pessoa em situação paliativa e família/cuidador ao nível físico, psicoemocional, sociofamiliar e espiritual, reconhecendo a individualidade e reconhecendo as suas expetativas no fim de vida (regulamento nº 429/2018, p. 19365).

O domínio identificado tem como objetivo trabalhar as emoções desencadeadas pelas diferentes perdas que foram surgindo na progressão da doença (projetos de vida e objetivos) relacionado com o luto preparatório, o EEEMCPSP tem um papel fundamental, uma vez que "antecipa em tempo útil, as situações de agudização" (regulamento nº 429/2018,2018, p. 19365).

Autoconceito

O EEEMCPSP deverá identificar necessidades e desenvolver estratégias no sentido de capacitar a pessoa e promover o seu autoconhecimento (Regulamento nº 429/2018, p. 19365).

A autoconsciência está relacionada com um profundo autoconhecimento relativamente à relação às fronteiras e experiências individuais (CIPE, 2019) O foco da autoconsciência da crença comprometida, que dá origem aos focos: autoimagem negativa, crença cultural dificultadora, crença de saúde dificultadora, crença espiritual dificultadora, crença religiosa negativa, expetativa irrealista face à doença (CIPE, 2019).

O EEEMCPSP deverá identificar, explorar o compromisso do autoconceito, assim como avaliar a sua evolução durante o processo.

4.6. Conceção de Cuidados

Autoconceito

08-01-2025 19:00

08-01-2025 19:00 - Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal.

08-01-2025 19:00 - Não revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho.

08-01-2025 19:00 - Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo.

08-01-2025 19:00 - Não desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas.

08-01-2025 19:00 - Autoconceito comprometido

08-01-2025 19:00 - Determinar evolução do autoconceito

08-01-2025 19:00 - Avaliar evolução do compromisso no autoconceito

08-01-2025 19:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o autoconceito

08-01-2025 19:00 - Promover autocontrolo: processo de pensamento relacionado com o autoconceito

08-01-2025 19:00 - Consciencialização sobre compromisso no autoconceito: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-01-2025 19:00 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-01-2025 19:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre o autoconceito [RESOLVIDO] 13-01-2025 19:00

08-01-2025 19:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre o autoconceito [FIM] 13-01-2025 19:00

13-01-2025 19:00 - Consciencialização sobre compromisso no autoconceito: facilitadora [MELHOROU].

08-01-2025 19:00 - Assistir a analisar compromisso no autoconceito [FIM]
13-01-2025 19:00

08-01-2025 19:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito [RESOLVIDO] 13-01-2025 19:00

08-01-2025 19:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito [FIM] 13-01-2025 19:00

13-01-2025 19:00 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito: facilitador [MELHOROU].

08-01-2025 19:00 - Ensinar sobre estratégias promotoras do autoconceito [FIM] 13-01-2025 19:00

08-01-2025 19:00 - Avaliar evolução do autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o autoconceito

13-01-2025 19:00 - Adota comportamentos de autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o autoconceito comprometido.

13-01-2025 19:00 - Refere satisfação com o autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o autoconceito comprometido.

Emoção

08-01-2025 19:00

08-01-2025 19:00 - Com indícios de humor depressivo.

08-01-2025 19:00 - Sem indícios de euforia.

08-01-2025 19:00 - Verbaliza ansiedade.

08-01-2025 19:00 - Sem manifestação de inquietação.

08-01-2025 19:00 - Especificação da perda
Especificação da perda: projeto de vida, autonomia.

08-01-2025 19:00 - Não manifesta negação da perda.

08-01-2025 19:00 - Manifesta pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda.

08-01-2025 19:00 - Ansiedade [RESOLVIDO] 13-01-2025 19:00

08-01-2025 19:00 - Determinar evolução da ansiedade [FIM] 13-01-2025 19:00

08-01-2025 19:00 - Avaliar evolução da ansiedade [FIM] 13-01-2025 19:00

13-01-2025 19:00 - Não verbaliza ansiedade [MELHOROU].

13-01-2025 19:00 - Sem manifestação de inquietação [MANTEVE].

13-01-2025 19:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

13-01-2025 19:00 - Sem manifestação de pânico .

08-01-2025 19:00 - Referenciar ansiedade ao médico [FIM] 13-01-2025 19:00

08-01-2025 19:00 - Diminuir ansiedade [FIM] 13-01-2025 19:00

08-01-2025 19:00 - Executar técnica de relaxamento [FIM] 13-01-2025 19:00

08-01-2025 19:00 - Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade [FIM]

13-01-2025 19:00

08-01-2025 19:00 - Promover autocontrolo: ansiedade [FIM] 13-01-2025 19:00

08-01-2025 19:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora.

08-01-2025 19:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-01-2025 19:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: facilitadora.

08-01-2025 19:00 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: facilitadora.

08-01-2025 19:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitadora.

08-01-2025 19:00 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador.

08-01-2025 19:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 13-01-2025 19:00

08-01-2025 19:00 - Humor depressivo

08-01-2025 19:00 - Facilitar atividades de autocuidado

08-01-2025 19:00 - Assistir o cliente a planear as atividades de autocuidado

08-01-2025 19:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o humor

08-01-2025 19:00 - Executar escuta ativa

08-01-2025 19:00 - Luto comprometido

08-01-2025 19:00 - Determinar evolução do luto

08-01-2025 19:00 - Avaliar evolução do luto

13-01-2025 19:00 - Não manifesta negação da perda [MANTEVE].

13-01-2025 19:00 - Manifesta pensamentos desestabilizadores recorrentes

sobre a perda [MANTEVE].

08-01-2025 19:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o luto

08-01-2025 19:00 - Executar escuta ativa

08-01-2025 19:00 - Promover autocontrolo: processo de pensamento relacionado com o luto

08-01-2025 19:00 - Conhecimento sobre o luto: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-01-2025 19:00 - Consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto: facilitadora.

08-01-2025 19:00 - Significado atribuído à perda: "desmoronar do mundo pessoal".

08-01-2025 19:00 - Significado atribuído à vida após a perda: "sem sentido".

08-01-2025 19:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre o luto

08-01-2025 19:00 - Potencial para melhorar significado atribuído à perda

08-01-2025 19:00 - Potencial para melhorar significado atribuído à vida após a perda

08-01-2025 19:00 - Avaliar evolução do autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o luto comprometido

13-01-2025 19:00 - Adota comportamentos de autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o luto comprometido.

13-01-2025 19:00 - Refere satisfação com o autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o luto comprometido.

4.7. Especificação das intervenções

Otimizar cateter venoso periférico

- Executar a inserção do cateter venoso periférico
- Verificar a permeabilidade do cateter venoso periférico

Assistir o cliente a planear as atividades de autocuidado

- Treinar técnica de relaxamento com recurso ao mindfulness
- Treinar técnica de relaxamento com recurso à respiração
- Treinar técnica de relaxamento com recurso à visualização
- Explorar com o cliente atividades da sua preferência

Avaliar evolução da ansiedade

- Facilitar ao cliente expressar emoções
- Facilitar ao cliente expressar sentimentos

Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade

- Treinar técnica de relaxamento com recurso à respiração
- Treinar técnica de relaxamento com recurso à visualização

- Treinar técnica de relaxamento com recurso ao mindfulness

Executar escuta ativa

- Promover ambiente seguro
- Promover privacidade do cliente
- Executar escuta ativa

Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

- Vigiar sinais de rubor, tumefação e infiltração
- Vigiar sintomas de dor e ardor

Avaliar evolução da consciencialização sobre o autoconceito

- Facilitar o cliente a expressar sentimentos
- Facilitar o cliente a expressar emoções
- Executar escuta ativa

Assistir a analisar compromisso no autoconceito

- Estabelecer relação de ajuda
- Promover ambiente seguro
- Manter dignidade e privacidade
- Proteger crenças espirituais
- Proporcionar apoio espiritual
- Facilitar ao cliente a partilha de questões significativas baseadas no modelo de dignidade de Chochinov

Avaliar evolução do compromisso no autoconceito

- Estabelecer relação de ajuda
- Facilitar a expressão de preocupações baseado no modelo de dignidade de Chochinov
- Identificação das dimensões das necessidades espirituais verbalizadas pelo cliente através questionário do bem-estar espiritual (SWBS)
- Facilitar o cliente a expressar emoções
- Facilitar o cliente a expressar sentimentos
- Executar escuta ativa
- Manter privacidade e dignidade
- Promover ambiente seguro

Avaliar evolução do luto

- Avaliar crenças espirituais
- Facilitar a capacidade de comunicar sentimentos
- Proteger crenças religiosas
- capacidade de falar sobre o processo de morrer
- Executar escuta ativa

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

- Vigiar sinais de rubor, tumefação e infiltração
- Vigiar sintomas de ardor e dor

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo

- Vigiar sinais de rubor, tumefação e infiltração
- Vigiar sintomas de dor e ardor

Trocar cateter subcutâneo

- remover cateter subcutâneo
- Inserir cateter subcutâneo

Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico

- Contatar médico

Avaliar evolução da administração pelo cateter subcutâneo

- Vigiar sinais de rubor, tumefação e infiltração
- Vigiar sintomas de dor e ardor

Avaliar evolução do autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o autoconceito

- Facilitar o cliente a expressar sentimentos
- Facilitar o cliente a expressar emoções
- Executar escuta ativa
- Estabelecer relação terapêutica

Avaliar evolução do autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o luto comprometido

- Facilitar o cliente a expressar sentimentos
- Facilitar o cliente a expressar emoções
- Executar escuta ativa
- Estabelecer relação terapêutica

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito

- Executar técnica de relaxamento com recurso à respiração
- Executar técnica de relaxamento com recurso ao mindfulness
- Executar técnica de relaxamento com recurso à visualização
- Facilitar ao cliente a capacidade de falar de emoções
- Facilitar ao cliente a capacidade de falar de sentimentos
- Proteger Crenças religiosas
- Encaminhar para o serviço religioso
- Proporcionar apoio espiritual
- Manter a dignidade e privacidade

Ensinar sobre estratégias promotoras do autoconceito

- Executa técnica de relaxamento com recurso à respiração
- Executa técnica de relaxamento com recurso ao mindfulness
- Executa técnica de relaxamento com recurso à visualização
- Facilita ao cliente a capacidade de falar de emoções
- Facilita ao cliente a capacidade de falar de sentimentos
- Proteger Crenças religiosas

- Encaminhar para o serviço religioso
- Proporcionar apoio espiritual
- Manter a dignidade e privacidade
- Promover a elaboração do legado
- Promover a continuidade de papéis

4.8. Síntese relativa ao caso

Durante o internamento na UMI-CP do sr. G e tendo em conta que os sinais e sintomas físicos estavam controlados e gestão de cuidados realizada, foram identificados os domínios da emoção e autoconceito. À semelhança do estudo de caso I, pela ausência do domínio do bem-estar espiritual, foram identificados os domínios emoções e autoconceito. Foi identificado o luto preparatório e realizadas intervenções de forma a promover a adaptação às diferentes perdas irreversíveis. O sr. G. tem como religião o espiritismo, manifestando numa fase inicial sentimento de incompreensão pela equipa. Relativamente ao questionário de avaliação do bem-estar espiritual (SWBS), no sr. G. foram identificadas as necessidades espirituais na dimensão pessoal, transcendental e comunitária. Após as intervenções de enfermagem, o sr. G. aumentou o bem-estar espiritual decorrente do fortalecimento dos domínios do autoconceito e emoções.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

DESENVOLVIMENTO DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS NO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL COM RELATÓRIO FINAL

Foram identificados os objetivos específicos 1 e 2, a planejar, desenvolver e avaliar durante o estágio. A seleção dos objetivos teve por base a metodologia SMART (Específicos, mensuráveis, atingíveis, realistas e temporais). Para planejar e implementar os objetivos específicos escolhidos foram necessários recursos humanos (orientador, tutor e equipa interdisciplinar) e tecnológicos (revisão da literatura e plataforma e4nursing). O objetivo específico constitui uma parte do objetivo geral e permite planejar e desenvolver e avaliar uma competência em determinada área. As principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros no planeamento e execução de cuidados de enfermagem no âmbito da espiritualidade estão relacionadas com a falta de tempo em horário laboral, falta de confiança, baixa competência espiritual, referenciação tardia para os cuidados paliativos, falta de reconhecimento da importância da espiritualidade em cuidados paliativos, necessidade de formação e “fuga” à prestação de intervenções na área da espiritualidade (Dos Santos et al.,2023).

O objetivo específico I, está alicerçado no regulamento de competências do EEEMCPSP, “Identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores familiares” (regulamento 429/2018, 2018, p. 19365) e no critério de avaliação:

“Reconhece valores e expectativas em relação ao processo de fim de vida e à diversidade individual, cultural e espiritual, avalia os sintomas no doente, segundo as suas características priorizando o impacto no próprio, utilizando ferramentas padronizadas, valoriza o peso de variáveis psicoemocionais, valores e crenças na intensidade dos sintomas e do sofrimento, numa abordagem multimodal e multidimensional” (regulamento 429/2018, 2018, p.19365).

Objetivo específico I:

Desenvolver competências na área da espiritualidade na pessoa em situação paliativa

Estratégias/ Atividades a Desenvolver:

-Mapear a evidência científica na espiritualidade à pessoa em situação paliativa;

- Desenvolver o conceito de bem-estar espiritual e processo espiritual na pessoa em situação paliativa;
- Promover a escuta ativa à pessoa em situação paliativa;
- Aplicar e alicerçar com a teoria do cuidado humano de Jean Watson as intervenções de enfermagem;
- Refletir com o orientador e enfermeiro tutor acerca da necessidade de conhecer o conceito de bem-estar espiritual na prática de enfermagem
- Observar a dinâmica da abordagem espiritual ao doente em situação paliativa;
- Identificar as necessidades espirituais através das dimensões do questionário de bem-estar espiritual (SWBQ) para tomada de decisão;
- Formação em serviço subordinado ao tema: Perceção da proximidade da morte em cuidados paliativos: os sinais subjetivos vivenciados em equipa multidisciplinar;
- Apresentar e promover a discussão dos artigos científicos mais relevantes com a equipa em momentos relevantes;

Critério de Avaliação/ Demonstração de Resultado para o Objetivo I

- Identificar as necessidades espirituais através das dimensões do questionário de bem-estar espiritual (SWBQ) para tomada de decisão;

Resultados:

Durante o estágio de natureza profissional com relatório final foi feita a reflexão em equipa para identificar e planear intervenções no âmbito da espiritualidade em cuidados paliativos. Foram identificadas as necessidades espirituais através das dimensões da escala de bem-estar espiritual (SWBQ) a 35 pessoas em situação paliativa, 18 pessoas apresentaram necessidades espirituais referentes à dimensão transcendental, 10 à dimensão pessoal e 7 à dimensão comunitária. A abordagem da espiritualidade apresentou algumas dificuldades na UMI-CP, tendo em conta que, é uma unidade de doentes agudos, recebe pessoas em situação paliativa com descontrolo de sinais e sintomas, com necessidade de gestão de cuidados ou por exaustão do cuidador.

Objetivo Específico II

Os enfermeiros em cuidados paliativos vivenciam sofrimento do doente e família e estabelecem relações de terapêuticas baseadas na empatia e literatura em saúde.

O objetivo específico II têm por base o regulamento 429/2018 (2018): “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” (2018, p. 19366).

O mesmo regulamento menciona os critérios de avaliação que suportam este objetivo específico:

“identificar fatores de risco e situações problemáticas, associadas a exaustão física e emocional, utiliza estratégias eficazes de autocuidado para minimizar fatores geradores de stress relacionados com a dependência crescente e a proximidade da morte” e desenvolver estratégias de apoio dos restantes intervenientes no processo do cuidar” (regulamento 429/2018,2018, p. 19366).

Objetivo específico II: Desenvolver competências no âmbito do autocuidado pessoal nomeadamente na prevenção da fadiga por compaixão no profissional de saúde no internamento de cuidados paliativos

Estratégias/Atividades a Desenvolver

- Mapear a melhor evidência científica na área da prevenção da fadiga por compaixão;
- Refletir com o orientador e enfermeiro tutor as estratégias não farmacológicas na prevenção da fadiga por compaixão;
- Identificar e apresentar os resultados do questionário aplicado à equipa “quando penso em estratégias de prevenção da fadiga por compaixão penso em...”

Critério de Avaliação/ Demonstração de Resultado para o Objetivo II

- Aplicar um questionário após a discussão em equipa: “quando penso em estratégias de prevenção da fadiga por compaixão penso em...”, com recurso à aplicação mentimeter.

Resultados

No âmbito da formação em serviço foi abordado o tema: estratégias de prevenção de fadiga por compaixão em formação de serviço e aplicado um inquérito por questionário com a seguinte questão: “quando penso em estratégias de prevenção da fadiga por compaixão penso em...”.



Figura 1- Resultados à questão: “quando penso em estratégias de prevenção da fadiga por compaixão penso em...”.

Das respostas apresentadas a prática de exercício físico, a partilha em equipa foram as estratégias mais referidas em equipa. No final foi feita a reflexão acerca das estratégias de prevenção da fadiga por compaixão presentes na literatura, as estratégias adotadas pela equipa manifestada pelo questionário e a sua importância na prática diária do profissional. Do ponto de vista da avaliação do objetivo II considera-se positivo tendo em conta que permitiu a partilha de conhecimento, de experiências e, permitiu a motivação, a reflexão e a consciencialização da vivência por parte da equipa interdisciplinar.

O regulamento nº 140/2019 apresenta quatro domínios de atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica: a responsabilidade profissional, a melhoria da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento da aprendizagem dos profissionais. Ao enfermeiro especialista é reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados (regulamento nº 140/2019, 2019). Segundo o mesmo regulamento as competências comuns do enfermeiro especialista constituem “o conjunto de competências especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, aqui previstas, e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade” (p. 4745). As competências específicas do EEMCPSP foram regulamentadas no decreto lei nº 429/2018 através das unidades de competência e respetivos critérios de avaliação. Do ponto de vista da aprendizagem, as competências específicas comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EEMCPSP, foram adquiridas durante o estágio de enfermagem à pessoa em situação paliativa desenvolvido e concluído no 1º ano do MEMCPSP e, aprofundadas durante o estágio de natureza profissional com relatório final, no sentido do saber-saber, saber-fazer e saber-ser.

CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO

ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Os quatro domínios de atuação do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica mencionadas no regulamento 140/2019 (2019) são: a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria da qualidade, a gestão dos cuidados e desenvolvimento da aprendizagem dos profissionais. Os desenvolvimentos das diferentes competências não ocorrem de forma isolada no profissional, mas de forma dinâmica e interdependente.

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Segundo a OE (2015) os valores implícitos à prática de enfermagem são a igualdade, a liberdade responsável, a verdade, a justiça, a solidariedade e o desenvolvimento profissional. A regulamentação do exercício profissional do enfermeiro (REPE) afirma a necessidade de sigilo, dignidade da pessoa e respeito pela sua intimidade (OE,2015). Durante o estágio de natureza profissional com relatório final a estudante respeitou o direito da pessoa à informação clínica, a confidencialidade e o sigilo profissional, através da adoção de comportamentos e condutas adequadas. Durante o ensino clínico a estudante deparou-se com inúmeros dilemas éticos, que foram alvo de reflexão com a equipa interdisciplinar. Os dilemas éticos refletidos em equipa interdisciplinar estiveram relacionados com a interrupção da alimentação e hidratação no final de vida, a conspiração do silêncio, sedação paliativa, entre outros. Perante estes dilemas a estudante refletiu com os peritos e procurou a evidência científica mais recente.

A interrupção da alimentação e hidratação na pessoa em situação de fim de vida nem sempre é consensual para a família e/ou equipa interdisciplinar. Por um lado, a referenciação para a equipa de cuidados paliativos é geralmente feita de forma tardia, o que implica acelerar tomadas de consciência e decisões, por outro lado, do ponto de vista cultural a alimentação e hidratação está associada ao cuidar e afeto (Vinheiras et al., 2021). Quando a alimentação por via oral não é possível face à progressão da doença, a administração da alimentação entérica e parentérica podem constituir alternativas provisórias, porém, o avanço da doença em pessoas em situação de fim de vida, os riscos associados à administração de alimentação por via entérica e parentérica podem ultrapassar os benefícios e tornarem-se por si, obstinação terapêutica (Pinho-Reis et al., 2018; Vinheiras et al., 2021). Vinheiras et al. (2021) referem que a interrupção da alimentação no doente em situação fim de vida parece ser mais consensual no doente oncológico em detrimento do não oncológico, devido ao percurso da evolução da doença. Os princípios da justiça, da igualdade/equidade e da beneficência/não maleficência foram também refletidos no âmbito das intervenções desenvolvidas ao longo do ensino clínico. A colocação de Gastostomia Endoscópica Percutânea (PEG) ou da Sonda Nasogástrica (SNG) em pessoas em situação paliativa, promoveu a reflexão em equipa interdisciplinar, tendo em conta os princípios da autonomia, justiça, beneficência e não maleficência. Segundo Magalhães et al. (2025) a colocação de PEG permitiu aumentar a sobrevida das pessoas em situação paliativa, para um período médio de sobrevida de 9,8 meses nos homens e 21,3 meses em mulheres. Os

mesmos autores referem que que existe controvérsia na introdução de PEG, em pessoas com patologias neurológicas, com neoplasias malignas do trato digestivo alto, cabeça e pescoço, assim como, com algumas doenças neurodegenerativas nomeadamente a esclerose lateral amiotrófica. A introdução de PEG parece mais consensual nas pessoas com demência e fragilidade grave-extrema (Magalhães et al.,2025) . A sedação paliativa ainda é controversa em cuidados paliativos e normalmente associada ao sofrimento existencial extremo e sinais e sintomas refratários difíceis de controlar (turiel et al., 2024). Segundo Turiel et al. (2024) o sofrimento existencial surge em contexto de perda total de sentido e significado de vida e está relacionado com sentimentos de solidão, sentimento de dependência, perda de autonomia relevante e baixa-auto-estima. O EEEMCPSP “estabelece um plano individualizado para a pessoa e seus cuidadores/familiares, preservando a dignidade, diminuindo o sofrimento, maximizando a autonomia e qualidade de vida e respeitando as perspetivas dos próprios” e “mobiliza conhecimentos da vertente sociocultural, espiritual e dos contextos e vivências da pessoa, cuidadores/familiares” e “avalia os sintomas no doente, segundo as suas características, priorizando o impacto no próprio, utilizando ferramentas padronizadas” (regulamento 429/2028, p. 19365).

Domínio da melhoria contínua de qualidade

Os pilares fundamentais dos cuidados paliativos dizem respeito ao controlo de sinais e sintomas, no suporte psicológico, emocional e espiritual, com recurso a uma comunicação eficaz e terapêutica, no cuidado à família e a sua participação ativa nos cuidados prestados e no trabalho em equipa focada nos mesmos objetivos (OE,2017). Segundo regulamento 429/2018 o enfermeiro “elabora o diagnóstico das necessidades de cuidados paliativos do doente, ao nível físico, psicoemocional, espiritual e sociofamiliar do ponto de vista do diagnóstico são valorizados os aspetos psicoemocionais, valores, crenças, significado, sentido, consciencialização, sofrimento, história de vida, objetivos e gestão da esperança para a satisfação da pessoa e família/cuidador” (p. 19365). Esta abordagem promove a humanização dos cuidados individualizados da pessoa segundo as suas necessidades (OE, 2017). Na pessoa em situação paliativa o enfermeiro especialista “estabelece um plano individualizado para a pessoa e seus cuidadores/familiares, preservando a dignidade, diminuindo o sofrimento, maximizando a autonomia e qualidade de vida e respeitando as perspetivas dos próprios” (regulamento 429/2028, p. 19365) através da elaboração do PIIC (plano Individual Integrado de cuidados).

WHO (2018) citado pela comissão Nacional dos cuidados paliativos (2023), define a qualidade de cuidados de elevada qualidade como:

“cuidados certos, prestados no momento certo e de forma coordenada, respondendo às necessidades e preferências dos beneficiários do serviço, minimizando assim danos e

desperdício de recursos. Os cuidados de saúde de alta qualidade visam, em última análise, aumentar a probabilidade dos resultados de saúde pretendidos, configurando um processo de melhoria contínuo ou dinâmico e não estático” (p. 15).

A National Consensus Project for Quality Palliative Care (2018) citado pela comissão nacional de cuidados paliativos (2023) definiu oito domínios de cuidados para a qualidade: estrutura e processos, aspetos físicos, aspetos psicológicos, aspetos sociais, aspetos espirituais, religiosos e existenciais, aspetos culturais, cuidados à pessoa em fim de vida e aspetos ético e legais. A comissão nacional dos cuidados paliativos (2023) definiu os indicadores de qualidade relacionadas com as diferentes áreas de atuação de cuidados paliativos: UCP, EIHSCP e ECSCP. Relativamente à UICP os indicadores de qualidade dizem respeito à formação e treino em cuidados paliativos da equipe multidisciplinar, a disponibilidade de fármacos necessários ao controlo de sinais e sintomas em cuidados paliativos, a realização de conferências familiares na altura da admissão e alta e aquando da SUD/SUDH; tempo médio de internamento, proporção de óbitos no local de preferência de óbito, registo de planeamento de cuidados, proporção de doentes com evidência de controlo de sinais e sintomas, reuniões interdisciplinares, programa de formação e investigação e avaliação de satisfação com os cuidados. Durante o estágio de natureza profissional com relatório final a estudante observou e participou de forma a dar cumprimento à qualidade dos cuidados prestados. Nesta UMI-CP existe um plano de formação anual, do qual a estudante participou como preletora de uma formação em serviço. Nesta unidade não existe um plano de investigação programada em equipa, o que poderia constituir uma ação de melhoria, a investigação é feita a título individual por parte dos profissionais.

Domínio da gestão de cuidados

As intervenções de enfermagem estão alicerçadas no processo de enfermagem. No seu exercício, o enfermeiro tem intervenções autónomas e interdependentes. Segundo a OE (2015) são consideradas intervenções autónomas aquelas cuja iniciativa, realização e responsabilidade diz respeito ao enfermeiro de acordo com as suas qualificações profissionais, nas diferentes áreas, prestação de cuidados diretos, de gestão, de ensino e de formação. O mesmo autor refere que as intervenções interdependentes dizem respeito às ações realizadas em conjunto com outro profissional previamente definido pela equipa interdisciplinar.

Durante o estágio de natureza profissional com relatório final foram desenvolvidas intervenções independentes e interdependentes ao nível dos três pilares dos cuidados paliativos. Todos os turnos iniciavam com o momento de passagem de turno segundo a técnica ISBAR (Identificação, Antecedentes, avaliação e Recomendações) de forma a promover a continuidade de cuidados e planeadas/desenvolvidas/avaliadas intervenções no âmbito do controlo de sinais e sintomas, comunicação e capacitação da pessoa em situação paliativa e família/cuidador, escuta ativa, estratégias não farmacológicas e farmacológicas no controlo de sinais e sintomas. Foram realizadas intervenções no âmbito da gestão da esperança, aceitação da doença, papel do

prestador de cuidados, elaboração do PIIC, articulação com a EIHSCP, UCP-RNCCI e ECSCP. Durante o estágio a estudante participou na gestão de fármacos e material clínico, assim como na elaboração dos planos de trabalho.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Segundo a OMS (2021) citado pelo plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos 2023-2024 deverão ser desenvolvidos no âmbito da qualidade em cuidados paliativos, os serviços integrados em cuidados paliativos, políticas de saúde que incluam os cuidados paliativos, reconciliação terapêutica, educação e formação em cuidados paliativos, investigação e empoderamento das pessoas e envolvimento comunitário. No sentido de desenvolver competências, a estudante participou em eventos científicos:

Participante em eventos científicos (Anexo I):

- Congresso Internacional de Cuidados Continuados nos dias 3 e 4 de outubro de 2024, via online (zoom);
- XI Congresso Nacional de Cuidados Paliativos / II Congresso Internacional da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos – Integrar cuidados, consolidar pontes, nos dias 10, 11 e 12 de outubro de 2024 na universidade de Aveiro;
- VI Congresso Silver Economy nos dias 28, 29 e 30 de novembro de 2024 na cidade de Zamora;

Comunicação oral em eventos científicos (Anexo III):

-Ferreira, S., Magalhães, J., Patrícia, R., Novais, S., Alves, J., Carvalho, P. & Cunha, D. (2024, novembro, 28 a 30). Sofrimento Existencial da Pessoa em Situação Paliativa: uma revisão Integrativa [comunicação oral]. Congreso Internacional Silver Economy, Zamora, Espanha;

-Cunha, D., Fonseca, A., Franco, N., Fernandes, R., Ferreira, S. & Carvalho, P. (2024, novembro, 28 a 30). Perfil dos Profissionais de Cuidados Paliativos e Impacto na Equipa Multidisciplinar [comunicação oral]. Congreso Internacional Silver Economy, Zamora, Espanha;

-Gomes, R., Coelho, C., Carvalho, P., Anastácio, Z. & Cunha D. (2024, novembro, 28 a 30). Conferencia de Família e Tomada de decisão em Cuidados Paliativos: um Ensaio Teórico [comunicação oral]. Congreso Internacional Silver Economy, Zamora, Espanha;

Os artigos completos referentes às comunicações acima mencionadas foram aceites para publicação no International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD, Revista de Psicologia, com previsão de publicação em junho de 2025.

Apresentação de posters em eventos científicos (Anexo II):

Coelho, C., Albuquerque, J., Carvalho, P. & Gomes, R. (2024, outubro, 2 e 3). Estratégias de Intervenção de Fadiga por Compaixão em cuidados Paliativos [poster]. Congresso Internacional de cuidados continuados - CIIS, online (Zoom); - 3º Prémio;

Publicações de artigos científicos:

-Ferreira, S., Alves, J., Carvalho, P., Anastácio, Z. & Cunha, D. (2024). Avaliação do sofrimento existencial na pessoa em situação paliativa: uma revisão narrativa. Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology., 1(2), 125-138. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2024.n2.v1.2749>;

-Carvalho, P., Coelho, C., Franco, N., Cunha, D., & Anastácio, Z. (2024). Desafios da alimentação em fim de vida: uma revisão narrativa. Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology., 1(2), 117-124. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2024.n2.v1.2748>;

-Carvalho, P., Ramires, T., Afonso, S., Cunha, D. & Anastácio, Z. (2024). Desafios na gestão da esperança na prática de enfermagem em cuidados paliativos: uma revisão narrativa. Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology., 1(2), 177-184. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2024.n2.v1.2753>;

Formação em serviço (ANEXO IV)

A formação em serviço pode ser de carácter forma ou informal, durante o estágio a estudante partilhou com a tutora e restante equipa conhecimentos e evidência científica. A estudante participou como preletora na formação em serviço no dia 28 de janeiro de 2025 com a temática: “A Perceção da Proximidade da Morte em Cuidados Paliativos: Os sinais Subjetivos Vivenciados em Equipa Multidisciplinar” (ANEXO II).

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

As doenças neurológicas, de insuficiência de órgão e oncológicas têm vindo a aumentar com impacto significativo para a pessoa e família (regulamento nº 429/2018). O mesmo regulamento refere o benefício dos cuidados paliativos nas pessoas com doença avançada, incurável e progressiva, assim como o seu benefício na identificação precoce, alívio do sofrimento e controlo de sinais e sintomas ao nível físico, psicossocial e espiritual da pessoa e família. As competências específicas do enfermeiro especialista em EEEMCPSP são definidas pelo regulamento 429/2018 (2018) através identificação das competências, apresentação das

unidades de competências e respetivos critérios de avaliação. Do ponto de vista das competências e intervenções o EEEMCPSP:

“Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” (regulamento 429/2018, p. 19365).

Ao longo do estágio de natureza profissional com relatório final formam “identificadas as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares” (regulamento 429/2018, pp. 19365). Ao longo dos diferentes contatos com a pessoa em situação paliativa e respetivos cuidadores/familiares, foram identificados os diagnósticos perante as necessidades em cuidados paliativos, de forma a promover o controlo de sinais e sintomas, desde o nível físico, psicoemocional, espiritual e sociofamiliar, adotando “medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas” (regulamento 429/2018, p. 19365).

- “Reconhece valores e expectativas em relação ao processo de fim de vida e à diversidade individual, cultural e espiritual” (regulamento 429/2018, p. 19365).

A estudante observou e identificou através da escuta ativa os valores e expectativas tendo em conta a crença, religião, cultura e, sempre que necessário foi contactado o assistente espiritual. O EEEMCPSP:

- “avalia os sintomas no doente, segundo as suas características, priorizando o impacto no próprio, utilizando ferramentas padronizadas” (regulamento 429/2018, pp. 19365). Tendo em conta a tipologia, as pessoas em situação de doença são admitidas na UMI-CP por descontrolo de sinais e sintomas, exaustão do cuidador e gestão de cuidado. Ao longo do internamento é estabelecido um plano individualizado da pessoa em situação de paliativa e família/cuidador, cujo diagnóstico é baseado na observação e aplicação de escalas validadas para a população Portuguesa.

- “demonstra literacia específica na área da prevenção e controlo de infeção e resistência antimicrobiana” (regulamento 429/2018, p. 19365).

Ao longo do estágio a estudante desenvolveu as intervenções procedendo aos cinco momentos da desinfeção das mãos, através do uso adequado dos equipamentos de proteção individual e realizando a técnica asséptica sempre que necessário.

Foram utilizadas algumas escalas de forma a avaliar: a Edmonton Symptom Assessment Scale Revised (ESAS), escala de avaliação de risco de Morse, escala de Braden, escala de sobrecarga do cuidador de Zarit, questionário do bem-estar espiritual adaptado à população Portuguesa, para efeitos de tomada de decisão e elaboração do plano individual de cuidados. Durante o

estágio a estudante avaliou a dependência e necessidades da pessoa em situação paliativa, promovendo a qualidade de vida e bem-estar, avaliando a Paliative Performanse Acale -PPS), adequando as intervenções à individualidade da pessoa em situação paliativa.

- O “antecipa, em tempo útil, as situações de agudização” (regulamento 429/2018, p. 19365), a literatura em saúde permite diminuir e/ou prevenir a dor/sufrimento e desconforto.
- Elabora o PIIC “Estabelece um plano individualizado para a pessoa e seus cuidadores/familiares, preservando a dignidade, diminuindo o sofrimento, maximizando a autonomia e qualidade de vida e respeitando as perspectivas dos próprios” (regulamento 429/2018, p. 19365).

Durante o ensino clínico foram identificadas necessidades e planeadas intervenções de forma a privilegiar a autonomia da pessoa em situação paliativa, pese embora o moderado ou elevado grau de dependência, afim de diminuir o sofrimento inerente à evolução da doença com consequente aumento da sua dependência e, desta forma preservar a percepção de dignidade e qualidade de vida.

- “utiliza estratégias para o desenvolvimento do autoconhecimento e da capacitação da pessoa e seus cuidadores/familiares” (regulamento 429/2018, p. 19365), promovendo a consciência do sentido e significado por parte da pessoa em situação paliativa e capacitação do familiar/cuidador relativamente às necessidades identificadas.
- A conferência familiar constitui uma ferramenta eficaz em cuidados paliativos. A equipa interdisciplinar “reúne periodicamente com cuidadores/familiares, reavaliando as suas necessidades” (regulamento 429/2018, p. 19365).

Segundo Glajchen et al. (2022) a conferência familiar constitui um instrumento muito importante para as equipas de cuidados paliativos. Os mesmos autores referem que a conferencia familiar promove a comunicação entre o cuidador/família, pessoa em situação paliativa e equipa de cuidados paliativos. A conferência familiar pode ocorrer de forma programada ou não programada e permite identificar necessidades do ponto de vista clínico, familiar e social (Glajchen et al., 2022). A conferência familiar reduz a angústia e sobrecarga dos cuidadores durante o processo de doença, permite a validação de cuidados prestados pelo cuidador, promove a tomada de decisão relativamente aos cuidados e/ou local de cuidados e/ou óbito, reforça a relação terapêutica, o sentimento de empatia, a satisfação e o consenso entre a pessoa em situação paliativa, família e equipa de saúde (Glajchen et al. (2022). A informação transmitida na conferência familiar pode dar mais tempo ao cuidador/família para se adaptar à nova circunstância, evita idas ao serviço de urgência desnecessárias e diminui o número de necessidades que os cuidadores/familiares percecionam como não valorizadas pela equipa de saúde (Glajchen et al. (2022).

Durante o estágio de natureza profissional com relatório final a estudante teve a oportunidade

de participar quer nas reuniões de passagem de turno, quer em momentos de partilha com a equipa com o objetivo de potenciar contributos, “contributos individuais no processo de tomada de decisão ” (regulamento 429/2018,1 p. 9365).

- “Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto” (regulamento 429/2018, p. 19365)

A relação terapêutica estabelecida entre pessoa em situação paliativa, família/cuidador e equipa interdisciplinar é fundamental, a sua eficiência depende da sua aceitação (Phaneuf, M.,2005). A mesma autora define aceitação como:

“...um sentimento de abertura à experiência do outro, ao seu sofrimento e à sua exigência de mudança, o que constitui a primeira condição para o estabelecimento de uma relação de ajuda. A pessoa que ajuda reconhece a ajudada em toda a sua dignidade apesar do seu aspeto físico, do seu caráter, dos seus valores e da sua conduta e conseqüente, em se ocupar dela de maneira ativa e calorosa” (Phaneuf, M., 2005, p. 337).

Os comportamentos promotores da aceitação por parte da pessoa em situação paliativa estão relacionados com o genuíno reconhecimento da dignidade do outro, da vivência da pessoa em situação de fim de vida, da capacidade de crescimento enquanto ser humano e o reconhecimento que a aceitação não é validar comportamentos desajustados (Phaneuf, M.,2005, p. 337). Phaneuf, (2005) alerta para os obstáculos ao desenvolvimento da aceitação, o sentimento de superioridade da parte do profissional de saúde relativamente à pessoa em situação paliativa e família/cuidador contrariando o conceito de humanidade nos cuidados, a observação direcionada apenas para a doença, diminuição da flexibilidade de valores, preconceitos e menor capacidade de autoconhecimento por parte do profissional de saúde. A aceitação permite ao EEEMCPSP “Respeitar 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 429/2018, p. 19365). O EEEMCPSP “mobiliza conhecimentos da vertente sociocultural, espiritual e dos contextos e vivências da pessoa, cuidadores/familiares”, estabelecendo um plano de intervenção no processo de luto, tendo em conta as necessidades sentidas, mobilizando conhecimentos do ponto de vista sociocultural, espiritual e contextual (regulamento 429/2018, p. 19365). Ao longo do ensino clínico a estudante utilizou a escuta ativa e promoveu a comunicação entre os diferentes intervenientes, deu apoio perante as sucessivas perdas na “resolução do luto incluindo o antecipatório, preparatório e complicado” (regulamento 429/2018,19365), assim como a articulação com especialistas de outras áreas de forma a enriquecer a intervenção de enfermagem.

- “Promove parcerias terapêuticas com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em

fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares” (regulamento 429/2018, p. 19366). O EEEMCPSP promove a autonomia da pessoa em situação paliativa e família, para isso diagnostica, planeia e estabelece intervenções que têm como objetivo ir de encontro aos desejos e preferência, mantendo sempre que possível o acordado (regulamento 429/2018).

- “Negoceia objetivos/metapas de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico” (regulamento 429/2018, pp.19366). Através da comunicação e literacia em saúde a equipa interdisciplinar promove a tomada de decisão da pessoa em situação de fim de vida e família, mobiliza recursos na gestão da esperança e gestão de expectativas e, promove o cumprimento de tarefas no fim de vida (regulamento 429/2018).

- “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 429/2018, p. 19366). Ou seja, o EEEMCPSP identifica e previne a exaustão do cuidado, desenvolvendo intervenções de forma precoce no âmbito do autocuidado aos cuidadores e familiares, associados ao processo de morrer em articulação com toda a equipa interdisciplinar (regulamento 429/2018).

Monitorização, controlo e avaliação

A análise crítica das intervenções realizadas e refletidas permitem solidificar as competências adquiridas. Durante o percurso as intervenções foram planeadas e discutidas a tutora e restante equipa interdisciplinar. Com o finalizar do estágio II de natureza profissional com relatório final é realizada a análise *swot*. As fraquezas e ameaças tornaram-se ao mesmo tempo fatores de força durante o estágio.

Foi realizada a análise *swot* relativamente aos fatores internos e externos no quadro 1.

Análise SWOT	Fatores Positivos	Pontuação (0 a 20)	Fatores Negativos	Pontuação (0 a 20)	
Fatores internos	<p>Forças</p> <ul style="list-style-type: none"> -Responsabilidade; -Resiliência; -Motivação para o tema; -Capacidade de organização 	18	<p>Fraquezas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dinâmica vida profissional, vida académica e vida profissional; - Mudança de serviço não programada; Outros projetos profissionais; - Condição de cuidadora; 	15	Total Internos
	Subtotal		Subtotal		33
Fatores externos	<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interesse do serviço pelo tema; - Equipa de enfermagem dinâmica; - Número significativo de pessoas alteração do bem-estar espiritual; 		<p>Ameaças</p> <ul style="list-style-type: none"> -Não existe controlo sobre o tempo de permanência dos doentes no serviço; -Horário do enfermeiro Tutor (maioritariamente noites) 		Total Externos
	Subtotal: 18		Subtotal: 15		33

Quadro 1: Análise SWOT

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A literatura demonstra que é necessário desenvolver estudos na área dos cuidados paliativos e nomeadamente no bem-estar espiritual. Pese embora, a sua relevância na pessoa em situação paliativa, na promoção da qualidade de vida na pessoa em situação paliativa, os profissionais de saúde apontam a sua subjetividade, referem pouca preparação e necessidade de formação na área da espiritualidade.

O percurso profissional e académico, permitiu à estudante desenvolver as competências do EEEMCPSP. O estágio de natureza profissional com relatório final constituiu uma experiência de crescimento profissional e pessoal e, uma alavanca para novos projetos.

A espiritualidade constitui uma área de atuação do EEEMCPSP inerente ao decerto lei nº 429/2018, razão pela qual é necessário avaliar, identificar, planejar intervenções e avaliar os resultados, de forma a extrair *outcomes*. Os dados obtidos e balizados segundo os princípios éticos, poderão então promover a investigação, divulgação e transformar-se em literacia em saúde posteriormente adaptada ao público alvo.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, A.R, Pinto, J. & Gonçalves, F. (s.d) Oclusão intestinal Maligna. In E. Freire (coord), Guia prático de controlo sintomático. <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>;

Arêdes, F. M. P., Gonçalves, G. H., Pires, A. A., Parmagnani, I. C., & Parmagnani, L. C. (2024). COLANGIOCARCINOMA E CARCINOMATOSE PERITONEAL: UMA DISCUSSÃO DE CASO. REVISTA FOCO, 17(1), e4282. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n1-171>;

Austin, P., Macdonald, J., & MacLeod, R. (2018). Measuring spirituality and religiosity in clinical settings: A scoping review of available instruments. *Religions*, 9, 70. <https://doi.10.3390/rel9030070>;

Baguna, A. E., Pandeiro, C. Y. M., Juniarta, & Barus, N. S. (2024). Correlation of nurses' perception of spirituality and spiritual care with spiritual care practices in Indonesia: A cross-sectional survey. *Belitung Nursing Journal*, 10(5), 593-600. <https://doi.org/10.33546/bnj.3467>;

Chen, J., Lin, Y., Yan J., Wu Y. & Hu, R. (2018). The effects of spiritual care on quality of life and spiritual well-being among patients with terminal illness: a systematic review. *Paliative care*. DOI: 10.1177/0269216318772267;

Damásio, A. (2010). O livro da consciência. A construção do cérebro consciente, 1ª edição, Editora Temas & Debates, Maia;

Dantas-Filho, AM., Medeiros, AC, Araújo-Filho, I., & Fernandes, WR de MA (2023). CÂNCER GÁSTRICO - ATUALIZAÇÃO. *JORNAL DE PESQUISA CIRÚRGICA E CLÍNICA*, 14 (2), 107-119. <https://doi.org/10.20398/jscr.v14i2.34976>;

Dayse e Silva, A., & Souza Nascimento, S. (2023). Teoria do conforto de Kolcaba no cuidado de enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista JRG De Estudos Acadêmicos*, 6(13), 946-969. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8065092>;

Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República nº 93, 21 de abril de 1998, I Série -A. (1740-1757)* <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1998-70937797>;

Decreto-lei nº25/2012 de 16 de julho, regula as diretivas antecipadas de vontade designadamente sob a forma de testamento vital e a nomeação de procurador de cuidados e cria registo nacional de testamento vital (RENTEV), *Diário da República, série I, N.º 136, (3728-3730)*, (Disponível em: <https://dre.pt/applicao/conteudo/179517>;

Decreto-lei nº52/2012. Lei de bases dos cuidados paliativos, Diário da República, 1.ª série, N.º 172, 5 de setembro de 2012 (5119-5124) Disponível em <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>;

Decreto-lei nº 31/2018. Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida. Diário da República, Série I, N.º 137,18 de julho de 2018, (3238 a 3239). Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2018/07/13700/0323803239.pdf>;

Decreto lei 247/2009. Estabelece o regime da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, bem como os respetivos requisitos de habilitação profissional e percurso de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica, Diário da República, Série 1, nº 184, disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2009/09/18400/0675806761.pdf>

El Khoury, J., Hlais, S., Helou, M., Mouhaweij, M. C., Barmo, S., Fadel, P., & Tohme, A. (2022). Evaluation of efficacy and safety of subcutaneous acetaminophen in geriatrics and palliative care (APAPSUBQ). *BMC Palliative Care*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00934-3>;

Lei N.º 52/2012 de 5 de setembro. Lei de Bases de Cuidados Paliativos (2012). Diário Da República: I Série, nº 172. <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>;

De Oliveira VR, Silva JP, Pinheiro FT, Lima AS, Ferreira ML, et al. (2023) Religiosidade e espiritualidade: discursos dos enfermeiros da atenção básica. *Enfermagem Foco*. 2023;14:e-202345. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2023.v14.e-2023> vol.45;

Deglin, J., Vallerand, A. (2016). *Lusociência (14ªEd.)*, Guia Farmacológico Para Enfermeiros;

Dos Santos, S., Feiteira, B., & Marques, A. (2023). DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS NO CUIDAR ESPIRITUAL DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA: UMA SCOPING REVIEW. *Nursing (São Paulo)*, 26(300), 9661–9678. <https://doi.org/10.36489/nursing.2023v26i300p9661-9678>;

Evangelista, C. B., Lopes, M. E. L., da Nóbrega, M. M. L., de Vasconcelos, M. F., & Viana, A. C. G. (2020). An analysis of jean watson's theory according to Chinn and Kramer's model. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2020(4), 1–6. <https://doi.org/10.12707/RV20045>;

García-Navarro, E. B., Medina-Ortega, A., & Navarro, S. G. (2022). Spirituality in patients at the end of life—is it necessary? A qualitative approach to the protagonists. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph19010227>;

Guerra, C. E. C., Scortegagna, S. A., & Fanton, S. (2024). Eficácia da Terapia da Dignidade em pacientes em cuidados paliativos: revisão sistemática (2014-2024). *OBSERVATÓRIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA*, 22(6), e5101. <https://doi.org/10.55905/oelv22n6-056>;

Gijsberts, M. J. H. E., Liefbroer, A. I., Otten, R., & Olsman, E. (2019). Spiritual Care in Palliative Care: A Systematic Review of the Recent European Literature. In *Medical sciences (Basel*,

- Switzerland) (Vol. 7, Issue 2). NLM (Medline). <https://doi.org/10.3390/medsci7020025>;
- Glajchen, M., Goehring, A., Johns, H. & Porteny R.K. (2022). Reuniões familiares em cuidados paliativos: benefícios e barreiras. *Curr. Treat. Opções em Oncol.* 23 , 658-667. <https://doi.org/10.1007/s11864-022-00957-1>;
- Gouveia, M. J., Marques, M., & Pais Ribeiro, J. L. (2009). VERSÃO PORTUGUESA DO QUESTIONÁRIO DE BEM-ESTAR ESPIRITUAL (SWBQ): ANÁLISE CONFIRMATÓRIA DA SUA ESTRUTURA FACTORIAL;
- ICNP browser. (s.d). ICN - International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/icnp-browser>;
- Julião, M. (2016). Terapia da Dignidade. <https://www.researchgate.net/publication/308902043>;
- Leheup, B. F., Ducouso, S., Picard, S., Alluin, R., & Goetz, C. (2018). Subcutaneous administration of paracetamol—Good local tolerability in palliative care patients: An observational study. *Palliative Medicine*, 32(7), 1216-1221. <https://doi.org/10.1177/0269216318772472>;
- Lourenço, M., Encarnação, P., & Lumini, M. J. (2021) Cuidados paliativos, conforto e espiritualidade. In: Escola Superior de Enfermagem do Porto, Autocuidado: um foco central da enfermagem (pp. 85-98). ESEP;
- Kaddourah, B., Abu-Shaheen, A., & Al-Tannir, M. (2018). Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care at five tertiary care hospitals in Riyadh, Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Oman Medical Journal*, 33(2), 154-158. <https://doi.org/10.5001/omj.2018.28>;
- Jesus, G. T. de, Freitas, F. G., Bispo, D. B. S., Pereira, J. V., Gomes, R. V., & Araujo, L. M. B. (2023). O papel da espiritualidade no contexto dos cuidados. *Research, Society and Development*, 12(1), e19812139531. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i1.39531>;
- Magalhães, J., Ribeiro, H., Rodrigues, I., Costa, E., Neves, JR, Andrade, JP, Bernardes, A., & Dourado, M. (2025). Cuidados paliativos na comunidade e a relevância da colocação de gastrostomia endoscópica percutânea para a qualidade de vida e sobrevivência. *Journal of Dementia and Alzheimer's Disease*, 2 (1), 5. <https://doi.org/10.3390/jdad2010005>;
- Martins, A. R., Pinto, S., Caldeira, S., & Pimentel, F. L. (2015). Translation and adaptation of the Spirituality and Spiritual Care Rating Scale in portuguese palliative care nurses. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(4), 89-97. <https://doi.org/10.12707/RIII13129>;
- Morna, C., Rodrigues, R., & Neto, I. (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>;
- Nascimento et al. (2024). Adenocarcinoma do reto. In de Freitas (cord). *Avanços do Diagnóstico e Tratamento de Neoplasias. Uma abordagem atualizada*, Editora Pasteur;

Pais-Ribeiro, J. (2022). SPIRITUALITY AND END OF LIFE EXPERIENCE. *Psicologia, Saúde & Doença*, 23(01), 120-130. <https://doi.org/10.15309/22psd230112>;

Pires, C. & Gonçalves, R. (s.d.). Conceitos gerais de cuidados paliativos em controlo sintomático. In E. Freire (coord), *Guia prático de controlo sintomático*. <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>;

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusociência-Edições técnicas e Científicas, Lda;

Pimenta, S., & Capelas, M. L. (2019). A abordagem do luto em cuidados paliativos The Palliative Care Bereavement Approach. *Cadernos de Saúde*, 11, 5-18. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.7247>;

Portaria nº340/2015. (2015). Diário da República n.º 197/2015, Série I de 2028-10-08, páginas 8732-8738;

Prieto-Crespo, V., Arevalo-Buitrago, P., Olivares-Luque, E., García-Arcos, A., & López-Soto, P. J. (2024). Impact of Spiritual Support Interventions on the Quality of Life of Patients Who Receive Palliative Care: A Systematic Review. *Nursing Reports*, 14(3), 1906-1921. <https://doi.org/10.3390/nursrep14030142>;

Oliveira, L. A. F. de, Oliveira, A. da L., & Ferreira, M. de A. (2021). Formação de enfermeiros e estratégias de ensino-aprendizagem sobre o tema da espiritualidade. *Escola Anna Nery*, 25(5). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0062>;

Queirós et al. (s.d.). Principais fármacos utilizados em cuidados paliativos. In E. Freire (coord), *Guia prático de controlo sintomático*. <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>;

Queirós, A.R.Q., Rocha, A.S., Souto, M.M. & Morais e Cadavez, A.M. (s.d.). Principais Fármacos administrados em Cuidados Paliativos. In E. Freire (coord), *Guia prático de controlo sintomático*. <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>;

Regulamento n.º 140/2019 (2019, fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2 (26), pp 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236>;

Regulamento N.º 429/2018 de 16 de julho. Anexo III. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. *Diário da República: II Série*, nº 135, (19364-19366) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>;

Turiel, F.D.V.G., Feiteira, B.M.G.P. & Sousa, C. dos P.F. (2024). Percepção do Sofrimento pelo Doente em Cuidados Paliativos: Uma scoping Review, *Onco News*, 17(48), 1-15, <https://doi.org/10.31877/on.2024.48.03>,

Sallnow, L., Smith, R., Ahmedzai, S. H., Bhadelia, A., Chamberlain, C., Cong, Y., Doble, B., Dullie, L., Durie, R., Finkelstein, E. A., Guglani, S., Hodson, M., Husebø, B. S., Kellehear, A., Kitzinger, C., Knaul, F. M., Murray, S. A., Neuberger, J., O'Mahony, S., ... Wyatt, K. (2022). Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. In *The Lancet* (Vol. 399, Issue 10327, pp. 837-884). Elsevier B.V. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02314-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02314-X);

Scarin et al. (2024). Adenocarcinoma do estômago. In de Freitas (coord). *Avanços do Diagnóstico e Tratamento de Neoplasias. Uma abordagem atualizada*, Editora Pasteur;

Stadnyk, A., Casimiro, H. J., & Reis-Pina, P. (2024). Mindfulness on Symptom Control and Quality of Life in Patients in Palliative Care: A Systematic Review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 41(6), 706-714. <https://doi.org/10.1177/10499091231190879>

Saavedra, M. & Rocha, M.C. (s.d). Dor em cuidados paliativos. In E. Freire (coord), *Guia prático de controlo sintomático*. <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>;

Souza, E. K. S., Andrade, M. A. N. de, Santos, M. D. S., Seabra, M. S. de M., Bianco, L. S., Meneses, J. S. B., Moreira, F. V., & Souza, M. T. de S. (2025). Efeitos adversos e segurança do metamizol (dipirona): uma revisão dos riscos. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 8(18), e181854. <https://doi.org/10.55892/jrg.v8i18.1854>;

The Global Cancer Observatory (2024). Fichas Informativas sobre a população. <https://gco.iarc.who.int/today/en/fact-sheets-populations#countries>, acedido a 31 de março de 2025;

Santos, J. C., Sena, A. da S., & Dos Anjos, J. M. (2022). Spirituality and religiosity in the approach to patients under palliative care. *Revista Bioética*, 30(2), 382-390. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022302534PT>;

Silva, R., Paiva, M., Vital, F., Moura, M. J., & Lourenço, J. (n.d.). *Comissão Nacional de Cuidados Paliativos*;

Turiel, F. D. V. G., Feiteira, B. M. G. P., & Sousa, C. dos P. F. (2024). Perceção do Sofrimento pelo Doente em Cuidados Paliativos: uma Scoping Review. *Revista Onco.News*, 48;

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar: uma teoria de enfermagem*, Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda;

Vernant, M., Lepoupet, M., Creveuil, C., Alix, A., Gourio, C., Peyro-Saint-Paul, L., Lelong-Boulouard, V., & Guillaumé, C. (2020). Intravenous versus subcutaneous route pharmacokinetics of paracetamol (acetaminophen) in palliative care patients: Study protocol for a randomized trial (ParaSCIVPallia). *Trials*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3969-0>;

World Health Organization (2024). *European Health report 2024. Keeping Health high on the agenda*. In:

<https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-10668-50440-76183>;

Zumstein-Shara, M., Ferrell, B. & Economou, D. (2020). Nurses` response to spiritual needs of cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 48 (2020) 101792. In <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101792>;

WU, Ziwei et al. Colorectal cancer screening methods and molecular markers for early detection. *Technology in Cancer Research & Treatment*, v. 19, p. 1533033820980426, 2020;

8. ANEXOS

Anexo I

ANEXO I

Participante em eventos científicos



Certificado

Certifica-se que, **Paula de Fatima Oliveira de Carvalho**

Frequentou o Congresso Internacional em Cuidados Continuados 2024 que se realizou via On-Line, nos dias 03 e 04 de outubro de 2024, com a duração total de 16 horas.

Porto, 4 de outubro de 2024

O Presidente do Congresso
Narciso Moura

O Diretor da Entidade Formadora
Josué Morais

- Congresso Internacional de Cuidados Continuados nos dias 3 e 4 de outubro de 2024, via online (zoom);

CERTIFICADO

Certifica-se que

PAULA DE FATIMA O. CARVALHO

Participou no XI Congresso Nacional de Cuidados Paliativos e II Congresso Internacional da APCP, que decorreu nos dias 10, 11 e 12 de outubro na Universidade de Aveiro, com um total de 25 horas.


Catarina Pazes

Presidente da APCP


Bárbara Antunes

Presidente da Comissão Científica



- XI Congresso Nacional de Cuidados Paliativos / II Congresso Internacional da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos – Integrar cuidados, consolidar pontes, nos dias 10, 11 e 12 de outubro de 2024 na universidade de Aveiro;

 **VI CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY**

*Florencio Vicente Castro y Ana Isabel Sánchez Iglesias,
Presidentes y Directores Académicos-Científicos del "VI Congreso Internacional Silver Economy"
celebrado en Zamora los días 28, 29 y 30 de noviembre de 2024.
Congreso declarado de interés sanitario en Castilla y León*

Certifican que:

Paula de Fátima Oliveira de Carvalho

Con DNI: 232907854

Ha participado con aprovechamiento en el mencionado Congreso Internacional

*Para que conste
En Zamora, a 2 de diciembre de 2024*


Ana Isabel Sánchez Iglesias
Dirección Académica-Científica
Diputación de Zamora


Florencio Vicente Castro
Dirección Académica-Científica
Asociación Psicoex

- VI Congreso Silver Economy nos dias 28, 29 e 30 de novembro de 2024 na cidade de Zamora;

ANEXO II

Comunicação oral em eventos científicos



Congreso Internacional Silver Economy celebrado en Zamora los días 28, 29 y 30 de noviembre de 2024.

Congreso declarado de interés sanitario por la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad

Certifican que:

Paula de Fátima Oliveira de Carvalho con DNI 232907854

Ha participado en el mencionado Congreso Internacional presentando una comunicación con el título:

“Sofrimento existencial da pessoa em situação paliativa: uma revisão integrativa”

Para que conste
Zamora, 30 de noviembre de 2024

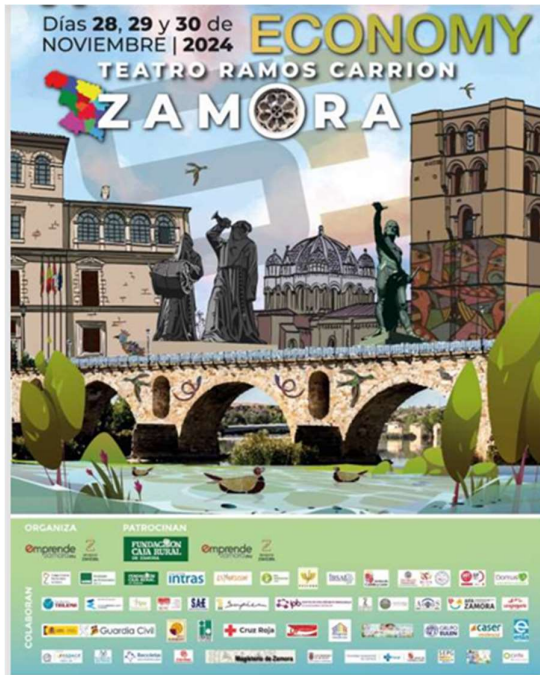
Ana Isabel Sánchez Iglesias
Dirección Académica-Científica

Florencio Vicente Castro
Dirección Académica-Científica

DIPUTACIÓN ZAMORA

PSICOEX

-Ferreira, S., Magalhães, J., Patrícia, R., Novais, S., Alves, J., Carvalho, P. & Cunha, D. (2024, novembro, 28 a 30). Sofrimento Existencial da Pessoa em Situação Paliativa: uma revisão Integrativa [comunicação oral]. Congreso Internacional Silver Economy, Zamora, Espanha;



"Congreso Internacional Silver Economy" celebrado en Zamora los días 28, 29 y 30 de noviembre de 2024.
Congreso declarado de interés sanitario por la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad

Certifican que:

Paula de Fátima Oliveira de Carvalho con DNI 232907854

Ha participado en el mencionado Congreso Internacional presentando una comunicación con el título:
"Perfil dos profissionais de cuidados paliativos e impacte da equipa interdisciplinar: revisão integrativa"

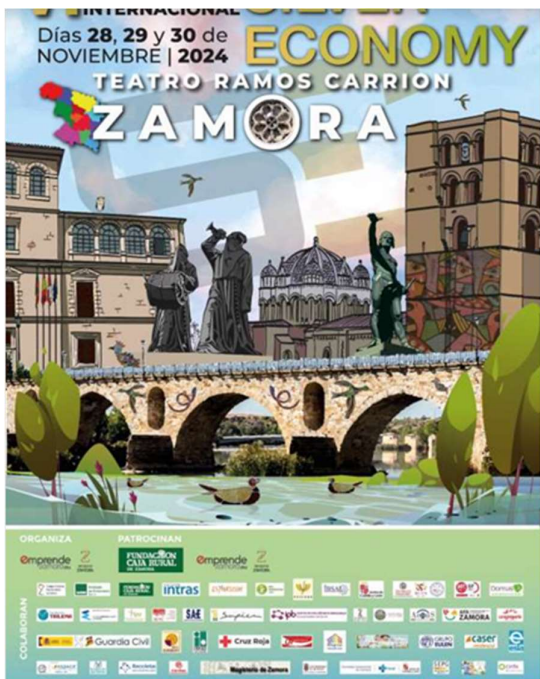
Para que conste
Zamora, 30 de noviembre de 2024

Ana Isabel Sánchez Iglesias
Dirección Académica-Científica

Florencio Vicente Castro
Dirección Académica-Científica



-Cunha, D., Fonseca, A., Franco, N., Fernandes, R., Ferreira, S. & Carvalho, P. (2024, novembro, 28 a 30). Perfil dos Profissionais de Cuidados Paliativos e Impacto na Equipa Multidisciplinar [comunicação oral]. Congreso Internacional Silver Economy, Zamora, Espanha;



"Congreso Internacional Silver Economy" celebrado en Zamora los días 28, 29 y 30 de noviembre de 2024.
Congreso declarado de interés sanitario por la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad

Certifican que:

Paula de Fátima Oliveira de Carvalho con DNI 232907854

Ha participado en el mencionado Congreso Internacional presentando una comunicación con el título:
"Conferência de família e tomada de decisão em cuidados paliativos: um ensaio teórico"

Para que conste
Zamora, 30 de noviembre de 2024

Ana Isabel Sánchez Iglesias
Dirección Académica-Científica

Florencio Vicente Castro
Dirección Académica-Científica



-Gomes, R., Coelho, C., Carvalho, P., Anastácio, Z. & Cunha D. (2024, novembro, 28 a 30). Conferencia de Família e Tomada de decisão em Cuidados Paliativos: um Ensaio Teórico [comunicação oral]. Congreso Internacional Silver Economy, Zamora, Espanha;

ANEXO III

Apresentação de posters em eventos científicos



Coelho, C., Albuquerque, J., Carvalho, P. & Gomes, R. (2024, outubro, 2 e 3). Estratégias de Intervenção de Fadiga por Compaixão em cuidados Paliativos [poster]. Congresso Internacional de cuidados continuados – CIIS, online (Zoom); - 3º Prémio;

ANEXO IV

Formação em Serviço: “A Percepção da Proximidade da Morte em Cuidados Paliativos: Os sinais Subjetivos Vivenciados em Equipa Multidisciplinar”

Objetivos:

- Conhecer a percepção que o profissional de saúde tem da proximidade da morte em cuidados paliativos;
- Conhecer os sinais objetivos e subjetivos de proximidade da morte em cuidados paliativos;
- Descrever as percepções da proximidade de morte em cuidados paliativos vivenciadas em equipa;
- Conhecer as estratégias de prevenção de fadiga por compaixão em cuidados paliativos;
- Descrever as estratégias de prevenção de fadiga por compaixão em equipa interdisciplinar;

Metodologia

- Interativa e expositiva;
- Aplicação de um inquérito por questionário, a continuação da resposta ao questionário só era permitida através da aceitação do consentimento informado;

Avaliação

- Avaliação e reflexão com os presentes na sala. Esta formação fez parte da formação em serviço e foi aplicado questionário de avaliação da satisfação.

A Perceção da Proximidade da Morte em Cuidados Paliativos: os sinais subjetivos vivenciados em Equipa Multidisciplinar

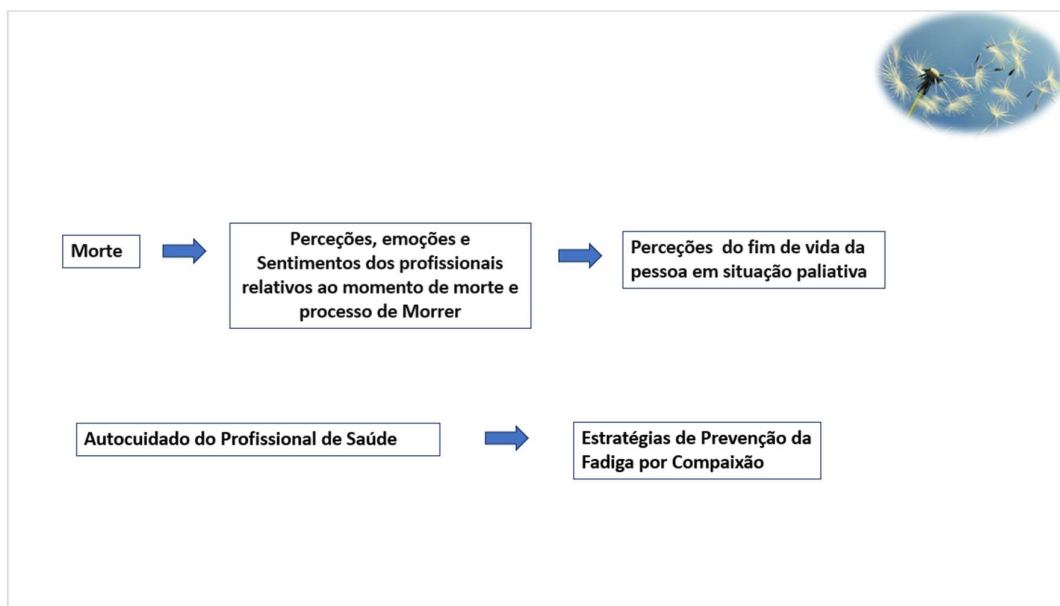


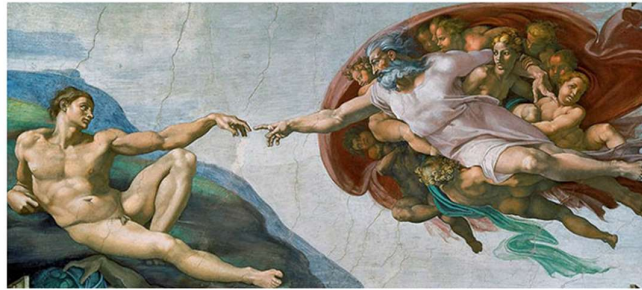
Mestrado de Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

Discente: Paula O. Carvalho

Tutora: Enfermeira Especialista Rita Fonseca

Docente/ Orientador: Prof. Adjunto Luís Sousa





"A criação do Homem"-

Michelangelo



NASCIMENTO

怒

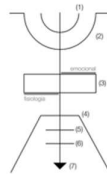
魂

神



CRESCIMENTO

喜



MORTE

恐

志

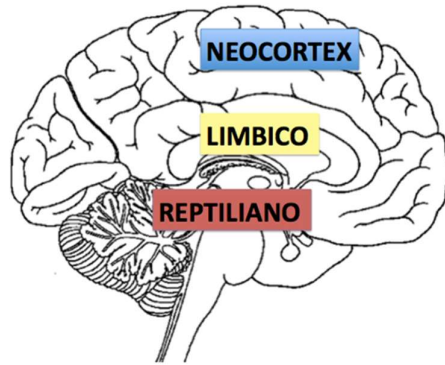
魄



MATURIDADE

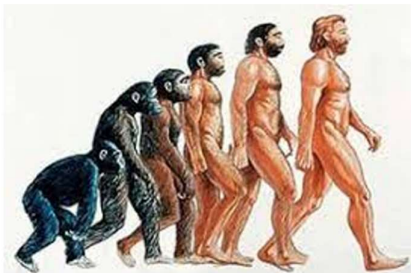
忧

CÉREBRO TRINO DE MACLEAN



As emoções primárias dependem do sistema límbico, enquanto que as emoções secundárias envolvem também processos corticais.

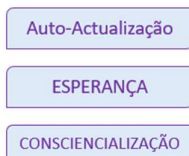
Damásio (1999)





Modelo conceptual de Jean Watson;

- Teoria transpessoal de grande alcance;
- As necessidade humanas são identificadas em quatro níveis:



Dignidade Humana



Reconhecimento da pessoa em si mesma.
Reconhecimento da sua autonomia.
Delinear as suas escolhas e opções de vida.

Savater (1995)

“Só quando tomarmos consciência do nosso papel, por mais pequeno que seja, é que podemos ser felizes, viver e morrer em paz porque o que dá sentido à vida, dá sentido à morte.”

Saint-Exupery

Morrer com dignidade é percebido com cariz subjetivo, a procura da dignidade envolve vários aspetos do cuidado em fim de vida e as intervenções terapêuticas são frequentemente envoltas de incerteza.

Chochinov (2002)

Pergunta da dignidade

“O que precisamos saber sobre si enquanto pessoa para podermos dar-lhe o melhor cuidado possível?”

Sinais de SUD/SUDH



- 1. Alterações na Respiração:** Respiração irregular, períodos de apneia, respiração ofegante ou a presença de "respiração de Cheyne-Stokes".
- 2. Alterações na Pele:** Palidez, livores cutâneos
- 3. Mudança na Temperatura Corporal:** Membros frios ou sudorese excessiva.
- 4. Diminuição da Consciência:** Aumento da sonolência, delirium, inquietação, confusão ou dificuldade em manter o foco.
- 5. Redução da Mobilidade**

Sinais de SUD/SUDH



1. Mudanças nos Hábitos Alimentares: Recusa em comer ou beber, mesmo em pequenas quantidades.

1. Conforto: Tem como prioridade os cuidados direcionados para o conforto e qualidade de vida;

1. Preparação para a morte: Organização de assuntos pessoais, despedidas ou reconciliação com familiares

Pais, C., Silva, R., Carvalho, S., & Morais, A. (2019).

Sinais de SUD/SUDH



1. Isolamento Social: Aumento do desejo de estar sozinho, evitando interações sociais.

2. Alterações no Humor: Ansiedade, apatia ou uma sensação de paz e aceitação.

3. Comunicação Reduzida: Menor verbalização;

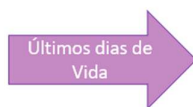
4. Visões ou Experiências Espirituais: Relatos de visões de entes queridos falecidos ou experiências espirituais que podem ser reconfortantes.

Pais, C., Silva, R., Carvalho, S., & Morais, A. (2019).

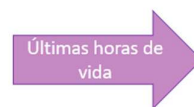
Alterações Emocionais e Psicológicas:

- Insegurança, ansiedade e medo perante a fragilidade da sua existência;
- Perda de dignidade;
- Problemas na Tomada de decisão;
- Preocupações familiares:
- Flutuação nos sintomas;
- Sentimentos depressivos;
- Desejo de morrer;
- Reflexão sobre a sua própria vida e valorização do tempo com as pessoas de proximidade;

(Monteiro et al.,2020)



Degradação clínica
apreciável a cada
dia/ semana



Síndrome de Morte
Iminente Disfunção
corporal total irreversível



Agravamento súbito ou progressivo, sem causa reversível:

- Agravamento da astenia;
- Agravamento das alterações do estado de consciência;
- Perda de via oral;

Carneiro, R., 2020

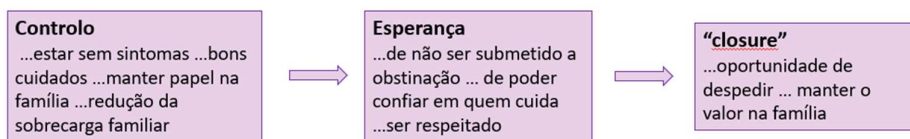


Manifestações Precoces:	Manifestações Tardias:
sensíveis ocorrem até uma semana antes da morrer	específicas ocorrem nos últimos 2 dias antes de morrer
Disfagia para líquidos Redução do estado de consciência, <u>Palliative Performance Scale</u> 20%	Respiração de <u>Cheyne-Stokes</u> Períodos de apneia, Débito urinário menor de 100 ml em 12 horas, movimento mandibular respiratório- estertor, ausência de pulso radial;

Carneiro, R., 2020

Os cuidados prestados à Pessoa em SUD/SUDH:

- Promovem o conforto;
- Promovem a comunicação com a pessoa em situação paliativa, a família e com a equipa de saúde;
- Promovem lutos saudáveis;
- Reduzem a sobrecarga emocional do profissional de saúde;



Carneiro, R., 2020

Bardo do Morrer:



Vento-Viver: mãos e pés frios;

Vento- segura a vida: a mente fica confusa, delirium, inquietação, medo e desconforto;

Vento- permite o movimento dos músculos: a pessoa fica paralisada, não consegue movimentar;

Vento- move para baixo: Perda de controlo dos esfíncteres;

Vento- move para cima: Perda de via oral, dispneia, respiração curta e irregular, a expiração é mais curta que a inspiração;

Dissolução dos cinco elementos

Sogyal Rimpoché, 2002



Processo de enfermagem:

- Morrer com dignidade
- Luto por antecipação
- Capacidade de falar sobre o processo de Morrer;
- Ensinar sobre o processo de morrer;

CIPE (2019)



quais os sinais e sintomas subjetivos que para si podem ser percebidos como últimos dias ou horas de vida.

31 responses



Inquérito por questionário aplicado em janeiro 2025

MORTE → Sentimentos/emoções da Equipa



- ✓ **Tristeza, dor e Frustração** Oliveira, A. B. C., Nunes, M. C., & Silva, [Államy](#) D. M. (2024) & Silva, A. [et al.](#) (2021)
- ✓ **Angústia e Ansiedade** Oliveira, A. B. C., Nunes, M. C., & Silva, [Államy](#) D. M. e. (2024).
- ✓ **Impotência e Frustração** Mendes, P. N., & Silva, A. C. F. L. e. (2021)
- ✓ **Medo** Oliveira, A. B. C., Nunes, M. C., & Silva, [Államy](#) D. M. e. (2024).
- ✓ **Negação do próprio propósito** Silva, A. [et al.](#)(2021)
- ✓ **Luto** Oliveira, A. B. C., Nunes, M. C., & Silva, [Államy](#) D. M. e. (2024).

MORTE → Sentimentos/emoções da Equipe



- ✓ **Sofrimento Moral;** Mendes, P. & Silva, A. (2021)
- ✓ **Desgaste emocional rápido;** Silva, A. et al.(2021)
- ✓ **Sobrecarga;** Silva, A. et al.(2021)
- ✓ **Compaixão e empatia;** Oliveira, A. B. C., Nunes, M. C., & Silva, Államy D. M. e. (2024).
- ✓ **Gratidão;** Bastos, R.A., Lamb, F.A., Quintana, A.M., Beck, C.L.C., & Carnevale, F. (2017)
- ✓ **Sentido de dever;** Silva, A. et al.(2021)
- ✓ **Resiliência e Maturidade;** Silva, A. et al.(2021)
- ✓ **Esperança;** Bastos, R.A., Lamb, F.A., Quintana, A.M., Beck, C.L.C., & Carnevale, F. (2017)

Enumere alguns sentimentos /palavras que surgem na sua mente quando pensa na morte.

46 respostas



Percepções do fim de vida da pessoa em situação paliativa



- Reações ao diagnóstico: aceitação da doença Vs não aceitação;
- Perda de dignidade;
- Desejo de morrer;
- Importância dos cuidados paliativos;
- Esperança;

da Rosa Monteiro, D., de Cavatá Souza, T., Ferreira, M. B., Rigue, A. A., Trevisan, B. F., & Mallmann, F. H. (2020).

FADIGA DE COMPAIXÃO



“alterações físicas, fadiga crónica, além de situações de cansaço, irritabilidade, medo de ir ao trabalho e tristeza. É caracterizada por sentimentos de desilusão, inutilidade e pessimismo associados ao trabalho. (...) Está associada aos contextos laborais de profissionais que lidam diretamente com pessoas” (Rodrigues et. al., 2021, p. 2).

A **satisfação por compaixão e a autocompaixão** poderão prevenir dos sintomas da FC, revelando-se benéficas na prática de cuidados, sendo assim importante que as organizações possam potenciá-las no sentido de melhorarem os ambientes de prática profissional dos Enfermeiros em Cuidados Paliativos (CP), tornando-os mais positivos e estimulantes (Duarte et. al., 2017).

Estratégias de prevenção da fadiga de compaixão na Equipe de CP

Ambientes de Prática de Enfermagem Positivo			
Estrutura	Capacitação Profissional	Accelerated Recovery Program (ARP)	Potter et. al. (2010)
		Autocuidado	Rodrigues et. al. (2021)
		Desenvolvimento da espiritualidade	Aycock & Boyle (2009)
		Programa de Mindfulness-based stress reduction (MBS)	Jilou et. al. (2021) Potter et. al. (2010)
	Desenvolvimento profissional	Formação avançada	Boyle & Bush (2018); Rodrigues et. al. (2021)
	Dotações Profissionais	Dotações seguras	Aycock & Boyle (2009); Potter (2010)
	Saúde e Segurança no Trabalho	Flexibilidade de turnos de trabalho	Rodrigues et. al. (2021)
Processo	Práticas Colaborativas	Capacitação para Comunicação Efetiva	Wittenberg et. al. (2019); Rodrigues et. al. (2021)
Resultado	Bem-estar, envolvimento e satisfação profissional	Monitorização de Índices de Bem-estar físico e Emocional	Potter et. al. (2010); Rodrigues et. al. (2021)
		Reuniões Equipe/ Brainstorming	Cross (2019); Rodrigues et. al. (2021)

Enumere algumas estratégias de prevenção da fadiga por compaixão que implementa no seu dia a dia

21 responses



Inquérito por questionário aplicado em janeiro 2025

Referências Bibliográficas:

- Bastos, Rodrigo, et al. "VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS FRENTE AO PROCESSO DE MORRER: UMA METASSÍNTESE QUALITATIVA." *Portuguese Journal of Mental Health Nursing/Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* 17 (2017);
- da Rosa Monteiro, D., de Cavatá Souza, T., Ferreira, M. B., Rigue, A. A., Trevisan, B. F., & Mallmann, F. H. (2020). *Percepções e sentimentos de pacientes em fim de vida: um olhar sobre os cuidados paliativos. Research, Society and Development*, 9(12), e19891211001-e19891211001
- Da Silva, A.,H., Beserra Viana, G. K., Girão Lima, A. K., Lopes Mourão, C. M., & Almeida de Lima, A. L. (2018). Intervenção em cuidados paliativos: conhecimento e percepção dos enfermeiros. *Revista De Enfermagem UFPE on Line*, 12(5), 1325–1330. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2018.22653>;
- Duarte, J. & Pinto-Gouveia, J. (2017). The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *European Journal of Oncology Nursing*, 28, 114-121. DOI: 10.1016/j.ejon.2017.04.002;
- Fratezi, F. R., & Gutierrez, B. A. O. (2011). Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. *Ciência & saúde coletiva*, 16, 3241-3248;
- Hammerschmidt, C. M., de Moraes, G., Machado, M., Santo Neto, A. F. D. E., & Abrocesi, S. (2025). Sentimentos dos profissionais da equipe de enfermagem frente ao processo de morte e morrer. *REVISTA DELOS*, 18(63), e3547-e3547;
- Lima, A. C. F., & Mendes, P. N. (2021). O impacto biopsicossocial em enfermeiros frente ao processo De morte e morrer de pacientes terminais. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 95(33);

Referências Bibliográficas:



- Pais, C., Silva, R., Carvalho, S., & Moraes, A. (2019). Uma Boa Morte: Reconhecer a Agonia a Tempo. *Medicina Interna*, 26(3), 338–346. <https://doi.org/10.24950/rspmi/Revisao/253/18/3/2019>;
- Mendes, P. N., & Silva, A. C. F. L. e. (2021). O Impacto Biopsicossocial Em Enfermeiros Frente Ao Processo De Morte E Morrer De Pacientes Terminais. *Enfermagem Atual in Derme*, 95(33), 329–345. <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.33-art.947Rev>;
- Monteiro, L.S.N.; Carreiro, M.A.; Alves, M.; Rodrigues, L.M.S.; da Silva, T.A.S.M.(2022). Percepção do Enfermeiro sobre a Morte e o Morrer: uma revisão narrativa de literatura. *Revista Pró-UniverSUS*. Jan./Jun.; 13 (1): 153-157;
- Oliveira, A. B. C., Nunes, M. C., & Silva, Államy D. M. e. (2024). *Percepções e atitudes de enfermeiros sobre o processo de morte e morrer em pacientes oncológicos. Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 17(12), e12963. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.12-304>;
- Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., & Olsen, S. (2010). *Compassion fatigue and burnout: prevalence among oncology nurses. Clinical journal of oncology nursing*, 14(5), 56–62. DOI: 10.1188/10.CJON.E56-E62
- Rodrigues, M. D. S. D., Lucena, P. L. C., Lordão, A. V., Costa, B. H. S., Batista, J. B. V. & da Costa, S. F. G. (2021). Fadiga por compaixão em profissionais de enfermagem no contexto dos cuidados paliativos: revisão de escopo. *Revista Mineira de Enfermagem*, 25(1), e-1386. DOI: 10.5935/1415.2762.20210034;
- SILVA, A. E. ; RIBEIRO, S. A. ; FERREIRA, G. J. ; SILVA, J. M. D. ; OLIVEIRA, L. A. de. ; JESUS, S. B. de. ; CARVALHO, T. V. . *Perceptions of the nurse: Process of death and die. Research, Society and Development*, [S. l.], v. 10, n. 4, p. e33310414112, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i4.14112. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14112>; Pais C, Silva R, Carvalho S, Moraes

**A Perceção da Proximidade da Morte em Cuidados
Paliativos: os sinais subjetivos vivenciados em Equipa
Multidisciplinar**



**OBRIGADO PELA
SUA ESCUTA ATIVA**

Mestrado de Enfermagem Médico Cirúrgica na Área
de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

Discente: Paula O. Carvalho

Tutora: Enfermeira Especialista Rita Fonseca

Docente/ Orientador: Prof. Adjunto Luís Sousa



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
GAIA E ESPINHO

ANEXO V

Trabalho Projeto

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

**O BEM-ESTAR ESPIRITUAL NA PESSOA EM
SITUAÇÃO PALIATIVA**

(Trabalho Projeto)

Paula de Fátima Oliveira de Carvalho

Projeto de Estágio II no âmbito do Mestrado em Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa sob a orientação do professor Especialista Luís Sousa

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

EEEMCPSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Paliativa

SMART -Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Time Based

WHO – World Health Organization

SWBQ – Spirituality Well-being Questionary

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	3
PLANIFICAÇÃO	4
OBJETIVO ESPECÍFICO I	4
OBJETIVO ESPECÍFICO II	6
Cronograma	8
Monitorização, controlo e avaliação do projeto	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos têm como objetivo diminuir o sofrimento e promover a qualidade da vida e da morte (Cunha, Loureiro, Duarte & Carvalho, 2017). Os mesmos autores referem que é fundamental que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros adquiram competência e conhecimento mais especializado na área, de forma a estabelecer relação de ajuda ao longo do percurso, promovendo a esperança realista e a morte com dignidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO) em 2020 o objetivo dos cuidados paliativos é promover a qualidade de vida da pessoa em situação paliativa, bem como das suas famílias, que vivenciam dificuldades decorrentes de doenças incuráveis com prognóstico limitado ou que ameaçam a vida. A qualidade de vida está relacionada com a prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação adequada, controlo de sinais e sintomas físicos, emocionais, psicossociais e espirituais (WHO, 2020).

A lei de Base dos Cuidados Paliativos faz o enquadramento e regulamentação do direito ao acesso a estes tipos de cuidados e promove a autonomia da pessoa em situação paliativa e da família, através da participação na tomada de decisão sobre os cuidados, nomeadamente nos limites de intervenção e na interrupção dos tratamentos (decreto lei 52/2012,2012).

Este trabalho surge no âmbito do estágio II do Mestrado em Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem da pessoa em situação Paliativa e tem como finalidade definir os objetivos específicos, as intervenções associadas a cada objetivo e critérios de avaliação a realizar. As competências do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem da pessoa em situação paliativa (EEEMCPSP) tem enquadramento no decreto lei 429/2029.

O ensino clínico II está a decorrer no internamento de cuidados paliativos de um hospital do norte do país e, ao longo da primeira semana, na observação e intervenção à pessoa em situação paliativa, senti necessidade de desenvolver competências na área da espiritualidade de forma a implementar intervenções de enfermagem ao doente em situação paliativa. Por outro lado, pelo envolvimento empático e no estabelecimento de relação de ajuda com a pessoa em sofrimento, surge a necessidade de promover o autocuidado do profissional e identificar estratégias de prevenção da fadiga por compaixão.

Ao longo do projeto foi utilizada a metodologia introspetiva, reflexiva e de revisão da literatura. Foram definidos os objetivos específicos do Estágio II do Mestrado em Médico-

Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação Paliativa segundo a metodologia SMART (Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Time Based) e, feito o seu enquadramento nas competências do EEEMCPSP. A cada objetivo serão selecionadas as intervenções a desenvolver ao longo do ensino clínico seguindo o cronograma e identificados os critérios de avaliação das intervenções dando cumprimento aos objetivos específicos.

PLANIFICAÇÃO

Os objetivos delineados ao longo do ensino clínico II seguirão a metodologia SMART, os objetivos deverão ser específicos, mensuráveis, relevantes, atingíveis e temporais de forma a efetuar um planeamento adequado ao longo do ensino clínico. Ao longo deste trabalho serão estabelecidos dois objetivos específicos que advém da necessidade sentida em desenvolver competências na área. Para a implementação dos objetivos I e II serão necessários recursos humanos (equipa multidisciplinar, a enfermeira tutora e o orientador), recurso materiais (revisão da literatura) e recursos tecnológicos (plataforma E4nursing).

OBJETIVO ESPECÍFICO I

O objetivo específico define uma parte do objetivo geral a alcançar. Ao longo do ensino clínico II o atingir dos objetivos permitem ao desenvolvimento de competências em determinada área do domínio.

Segundo dos Santos, A., Feiteira, B. & Marques, M. (2023) a dificuldade sentida pelos enfermeiros no cuidar espiritual em cuidados paliativos dizem respeito à falta de formação, dificuldades organizacionais e necessidade de desenvolvimento desta área no próprio profissional. Os mesmos autores referem-se quanto à necessidade de desenvolver competências nesta área de acordo com o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

O objetivo específico I têm por base o regulamento do perfil de competências do EEEMCPSP (Regulamento n.º 429/2018) no artigo 3º, na unidade de competência 1.1, “Identifica as

necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores familiares” (2018, 19365) e Tem como critérios de avaliação os pontos 1.1.2 “Reconhece valores e expectativas em relação ao processo de fim de vida e à diversidade individual, cultural e espiritual ”(2018, 19365), 1.1.3 “Avalia os sintomas no doente, segundo as suas características priorizando o impacto no próprio, utilizando ferramentas padronizadas” (2018, 19365) e 1.1.4 “Valoriza o peso de variáveis psicoemocionais, valores e crenças na intensidade dos sintomas e do sofrimento, numa abordagem multimodal e multidimensional” (2018, 19365).

Objetivo Específico I: Desenvolver competência na área da espiritualidade na pessoa em situação paliativa

Estratégias/ Atividades a Desenvolver

- Mapear a evidência científica na espiritualidade à pessoa em situação paliativa;
- Desenvolver o conceito de bem-estar espiritual e processo espiritual na pessoa em situação paliativa;
- Escuta ativa à pessoa em situação paliativa;
- Aplicação da teoria do cuidado humano de Jean Watson na intervenções de enfermagem;
- Refletir com o orientador e enfermeiro Tutor acerca da necessidade de conhecer o conceito de bem-estar espiritual na prática de enfermagem
- Observar a dinâmica da abordagem espiritual ao doente em situação paliativa;
- Aplicação da escala de bem-estar espiritual (SWBQ) para tomada de decisão;
- Formação em serviço subordinado ao tema bem-estar espiritual na pessoa em situação paliativa;
- Apresentar e promover a discussão dos artigos científicos mais relevantes com a equipa em momentos relevantes;

Critério de Avaliação/ Demonstração de Resultado para o Objetivo I

- Apresentação dos resultados relativos a aplicação da escala de bem-estar espiritual (SWBQ) e das intervenções realizadas;

- Questionário de avaliação da formação em serviço;

OBJETIVO ESPECÍFICO II

Os enfermeiros em cuidados paliativos vivenciam sofrimento do doente e família e estabelecendo relações de ajuda baseadas na empatia. Segundo Dantas, R. (2021) a empatia cognitiva, a partilha e diálogo entre a equipa atuam como fatores de prevenção na equipa, enquanto que a observação passiva e individual podem constituir risco para a fadiga por compaixão.

Competências a desenvolver, segundo o Regulamento do Perfil de Competências do EEEMCPSP.

O objetivo específico II têm por base o regulamento do perfil de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de enfermagem da pessoa em situação paliativa (2018) no artigo 3º, na unidade de competência 2.4, “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” (2018, 19366) e Tem como critérios de avaliação os pontos 2.4.1- “Identifica fatores de risco e situações problemáticas, associadas a exaustão física e emocional (2018, 19366), 2.4.2 “Utiliza estratégias eficazes de autocuidado para minimizar fatores geradores de stress relacionados com a dependência crescente e a proximidade da morte” (2018, 19366) e 2.4.3 “Desenvolve estratégias de apoio dos restantes intervenientes no processo do cuidar” (2018, 19366).

Objetivo específico II: Desenvolver competências no âmbito do autocuidado pessoal nomeadamente na prevenção da fadiga por compaixão no profissional de saúde no internamento de cuidados paliativos

Estratégias/Atividades a Desenvolver

- Mapear a melhor evidência científica na área da prevenção da fadiga por compaixão;
- Refletir com o Orientador e enfermeiro tutor as estratégias não farmacológicas na prevenção da fadiga por compaixão;

- Apresentação de um artigo científico tendo por base a melhor evidência acerca das estratégias não farmacológicas na prevenção da fadiga por compaixão e discussão em equipa em momento informal;
- Apresentação dos resultados do questionário aplicado à equipa “quando penso em estratégias de prevenção da fadiga por compaixão penso em...”

Critério de Avaliação/ Demonstração de Resultado para o Objetivo II

- Aplicar um questionário após a discussão em equipa: “quando penso em estratégias de prevenção da fadiga por compaixão penso em...”, com recurso à aplicação *mentimeter*

Bem-estar espiritual na pessoa em situação paliativa: uma revisão narrativa																				
Mapear a evidência científica acerca da fadiga por compaixão																				
Apresentação e discussão de um artigo científico relevante																				
Aplicar um questionário após a discussão em equipa: “quando penso em estratégias de prevenção de fadiga por compaixão penso em..., com recurso à aplicação <i>mentimeter</i>																				
Apresentação e discussão de um artigo científico relevante;																				
Apresentação e reflexão dos resultados obtidos no questionário																				

Monitorização, controlo e avaliação do projeto

Ao longo do estágio será feita a monitorização das atividades definidas no cronograma realizado através do diagrama de Gant. Durante o percurso serão planeadas e realizadas reuniões periódicas com o orientador e sempre necessário será feito o ajuste no plano. A avaliação será feita através das reuniões intercalares e finais, feita a reflexão relativa aos objetivos previamente definidos e a sua avaliação no relatório final.

Do ponto de vista do projeto foi realizada a análise *swot* relativamente aos fatores internos e externos no quadro 2.

Quadro 2: Análise SWOT

Análise SWOT	Fatores Positivos	Pontuação (0 a 20)	Fatores Negativos	Pontuação (0 a 20)	
Fatores internos	<p>Forças</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responsabilidade; - Resiliência; - Motivação para o tema; - Capacidade de organização 	18	<p>Fraquezas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dinâmica vida profissional, vida académica e vida profissional; - Mudança de serviço não programada; Outros projetos profissionais; - Condição de cuidadora; 	15	Total Internos
	Subtotal		Subtotal		33
Fatores externos	<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interesse do serviço pelo tema; - Equipa de enfermagem dinâmica; - Número significativo de pessoas alteração do bem-estar espiritual; 		<p>Ameaças</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não existe controlo sobre o tempo de permanência dos doentes no serviço; - Horário do enfermeiro Tutor (maioritariamente noites) 		Total Externos
	Subtotal: 18		Subtotal: 15		33

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cunha, M., Loureiro, N., Duarte, J., & Carvalho, F. (2017). Estrutura fatorial da escala de dignidade em pacientes com necessidades de cuidados paliativos. *Millenium - Revista de Educação, Tecnologias e Saúde*, 2 (2e), 41–56. <https://doi.org/10.29352/mill0202e.03>;

Dos Santos, A.S.M., Feiteira, B.M.G.P. Marques, M.A.A. Dificuldades dos enfermeiros no cuidar espiritual da pessoa em situação paliativa: uma scoping review. *Revista Nursing*, 9661-9669. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2023v26i300p9661-9678>

Regulamento n.º 429/2018 Regulamento de Competências do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-cirúrgica na Área do doente à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem da pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. (2018). Diário da República n.º 135, Série II de 2018-07-16.

Rodrigues, Mariana de Sousa Dantas, Lucena, Pablo Leonid Carneiro, Lordão, Alana Vieira, Costa, Brunna Hellen Saraiva, Batista, Jaqueline Brito Vidal, & Costa, Solange Fátima Geraldo da. (2021). Fadiga por compaixão em profissionais de saúde em contexto dos cuidados paliativos: revisão de escopo. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, 25, e-1386. EPUB 06 de setembro de 2021. <https://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20210034>

World Health Organization. (2020). *Palliative Care*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/palliative-care>