



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

**ESPIRITUALIDADE NO DOENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS,  
NO DOMICÍLIO:  
PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS  
ESPECÍFICAS ESPECIALIZADAS**

Relatório de estágio de natureza profissional

Rui Miguel Magalhães Guedes

Porto, 2023

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

---

ESPIRITUALIDADE NO DOENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS,  
NO DOMICÍLIO: PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE  
COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ESPECIALIZADAS

SPIRITUALITY IN PALLIATIVE CARE PATIENT, AT HOME: PROJECT  
TO DEVELOP SPECIFIC SPECIALIZED SKILLS

Relatório de estágio de natureza profissional orientado  
pela Professora Doutora Sara Pinto e coorientado pela  
Professora Doutora Olga Fernandes

Autor: Rui Miguel Magalhães Guedes

*A maior lição que todos nós devemos aprender é o amor incondicional,  
que inclui não só os outros, mas também nós mesmos.*

*Elisabeth Kubler-Ross*

## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Sara Pinto pela orientação e partilha de conhecimento, assim como todo o apoio e compreensão.

À Professora Doutora Olga Fernandes pela resiliência e paciência demonstradas durante todo o percurso.

Aos locais de estágio e tutores que tão bem souberam acolher e ensinar.

A toda a família por tão bem entenderem a ausência.

A todos os colegas pela partilha de experiências, pelas angústias vividas e pelas vitórias alcançadas.

À Helena Silva pelo amor, compreensão e apoio. Por tudo, durante esta caminhada a dois que se tornou difícil, mas que valeu a pena.

## RESUMO

O presente relatório de estágio, centrado no tema “Espiritualidade no doente em Cuidados Paliativos”, tem como objetivo documentar a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa em contexto de prática clínica. Entre as atividades desenvolvidas, centramo-nos particularmente na espiritualidade no doente em Cuidados Paliativos, no domicílio.

A natureza holística da pessoa humana exige cuidados adequados e intervenções dirigidas à sua dimensão espiritual e ao alívio do sofrimento espiritual. O doente em fim de vida, com Cuidados Paliativos no domicílio, tem uma forte ligação à sua família e/ou cuidador(es), devendo o cuidado espiritual ser visto como fulcral.

O relatório assenta numa metodologia descritiva, fundamentada numa análise crítico-reflexiva suportada na evidência científica. O projeto implementado teve como referencial a metodologia proposta pela Ordem dos Enfermeiros para projetos de melhoria contínua em Enfermagem.

Os principais resultados e aprendizagens alcançadas foram a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, nos domínios da relação terapêutica e do cuidado à pessoa e com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, particularmente no que se refere ao cuidado espiritual. Assim, desenvolveu-se um protocolo de avaliação espiritual com o objetivo de definir as linhas gerais de atuação na avaliação espiritual dos doentes acompanhados no domicílio, possibilitando a existência de um plano individual integrado de cuidados que contemple as necessidades espirituais do doente.

Todo o percurso de aquisição de competências comuns e específicas, assim como o desenvolvimento do protocolo de avaliação espiritual, ambicionam proporcionar uma melhoria na qualidade dos serviços prestados aos doentes em Cuidados Paliativos.

**Palavras-Chave:** Competências, Cuidados Paliativos, Domicílio, Espiritualidade.

## **ABSTRACT**

This internship report, centered on the theme “Spirituality in Palliative Care Patient” aims to document the acquisition of common and specific skills of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing in Nursing for Persons in Palliative Situations in a practice context clinic. Among the activities developed, we particularly focus on spirituality in patients undergoing Palliative Care, at home.

The holistic nature of the human person requires adequate care and interventions aimed at their spiritual dimension and the relief of spiritual suffering. Patients at the end of life, receiving Palliative Care at home, have a strong connection to their family and/or caregiver(s), and spiritual care must be seen as central.

The report is based on a descriptive methodology, based on a critical-reflexive analysis supported by scientific evidence. The implemented project had as a reference the methodology proposed by the Order of Nurses for continuous improvement projects in Nursing.

The main results and learning achieved were the acquisition of specific skills of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing in Nursing for People in Palliative Situations, in the areas of therapeutic relationships and care for people with incurable or serious illness, in an advanced stage, progressive and terminal of their caregivers/family members, particularly with regard to spiritual care. Therefore, a spiritual assessment protocol was developed with the aim of defining the general lines of action in the spiritual assessment of patients monitored at home, enabling the existence of an integrated individual care plan that addresses the patient's spiritual needs.

The entire journey of acquiring common and specific skills, as well as the development of the spiritual assessment protocol, aims to provide an improvement in the quality of services provided to Palliative Care patients.

**Keywords:** Home; Palliative Care, Skills, Spirituality.

## SUMÁRIO

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>PARTE I</b>	
<b>CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA, DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA .....</b>	<b>11</b>
1. Contextualização teórica .....	12
2. Caracterização dos contextos de prática clínica .....	16
2.1 <i>Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos</i> .....	17
2.2 <i>Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos</i> .....	19
<b>PARTE II</b>	
<b>CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>24</b>
1. Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa .....	25
2. Atividades desenvolvidas, operacionalização e desenvolvimento das competências nos contextos de prática clínica .....	27
<b>PARTE III</b>	
<b>PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ESPECIALIZADAS .....</b>	<b>33</b>
1. Identificar e descrever o problema .....	34
2. Perceber o problema e dimensioná-lo .....	37
3. Formular objetivos iniciais .....	38
4. Perceber as causas .....	39
5. Planear e executar as tarefas/atividades .....	40
6. Verificar os resultados .....	42
7. Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa .....	45
<b>PARTE IV</b>	
<b>REFLEXÃO CRÍTICA .....</b>	<b>47</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>52</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>54</b>
<b>APÊNDICES</b>	
APÊNDICE I - Conceções de cuidados	
APÊNDICE II - Tabela de registos de avaliação espiritual	
APÊNDICE III - Protocolo de avaliação espiritual	

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
<b>Figura 1.</b> Modelo cooperativo com intervenção nas crises .....	<b>13</b>
<b>Figura 2.</b> Princípios dos CP .....	<b>14</b>
<b>Figura 3.</b> Pilares dos CP .....	<b>14</b>
<b>Figura 4.</b> Modelo organizativo dos CP .....	<b>15</b>
<b>Figura 5.</b> Linhas estratégicas para o desenvolvimento dos CP .....	<b>16</b>
<b>Figura 6.</b> Unidades de competência e critérios de avaliação .....	<b>26</b>

## ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1. Atividades desenvolvidas em estágio na EIHSCP .....	28
Quadro 2. Atividades desenvolvidas em estágio na ECSCP .....	30
Quadro 3. Objetivos específicos e atividades a desenvolver .....	39
Quadro 4. Análise SWOT .....	41
Quadro 5. Atividades desenvolvidas e recursos necessários .....	42
Quadro 6. Apresentação de resultados .....	44

## INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio de Natureza Profissional com relatório - Módulo II, unidade curricular integrante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (MEMCEPSP), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), acreditado pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, surge a proposta de realização de um relatório de estágio de natureza profissional.

O estágio de natureza profissional tem como principal objetivo a aquisição de competências comuns e especializadas na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (EMCEPSP), onde se inclui um projeto individual com o propósito de desenvolvimento das competências clínicas especializadas. Assim, este relatório tem como finalidade documentar o trabalho desenvolvido durante o estágio profissional de aquisição de competências numa Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e numa Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP)

Para tal, optou-se por aprofundar a temática da espiritualidade nos doentes acompanhados por uma ECSCP. Neste contexto, tendo em conta a natureza holística da pessoa humana, é de extrema importância a adequação de cuidados e intervenções que explorem a sua dimensão espiritual, frequentemente desvalorizada, com vista à prevenção e/ou alívio do sofrimento espiritual. A este propósito, os enfermeiros reconhecem a importância da espiritualidade muito embora permaneça pouco desenvolvida na prática (Martsolf & Mickley, 1998). Estes dados continuam a ser, infelizmente, uma realidade, nomeadamente em Portugal, onde diversos estudos têm documentado o subdesenvolvimento do cuidado espiritual na prática de cuidados e na investigação (Caldeira et al., 2017; Romeiro et al., 2018).

Assim, é importante que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros especialistas nesta área, desenvolvam intervenções no domínio da espiritualidade. Para tal, é necessário que, primariamente, estabeleçam consciência da dimensão espiritual das suas próprias vidas e se conectem mais profunda e significativamente com seus doentes através do desenvolvimento da consciência dos seus próprios valores, crenças e atitudes (Puchalski, 2014).

O estágio de natureza profissional desenvolveu-se, no seu todo, em dois diferentes contextos. Ao nível hospitalar, numa EIHSCP e, a nível comunitário, numa ECSCP, ambos na área geográfica do Grande Porto, com o objetivo de permitir a aquisição de competências clínicas especializadas na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

Neste sentido, o presente relatório pretende documentar, descrever e refletir sobre as competências adquiridas e as experiências realizadas durante a prática clínica, assim como o desenvolvimento do projeto individual de aquisição de competências.

Assim, foi estabelecido o seguinte objetivo geral: - Contribuir, no âmbito das competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de atenção à pessoa em situação paliativa, para o desenvolvimento de um protocolo de atenção espiritual no seio de uma ECSCP.

O presente relatório encontra-se organizado em quatro partes: i) *descrição e análise dos contextos clínicos*, onde se explanam as características e o modelo de organização de ambos os contextos de prática clínica, ii) *contributo(s) para o desenvolvimento de competências*, onde se relacionam as experiências da prática clínica com a aquisição de competências, incluindo a elaboração de conceções de cuidados, iii) *projeto de desenvolvimento de competências específicas especializadas*, sendo apresentado e descrito o projeto individual de aquisição de competências desenvolvido e iv) *reflexão crítica*, em que é elaborada uma reflexão acerca de toda a prática clínica, considerando a translação do conhecimento teórico, oportunidades de aprendizagem, projeto desenvolvido e competências adquiridas.

**PARTE I**  
**CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA,**  
**DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA**

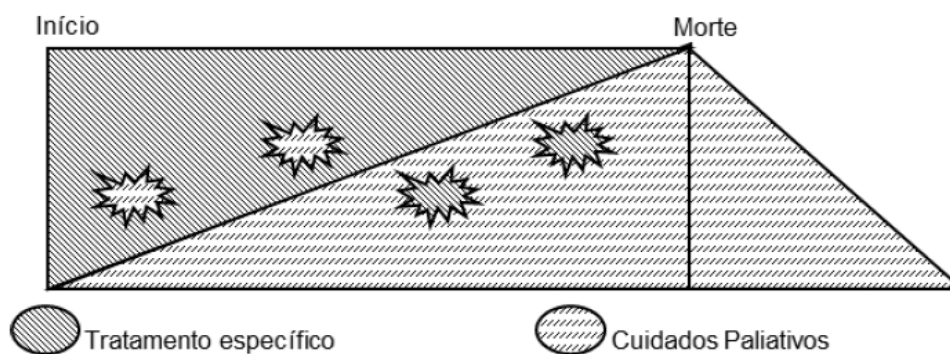
## 1. Contextualização teórica

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu, globalmente, os Cuidados Paliativos (CP), pela primeira vez em 1990, tendo modificado a sua definição para um âmbito mais alargado em 2002, como uma abordagem que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos doentes e dos seus familiares, com doença avançada e/ou incurável, promovendo o alívio do sofrimento e através de uma avaliação inequívoca e tratamento da dor e outros sintomas, não só físicos, mas também psicossociais e espirituais, não acelerando ou atrasando o processo natural de morte (Sepúlveda et al., 2002).

Mais recentemente, os CP foram regulados e legislados em Portugal, tendo sido definidos na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei nº52/2012, de 5 de setembro). Este documento e a definição nele proposta representou um grande passo na estratégia e desenvolvimento dos CP em Portugal, uma vez que atribuiu ao Estado a responsabilidade de regular o direito ao acesso dos cidadãos aos CP e a criação da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP).

A nível internacional, o conceito tem também vindo a ser discutido assumindo hoje conceções mais latas, comparativamente com a primeira definição proposta pela OMS em 2002. Assim, a *International Association for Hospice and Palliative Care* (Radbruch et al., 2020) apresenta, a partir do estudo de consenso realizado, uma nova definição de CP, dando ênfase ao termo “*serious health-related suffering*”, definindo-os como cuidados holísticos a qualquer pessoa, independentemente da idade, que esteja em sofrimento relacionado com a saúde devido a doença grave, especialmente em fim de vida. Refere ainda que o seu objetivo é melhorar a qualidade de vida do doentes e familiares/cuidador(es).

Com a evolução do conceito de CP e a sua relação com o sofrimento causado por doença grave, o modelo de atuação das organizações de CP também foi evoluindo. Atualmente, segundo Capelas et al. (2016), indo de encontro àquilo que são as necessidades dos doentes e seus familiares e/ou cuidadores, constantemente em busca do alívio do sofrimento e no aumento da qualidade de vida, deve atuar-se segundo o modelo cooperativo com intervenção nas crises, como mostra a seguinte figura (*Figura1*).



**Figura 1.** Modelo cooperativo com intervenção nas crises (adaptado de Gómez-Batiste et al., 2005).

Na Europa, e segundo a European Association for Palliative Care (EAPC), estima-se que, anualmente, mais de quatro milhões de pessoas, incluindo cerca de 140 mil crianças, necessitem de CP. A longevidade está a aumentar, o que faz com esta necessidade também aumente. A EAPC recomenda que, por cada 100 mil habitantes, existam duas equipas especializadas em CP, uma ao nível hospitalar e outra a nível domiciliário. No entanto, apenas oito países europeus detêm leis nacionais que incluam os CP, sendo esta uma das barreiras ao seu crescimento, assim como limitações ao nível dos decisores políticos ou questões culturais, sociais e religiosas associadas ao processo de morrer e à morte (OMS, 2023).

Em Portugal, a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP, 2021), no Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) 2021-2022, estima que, em média, existam mais de 89 mil pessoas com necessidades paliativas, verificando-se um aumento em relação aos biénios anteriores. Assim, a CNCP recomenda que no Sistema Nacional de Saúde (SNS) existam 40 a 50 camas de CP por cada 1 milhão de habitantes, uma EIHSCP por Hospital Geral, Unidade Local de Saúde ou Instituto Português de Oncologia e uma ECSCP por cada Agrupamento de Centros de Saúde ou Unidade Local de Saúde. Assim, o objetivo visa a existência de 441 camas de CP, 45 EIHSCP e 54 ECSCP em Portugal Continental, para a população adulta. No entanto, ainda segundo o mesmo documento, dado o aumento de necessidades paliativas de doentes não oncológicos, o número de camas necessárias poderá aumentar para o dobro.

As necessidades e estimativas apontadas levam-nos a refletir sobre a filosofia e princípios dos CP que, datando a 2002, continuam atuais e da maior pertinência face às necessidades da sociedade. Assim, e segundo a OMS (2002, 2023), os CP assentam em diversos princípios gerais, mas basilares, conforme sintetizado na Figura 2.

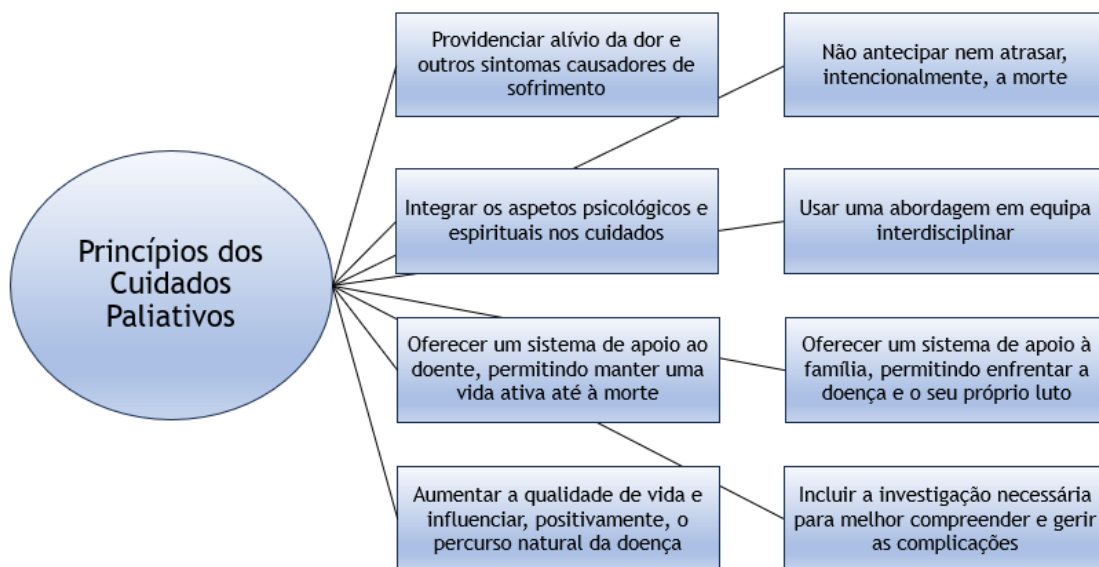


Figura 2. Princípios dos CP (fonte: OMS, 2002, 2023).

Adicionalmente, a OMS (2023) acrescenta que os CP afirmam a vida e consideram a morte como um processo natural, pelo que os sistemas de saúde são responsáveis pela sua integração nos cuidados disponibilizados a pessoas com doenças crónicas e ameaçadoras de vida.

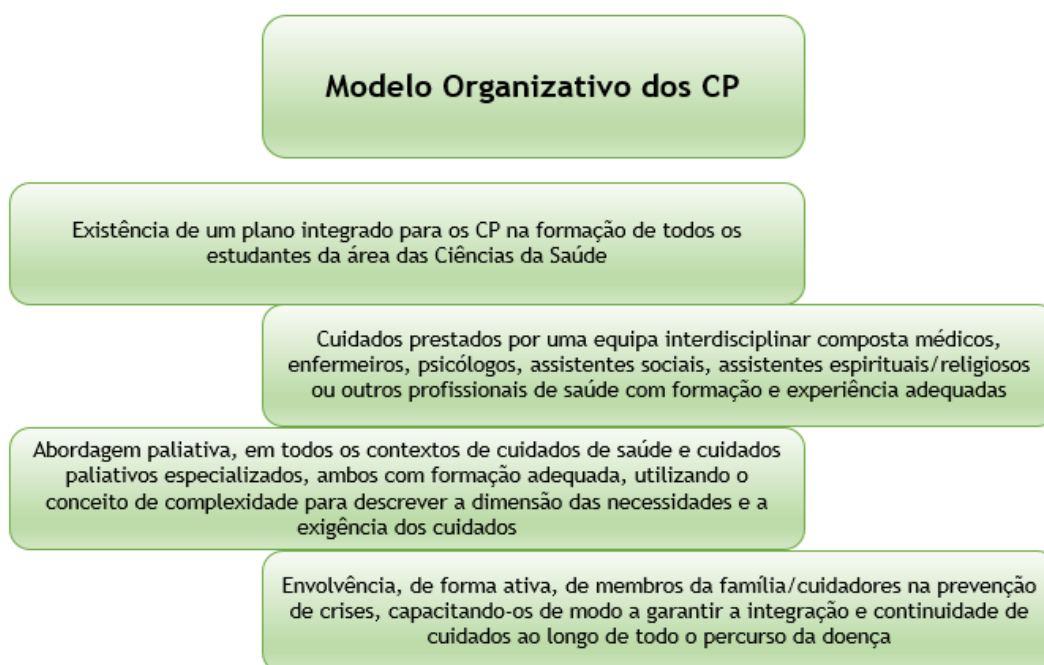
Para tal, são considerados quatro pilares fundamentais: o controlo de sintomas, a comunicação, o apoio à família e o trabalho em equipa (Barbosa et al., 2016), interligados entre si, como ilustrado na Figura 3.



Figura 3. Pilares dos CP (fonte: Barbosa et al., 2016).

De forma a dar resposta a estes quatro pilares, em Portugal, segundo Capelas e Coelho (2014) os CP devem fazer parte integrante do SNS, desenvolvendo-se em diferentes níveis de prestação de cuidados (básicos, especializados e de alta complexidade). Com essa intenção, em 2012, foi criada a RNCP, coordenada pela CNCP, que é responsável pelo desenvolvimento do PEDCP.

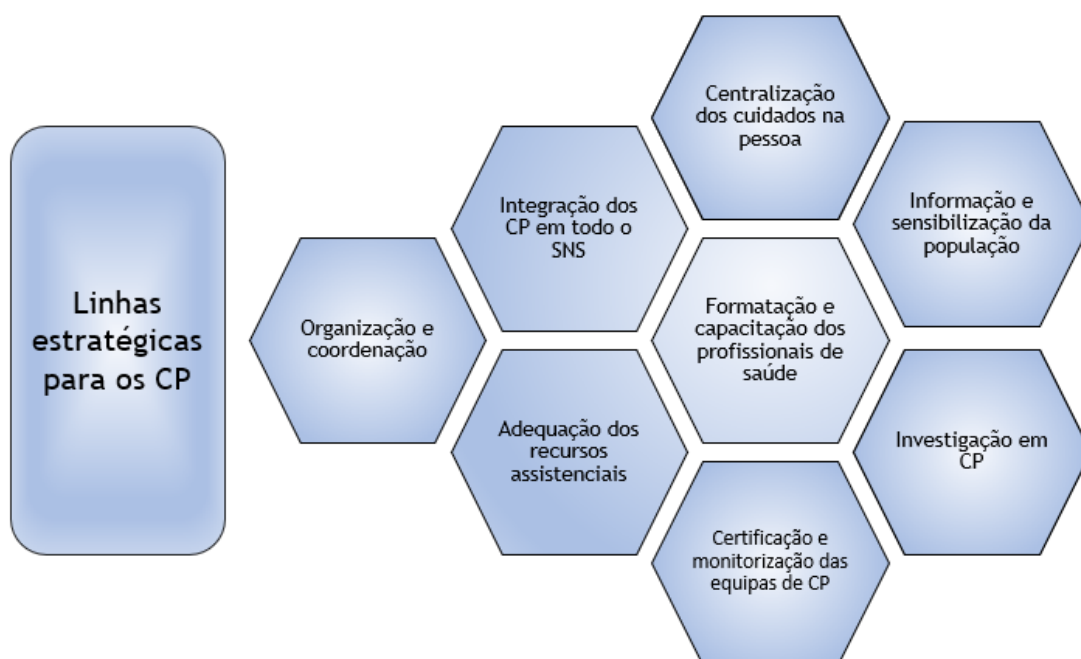
O PEDCP 2021-2022 reafirma os pressupostos definidos pela OMS e reforça a necessidade da existência de um modelo organizativo, que assente: na existência de um plano integrado para os CP, em cuidados prestados por uma equipa interdisciplinar, numa abordagem paliativa em todos os contextos de cuidados de saúde e na envolvência dos membros da família e/ou cuidadores, tal como demonstrado na Figura 4.



**Figura 4.** Modelo organizativo dos CP (fonte: CNCP, 2022).

Segundo o PEDCP 2021-2022, o grande objetivo é que, nos próximos dez anos, os CP se integrem em todo sistema de saúde, tal como preconizado pela OMS. Para tal, todo o trabalho desenvolvido deve assentar em valores como: universalidade, equidade, qualidade, autonomia, dignidade, permanência no seu ambiente, proximidade, normalização, eficiência, interdisciplinaridade, precocidade, polivalência, solidariedade e humanização.

Como tal, e com a intenção de atingir este objetivo, o PEDCP 2021-2022 define linhas estratégicas gerais para o desenvolvimento dos CP, apresentadas na Figura 5.



**Figura 5.** Linhas estratégicas para o desenvolvimento dos CP (fonte: CNCP, 2022).

Assim, em Portugal, pretende-se dar continuidade ao trabalho já desenvolvido nesta matéria, com a intenção de melhorar e dar continuidade ao cumprimento dos objetivos definidos, assim como ampliar a atenção dada aos CP e ao número crescente de doentes com necessidades paliativas.

## 2. Caracterização dos contextos

A RNCP, segundo a Lei de Bases de Cuidados Paliativos (nº52/2012, 5 de setembro), é uma rede integrada nos serviços do Ministério da Saúde e tem como um dos objetivos a articulação dos diferentes tipos de equipas que prestam CP em diferentes contextos, mais concretamente, ao nível hospitalar e da comunidade, assim como no domicílio. A resposta da RNCP dá-se a nível local, com três tipologias distintas: as Unidades de Cuidados Paliativos, as Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos e as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (Aviso nº 4511/2021, de 11 de março, publicado em Diário da República), a aquisição da competência em CP exige a realização de estágios clínicos em dois diferentes contextos.

Assim, o estágio decorreu, ao nível hospitalar, numa EIHSCP e, ao nível domiciliário, numa ECSCP, ambos na área geográfica do Grande Porto, conforme seguidamente apresentado.

Ao abrigo do regulamento geral da proteção de dados omitir-se-á o nome das equipas e serviços, bem como informação que permita a sua identificação. Em sede de provas públicas poderão ser prestadas mais informações, desde que necessárias, para avaliação do trabalho em curso.

## **2.1. Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos**

As EIHSCP são equipas que prestam apoio e aconselhamento especializado em CP às várias equipas do corpo clínico hospitalar, doentes, familiares e/ou cuidador(es), em ambiente hospitalar (Capelas et al., 2016). Oferecem ainda formação formal e informal, articulando com outros serviços, dentro ou fora do hospital. Um dos objetivos principais destas equipas deve ser o alívio de múltiplos sintomas aos doentes internados nas enfermarias, apoiando, tanto os doentes como os seus familiares e/ou cuidador(es). Calcula-se que por cada hospital com, no mínimo, 250 camas, deva existir uma EIHSCP, que deve funcionar com, pelo menos um(a) médico(a) e um(a) enfermeiro(a) e deve ter uma sala própria para reuniões e apoio administrativo (Radbruch & Payne, 2010).

Segundo a Lei de Bases de Cuidados Paliativos (nº52/2012, p. 5122), em Portugal, uma EIHSCP deve prestar “aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital, assim como aos doentes e suas famílias”, assim como garantir “assistência na execução do plano individual de cuidados aos doentes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação”. A lei mencionada refere ainda que uma EIHSCP “está integrada na unidade de cuidados paliativos, quando esta exista na mesma instituição” ou “funciona de forma autónoma, sempre que não exista unidade de internamento”.

Segundo o PEDCP 2021-2022, as recomendações gerais apontam para a existência de uma EIHSCP por cada Hospital Geral, ULS ou IPO. Em Portugal continental, em 2020, tendo em conta o relatório da execução do PEDCP 2019-2020 e o “Inquérito Nacional - Equipas Locais de CP 2020”, já existiam em Portugal 43 EIHSCP, todas com Consulta Externa em funcionamento. Apesar da existência destas equipas, ainda segundo o mesmo documento, as mesmas ainda requerem um maior investimento ao nível dos recursos humanos, instalações e equipamentos.

A EIHS CP no qual realizamos estágio desenvolve o seu trabalho num dos centros hospitalares do Grande Porto e, tendo esta instituição uma unidade de internamento de CP, esta equipa encontra-se integrada nesta unidade. Deu início à sua atividade há cerca de 10 anos, prestando inicialmente serviço de consultadoria especialmente dirigido a doentes oncológicos internados em serviços de Medicina, Cirurgia Geral ou Pneumologia. A partir janeiro do ano seguinte, até à atualidade, alargou a sua atividade a todos os doentes internados nas várias unidades da instituição. A equipa exerce as suas funções em dias úteis, das 08h00 às 17h00.

Ao nível de recursos humanos, a equipa é constituída por:

- médicos/as (66% com formação pós-graduada em CP), mas nenhum deles com horário completo dedicado à equipa. No entanto, a equipa tem, durante o seu horário de funcionamento, pelo menos um médico a exercer funções.
- enfermeiros/as (50% com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, formação pós-graduada em CP e horário completo na equipa).
- assistente social, com formação pós-graduada em CP e sem dedicação total à equipa;
- psicólogo/a, com formação básica em CP e sem dedicação total à equipa.
- nutricionista, com formação básica em CP e sem dedicação total à equipa.

A equipa reúne várias funções no seu quotidiano, apoiando os doentes e os seus familiares, que necessitam de CP diferenciados, em todos os serviços hospitalares, incluindo o internamento e a consulta externa. Dessas funções destacam-se as seguintes: aconselhamento e consultadoria técnica, identificação e referenciação de doentes para outros serviços de CP, articulação efetiva com as ECSCP, promovendo a continuidade de cuidados, e sensibilização e formação de outros técnicos.

O trabalho desenvolvido pela equipa pode ter um grande impacto na melhoria dos cuidados prestados, permitindo reduzir os tempos de internamento, reduzir os custos, diminuir admissões ou readmissões no serviço de urgência, garantir efetivo controlo sintomático, colaborar nos desejos e cuidados em fim de vida, otimizar recursos e aproximar as famílias do hospital, levando a um aumento da satisfação (Capelas et al., 2016).

A humanização, a resiliência, responsabilidade, o planeamento e o trabalho em equipa são alguns dos princípios fundamentais da equipa, tendo em conta o que nos foi transmitido na apresentação da equipa e o que foi observado durante o período de estágio. Como tal, assim que um doente é referenciado à EIHS CP, é avaliado, no máximo, nas 48 horas seguintes. Na primeira avaliação, é dada uma resposta ao motivo da referenciação e efetuada uma avaliação de necessidades. É efetuado o seguimento e elaborado um plano de cuidados, assim como, sempre que necessário, reavaliada a situação, tendo em conta a vontade do doente e/ou

família. O agendamento de conferências familiares é habitual, podendo ser ajustado o plano de cuidados, dependendo das decisões tomadas em conjunto. Depois da morte do doente existe um acompanhamento telefónico, com uma chamada, ou mais, se necessário, durante o mês seguinte.

## **2.2. Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos**

Uma ECSCP é uma equipa que presta CP especializados a doentes, e aos seus familiares e/ou cuidadores, na sua própria casa (Capelas et al., 2016). É uma equipa interdisciplinar que faz também um trabalho de consultadoria e formação a enfermeiros e médicos que trabalham com doentes com necessidades paliativas em estruturas residenciais para idosos (Radbruch & Payne, 2010).

Ainda segundo Rabruch & Payne (2010), deverá existir uma ECSCP por cada 100 mil habitantes e com funcionamento 24 horas por dia, sete dias por semana. A equipa deverá ser composta por, pelo menos, quatro ou cinco profissionais, a tempo inteiro, incluindo médico(a) e enfermeiro(a) com formação especializada, assistente social e administrativo(a), permitindo uma referenciação e fácil acesso a fisioterapeuta, psicólogo(a), terapeuta ocupacional e/ou da fala, nutricionista e assistente espiritual. Os mesmos autores defendem que a equipa deve ter um gabinete de trabalho à sua disposição, assim como uma sala de reuniões e uma sala para armazenamento de material e/ou medicação em stock.

As ECSCP em Portugal, segundo a Lei de Bases de Cuidados Paliativos (nº52/2012), são equipas que prestam cuidados paliativos específicos a doentes e aos seus familiares/cuidador(es) no domicílio, dão apoio e aconselhamento diferenciado, na área dos CP, às unidades de cuidados de saúde primários e asseguram a formação em CP às equipas de saúde familiar dos centros de saúde, podendo estar integradas numa unidade de cuidados de saúde primários ou na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. São equipas multidisciplinares que, na sua formação, devem ter médicos e enfermeiros, entre outros, com formação avançada e experiência reconhecida em CP, tendo como obrigatoriedade legal o seguimento de um modelo de promoção e gestão da qualidade que contemple o uso de opiáceos, a avaliação e monitorização da dor e outros sintomas, assim como o nível de formação e experiência profissional dos diferentes elementos da equipa.

Segundo o PEDCP 2021-2022, as recomendações gerais, que seguem os critérios elaborados pela European Association for Palliative Care, apontam para a existência de uma ECSCP por cada ACES ou ULS do país, com um número de profissionais adaptados às características

sociodemográficas de cada região. Ou seja, em Portugal prevê-se a existência de 54 equipas. Este número é importante pois as ECSCP, segundo o mesmo documento, exercem um papel fundamental no que diz respeito à permanência do doente no domicílio, se for essa a sua vontade. No entanto, segundo os dados do PEDCP 2021-2022 existem apenas 24 ECSCP, ou seja, ainda menos de metade das equipas que constituem a meta pretendida. De salientar que, apesar da sua formação e existência, a maioria destas equipas continua a funcionar sem a dotação de recursos humanos considerada necessária para a prestação de um serviço e cuidados de qualidade.

Quando as ECSCP estão devidamente preparadas são capazes de garantir a máxima qualidade de vida até à morte do doente e, conseqüentemente, reduzir os custos socioeconómicos. Para tal, para além do seu normal funcionamento através das visitas domiciliárias, deve ser disponibilizado atendimento telefónico por parte de médico(a) e/ou enfermeiro(a), preferencialmente, 24 horas por dia, de forma a prevenir e detetar, de uma forma mais precoce, as possíveis intercorrências (Capelas et al., 2016).

A ECSCP iniciou atividade há cerca de três anos e encontra-se integrada num dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Grande Porto, atuando em várias freguesias de um dos concelhos mais populosos do Distrito, exercendo a sua atividade em dias úteis, das 08h00 às 19h00, servindo quase 160 mil habitantes, excedendo assim o rácio recomendado da existência de uma equipa por cada 100 mil habitantes.

Ao nível de recursos humanos, a equipa é constituída por:

- médicos/as, todos/as com formação pós-graduada em CP (50% com horário completo dedicado à equipa).
- enfermeiros/as, todos/as com formação pós-graduada em CP (16% com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 84% com horário completo dedicado à equipa).
- assistente social, com formação básica em CP e sem dedicação total à equipa.
- psicólogo/a, com formação básica em CP e horário completo dedicado à equipa.

A ECSCP reúne também várias funções no seu quotidiano, apoiando os doentes e os seus familiares, que necessitem de CP diferenciados no domicílio. Ainda segundo a Lei de Bases de Cuidados Paliativos (nº52/2012, Base II) pode definir-se família como “a pessoa ou pessoas designadas pelo doente ou, em caso de menores ou pessoas sem capacidade de decisão, pelo seu representante legal, com quem o doente tem uma relação próxima, podendo ter ou não laços de parentesco com o doente” e domicílio como “a residência particular, o estabelecimento ou a instituição onde habitualmente reside a pessoa que necessita de cuidados paliativos”.

Os doentes acompanhados pela equipa recebem visitas na sua residência particular ou nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI). Para os residentes em ERPI, não existindo descontrolo sintomático ou qualquer outra necessidade, a equipa pode prestar apenas serviço de aconselhamento e consultadoria técnica.

Habitualmente, as referenciações de doentes para a ECSCP são feitas pelas EIHS CP ou pelos Médicos de Medicina Geral e Familiar. No entanto, os profissionais de saúde de instituições particulares de solidariedade social, instituições privadas ou outras unidades também o podem fazer, através de e-mail. Este trabalho promove a continuidade de cuidados e pretende que todas as pessoas portadoras de doença grave e/ou incurável em fase avançada e progressiva tenham acesso a CP de excelência e qualidade, independentemente da sua idade, diagnóstico ou nível socioeconómico, desde o diagnóstico até ao luto, respeitando as suas preferências, sem menosprezar a importância do trabalho com a família/cuidador, tentando prevenir a sua exaustão física e emocional.

O trabalho desenvolvido pela equipa vai de encontro ao preconizado para o nosso país, segundo o estabelecido na Lei de Bases de Cuidados Paliativos (nº52/2012), como referido anteriormente, tendo sempre como base valores fundamentais como a humanização, resiliência, responsabilidade, participação, humanização, assim como o trabalho em equipa e a partilha do conhecimento e da experiência.

Segundo o último Plano Local de Saúde deste ACES, que apresenta dados relativos a 2011, o envelhecimento da população nesta área aumentou consideravelmente nos últimos 10 anos. Existiu, ainda, um acentuado decréscimo na taxa de natalidade e a população nas faixas etárias superiores a 75 anos aumentou, elevando o índice de envelhecimento da população para, aproximadamente, 108. Ou seja, por cada 100 jovens, há, atualmente, 108 idosos. Estes números são superiores aos valores da média global do concelho onde se insere este ACES, mas conseguem ser inferiores à média do Grande Porto, região Norte e Portugal.

Ainda segundo a mesma fonte<sup>1</sup>, as causas de morte mais frequentes no ACES são as doenças relacionadas com o aparelho circulatório, seguidos dos tumores malignos e das doenças do aparelho respiratório, o que vem apoiar a necessidade da existência e da intervenção da ECSCP.

Neste sentido, assim que um doente é referenciado à ECSCP, é avaliado, no máximo, nas 48 a 72 horas seguintes. Na primeira visita domiciliária é efetuada uma avaliação de necessidades e dada resposta às mesmas. É realizado um seguimento semanal e elaborado um plano de cuidados que, sempre que necessário, é reavaliado e reelaborado tendo em conta a vontade do doente e/ou família. O agendamento de conferências familiares é habitual, podendo ser

---

<sup>1</sup> No sentido de manter o anonimato do ACES e da ECSCP no qual foi realizado o estágio, não é providenciada esta referência bibliográfica. Ainda assim, nas provas de apresentação pública, se necessário, poderá ser apresentada essa fonte.

ajustado o plano de cuidados, dependendo das decisões tomadas em conjunto. Após a morte do doente é enviada uma carta de condolências e disponibilizado todo o tipo de apoio à família e/ou cuidador(es).

A ECSCP desempenha as suas funções num plano de trabalho que assenta na conceção de intervenção multi e interdisciplinar, transformando a excelente relação entre os vários elementos constituintes e a comunicação numa poderosa ferramenta de trabalho, articulando entre si, de maneira a adequar as intervenções às necessidades dos doentes e familiares/cuidadores acompanhados, atualizando constantemente os Planos Individuais e Integrados de Cuidados (PIIC). O modelo de prestação de cuidados utilizado é o modelo de “gestão de caso”. O “gestor de caso” designado para cada doente é o/a enfermeiro/a que executa a primeira avaliação do doente, na primeira visita domiciliária. A este enfermeiro/a é atribuída a função de elaborar o PIIC e ser responsável por manter a proximidade entre a equipa e o doente e seus familiares e/ou cuidador(es), uma vez que este acompanhamento é crucial para avaliar a situação e evolução do doente e família, assim como conseguir prevenir e/ou detetar, as intercorrências e que possam surgir, o mais precocemente possível (Capelas et al., 2010).

A formação de outros profissionais constitui também uma área da intervenção da equipa, proporcionando a alunos das áreas da Enfermagem, Medicina, Serviço Social e Psicologia a oportunidade de realização de estágios de natureza profissional, assim como a articulação com universidades, escolas superiores e outros centros de investigação, com o objetivo de desenvolver o ensino, a investigação e a divulgação dos CP.

Para além das visitas domiciliárias efetuadas a equipa proporciona atendimento telefónico através de um contacto fixo e/ou telemóvel, fornecendo na primeira visita domiciliária um panfleto com as informações acerca do funcionamento da equipa e os contactos, disponibilizando-se para atendimento telefónico sempre que necessário, com exceção dos fins-de-semana, feriados e período noturno. Todas as chamadas efetuadas para o contacto móvel da equipa que não podem ser atendidas, ou todas as que são efetuadas aos fins de semana e feriados, são devolvidas assim que possível.

Muitas destas chamadas telefónicas evitam a realização de uma visita domiciliária, pois não raras vezes são aquelas em que os familiares/cuidadores ligam para pequenos esclarecimentos ou com necessidade de validação de algum procedimento.

Para a realização das visitas domiciliárias a equipa contava, num passado recente, com uma viatura ligeira de cinco lugares. No entanto, sempre que existia a necessidade de executar várias visitas domiciliárias simultaneamente, em casos, por exemplo, de descompensação sintomática, a equipa dividia-se e era usado o táxi como meio de transporte. Presentemente, o ACES cedeu outra viatura de cinco lugares à equipa, o que permitiu mudar a forma como

exerce funções e planeia as suas visitas domiciliárias, capacitando-a para uma maior liberdade no agendamento das mesmas, podendo deslocar-se em transporte próprio, sem a necessidade de recorrer a outros meios.

Atualmente a ECSCP encontra-se a recolher inquéritos de satisfação junto das famílias acompanhadas pela mesma, com o objetivo de obter indicadores de qualidade e melhoria contínua. Encontra-se também na fase inicial de implementação e criação de documentos e outros processos de monitorização, no que diz respeito ao sistema de gestão e melhoria da qualidade, caminhando para um potencial processo de certificação, seguindo as recomendações do PEDCP 2021-2022.

**PARTE II**  
**CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

## **1. Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa**

O termo competência, na área da saúde, pode ser definido como um conhecimento que possibilita a um profissional exercer uma atividade de forma segura. Reflete-se, não só, num grau elevado de conhecimento e percepção, como também num conjunto de capacidades cognitivas, técnicas, psicomotoras e interpessoais que permitem dominar uma determinada área, quer no campo teórico, como no campo prático (WHO & ICN, 2009).

Para Benner (2001), a prática dos cuidados atinge um nível de excelência quando o profissional é capaz de, através da aprendizagem experiencial, atingir a perícia profissional. A autora refere ainda que a aquisição de competências, por parte dos enfermeiros, decorre de um processo com diferentes estádios, permitindo-lhe tornar-se num perito com uma vasta experiência, demonstrando um desempenho eficiente, com uma percepção holística de cada situação, definindo assim a sua ação.

Assim, dando primazia à prestação de cuidados de excelência, a Ordem dos Enfermeiros, através do Regulamento nº140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, definiu as competências do enfermeiro especialista. Segundo este documento, os cuidados de saúde, nomeadamente os cuidados de Enfermagem, são cuidados especializados e diferenciados, com elevado grau de exigência técnica e científica, transversais a todos os profissionais de saúde. Neste sentido, enfermeiro especialista é o enfermeiro que possui competências humanas mas, também, técnicas e científicas para a prestação de cuidados especializados e, portanto, diferenciados, nas diversas áreas de especialidade. Logo, entendem-se por competências comuns aquelas que são iguais para todos os enfermeiros especialistas, em todas áreas de especialidade, assentando num modelo de elevada aptidão para a conceção, gestão e supervisão de cuidados, assim como nas áreas da formação, investigação e assessoria. Estas competências dividem-se em quatro domínios, sendo eles: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

As competências comuns baseiam a aquisição de competências específicas nas várias áreas de especialização de enfermagem, estando também, estas, regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros.

Segundo o Regulamento (nº429/2018,) das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista, atualmente, emerge a necessidade da existência de cuidados de enfermagem especializados nas diversas áreas de especialidade, sendo imperativo especificar as

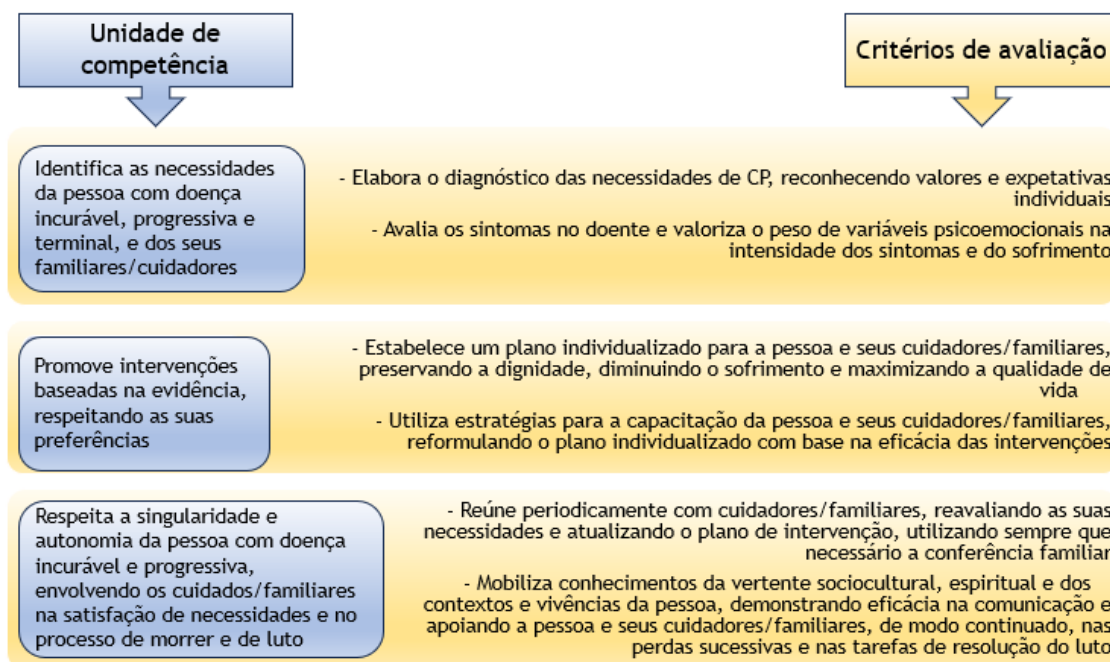
competências a adquirir, tendo em conta a pessoa com necessidade de cuidados e o contexto da intervenção. Surge assim a área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, entre outras.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa deve ser capaz de intervir junto do doente e familiares/cuidador(es) tendo por base os quatro pilares dos CP.

Objetivamente, as competências clínicas especializadas na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, definidas no Regulamento nº429/2018 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista, dividem-se em competências específicas, nomeadamente:

- cuidado da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento e maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;
- 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, também, no acompanhamento no luto.

Estas competências desenvolveram-se, com maior profundidade, em unidades de competência, que se traduzem pela concretização de determinados critérios de avaliação, conforme sintetizado na Figura 6.



**Figura 6.** Unidades de competência e critérios de avaliação (fonte: Regulamento nº429/2018 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista).

As competências descritas foram adquiridas através das atividades desenvolvidas, assim como experiências obtidas ao longo de todo o estágio de natureza profissional.

## **2. Atividades desenvolvidas, operacionalização e desenvolvimento das competências nos contextos de prática clínica**

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (DL n.º 161/96 de 4 de setembro) reconhece, a um enfermeiro especialista, competências científicas, técnicas e humanas para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados especializados na área da sua especialidade. A área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa tem como alvo dos seus cuidados a Pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal nos mais diversos contextos de atuação e respetivos cuidadores/familiares. Assim sendo, o percurso formativo culmina no estágio de natureza profissional, que foi desenvolvido nos contextos anteriormente referidos e descritos.

Algumas das competências são particularmente incrementadas em contexto prático. Logo, as atividades desenvolvidas enquadram-se nas diversas valências das equipas onde decorreu o estágio de natureza profissional.

Ao nível da EIHS CP, as experiências foram obtidas, essencialmente, durante a avaliação dos doentes internados nos diversos serviços hospitalares, na sua valência de consultoria, assim como na realização de conferências familiares, consulta externa e atendimento telefónico.

Para tal, foram desenvolvidas as seguintes atividades e/ou experiências, que se encontram organizadas tendo em conta os quatro pilares dos CP (*Quadro 1*).

Quadro 1. Atividades desenvolvidas em estágio na EIHSCP.

Pilares dos CP	Atividades desenvolvidas
Controlo de sintomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação de sintomas dos doentes acompanhados utilizando a adaptação da escala Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) (Bruera et al., 1991) disponibilizada nos sistemas de informação dedicados aos registos de enfermagem, sendo este o método utilizado pela equipa;</li> <li>- Adoção de medidas farmacológicas no controlo de sintomatologia, comunicando com a equipa de enfermagem do serviço de internamento e solicitando a administração de terapêutica para controlo de dor, dispneia, náusea, obstipação, diarreia, agitação psicomotora, depressão, insónia, ansiedade, inquietação e angústia espiritual;</li> <li>- Adoção de medidas não farmacológicas: posicionamento de doentes para promoção de conforto, evitar e remover imobilização e contenção física, prestar de cuidados de higiene à boca e hidratação da mucosa oral, utilizando borrifadores com água, para o alívio da xerostomia;</li> <li>- antecipação de possíveis situações de agudização: suspensão de alimentação entérica contínua e diminuição de fluidoterapia com vista ao não agravamento das secreções brônquicas; discussão com a equipa médica acerca da otimização da terapêutica para controlo de dor e prevenção de obstipação;</li> <li>- atuação, em tempo útil, nas situações de agudização: aspiração de secreções (quando estritamente necessário) e inaloterapia prescrita em doentes com secreções e ruídos respiratórios audíveis; solicitação de administração de terapêutica para controlo de dor, dispneia, náusea e agitação psicomotora, cumprindo, sempre que necessário, as normas dos isolamentos de contacto ou via aérea;</li> <li>- elaboração de planos de cuidados dos doentes acompanhados pela equipa, a nível físico, psicoemocional, espiritual e sociofamiliar, nos sistemas de informação dedicados aos registos de enfermagem;</li> <li>- reformulação de planos de cuidados, após o desenvolvimento das intervenções, 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, desenvolvendo o autoconhecimento e a capacitação da pessoa e seus cuidadores/familiares (instrução de cuidadores e/ou familiares para a utilização de gastrostomia percutânea ou sonda nasogástrica, gestão de terapêutica para o controlo de dor e/ou dispneia no domicílio, assim como a necessidade de prestação de cuidados de higiene à boca e hidratação da mucosa oral na prevenção ou alívio de sintomas como a xerostomia);</li> </ul>
Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- adequação das estratégias de comunicação na relação com todos os intervenientes no processo de cuidar: com os médicos da equipa assistencial dos doentes, com a equipa de enfermagem dos serviços de internamento e com o doente e seus cuidadores/familiares, utilizando uma comunicação eficaz e estabelecendo uma relação empática;</li> <li>- apoio a doentes com perda significativa da capacidade de comunicar por cansaço relacionado com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica terminal; doentes com Doença Renal Crónica</li> </ul>

	<p>terminal e dispneia associada; doentes com dispneia para pequenos esforços e intolerância à atividade e doentes com dor não controlada: realizar escuta ativa e ensinar acerca da evolução e trajetória da doença, nas perdas sucessivas;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- apoio aos familiares/cuidadores de doentes com perda da capacidade de andar; doentes com perda da via oral e incapacidade de se alimentarem e doentes com progressão de síndromes demenciais ou outras patologias neurológicas: realizar escuta ativa e ensinar acerca da evolução e trajetória da doença, nas perdas sucessivas;</li> </ul>
<b>Apoio à família</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- apoio aos familiares e/ou cuidadores, através de chamada telefónica, com dúvidas relacionadas com o agravamento de sintomas, encaminhando-os, sempre que necessário, para o serviço de urgência;</li> <li>- envolvência dos cuidadores/familiares, sempre que estavam presentes, no planeamento e execução dos cuidados de acordo com os desejos do doente: doentes com o desejo de regressar ao domicílio, doentes com recusa alimentar, doente com diretiva antecipada de vontade relacionada com as transfusões de componentes sanguíneos inerente à sua religião, assim como o caso específico de um doente que manteve o desejo de casar com a sua companheira, durante o internamento e que a equipa apoiou essa decisão e ajudou a sua concretização;</li> <li>- participação ativa em diversas conferências familiares onde foram atualizados os planos de intervenção: doentes em situação de últimas horas ou dias de vida (SUHDV), doentes com necessidade de prestação de cuidados no domicílio e doentes com necessidade de referenciação para unidades de Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;</li> <li>- nas conferências familiares, abordadas problemáticas relacionadas com a vertente sociocultural e espiritual, assim como os contextos e vivências da pessoa e dos cuidadores/familiares, sendo estabelecido um plano assistencial mediante a fase do processo de luto em que se encontravam, e ainda, onde foram demonstradas as possibilidades e recursos, de modo a facilitar a tomada de decisão: pros e contras da presença de sonda nasogástrica para alimentação e/ou hidratação, possibilidade de colocação de gastrostomia percutânea e gestão de terapêutica para controlo de dor e/ou dispneia no domicílio;</li> <li>- reconhecimento de sinais de exaustão do cuidador e/ou familiar: vários casos de doentes levados aos serviços de urgência por exaustão do cuidador;</li> </ul>
<b>Trabalho em equipa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- priorização do trabalho em equipa durante todo o estágio: dado o número elevado de doentes acompanhados, surgiu a necessidade de, em várias ocasiões, a equipa se dividir para poder avaliar todos os doentes com necessidades e, posteriormente, discutir com todos os elementos da equipa as decisões tomadas;</li> <li>- participação em vários momentos de lazer juntamente com a equipa, principalmente nos horários das refeições, aproveitando esses momentos para ventilar emoções e utilizando o bom humor como estratégia adaptativa.</li> </ul>

Durante este estágio, para além das atividades elencadas, existiu a oportunidade de participar nas reuniões diárias de equipa, que incluem, maioritariamente, a discussão dos casos clínicos dos doentes em acompanhamento pela equipa, o que, sem dúvida, permitiu enriquecer o

desenvolvimento de competências e os conhecimentos práticos. Houve ainda oportunidade de participar em duas ações de formação em serviço com os temas “Prevenção de quedas” e “Sensibilização para os Cuidados Paliativos e terapêutica subcutânea”.

No que diz respeito à ECSCP, a visita domiciliária, o atendimento telefónico e a conferência familiar foram as valências mais relevantes para a aquisição de competências.

Neste contexto, as atividades e/ou experiências desenvolvidas foram também diversas, estando organizadas segundo os pilares dos CP e sintetizadas no Quadro 2.

**Quadro 2.** Atividades desenvolvidas em estágio na ECSCP.

Pilares dos CP	Atividades desenvolvidas
<b>Controlo de sintomas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliação de sintomas e necessidades através de avaliação clínica: doentes com dor, dispneia, secreções brônquicas, intolerância à atividade, náusea, febre, disfagia, astenia, retenção urinária, obstipação, insónia, alucinações, agitação, angústia espiritual, ansiedade e depressão, assim como doentes em SUHDV;</li> <li>- atuação, em tempo útil, nas situações de agudização: realizadas várias intervenções de enfermagem, tais como aspiração de secreções orofaríngeas e através de traqueostomia (quando estritamente necessário), execução de inaloterapia broncodilatadora, inserção de cateteres subcutâneos, administração de medicação para controlo de dor e agitação, quer por via oral, quer por via subcutânea, inserção de sonda nasogástrica, inserção de cateter urinário, remoção de fecalomas, preparação de elastómeros para administração de terapêutica subcutânea contínua, incluindo vários casos de início de sedação paliativa;</li> <li>- adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas: posicionamento para a maximização do conforto, administração de medicação, realização de massagens de relaxamento, cuidados de higiene à boca, escuta ativa e avaliação de necessidades espirituais relacionada com o projeto de melhoria contínua desenvolvido;</li> </ul>
<b>Comunicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- adequação das estratégias de comunicação na relação com todos os intervenientes no processo de cuidar: com os vários elementos da equipa e com o doente e seus cuidadores/familiares, utilizando uma linguagem clara, empática e assertiva;</li> <li>- avaliação de necessidades espirituais relacionada com o projeto de melhoria contínua desenvolvido;</li> <li>- participação ativa nas conferências familiares, onde foram demonstradas as possibilidades e recursos, de modo a facilitar a tomada de decisão: principalmente a suspensão da alimentação e a execução dos desejos dos doentes, sempre que possível, como o caso específico da doente que gostaria de participar na procissão das velas, em Fátima, em que a equipa proporcionou uma simulação do acontecimento no domicílio, antes do início de sedação paliativa;</li> </ul>
<b>Apoio à família</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- estabelecimento de planos individualizados e sua reformulação, sempre que necessário, para a pessoa e seus cuidadores/familiares, preservando a dignidade, diminuindo o sofrimento, maximizando a</li> </ul>

	<p>autonomia e qualidade de vida e respeitando as perspectivas dos próprios, desenvolvendo o autoconhecimento e a capacitação da pessoa e seus cuidadores/familiares: familiares ensinados para a prevenção de aspiração, posicionamento, gestão de terapêutica, prevenção de obstipação, cuidados com vários dispositivos, tais como traqueostomia, sonda nasogástrica, gastrostomia percutânea, sonda vesical, cateter subcutâneo;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- participação nas conferências familiares, programadas ou espontâneas, quando reunidas as condições e avaliada essa necessidade, onde foram atualizados os planos de intervenção (organização de cuidados, definição do cuidador, doentes em SUHDV, tendo sido abordadas questões como a suspensão da alimentação e sedação paliativa);</li> <li>- apoio ao doente, assim como aos familiares, nas perdas sucessivas: agravamento da dependência em doentes com insuficiência cardíaca e intolerância à atividade, recusa alimentar/suspensão da alimentação e agravamento do estado de consciência em doentes em SUHDV, relacionando com a trajetória da doença e gerindo expectativas;</li> <li>- apoio emocional aos familiares/cuidadores vários casos de óbito, no domicílio);</li> <li>- atendimento de chamadas telefônicas efetuadas pelos cuidadores/familiares para a equipa, com necessidade de esclarecimentos acerca da gestão da terapêutica ou comunicação de agravamento de sintomatologia;</li> <li>- realização dos telefonemas diários para os familiares/cuidadores dos doentes acompanhados pela equipa, detetando, eventualmente, necessidades ou problemas emergentes como agravamento de sintomatologia;</li> <li>- planeamento e execução dos cuidados de acordo com os desejos do doente e cuidadores/familiares em todas as visitas domiciliárias: alimentação de conforto e planeamento de diretiva antecipada de vontade;</li> <li>- reconhecimento, juntamente com a equipa, de sinais de exaustão do cuidador/familiar, existindo necessidade de deslocar o doente do domicílio para um serviço de internamento ou Unidade de Cuidados Paliativos;</li> </ul>
<b>Trabalho em equipa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- participação ativa na elaboração do plano de cuidados e realização de registos após cada visita domiciliária, nos sistemas de informação dedicados aos registos de enfermagem;</li> <li>- priorização do trabalho em equipa durante todo o estágio: as várias intervenções realizadas foram sempre discutidas com os elementos da equipa interdisciplinar;</li> <li>- ventilação de emoções, usando sempre o bom humor como estratégia adaptativa, juntamente com a equipa, durante o horário de almoço, sendo este um momento de reunião, seguindo-se um pequeno “briefing” de atualização dos doentes acompanhados, principalmente aqueles em foi efetuada visita domiciliária durante a manhã ou que será efetuada visita domiciliária durante a tarde;</li> </ul>

A concretização das atividades descritas desenvolveu-se mediante o acompanhamento de diversos doentes. Com efeito, durante o período de estágio, a equipa acompanhou utentes com idades entre os 50 e os 97 anos, cerca de 67% do sexo feminino e 33% do sexo masculino, que se dividem pelos seguintes grupos patológicos: 36% com diagnóstico do foro oncológico, 34%

com diagnóstico do foro neurológico e 30% com diagnóstico relacionado com insuficiência de órgão.

Neste estágio existiu também a possibilidade de assistir a duas ações de formação em serviço que foram muito importantes para a atualização e/ou consolidação de conhecimentos, com os temas “Sedação paliativa” e “Melhoria contínua e certificação”.

Todas as atividades descritas anteriormente foram realizadas de forma a responder aos critérios de avaliação definidos para cada unidade de competência a que correspondem as duas unidades de competência específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, definidas no Regulamento nº429/2018, apresentadas anteriormente.

A Ordem dos Enfermeiros (2002, p. 12) refere que, no processo de conceção de cuidados, o enfermeiro “identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo e prescreve intervenções”. Apesar de, em ambos os estágios, terem sido efetuados planos de cuidados individualizados para os doentes e seus cuidadores/familiares, nos sistemas de informação das instituições, dando resposta à unidade de competência “promove intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, seus cuidadores/familiares respeitando as suas preferências” e ao critério de avaliação “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”, foram também elaboradas duas conceções de cuidados, uma por cada contexto, na plataforma *e4nursing*, disponibilizada pela ESEP para o efeito, conforme descrito no Apêndice 1.

Para além das experiências e atividades descritas, assim como a elaboração das conceções de cuidados, foi desenvolvido um projeto de melhoria contínua, no estágio realizado na ECSCP, no âmbito da espiritualidade, com a finalidade de criar um protocolo de avaliação espiritual que poderá ser utilizado pela equipa no futuro, servindo de apoio àquilo que é o seu trabalho no campo da avaliação das necessidades espirituais.

A criação deste protocolo, na área da espiritualidade, foi o culminar de um processo desenvolvido com o objetivo de aquisição de competências específicas em contexto prático.

**PARTE III**  
**PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**  
**ESPECÍFICAS ESPECIALIZADAS**

A conclusão deste percurso de especialização pressupõe a realização de um projeto de aquisição de competências específicas, projetado no âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I, operacionalizado e concluído durante o Estágio de Natureza Profissional com Relatório- Módulo II. Assim, decidiu-se elaborar um projeto de melhoria contínua, explanando e aprimorando uma área específica no âmbito do conhecimento do enfermeiro especialista designado pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento nº429/2018, das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista.

Através da observação e experiências adquiridas durante o Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I, foi possível selecionar um tema a desenvolver, tendo sido elegido o domínio da espiritualidade, nomeadamente a capacidade de encontrar um significado e/ou propósito para vida, junto da família e/ou cuidador(es). A escolha deste domínio assenta em dois princípios: o facto de ser uma área menos trabalhada por nós, da própria ECSCP reconhecer a sua importância e necessidade de maior ênfase na sua atividade e, também, o nosso interesse pessoal pela temática.

O projeto, intitulado “Espiritualidade no doente em cuidados paliativos, no domicílio - Projeto de desenvolvimento de competências clínicas comuns e especializadas na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa”, foi concebido para os dois contextos de estágio, EIHSCP e ECSCP. No entanto, por questões operacionais, como a maior facilidade de aplicabilidade em doentes no domicílio, dada a grande dificuldade em obter o ambiente calmo e a privacidade necessária em ambiente hospitalar, assim como a maior disponibilidade de recursos humanos, uma vez que a maioria dos elementos, em termos de carga horária, se dedicam totalmente à equipa, foi apenas implementado num dos contextos, mais concretamente, na ECSCP.

Todo o trabalho desenvolvido, descrito seguidamente, foi operacionalizado durante o Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II e encontra-se organizado segundo a metodologia proposta pela Ordem dos Enfermeiros para projetos de melhoria contínua (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

## **1. Identificar e descrever o problema**

De entre as várias Teorias da Enfermagem, neste contexto, destacam-se aquelas em que a espiritualidade surge como um conceito *major*, tais como: a Teoria do modelo de sistemas de Betty Neuman, a Teoria da saúde de Margaret Newman, a Teoria “*human becoming*” de Rosemary Parse e a Teoria do cuidado humano de Jean Watson (Martsolf e Mickley, 1998).

A teoria do cuidado humano, de Jean Watson, é uma teoria de enfermagem que tem por base o cuidado holístico, abordando o cuidado espiritual. Esta teoria valoriza o ato de cuidar, acima de tudo, tendo em conta a dimensão espiritual no processo de cuidar, refletindo-se nos cuidados prestados pelas equipas de CP, como previsto na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (nº52/2012).

A teoria do cuidado humano envolve a abordagem à pessoa na sua totalidade, a partir do atendimento das questões espirituais e existenciais, deixando de lado os cuidados tradicionais, que se centram apenas na dimensão física e cujo objetivo principal é a cura da doença. A sua finalidade principal envolve o cuidado por parte da equipa de enfermagem que auxilia a pessoa a ganhar um grau mais elevado de harmonia entre a mente, corpo e alma, o que pode levar ao autoconhecimento, autorrespeito, autocura e autocuidado. O enfermeiro ajuda as pessoas a encontrar significado, mesmo diante de uma desarmonia e sofrimento, auxiliando nas decisões relacionadas com o estado em que se encontra o paciente. A pessoa é compreendida como um ser-no-mundo, espiritual, magnífico, parte da natureza, não sendo apenas matéria. Possui três dimensões (mente, corpo e alma) influenciadas pelo próprio “eu” (Watson, 2012).

Percebemos, inequivocamente, a importância da espiritualidade em todo o processo de cuidar. Assim, a espiritualidade pode definir-se como a mais humana das experiências que visa transcender o eu e encontrar significado e propósito através da conexão com os outros, natureza, ou o Ser Supremo, podendo envolver ou não estruturas ou tradições religiosas (Buck 2006).

Pesut (2008), caracteriza o conceito de espiritualidade a partir de três diferentes perspetivas: a monista, a teísta e a humanista. A monista define a espiritualidade como a interligação humana e tudo o que há à sua volta, numa perspetiva horizontal; a teísta caracteriza a espiritualidade numa relação vertical, ligada ao poder divino, com conexões que se podem estabelecer individual ou coletivamente; a humanista aceita a espiritualidade como algo subjetivo e inato ao ser humano, relacionado com a atribuição de valor a determinados factos ou objetos.

A palavra espiritualidade deriva da palavra espírito, que consiste “na força devida, na essência e energia de cada pessoa. É a força que confere ao indivíduo a capacidade de transcender as leis naturais e ordens da vida, permitindo atingir uma dimensão misteriosa ou transcendente. O espírito orienta e motiva os indivíduos na procura de sentido e significado, expressando-se em todos os aspetos e experiências da vida, especialmente em momentos de crise e necessidade” (McSherry, 2006,).<sup>2</sup>

É de salientar que existem várias definições de espiritualidade. No entanto, tendo em conta as características da população para a qual foi desenvolvido este protocolo, será utilizada a

---

<sup>2</sup>Tradução livre do autor

definição adotada pela European Association for Palliative Care, que define espiritualidade como “a dimensão dinâmica da vida humana que se relaciona com o modo como as pessoas (individualmente e na comunidade) experimentam, expressam e/ou buscam significado, propósito e transcendência, e o modo como se conectam com o momento, consigo mesmo, com os outros, com a natureza, ao significativo e/ou ao sagrado” (Puchalski et al., 2014, p. 643).

Weathers et al. (2015), define espiritualidade, conceptualmente, como uma forma de estar no mundo, encontrando uma conexão com o próprio, com os outros e com um poder superior, transcendendo-se para além de si mesmo e do sofrimento, atribuindo um sentido à vida.

Estas reflexões acerca da espiritualidade levam-nos a abordar dois conceitos que devem ser distinguidos: por um lado, o sentido da vida, por outro, o propósito.

Segundo Frankl (2017), o sentido da vida pode ser encontrado, não por si só, mas no contacto com tudo o que nos rodeia, ou seja, encontrar um sentido para a vida através da nossa interação com o mundo. O autor afirma que o sentido da vida é mutável, mas que a sua busca é uma necessidade constante.

Baumeister (1991), refere que a busca de um sentido para a vida implica acreditar que a vida tem um propósito e que somos seres capazes de enfrentar desafios para atingir determinados objetivos, mantendo a autoestima e desempenhando boas ações.

Para Steger (2013) o significado dá-nos a sensação de que as nossas vidas são importantes, que fazem sentido e que são mais do que a soma de nossos segundos, dias e anos. Compreender a nossa experiência dessa maneira constrói o componente cognitivo do significado da vida. O componente cognitivo do significado da vida, portanto, refere-se à compreensão que desenvolvemos de quem somos, como é o mundo e como nos relacionamos com ele.

Por sua vez, Scheier et al. (2006) menciona que o propósito da vida está diretamente relacionado com objetivos que a pessoa considera como valiosos, mantendo-a comprometida com a vida e empenhando-se na sua concretização.

A procura constante e incessante de sentido e propósito, inerente à espiritualidade humana, intensifica-se na fase final da vida, quando a proximidade da morte é uma realidade. A abordagem da espiritualidade do doente paliativo assume um papel primordial, uma vez que “os valores espirituais frequentemente tornam-se mais relevantes em fim de vida” (Gilberts et al., 2011, p. 852).

## 2. Perceber o problema e dimensioná-lo

O doente em fim de vida, com CP no domicílio, tem uma forte ligação à sua família e/ou cuidador(es). Esta conexão torna-se fundamental para as vivências experienciadas nesta fase da vida. O cuidado espiritual, por parte da ECSCP, deve ser visto como fulcral, visando o holismo do doente, promovendo assim um alívio do sofrimento espiritual. “Os cuidados espirituais devem ajudar os doentes e suas famílias a encontrarem um significado e promover um senso de conexão e de paz face ao sofrimento e à morte” (Hanson et al., 2008, p. 908).

Segundo Martins et al. (2015) é no encontro da paz espiritual que a relação entre doente e sua família se enaltece e encontra o verdadeiro significado.

As necessidades espirituais, particularmente em situações de elevada complexidade, vulnerabilidade e fim de vida, são evidentes. Segundo Taylor (2003), é ainda escassa a informação acerca da prevalência destas necessidades. No entanto, as necessidades espirituais mais importantes são ser positivo, amar os outros, encontrar significado e a relação com Deus (Lormans et al., 2021).

A avaliação das necessidades espirituais é fulcral, uma vez que o sofrimento ou o bem-estar espiritual podem afetar a qualidade de vida dos doentes (Hampton et al., 2007). Por sua vez, Arrey et al. (2016) defendem que as necessidades espirituais do doente podem afetar a saúde mental e que, não conhecer estas necessidades, pode ter um grande impacto na sua qualidade de vida. Com efeito, o sofrimento espiritual tende a ser comum em pessoas com doença avançada, incurável e progressiva e pode associar-se a depressão, baixa tolerância a sintomas físicos como a dor, pelo que tem um impacto negativo na vontade de viver (Mathew-Geevarughese et al., 2019).

A existência de instrumentos e de ferramentas auxiliares no diagnóstico é, portanto, fundamental. Muito embora não substituam o juízo e experiência clínica podem auxiliar os profissionais de saúde na avaliação das necessidades espirituais, dos problemas daí decorrentes e na sua monitorização. Em Portugal existem vários instrumentos de avaliação na área da espiritualidade. O Observatório Português dos Cuidados Paliativos, no seu diretório de escalas validadas para Portugal, disponibiliza as seguintes: a *Portuguese End of Life Spiritual Comfort Questionnaire in Palliative Care patients* (Pinto et al., 2016), o *Questionário GES: Avaliação de recursos e necessidades espirituais* (Benito et al., 2014; Manso & Capelas, 2021), a *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale* (Martins et al., 2015) e a *Versão Portuguesa do Questionário de bem-estar espiritual* (Gouveia et al., 2009).

Apesar da existência destes instrumentos há ainda pouca evidência científica, a nível regional, no que diz respeito à avaliação espiritual dos doentes em CP. Ressalvamos, por exemplo, que

no contexto de estágio realizado na ECSCP não existe ainda um trabalho específico ao nível da avaliação espiritual, não sendo utilizados quaisquer instrumentos de avaliação. Ao nível do sistema informático e sistemas de informação e registos também não existe ainda qualquer parametrização nesta área. No entanto, existiu uma grande demonstração de interesse por parte da equipa em desenvolver o trabalho na área, uma vez que reconhece a importância da avaliação das necessidades dos doentes que acompanha o que, por si, é bastante positivo. A ECSCP compreende a importância da avaliação espiritual, não só do doente, mas também dos seus familiares e/ou cuidadores. Ainda assim, todas as atividades desenvolvidas foram de encontro à avaliação espiritual do doente.

### **3. Formular objetivos iniciais**

O projeto de melhoria contínua teve como objetivo principal:

- contribuir, no âmbito das competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista em EMC na área de atenção à pessoa em situação paliativa, para o desenvolvimento de um protocolo de atenção espiritual no seio de uma ECSCP.

O Quadro 3 apresenta os objetivos específicos e as atividades a desenvolver para a sua concretização.

**Quadro 3.** Objetivos específicos e atividades a desenvolver.

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Atividades a desenvolver</b>
Realizar uma revisão dos instrumentos existentes, validados para a população portuguesa.	- Efetuar pesquisa das escalas validadas pelo Observatório Português de Cuidados Paliativos, disponíveis no Repositório; - Imprimir as escalas;
Explorar a sua adequação à população alvo desta equipa e discutir em equipa multidisciplinar.	- Promover reunião para definir qual a escala a utilizar e quais os dados a recolher; - Definir quem faz a recolha dos dados; - Definir a periodicidade da avaliação;
Pilotar a implementação do protocolo em três visitas domiciliárias ao mesmo doente, se possível, para o refinar.	- Aplicar o protocolo de acordo com a periodicidade definida, em três visitas; - Reforçar junto da equipa a necessidade de aplicar o protocolo;
Identificar, a partir dos dados recolhidos, necessidades espirituais.	- Analisar os dados recolhidos; - Avaliar necessidades espirituais e promover potencial referenciação;
Efetuar registos dos dados recolhidos.	- Criar tabela para registo dos dados recolhidos; - Manter o registo atualizado dos dados recolhidos;

#### **4. Perceber as causas**

Os estudos efetuados na área da espiritualidade demonstram que, frequentemente, existem barreiras à prestação de cuidados espirituais.

Segundo Chan (2010), há vários fatores limitantes ao cuidado espiritual mas, quanto maior o nível de espiritualidade dos enfermeiros, maior é a atenção dispensada a estes cuidados. O número reduzido de profissionais de saúde, a falta de tempo e de formação académica são as principais barreiras ao cuidado espiritual. Já McSherry & Jamieson (2011) e Laranjeira et al. (2023) afirmam que os enfermeiros reconhecem a espiritualidade como uma área importante na prestação de cuidados. No entanto, referem não terem a formação necessária para o reconhecimento das necessidades espirituais e ferramentas que permitam responder às mesmas. Existem ainda fatores pessoais, culturais, institucionais e educacionais que se podem tornar barreiras aos cuidados espirituais, tais como: falta de preparação e incerteza, diferenças religiosas, número elevado de doentes, dificuldade em criar condições de privacidade e falta de formação e prática, assim como sistemas de informação que permitam registar, avaliar e monitorizar o cuidado espiritual (Edwards et al., 2010).

Já nos contextos de estágio, os principais fatores percecionados como barreiras ao cuidado espiritual foram a falta de formação na área, incluindo também o facto de os sistemas de registo serem deficitários nesta área, assim como a valorização de sintomas físicos em detrimento das necessidades espirituais, pois são aqueles que as equipas identificam mais facilmente na avaliação dos doentes.

## 5. Planear e executar as tarefas/atividades

Muito embora os dados já apontados na literatura e informalmente partilhados pela equipa connosco, procedemos a uma análise SWOT, com vista a uma maior e melhor compreensão da viabilidade do projeto e da sua implementação. A implementação e desenvolvimento do projeto, em termos de viabilidade, depende de inúmeros fatores, tanto internos como externos. Como tal, inicialmente, por forma a perceber a sua exequibilidade, foi necessário fazer uma análise das condições facilitadoras e dificultadoras, quer internas, quer externas.

De acordo com Ansoff e McDonnell (1984), como citado em Tonini et al. (2007) a análise SWOT é uma das ferramentas de gestão para suporte ao planeamento estratégico. O termo SWOT é um acrónimo das palavras *Strengths* (forças), *Weaknesses* (fraquezas), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças). É dividida em duas partes: o ambiente externo à organização (oportunidades e ameaças) e o ambiente interno (pontos fortes e pontos fracos). O ambiente externo está totalmente fora do controle da organização, age de maneira homogénea sobre todas organizações que atuam no mesmo mercado e na mesma área e, desta forma, representam oportunidades ou ameaças iguais para todas, cuja probabilidade de impacto deve ser tratada por cada empresa separadamente. Por outro lado, o ambiente interno é aquele que pode ser controlado pela empresa e, portanto, é diretamente sensível às estratégias formuladas pela organização.

Assim, segue-se um quadro (*quadro 4*) com a análise SWOT efetuada.

**Quadro 4:** Análise SWOT.

	Fatores positivos	Fatores negativos
Fatores internos	<p><b>Forças</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Motivação pessoal;</li> <li>○ Visitas domiciliárias regulares;</li> <li>○ Possibilidades que a equipa proporciona para interagir com os doentes/cuidadores;</li> <li>○ Recetividade por parte da maioria dos doentes/cuidadores;</li> <li>○ Motivação e necessidade da ECSCP relativamente ao tema;</li> <li>○ Escalas na área da espiritualidade traduzidas e validadas para a língua portuguesa;</li> </ul>	<p><b>Fraquezas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Espaço temporal limitado para o desenvolvimento do projeto;</li> <li>○ Apesar da recetividade, doentes vulneráveis, em fase avançada de doença, por vezes, incapazes de manifestar as suas necessidades espirituais;</li> </ul>
Fatores externos	<p><b>Oportunidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ambiente familiar no domicílio potenciador para a manifestação de necessidades espirituais;</li> <li>○ Importância crescente atribuída à temática.</li> <li>○ Existência de diversos instrumentos validados para população portuguesa, neste contexto.</li> </ul>	<p><b>Ameaças</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Possibilidade de outro colega trabalhar a mesma temática;</li> <li>○ Referenciação tardia para a equipa, com doentes incapazes de manifestar as suas necessidades espirituais;</li> <li>○ Possibilidade de, devido a indisponibilidade de viatura, não realizar a visita domiciliária pretendida.</li> </ul>

Com vista à realização contínua do projeto definiu-se também um limite temporal para as diversas atividades. Estas, decorreram num horizonte temporal de 9 meses, entre novembro de 2022 e junho de 2023.

As atividades desenvolvidas, assim como os recursos necessários para o desenvolvimento das mesmas, estão descritas no *Quadro 5*.

**Quadro 5.** Atividades desenvolvidas e recursos necessários.

<b>Atividades desenvolvidas</b>	<b>Recursos</b>
- Efetuada pesquisa das escalas validadas pelo Observatório Português de Cuidados Paliativos, disponíveis no Repositório; - Impressas as escalas;	- Computador com internet e impressora - Material de escritório
- Promovida reunião para definir qual a escala a utilizar e quais os dados a recolher; - Definido quem faz a recolha dos dados; - Definida a periodicidade da avaliação;	- Escalas impressas para todos os elementos da equipa - Bloco de notas - Lápis ou caneta - Computador
- Aplicado o protocolo de acordo com a periodicidade definida, em três visitas; - Reforçado junto da equipa a necessidade de aplicar o protocolo;	- Carro para a visita domiciliária (sem necessidade de reserva prévia, uma vez que a equipa possui viatura de serviço) - Escalas impressas - Lápis ou caneta NB: Considerar 20 minutos extra durante a visita (tempo estimado)
- Analisados os dados recolhidos; - Avaliadas necessidades espirituais;	- Escalas preenchidas - Lápis e caneta - Bloco de notas - Computador
- Criada tabela para registo dos dados recolhidos; - Mantido o registo atualizado dos dados recolhidos;	- Computador com internet

## 6. Verificar os resultados

No sentido de dar resposta aos objetivos definidos e, tal como apresentado no quadro anterior, foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- a) pesquisadas as escalas validadas pelo Observatório Português de Cuidados Paliativos, disponibilizadas no seu website (<https://ics.lisboa.ucp.pt/sobre-overview/observatorio-portugues-dos-cuidados-paliativos>), e efetuada a sua impressão em formato de papel;
- b) efetuada uma reunião com toda a equipa com o objetivo de apresentar os instrumentos de avaliação disponíveis. Após análise conjunta dos mesmos, a decisão foi unânime, tendo sido eleito o Questionário de Avaliação de Recursos e Necessidades Espirituais do Grupo Espiritualidade da Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Questionário GES).

- c) efetuada uma avaliação espiritual, tendo por base o Questionário GES, a cinco doentes, após a segunda visita domiciliária. Em todos os casos, foram efetuadas reavaliações entre a quarta e a quinta visitas;
- d) analisados dados recolhidos e avaliadas necessidades espirituais;
- e) criada tabela para registos dos dados recolhidos, mantendo-a atualizada;

Note-se que o questionário GES é uma ferramenta de avaliação de recursos e necessidades espirituais que permite explorar as possíveis fontes de satisfação ou necessidade, criado pela Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Benito et al., 2014) e validada para português por Manso & Capelas (2021). É composto por um conjunto de perguntas abertas iniciais que facilitam a criação de um clima de tranquilidade e um espaço de intimidade, uma vez que pode ainda não existir um tipo de vínculo próximo e/ou terapêutico, dando ao doente o tempo necessário para formular as respostas. O questionário consiste num conjunto de oito afirmações. Ao apresentá-las, deve solicitar-se ao doente que valorize em que medida se identifica com cada uma delas e em que grau (resposta em escala tipo likert, com opção de resposta entre “nada” e “muito”). Convém clarificar que o objetivo não é tanto buscar um score para cada resposta, mas, essencialmente, estimular o diálogo, para que o doente possa explorar, refletir e encontrar uma resposta intuitiva, que facilite a avaliação da necessidade espiritual individual, enquanto é acompanhado, aceite, reconciliado e transcendido. Ressalve-se que o instrumento atua como um facilitador da avaliação da dimensão espiritual.

Os resultados obtidos através das atividades realizadas e descritas anteriormente encontram-se sintetizados no Quadro 6.

**Quadro 6.** Apresentação de resultados.

Atividades desenvolvidas	Resultados
<p>a) - Efetuada pesquisa das escalas validadas pelo Observatório Português de Cuidados Paliativos, disponíveis no Repositório;</p> <p>- Impressas as escalas;</p>	<p>- Encontrados e impressos os seguintes instrumentos de avaliação: <i>Portuguese End of Life Spiritual Comfort Questionnaire in Palliative Care patients</i>, <i>Questionário GES: Avaliação de recursos e necessidades espirituais</i>, <i>Spirituality and Spiritual Care Rating Scale</i> e <i>Spiritual Well-being Questionnaire</i>;</p>
<p>b) - Promovida reunião para definir qual a escala a utilizar e quais os dados a recolher;</p> <p>- Definido quem faz a recolha dos dados;</p> <p>- Definida a periodicidade da avaliação;</p>	<p>- Eleito o Questionário GES: Avaliação de recursos e necessidades espirituais como instrumento a utilizar;</p> <p>- Uma vez que todas as visitas domiciliárias são efetuadas com a presença de, pelo menos, um(a) enfermeiro(a), a recolha de dados seria efetuada por estes(as);</p> <p>- Aplicação do questionário efetuada, preferencialmente, após a segunda visita domiciliária e repetida sempre que a equipa percebesse essa necessidade;</p>
<p>c) - Aplicado o protocolo de acordo com a periodicidade definida, em três visitas;</p> <p>- Reforçado junto da equipa a necessidade de aplicar o protocolo;</p>	<p>- Avaliação espiritual efetuada a cinco doentes diferentes, em duas visitas distintas e recolhidos todos os dados necessários, exceto um doente acompanhado em que, dada a necessidade, foram efetuadas as três avaliações;</p>
<p>d) - Analisados os dados recolhidos;</p> <p>- Avaliadas necessidades espirituais;</p>	<p>- Após a análise dos dados recolhidos as principais necessidades encontradas foram: alívio do sofrimento causado pela dor ou pela dispneia; noção de que poderiam ser esquecidos após a sua morte, e não propriamente o momento em que isso acontecesse; aceitação da evolução e trajetória da doença ou a morte; vontade de falar com guia espiritual, mais concretamente, um padre;</p>
<p>e) - Criada tabela para registo dos dados recolhidos;</p> <p>- Mantido o registo atualizado dos dados recolhidos;</p>	<p>- Todos os dados recolhidos durante as avaliações dos doentes foram introduzidos e registados numa tabela criada para o efeito, conforme apresentado no apêndice 2;</p> <p>- Criado protocolo de avaliação espiritual;</p>

Nas visitas domiciliárias em que foram efetuadas estas avaliações foi dado espaço aos doentes, que estavam conscientes e orientados no tempo e espaço, para ventilar as suas emoções, descrevendo, tanto as suas angústias e medos, como aquilo que lhes era mais significativo, num local calmo e confortável do seu domicílio, normalmente o quarto, mantendo a privacidade e respeitando sempre as suas crenças e valores.

Após a análise dos dados recolhidos, e tendo por base as experiências obtidas através da utilização do instrumento de avaliação, foi possível desenvolver um protocolo de avaliação de espiritual, que se encontra descrito no Apêndice 3. Este protocolo tem como objetivo definir as linhas gerais de atuação na avaliação espiritual dos doentes acompanhados pela ECSCP e possibilitar a existência de PIIC que contemple as necessidades espirituais do doente, podendo ser, posteriormente, solicitada a colaboração mais próxima de psicologia ou de um guia espiritual (normalmente, tendo em conta a orientação católica dos doentes acompanhados, um padre).

Pode dizer-se, relativamente aos resultados obtidos, que o projeto de desenvolvimento de competências e de melhoria contínua contribuiu para o desenvolvimento de uma temática que foi de encontro aos interesses pessoais e aos interesses da ECSCP, e que o trabalho desenvolvido irá contribuir para a prestação de cuidados de excelência aos doentes acompanhados no domicílio, integrando os aspetos psicológicos e espirituais, tal como definido pela OMS (2023).

## **7. Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa**

As atividades desenvolvidas foram todas, tal como descrito anteriormente, discutidas e aprovadas em equipa, assim como a elaboração do protocolo de avaliação espiritual que se encontra, atualmente, em fase de implementação.

O protocolo elaborado foi testado em cinco doentes e aplicado por enfermeiros/as. A equipa percebeu a sua exequibilidade e pertinência.

Surgiu a necessidade de melhorar alguns aspetos, tais como: planeamento do momento ideal para a avaliação e treino para iniciar o diálogo, cuidado e avaliação espiritual.

Apesar disso, importa ressaltar que o projeto se deu início com a nossa atividade, alavancando esta equipa em particular para lhe dar continuidade. Reconhecemos que o tempo do estágio foi curto para as diversas atividades, nomeadamente para todas as etapas preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, mas sentimos que foi um passo importante a vários níveis. Para nós, pela sua dinamização e pelas oportunidades de aprendizagem geradas e para a equipa, que

reconheceu a sua importância, se empenhou na sua implementação e que tem agora um instrumento para continuar a melhorar e a treinar. Esta é, portanto, uma etapa que não está encerrada, mas que acreditamos que ainda virá a robustecer-se.

**PARTE IV**  
**REFLEXÃO CRÍTICA**

O curso de EMC na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, desde o primeiro dia, foi um desafio que aceitamos com o objetivo de nos enriquecermos, não só a nível profissional, mas também a nível pessoal.

Inicialmente, o grande dilema passou por deliberar qual das áreas de especialização de enfermagem existentes seria aquela que nos poderia trazer um maior ganho para o futuro, no sentido de podermos continuar a exercer a profissão e a prestação de cuidados de excelência cada vez mais especializados.

A pandemia por SARS-CoV2, vulgarmente conhecida por COVID-19, que surgiu no final do ano de 2019 e que entrou na europa, e mais concretamente em Portugal, em março de 2020, foi a grande alavanca que nos levou a decidir por esta área de especialização. Nesta fase, as experiências vividas enquanto profissional subiram de patamar ao nível emocional e espiritual.

Com efeito, a nossa atividade profissional desenrolava-se, à data, num serviço de infecologia de um hospital central e, por conseguinte, foram muitos os casos de doentes internados com SARS-CoV2, causador de pneumonia grave, insuficiência respiratória hipoxémica, doença pulmonar obstrutiva crónica agudizada, levando a situações extremas de dispneia para pequenos esforços, ou mesmo em repouso, e enorme intolerância à atividade. As situações vividas colocaram-nos, massivamente, perante a vulnerabilidade humana e, com frequência, perante a evolução rápida da doença, a morte, a perda e o luto, sem que existisse, por parte da equipa interdisciplinar, uma resposta efetiva no controlo de sintomas, principalmente ao nível do cuidado espiritual, causado pelo medo de morrer e pela incapacidade de encontrar um sentido para a vida, uma vez que estes eram doentes que se encontravam, maioritariamente, conscientes da sua situação e da rápida evolução da doença.

Logo, entendemos a existência de uma lacuna nos cuidados de saúde, principalmente no serviço em questão, para a prestação de cuidados a doentes em fim de vida, sendo esta uma grande motivação para a escolha da área da pessoa em situação paliativa.

A tomada de decisão acerca do desenvolvimento da área da espiritualidade surgiu, para além do descrito anteriormente e intimamente ligado à atividade profissional, porque, no contexto familiar em que crescemos, a espiritualidade foi uma constante relacionada com a religião e com as suas vivências, crenças e tradições, nomeadamente, da Igreja Católica. Desde a infância que participamos em vários grupos de cariz religioso, nomeadamente na área musical litúrgica. Deste modo, o crescimento, amadurecimento e enriquecimento pessoal caminharam a par com a educação católica, o que nos levou sempre a encontrar o significado para vida, assim como o ajustar de crenças e valores, na existência de Deus.

Na última década, aproximadamente, para além da espiritualidade conectada a Deus, emergiu também o encontro do significado para a vida na atuação e intervenção pessoal, na tentativa de contribuir para um mundo melhor e para a construção de um *nós* melhor, não só com base

nas crenças e valores enraizados, mas também com o que a enfermagem e a experiência profissional permitiu adquirir. Esta tentativa diária de transcendência, quer pessoal, quer profissional, torna-nos hoje mais capazes de valorizar e atribuir significado a tudo o que nos rodeia, sempre com uma atitude positiva perante a vida.

O estágio, na sua totalidade, foi realizado em dois diferentes contextos, ao nível hospitalar e ao nível dos cuidados domiciliários. Ambos contribuíram fortemente para a aquisição de competências, não só pela componente prática e execução dos procedimentos e técnicas de enfermagem, mas também pelas experiências vivenciadas com os doentes e seus familiares e/ou cuidadores. As componentes instrumental e técnica do estágio são imprescindíveis para a aquisição de competências (Benner 2001; Regulamento (nº429/2018,) das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista). No entanto, o maior crescimento foi centrado no cuidado na pessoa e nas diversas estratégias que podem enriquecer este cuidado, como a comunicação, o trabalho em equipa, o cuidado à família e o controlo de sintomas, indo de encontro àquilo que são os quatro pilares dos CP (Barbosa et al., 2016), não esquecendo a atenção à pessoa em toda a sua plenitude, promovendo o alívio do sofrimento, não só físico, mas também psicossocial e espiritual (Sepúlveda et al., 2002).

Durante todo o período de estágio foi-nos possível executar a aplicação prática dos conhecimentos teóricos adquiridos nos primeiros semestres do curso. Tanto ao nível hospitalar, como ao nível domiciliário, as equipas demonstraram sempre uma total disponibilidade para nos integrarem de forma que nos pudéssemos sentir como um “elemento da equipa”, participando ativamente em todas as atividades desenvolvidas, desde os procedimentos técnicos, como por exemplo, a inserção de cateteres subcutâneos ou vesicais e administração de terapêutica, até às conferências familiares e planeamento de planos de cuidados, incluindo a gestão e organização de cuidados.

O que identificamos na maioria destes doentes, para além dos sintomas físicos que, com maior ou menor dificuldade, acabaram por ser controlados, foi uma grande angústia e sofrimento espiritual. Muita embora a literatura científica vá, paulatinamente, documentando a existência de sofrimento espiritual, particularmente no final da vida (Mathew-Geevarughese et al., 2019), o estágio colocou-nos com frequência perante a face visível deste sofrimento, que vai para além do que vemos na comunicação social ou lemos nos livros. Não raras vezes nos foi transmitido por estes doentes a necessidade de encontrar um sentido para a vida e para o que lhes estava a acontecer. Muito do sofrimento advinha do facto de não serem capazes de encontrar a paz espiritual necessária para perceberem o significado da sua vida e qual o seu propósito. Segundo Frankl (1989), a busca de um sentido para a vida está intimamente ligada ao ser humano e à sua constante necessidade de indagar a razão da sua existência.

Contribuíram para este facto, a necessidade de internamento hospitalar e o isolamento, que impediu a proximidade dos familiares e entes significativos nestes momentos cruciais que,

muitas vezes, pelo simples facto de os viverem juntos e partilharem emoções, vontades e pensamentos, podem levar a um melhor entendimento de si e daquilo que é e foi a sua vida. Segundo Hart (2020), são mais evidentes os sentimentos de brevidade, finitude, vulnerabilidade e impotência, nos hospitais. Nestes locais, os cuidados espirituais por parte da equipa e grupos religiosos locais ganham importância (Ferrel et al., 2020 & Taylor, 2020).

Desta forma, consideramos bastante pertinente trabalhar e poder contribuir para esta área dos cuidados, com a aquisição de competências específicas, tendo em conta a visão holística do doente e família/cuidador(es), no sentido de promover a vivência da espiritualidade no doente como um ser único, individual e com as suas próprias características. A espiritualidade tem um impacto importante na redução do sofrimento e na minimização das consequências do afastamento social (Hart, 2020 & Koenig, 2020).

Assim, dando continuidade ao desenvolvimento e aquisição de competências na área da espiritualidade, e percebendo quais as necessidades no local de estágio, assim como a vontade da equipa em evoluir a prática dos seus cuidados nesta área, surgiu a ideia de elaborar um protocolo de avaliação espiritual.

O desenvolvimento e elaboração do protocolo, tal como descrito, foi o culminar de um percurso que foi, sem dúvida, uma grande aprendizagem e que nos trouxe elementos positivos, como também teve momentos e aspetos difíceis de ultrapassar.

Assim, como fatores positivos destacaram-se: a motivação pessoal; as oportunidades que a equipa proporcionou para possibilitar a interação com os doentes; a receptividade por parte da maioria dos doentes abordados; a motivação e necessidade da equipa relativamente ao tema; os instrumentos de avaliação traduzidos e validados para a língua portuguesa; ambiente familiar e acolhedor no domicílio, potenciador da manifestação de necessidades espirituais.

As dificuldades com que nos fomos deparando foram variadas, sendo as mais evidentes: o espaço temporal limitado; a fase avançada de doença em doentes vulneráveis, referenciados para a equipa numa fase tardia; o facto de não serem efetuadas visitas domiciliárias aos doentes avaliados nos dias de estágio e o horário da equipa não incluir feriados e fins de semana, podendo assim perder-se o acompanhamento necessário; o facto de nunca ter elaborado um protocolo e a dificuldade de conciliação e gestão de tempo entre a vida pessoal, profissional e académica.

O resultado foi de encontro às expectativas e objetivos pessoais traçados, assim como às necessidades e vontade da equipa.

Assim, todo este percurso, preenchido não só por momentos difíceis, mas também por momentos de grande aprendizagem e de vivências significativas, tanto a nível teórico, como a

nível prático, contribuiu para a aquisição de competências comuns e específicas na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

## CONCLUSÃO

A promoção do bem-estar e qualidade de vida, através do alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual são os principais objetivos dos CP, que se entendem como cuidados holísticos a qualquer pessoa e de qualquer idade, assim como aos seus familiares/cuidadores, que esteja em sofrimento relacionado com uma doença terminal e/ou incurável.

O aumento da prevalência de pessoas com doenças crônicas e/ou incuráveis, avançadas e prolongadas conduz a um aumento de pessoas com necessidades de CP. Espera-se, portanto, que os serviços de saúde e sociais sejam capazes de dar uma resposta adequada, através da formação de profissionais especializados e com sensibilidade para responder a estas necessidades.

O presente relatório procura evidenciar o percurso vivenciado durante a prática clínica do MEMCEPSP através de uma análise crítica, reflexiva e fundamentada das atividades desenvolvidas. Este trajeto fomentou uma transformação pessoal e profissional, evidenciando-se pela maior sensibilidade na relação entre enfermeiro especialista e a pessoa, assim como os seus familiares/cuidadores, no processo do cuidado à pessoa em situação paliativa, indo de encontro à aquisição de competências comuns e específicas.

A realização de estágios em dois contextos distintos permitiu uma vasta aprendizagem, partilha de experiências e conhecimentos que proporcionaram o desenvolvimento de competências especializadas, assim como uma maior consciencialização do papel do enfermeiro especialista integrado numa equipa interdisciplinar.

Neste processo de constante adaptação e aprendizagem foi importante manter uma reflexão crítica acerca dos acontecimentos e atividades desenvolvidas, de forma a cumprir os objetivos e ir de encontro às expectativas. A necessidade de superação e ultrapassagem de obstáculos contribuíram para o crescimento pessoal e profissional.

A prática clínica diária, nos diferentes contextos, acarretou a necessidade de atualização e aprofundamento constante de conhecimentos científicos que sustentassem o pensamento crítico, a resolução de problemas e tomada de decisão na prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa, perante a necessidade de intervenções complexas inerentes a doenças prolongadas, progressivas e incuráveis.

Concretamente, foi dado maior ênfase à área da espiritualidade, tendo sido elaborado um protocolo de avaliação espiritual, num dos contextos de estágio, que permitiu aprofundar os

conhecimentos nesta área e, mais importante, desenvolver um trabalho que dê resposta às necessidades espirituais dos doentes.

Durante este percurso, na prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa, foram demonstradas as competências especializadas adquiridas, aplicando os conhecimentos científicos necessários, com elevados padrões de julgamento e tomada de decisão consciente, de acordo com a ética e deontologia profissional.

Assim, conclui-se que os objetivos foram alcançados, relativamente à aquisição de competências comuns e especializadas do enfermeiro especialista em EMCEPSP, demonstradas através da elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, tendo por base os quatro pilares dos CP e permitindo uma melhoria contínua na qualidade dos cuidados e uma prática profissional mais autónoma.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ansoff, H. & McDonnel, E, (1984). *Implementing Strategic Management*. Prentice-Hall.
- Arrey, A. E., Bilsen, J., Lacor, P., & Deschepper, R. (2016). Spirituality/religiosity: A cultural and psychological resource among Sub-Saharan African migrant women with HIV/AIDS in Belgium. *PloS one*, 11(7), e0159488. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159488>
- Aviso nº 4511/2021 de 11 de março. Ordem dos Enfermeiros: Programa Formativo que integra o ciclo de estudos do curso de Mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista nas áreas de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Diário da República Série 2. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22032/aviso-n%C2%BA-45112021-di%C3%A1rio-da-rep%C3%BAblica-n%C2%BA-492021-s%C3%A9rie-ii-de-2021-03-11.pdf>
- Barbosa, A. & Neto, I. G., (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Núcleo de Cuidados Paliativos: Faculdade de Medicina de Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos*. Núcleo de Cuidados Paliativos: Centro de Bioética. AIDFM.
- Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of life*. Guilford press.
- Benito, E., Oliver, A., Galiana, L., Barreto, P., Pascual, A., Gomis, C., & Barbero, J. (2014). Development and validation of a new tool for the assessment and spiritual care of palliative care patients. *Journal of pain and symptom management*, 47(6), 1008-1018.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.06.018>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de Enfermagem*. Quarteto.
- Buck, H. G. (2006). Spirituality: concept analysis and model development. *Holistic nursing practice*, 20(6), 288-292. <https://doi.org/10.1097/00004650-200611000-00006>
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M. J., Selmsler, P., & Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of palliative care*, 7(2), 6-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1714502/>
- Caldeira, S., Pinto, S. & Capelas, M. L. (2017). Implementing spiritual care at the end of life: Portugal. *European Journal of Palliative Care*, 24(4), 175-177. [https://www.researchgate.net/publication/320101149\\_Implementing\\_spiritual\\_care\\_at\\_the\\_end\\_of\\_life\\_Portugal](https://www.researchgate.net/publication/320101149_Implementing_spiritual_care_at_the_end_of_life_Portugal)

- Capelas, M.L., Neto, I.G., Barbosa, A. (2010). Organização de Serviços de Cuidados Paliativos. *Manual de Cuidados Paliativos 2*, 785-814. Faculdade Medicina de Lisboa. [https://www.researchgate.net/profile/Manuel-Capelas/publication/310796447\\_ORGANIZACAO\\_DE\\_SERVICOS\\_DE\\_CUIDADOS\\_PALIATIVOS/links/58373f1f08aed5c614863ba8/ORGANIZACAO-DE-SERVICOS-DE-CUIDADOS-PALIATIVOS.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Manuel-Capelas/publication/310796447_ORGANIZACAO_DE_SERVICOS_DE_CUIDADOS_PALIATIVOS/links/58373f1f08aed5c614863ba8/ORGANIZACAO-DE-SERVICOS-DE-CUIDADOS-PALIATIVOS.pdf)
- Capelas, M.L., Coelho, P. (2014). Pensar a organização de serviços de Cuidados Paliativos. *Revista Cuidados Paliativos*, 1(1), 17-26. <http://hdl.handle.net/10400.14/25105>
- Capelas, M.L., Neto, I.G., Coelho, P. (2016). Organização de Serviços de Cuidados Paliativos. *Manual de Cuidados Paliativos*, 915-936. Faculdade de Medicina de Lisboa. [https://www.researchgate.net/publication/310796447\\_ORGANIZACAO\\_DE\\_SERVICOS\\_DE\\_CUIDADOS\\_PALIATIVOS](https://www.researchgate.net/publication/310796447_ORGANIZACAO_DE_SERVICOS_DE_CUIDADOS_PALIATIVOS)
- Chan M. F. (2010). Factors affecting nursing staff in practising spiritual care. *Journal of clinical nursing*, 19(15-16), 2128-2136. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02690.x>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2021). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022. [https://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/paliativos/#tab\\_documentacao-2](https://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/paliativos/#tab_documentacao-2).
- Decreto-lei nº 161/96 de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. (1996). [https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=1823&tabela=leis&so\\_miolo=](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1823&tabela=leis&so_miolo=)
- Dos Enfermeiros, O., & de Enfermagem, C. (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Dos Enfermeiros, O., & de Enfermagem Regional, C. (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Secção Regional do Sul. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>
- Edwards, A., Pang, N., Shiu, V., & Chan, C. (2010). The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliative medicine*, 24(8), 753-770. <https://doi.org/10.1177/0269216310375860>
- Ferrell, B. R., Handzo, G., Picchi, T., Puchalski, C. & Rosa, W. E. (2020). The urgency of spiritual care: COVID-19 and the critical need for whole-person palliation. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(3), e7e11. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.06.034>

- Frankl, V. E. (1989). *Psicoterapia e sentido da vida: fundamentos da logoterapia e análise existencial*. Quadrante.
- Frankl, V. E. (2017). *Man's Search for Meaning: Young Adult Edition: Young Adult Edition*. Beacon Press.
- Gilberts, M. J., Echteld, M.A., van der Steen., J. T., Muller, M. T., Otten, R. H., Ribbe, M. W. & Deliens, L. (2011). Spirituality at the end of life: Conceptualization of measurable aspects: A systematic review. *Journal of Palliative Medicine*, 14(7), 852-863. <https://10.1089/jpm.2010.0356>
- Gómez-Batiste, X., Porta, J., Tuca, A. & Stjernsward, J. (2005). *Organización de servicios y programas de cuidados paliativos*, 21-54. Áran Ediciones.
- 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. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 10(2), 285-293. <http://hdl.handle.net/10400.12/1095>
- Hampton, D. M., Hollis, D. E., Lloyd, D. A., Taylor, J., & McMillan, S. C. (2007). Spiritual needs of persons with advanced cancer. *The American journal of hospice & palliative care*, 24(1), 42-48. <https://doi.org/10.1177/1049909106295773>
- Hanson, L., Dobbs, D., Usher, B., Williams, S., Rawling, J. & Daaleman, T. (2008). Providers and types of spiritual care during serious illness. *Journal of Palliative Medicine*, 11(6), 907- 913. <https://10.1089/jpm.2008.0008>
- Hart C. W. (2020). Spiritual Lessons From the Coronavirus Pandemic. *Journal of religion and health*, 59(2), 623-624. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01011-w>
- Koenig, H. G. (2020). Maintaining health and well-being by putting faith into action during the COVID-19 pandemic. *Journal of Religion and Health*, 59(5), 2205-2214. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01011-w>
- Laranjeira, C., Dixe, M. A., & Querido, A. (2023). Perceived Barriers to Providing Spiritual Care in Palliative Care among Professionals: A Portuguese Cross-Sectional Study. *International journal of environmental research and public health*, 20(12), 6121. <https://doi.org/10.3390/ijerph20126121>
- 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>
- Lormans, T., de Graaf, E., van de Geer, J., van der Baan, F., Leget, C., & Teunissen, S. (2021). Toward a socio-spiritual approach? A mixed-methods systematic review on the social and spiritual needs of patients in the palliative phase of their illness. *Palliative medicine*, 35(6), 1071-1098. <https://doi.org/10.1177/02692163211010384>

- Manso, D. M., & Capelas, M. L. (2021). Tradução e adaptação transcultural para português europeu do Cuestionario GES (SECPAL). *Cadernos De Saúde*, 13(2), 21-32. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2021.9998>
- Martins, A. R., Pinto, S., Caldeira, S. & Pimentel, F. L. (2015). Tradução e adaptação da spirituality and spiritual care rating scale em enfermeiros portugueses de cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 89-97. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13129>
- Martsof, D. S. & Mickley, J. R. (1998). The concept of spirituality in nursing theories: differing world-views and extent of focus. *Journal of advanced nursing*, 27(2), 294-303. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00519.x>
- Mathew-Geevarughese S.E., Corzo O. & Figuracion, E. (2019). Cultural, Religious, and Spiritual Issues in Palliative Care. *Prim Care*, 46(3), 399-413. <https://10.1016/j.pop.2019.05.006>.
- McSherry, W. (2006) The Principal Components Model: A Model for Advancing Spirituality and Spiritual Care within Nursing and Health Care Practice. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 905-917. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01648.x>
- McSherry, W. & Jamieson, S. (2011). An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of clinical nursing*, 20(11-12), 1757-1767. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03547.x>
- Pesut, B. (2008). A conversation on diverse perspectives of spirituality in nursing literature. *Nursing philosophy*, 9(2), 98-109. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2008.00341.x>
- Pinto, S. M. O., Berenguer, S. M. A. C., Martins, J. C. A., & Kolcaba, K. (2016). Cultural adaptation and validation of the Portuguese End of Life Spiritual Comfort Questionnaire in Palliative Care patients. *Porto biomedical journal*, 1(4), 147-152. <https://doi.org/10.1016/j.pbj.2016.08.003>
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *Journal of palliative medicine*, 17(6), 642-656. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., ... Pastrana, T. (2020). Redefining palliative care—a new consensus-based definition. *Journal of pain and symptom management*, 60(4), 754-764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Radbruch, L. & Payne, S. (2010). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. *European journal of Palliative Care*, 17(1), 22-33. <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1439369/FULLTEXT01.pdf>

- 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, n.º 135. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento N.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: II Série, n.º 26. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Romeiro J., Martins H., Pinto S. & Caldeira S. (2018). Review and Characterization of Portuguese Theses, Dissertations, and Papers about Spirituality in Health. *Religions*. 9(9), 271. <https://doi.org/10.3390/rel9090271>
- Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T. & Ullrich, A. (2002). Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *Journal of pain and symptom management*, 24(2), 91-96. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(02\)00440-2](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(02)00440-2)
- Scheier, M. F., Wrosch, C., Baum, A., Cohen, S., Martire, L. M., Matthews, K. A., Schulz, R. & Zdzienicka, B. (2006). The Life Engagement Test: assessing purpose in life. *Journal of behavioral medicine*, 29(3), 291-298. <https://doi.org/10.1007/s10865-005-9044-1>
- Steger, M. F. (2013). Experiencing meaning in life: Optimal functioning at the nexus of well-being, psychopathology, and spirituality. *The human quest for meaning*, 211-230. [https://www.researchgate.net/publication/285723565\\_Experiencing\\_meaning\\_in\\_life\\_Optimal\\_functioning\\_at\\_the\\_nexus\\_of\\_spirituality\\_psychopathology\\_and\\_well-being](https://www.researchgate.net/publication/285723565_Experiencing_meaning_in_life_Optimal_functioning_at_the_nexus_of_spirituality_psychopathology_and_well-being)
- Taylor E. J. (2003). Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers. *Cancer nursing*, 26(4), 260-266. <https://doi.org/10.1097/00002820-200308000-00002>
- Taylor, E. J. (2020). During the COVID-19 pandemic, should nurses offer to pray with patients? *Nursing 2020*, 50(7), 42-46. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000668624.06487.72>
- Tonini, A. C., Spínola, M. D. M. & Laurindo, F. J. B. (2007). A análise SWOT: uma nova perspectiva para a aplicação do seis sigma no desenvolvimento de software. *XXVI Encontro Nacional de Engenharia de Produção. A energia que move a produção: um diálogo sobre integração, projeto e sustentabilidade*. [https://www.researchgate.net/publication/242709901\\_A\\_ANALISE\\_SWOT\\_UMA\\_NOVA\\_PERSPECTIVA\\_PARA\\_A\\_APLICACAO\\_DO\\_SEIS\\_SIGMA\\_NO\\_DESENVOLVIMENTO\\_DE\\_SOFTWARE](https://www.researchgate.net/publication/242709901_A_ANALISE_SWOT_UMA_NOVA_PERSPECTIVA_PARA_A_APLICACAO_DO_SEIS_SIGMA_NO_DESENVOLVIMENTO_DE_SOFTWARE)
- Watson, J. (2012). *Human caring science*. Jones & Bartlett Publishers.
- Weathers, E., McCarthy, G. & Coffey, A. (2015). Concept analysis of spirituality: An evolutionary approach. *Nursing forum* 51(2), 79-96. <https://doi:10.1111/nuf.12128>

World Health Organization & International Council of Nurses. (2009). ICN framework of disaster nursing competencies.  
<http://www.apednn.org/doc/resourcespublications/ICN%20Framework%20of%20Disaster%20Nursing%20Competencies%20ICN%202009.pdf>

World Health Organization (2023). Fact sheets. Palliative Care. Key Facts.  
<https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>.

## APÊNDICES

## APÊNDICE I - Concessões de Cuidados

## **RELATÓRIO**

**Estudante(s)**

**Rui Miguel Magalhães Guedes (10353, Prof S Pinto)**

**Orientador(a)**

**Sara Maria Oliveira Pinto**

**Olga Maria Freitas Simões de Oliveira Fernandes**

**Porto, 2023**



## ÍNDICE

1. J.S. - Caso Clínico - EIHSCP .....	5
1.1. O cenário inicial. Enquadramento teórico .....	5
1.2. Clientes.....	9
1.3. Medicação.....	10
1.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	11
1.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.....	13
1.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	14
1.5. Domínios.....	15
1.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	15
1.6. Dados .....	20
1.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados .....	32
1.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados .....	32
1.7. Diagnósticos.....	34
1.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades .....	39
1.8. Especificação das intervenções.....	39



## 1. J.S. - Caso Clínico - EIHSCP

10353\_2\_Prof S Pinto\_2

### 1.1. O cenário inicial. Enquadramento teórico

#### Cenário Inicial

O Sr. J.S., de 55 anos, vive com a companheira há cerca de 20 anos e dedica o seu tempo a cuidar dos seus 5 gatos persas. Não têm filhos. Trabalhou como mecânico automóvel e vigilante. Fumador desde os 20 anos, cerca de 20 cigarros/dia.

Em setembro de 2022, por queixas de dispneia e dor torácica, realizou TAC tórax que revelou uma massa mediastínica, tendo sido diagnosticado um adenocarcinoma pulmonar em estadio IVB. Efetuou vários ciclos de quimioterapia, sem diminuição tumoral e com agravamento dos sintomas. Foi proposto para quimioterapia e radioterapia paliativas, para controlo sintomático, por metástases na grade costal direita.

No final de janeiro de 2023 recorre ao SU por agravamento do padrão habitual de dispneia, febre, hemoptises e dificuldade em adormecer, com 5 dias de evolução. A nova TAC tórax revela aumento da massa mediastínica e derrame pleural de grande volume. Encontra-se emagrecido, com pele e mucosas pálidas, extremidades frias, com dispneia para pequenos esforços e muito ansioso.

Fica internado no serviço de medicina interna para controlo sintomático e por fragilidade de difícil gestão no domicílio. No início de fevereiro é pedida a colaboração da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos.

#### Enquadramento teórico

##### Cuidados Paliativos

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu, globalmente, os cuidados paliativos, pela primeira vez em 1990, tendo modificado a sua definição para um âmbito mais alargado em 2002, como um abordagem que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos doentes e dos seus familiares, com doença avançada e incurável, promovendo o alívio do sofrimento e através de uma avaliação inequívoca e tratamento da dor e outros sintomas, não só físicos, mas

também psicossociais e espirituais, não acelerando ou atrasando o processo natural de morte (Sepúlveda et al., 2002).

Mais recentemente, os Cuidados Paliativos foram regulados e legislados em Portugal, tendo sido definidos, segundo a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (nº52/2012, Base II), por cuidados prestados a “doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva”, não descurando as suas famílias ou referentes, promovendo o “seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual”, quer em internamento, quer no domicílio.

### Adenocarcinoma do pulmão

O cancro do pulmão continua a ser, das doenças oncológicas, aquela que mais mortes causa em todo o mundo, apesar dos avanços tecnológicos, tanto na área médica como na área cirúrgica (Hutchinson et al, 2018).

O adenocarcinoma é o subtipo histológico mais comum de cancro do pulmão primário, afetando cerca de 40% dos doentes diagnosticados. Esta patologia está relacionada com vários fatores de risco, como por exemplo, o tabagismo e a poluição ambiental. Cerca de 85% dos casos está diretamente relacionado com o tabagismo e o risco está relacionado com a duração do hábito de fumar, assim como ao número e tipos de cigarros fumados por dia. Outros fatores de risco relevantes são a exposição ocupacional a diversos gases, como o radon, ou a outras substâncias químicas como o arsénico ou o níquel, assim como a predisposição genética (Uheara et al., 1998).

Ainda segundo Uheara et al. (1998), relativamente ao quadro clínico, cerca de 85% dos pacientes morrem nos cinco anos seguintes ao diagnóstico. A presença de sintoma, normalmente, é representativa de mau prognóstico. Ainda assim, existem doentes assintomáticos, com uma sobrevida superior à dos doentes sintomáticos. Os principais sintomas locais são: tosse, hemoptises, dor torácica, sibilos e dispneia. Quanto aos efeitos metastáticos, ocorrem, mais comumente, ao nível do fígado e das supra-renais, assim como ao nível ósseo e cerebral.

Uheara, C. et al. (1998) referem ainda que o diagnóstico é efetivado através de vários métodos, sendo que, entre os principais, estão a tomografia axial computadorizada, a ressonância magnética e a broncofibroscopia. O tratamento passa, essencialmente, pela ressecção tumoral cirúrgica, assim como a utilização de quimio e radioterapia como adjuvantes.

"O cancro do pulmão continua a ser diagnosticado em estádios avançados. Mesmo em situações consideradas precoces, o comportamento tumoral é imprevisível. As taxas de resposta são globalmente baixas, raramente ultrapassando os 40%" (Hespanhol, V., 2008).

## Espiritualidade

Tendo em conta o holismo do ser humano, é de extrema importância a adequação de cuidados e intervenções que explorem a espiritualidade e visem aliviar o sofrimento espiritual. A este propósito, já em 1998, Martsolf e Mickley alertavam que os enfermeiros reconhecem a importância da espiritualidade, no entanto, é uma área que permanece pouco desenvolvida. Estes dados continuam a ser, infelizmente, uma realidade, nomeadamente em Portugal, onde diversos estudos têm documentado o subdesenvolvimento do cuidado espiritual na prática de cuidados e na investigação (Caldeira et al., 2017; Romeiro et al., 2018).

Assim, é importante que os profissionais de saúde desenvolvam intervenções no domínio da espiritualidade. Para tal, é necessário que, primariamente, estabeleçam consciência da dimensão espiritual das suas próprias vidas e se conectem mais profunda e significativamente com seus pacientes através do desenvolvimento da consciência dos seus próprios valores, crenças e atitudes (Puchalski, 2014).

A palavra espiritualidade deriva da palavra espírito, que consiste “na força devida, na essência e energia de cada pessoa. É a força que confere ao indivíduo a capacidade de transcender as leis naturais e ordens da vida, permitindo atingir uma dimensão misteriosa ou transcendente. O espírito orienta e motiva os indivíduos na procura de sentido e significado, expressando-se em todos os aspetos e experiências da vida, especialmente em momentos de crise e necessidade” (McSherry, 2006, p.45, como citado em Martins et al., 2015).

Weathers et al. (2015), define espiritualidade, conceptualmente, como uma forma de estar no mundo, encontrando uma conexão com o próprio, com os outros e com um poder superior, transcendendo-se para além de si mesmo e do sofrimento, atribuindo um sentido à vida.

Estas reflexões acerca da espiritualidade levam-nos a abordar dois conceitos que devem ser distinguidos: por um lado, o sentido da vida, por outro, o propósito.

Segundo Frankl (2017), o sentido da vida pode ser encontrado, não por si só, mas no contacto com tudo o que nos rodeia, ou seja, encontrar um sentido para a vida através da nossa interação com o mundo. O autor afirma que o sentido da vida é mutável, mas que a sua busca é uma necessidade constante.

Baumeister (1991), refere que a busca de um sentido para a vida implica acreditar que a vida tem um propósito e que somos seres capazes de enfrentar desafios para atingir determinados objetivos, mantendo a autoestima e desempenhando boas ações.

Para Steger (2013) o significado dá-nos a sensação de que as nossas vidas são importantes, que fazem sentido e que são mais do que a soma de nossos segundos, dias e anos. Compreender a nossa experiência dessa maneira constrói o componente cognitivo do significado da vida. O componente cognitivo do significado da vida, portanto, refere-se à compreensão que

desenvolvemos de quem somos, como é o mundo e como nos relacionamos com ele.

Por sua vez, Scheier et al. (2006) menciona que o propósito da vida está diretamente relacionado com objetivos que a pessoa considera como valiosos, mantendo-a comprometida com a vida e empenhando-se na sua concretização.

A procura constante e incessante de sentido e propósito, inerente à espiritualidade humana, intensifica-se na fase final da vida, quando a proximidade da morte é uma realidade. A abordagem da espiritualidade do doente paliativo assume um papel primordial, uma vez que “os valores espirituais frequentemente tornam-se mais relevantes em fim de vida” (Gijberts et al., 2011, p. 852).

### Referências Bibliográficas

Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of life*. Guilford press.

Caldeira, S., Pinto, S. & Capelas, M. L. (2017). Implementing spiritual care at the end of life: Portugal. *European Journal of Palliative Care*, 24(4), 175-177.

Frankl, V. E. (2017). *Man's Search for Meaning: Young Adult Edition*. Beacon Press.

Gilberts, M. J., Echteld, M.A., van der Steen., J. T., Muller, M. T., Otten, R. H., Ribbe, M. W. & Deliens, L. (2011). *Spirituality at the end of life: Conceptualization of measurable aspects: A systematic review*. *Journal of Palliative Medicine*, 14(7), 852-863.

Hespanhol, V., (2008). Tratamento do cancro do pulmão - Decisão baseada na biologia, do gene à histologia. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, Vol. VIX, Suplemento 2.

Hutchinson, B., Shroff, G., Truong, M., Ko, J., (2018). Spectrum of Lung Adenocarcinoma, *Seminars in Ultrasound CT and MRI*.

Lei N.º 52/2012 de 5 de setembro. Lei de Bases de Cuidados Paliativos. Diário Da República I.

Martins, A. R., Pinto, S., Caldeira, S. & Pimentel, F. L. (2015). Tradução e adaptação da spirituality and spiritual care rating scale em enfermeiros portugueses de cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 89-97.

Martsof, D. S. & Mickley, J. R. (1998). The concept of spirituality in nursing theories: differing world-views and extent of focus. *Journal of advanced nursing*, 27(2), 294-303.

Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *Journal of palliative medicine*, 17(6), 642-656.

Romeiro J., Martins H., Pinto S. & Caldeira S. (2018). Review and Characterization of Portuguese

Theses, Dissertations, and Papers about Spirituality in Health. *Religions*. 9(9), 271.

Scheier, M. F., Wrosch, C., Baum, A., Cohen, S., Martire, L. M., Matthews, K. A., ... Zdaniuk, B. (2006). The life engagement test: Assessing purpose in life. *Journal of behavioral medicine*, 29(3), 291-298.

Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T. & Ullrich, A. (2002). Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *Journal of pain and symptom management*, 24(2), 91-96.

Steger, M. F. (2013). Experiencing meaning in life: Optimal functioning at the nexus of well-being, psychopathology, and spirituality. *The human quest for meaning*, 211-230.

Uehara, C., Jamnik, S., & Santoro, I. L. (1998). Câncer de pulmão. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 31(2), 266-276.

Weathers, E., McCarthy, G. & Coffey, A. (2015). Concept analysis of spirituality: An evolutionary approach. *Nursing forum* (51)2, 79-96.

## 1.2. Clientes

### Cliente

Adulto | Idade: 55 anos | Masculino

## Cuidador

20-03-2023 11:00

Nome do cuidador: M.M..

Data de nascimento do cuidador: 07-02-1962.

Parentesco: Cônjuge.

Coabita com a pessoa dependente.

Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.

Capacidade do cuidador para adquirir informação: Sem dificuldade em reter nova informação.

Capacidade do cuidador para recuperar informação: Sem dificuldade em recuperar informação.

Capacidade física do cuidador para alimentar através de sonda gástrica: suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para assistir no andar: suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para dar banho

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para deslocar cliente em cadeira de rodas: suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para posicionar

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para transferir

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar na totalidade.

## Família

20-03-2023 11:00

Família nuclear.

Família sem filhos.

Presença de animal doméstico.

Papel do cliente na família: Provedor financeiro.

### 1.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-03-20 11:00:00	Pantoprazol 40mg PO 09h00	2023-03-28
2023-03-20 11:00:00	Acetilcisteína 600mg PO 09h00	11:00:00 2023-03-28
2023-03-20 11:00:00	Epsicaprom 3000mg PO 09h00/21h00	11:00:00 2023-03-28
2023-03-20 11:00:00	Colchicina 0,5mg PO 09h00/21h00	11:00:00 2023-03-28
2023 03-20 11:00:00	Acetilsalicilato de lisina 500mg PO 07h00/15h00/23h00	11:00:00 2023-03-28
2023-03-20 11:00:00	Megestrol 80mg PO 09h00	11:00:00 2023-03-28
2023-03-20 11:00:00	Metoclopramida 10mg PO 30min antes das principais refeições	11:00:00
2023-03-20 11:00:00	Flutiform 250/10mcg dose Inal 09h00/21h00	2023-03-28
2023-03-20 11:00:00	Rivaroxabano 20mg PO 19h00	11:00:00 2023-03-28
2023-03-20 11:00:00	Hidromorfona 16mg PO 09h00	11:00:00 2023-03-28
2023-03-20 11:00:00	Hidromorfona 4mg PO 21h00	11:00:00 2023-03-28
2023-03-20 11:00:00	Alprazolam 1mg PO 07h00/15h00/23h00	11:00:00
2023-03-20 11:00:00	Trazodona 150mg PO 22h00	
2023-03-20 11:00:00	Lorazepam 2,5mg PO 22h00	
2023-03-20 11:00:00	Mirtazapina 15mg PO 22h00	
2023-03-20 11:00:00	Lactulose 15mg PO SOS	
2023-03-20 11:00:00	Morfina 3mg EV SOS (máx. 2/2h)	2023-03-28
2023-03-28 11:00:00	Fentanilo 50mcg TD 09h00 (troca de 3/3 dias)	11:00:00
2023-03-28 11:00:00	Bisacodilo 5mg PO 19h00	
2023-03-28 11:00:00	Midazolam 2mg EV SOS (até 3x/dia, se agitação)	
2023-03-28 11:00:00	Morfina 5mg EV SOS (máx. 2/2h, se dor ou dispneia)	
2023-03-28 11:00:00	Brometo de Ipratrópio 40mcg Inal 07h00/15h00/23h00	
2023-03-28 11:00:00	Salbutamol 100mcg Inal 07h00/15h00/23h00	
2023-03-28 11:00:00	Dexametasona 8mg PO 9h00	

#### 1.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A correta administração de medicação exige conhecimento e atenção a vários aspetos relevantes.

Normalmente, cada fármaco pode despoletar efeitos secundários indesejáveis, comprometendo

o diagnóstico e tratamento do doente. Como tal, é necessário estar atento à presença ou aparecimento destes efeitos.

Existem sintomas frequentes nos doentes com doenças incuráveis e progressivas, principalmente em fim de vida, como febre, náuseas, vômitos, tonturas, alteração da consciência. Estes sintomas podem ser provocados pela administração de fármacos e não pela doença, tornando-se fundamental realizar uma correta avaliação.

Seguem-se os aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação, que, de entre a que se encontra prescrita, se consideram mais relevantes:

**Pantoprazol:** é um antiulceroso utilizado para o tratamento de esofagite de refluxo, úlceras do duodeno e úlceras de estômago. Como efeitos indesejáveis, podem surgir dores de cabeça, tonturas, diarreia, flatulência, prisão de ventre, boca seca, dor e desconforto abdominal.

**Metoclopramida:** é um antiemético estimulante da motilidade gastrointestinal superior, procinético. Está indicada no controlo da náusea, refluxo gastroesofágico e vômito. Este fármaco estimula a motilidade do trato gastrointestinal superior, aumenta a pressão no esfíncter esofágico inferior, acelera o esvaziamento do estômago e aumenta o trânsito intestinal. Como efeitos adversos pode surgir sonolência, sintomas extrapiramidais, depressão e diarreia.

**Alprazolam:** é uma benzodiazepina. Está indicado no tratamento de estados de ansiedade, tensão, agitação, insónia, apreensão, irritabilidade e/ou hiperatividade vegetativa. Está indicado ainda para o tratamento de doença de pânico, com ou sem evitamento fóbico. O efeito secundário mais comum é a fadiga, que pode estar associada a ataxia e confusão.

**Trazodona:** é um inibidor de recaptção da serotonina usado como um agente antidepressivo. Geralmente, é mais útil em distúrbios depressivos associados a insónia e ansiedade. Como efeitos secundários principais, foram relatados casos de ideação suicida e comportamentos suicidas durante a terapêutica com trazodona ou pouco depois da descontinuação do tratamento.

**Lorazepam:** é usado no tratamento de ansiedade e insónia. Podem surgir reações como inquietação, agitação, irritabilidade, agressividade, pesadelos, alucinações, psicoses e comportamento inadequado.

**Mirtazapina:** pertence ao grupo de medicamentos conhecidos como antidepressivos e trata a doença depressiva em adultos. Os efeitos secundários mais frequentes são aumento do apetite, aumento de peso, inércia ou sonolência, cefaleias e xerostomia.

**Lactulose:** Pertence ao grupo dos laxantes osmóticos, que são utilizados no tratamento da obstipação. Tendo em conta a obstipação comum associada aos opioides, este medicamento deve ser prescrito, no mínimo, em SOS, e ser utilizado sempre que necessário. Pode provocar cólicas abdominais.

**Fentanilo:** está indicado no tratamento da dor crónica grave que necessite de administração contínua de opióides por um período de tempo prolongado. É possível que surjam sintomas de privação de opióides em alguns doentes após conversão ou ajuste da dose. Os efeitos colaterais mais comuns são a sonolência, tonturas, cefaleias, náuseas, vômitos e obstipação.

**Bisacodilo:** é um laxante de contacto que estimula o peristaltismo do cólon e promove a acumulação de água, resultando no amolecimento das fezes, usado na obstipação. Os efeitos indesejáveis mais comuns durante o tratamento são dor abdominal e diarreia.

**Midazolam:** é uma benzodiazepina de ação curta. Tem efeitos ansiolíticos, hipnóticos, anticonvulsivantes, relaxantes musculares e amnésicos anterógrados. Os efeitos secundários mais comuns são sonolência excessiva, sedação, confusão, dificuldade de concentração, tonturas, alterações da coordenação motora, alterações da linguagem, diplopia, náuseas e vômitos.

**Morfina:** Pertence à classe dos opióides, sendo utilizada para o controlo da dor intensa, seja aguda ou crónica, assim como para controlo da dispneia. Quanto aos efeitos indesejáveis destacam-se a obstipação, confusão, alucinações, retenção urinária e depressão respiratória.

**Brometo de Ipratrópio:** É um broncodilatador indicado para o tratamento sintomático de broncoespasmos reversíveis na DPOC e asma. Início de ação de 5 minutos. Efeitos secundários mais comuns: taquicardia, cefaleias, tremores, irritação da boca e garganta.

**Salbutamol:** Usado no tratamento sintomático da broncoconstrição reversível devido à asma brônquica e DPOC, incluindo bronquite crónica e enfisema. Início de ação de 15 a 30 minutos e duração de 4 a 6 horas. Efeitos secundários mais comuns: xerostomia, náuseas, tonturas, cefaleias, irritação ao nível da orofaringe e tosse.

**Dexametasona:** É um glicocorticosteroide sintético. Tem um alto poder anti-inflamatório e imunossupressor e é uma versão sintética das hormonas produzidas pelas glândulas suprarrenais. Este fármaco está indicado para aliviar sintomas decorrentes de inflamações e tratar doenças que requeiram ação imunossupressora. O risco de efeitos indesejáveis é baixo durante a terapia com dexametasona de curta duração. No entanto, em caso de terapia parentérica, de curta duração, mas dose elevada, deve ser considerado o risco de alterações dos eletrólitos, edema, possível aumento da pressão arterial, insuficiência cardíaca, arritmias cardíacas ou convulsões.

## 1.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

### Sondas, Drenos e Cateteres

20-03-2023 11:00

#### Sonda de oxigénio

Características do dispositivo: Cânula Nasal.

#### Intervenções de Enfermagem

20-03-2023 11:00 - Otimizar sonda de oxigénio

#### Cateter venoso periférico

Localização do cateter venoso periférico

Antebraço Direita(o)

Características do dispositivo: Nº 22.

#### Intervenções de Enfermagem

20-03-2023 11:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

20-03-2023 11:00 - Otimizar cateter venoso periférico

20-03-2023 11:00 - Trocar cateter venoso periférico

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

#### Sonda de oxigénio: cânula nasal

É um dispositivo que é colocado no nariz, ficando preso na região retroauricular, adaptando-se depois ao pescoço. É utilizado para administração de oxigénio de baixos volumes, normalmente, no máximo, até 5 ou 6L de O<sub>2</sub>/min.

#### Complicações da cânula nasal

Não existem grandes complicações associadas ao uso de cânula nasal para oxigenoterapia. Ainda assim, as mais frequentes são a formação de úlceras de pressão na região superior das orelhas e a desidratação da mucosa nasal.

#### Cateter venoso periférico

O cateter venoso periférico (CVP) e a sua aplicação prática, ou seja, a cateterização, dá-se pela introdução de um cateter de tamanho curto na circulação venosa periférica, sendo uma via capaz de prover a administração de grandes volumes ao paciente diretamente na corrente sanguínea, além da administração de drogas de efeitos diversos com a obtenção de rápida resposta. Pode ser utilizado em perfusões contínuas, intermitentes e para administração de medicamentos em bólus. A escolha do tipo adequado do acesso deve levar em consideração o

estado clínico do paciente e as características do seu sistema vascular, a medicação a ser administrada e o tempo de terapia proposta. As contraindicações para o uso de um cateter venoso periférico incluem a presença de uma fístula arteriovenosa (o cateter pode alterar o fluxo sanguíneo venoso ou danificar a fístula) e uma história de mastectomia ou dissecação de linfonódulo (o cateter pode exacerbar a dificuldade em se realizar uma drenagem linfática eficaz).

#### Complicações do cateter venoso periférico

Quando realizada de maneira adequada, o cateterismo venoso periférico é um procedimento seguro com poucos riscos graves. No entanto, uma série de complicações potenciais foram descritas. Entre as mais comuns estão a flebite, extravasamento de fluidos IV, e formação de hematomas. O risco de ocorrer tromboflebite pode ser reduzido evitando-se a colocação do acesso em membros inferiores, minimizando o movimento do cateter, colocando o menor tamanho de cateter adequado e removendo o cateter o mais rápido possível. Cateteres colocados em circunstâncias de emergência são mais propensos a complicações. Para cateteres que podem precisar ser colocados por períodos mais longos, pode-se imobilizar a articulação próxima e, assim, prevenir ou minimizar o movimento do cateter para reduzir o risco de tromboflebite. Cateteres venosos periféricos são considerados causas raras de infecções da corrente sanguínea.

### 1.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
20-03-2023 11:00	Consciência	
20-03-2023 11:00	Dor	
20-03-2023 11:00	Sistema respiratório	
20-03-2023 11:00	Eliminação intestinal	
20-03-2023 11:00	Eliminação urinária	
20-03-2023 11:00	Mucosas	
20-03-2023 11:00	Sono	
20-03-2023 11:00	Conservação de energia	
20-03-2023 11:00	Emoção	
20-03-2023 11:00	Pensamento	28-03-2023 11:00
20-03-2023 11:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
20-03-2023 11:00	Apetite	
20-03-2023 11:00	Processo Espiritual	
20-03-2023 11:00	Bem-estar	
20-03-2023 11:00	Conforto	
28-03-2023 11:00	Cuidar da higiene pessoal	
28-03-2023 11:00	Vestir-se ou despir-se	
28-03-2023 11:00	Andar	

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

#### Consciência

A consciência é descrita com a "resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos; mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior" (CIPE, 2015, p.35). As alterações do estado de consciência são relativamente comuns em doentes com hipercapnia ou hipoxémicos. Desta forma, é relevante a sua avaliação. Na maioria dos casos, a avaliação, apesar de muitas vezes não se adequar ao doente, é efetuada através da utilização da Escala de Coma de Glasgow, que avalia a resposta a três parâmetros: abertura espontânea dos olhos, resposta verbal e resposta motora. O score varia entre os 3 e os 15 pontos, quando não existe qualquer resposta nem abertura dos olhos e quando existe abertura espontânea dos olhos, uma resposta, quer física, quer verbal, completamente consciente e orientada, respetivamente.

#### Dor

Como anteriormente referido, a progressão desta doença nem sempre é linear e o seu prognóstico não é estanque, levando à indecisão do momento da referenciação para os cuidados paliativos. Esta indefinição pode conduzir a uma morte mais dolorosa, com sintomas mal controlados e sem a elaboração e implementação atempada de um plano de cuidados que preserve a autonomia, respeitando os valores e preferências do doente e família. A dor tem grande impacto na qualidade de vida do cliente, que por sua vez, afeta diretamente a sua família e amigos. O sofrimento causado pela dor não controlada, que é, muitas vezes, incapacitante, pode levar ao isolamento. Segundo a definição da International Association for the Study of Pain (IASP), a "dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão" (Raja et al, 2020). A IASP refere também que a dor é uma experiência universal, subjetiva, multidimensional e complexa, nas diferentes vertentes, como física, cognitiva, comportamental, afetiva, moral e socio cultural, o que torna pertinente uma abordagem multidisciplinar desde ao diagnóstico e ao tratamento. A mesma associação auferiu que 90% dos doentes em situação paliativa experimentam dor no curso da sua doença, sendo este, um domínio de grande importância. Em cuidados paliativos, a dor pode ser vista segundo o paradigma da dor total, que consiste na combinação das diferentes vertentes: física, psicológica, social e espiritual. Estas afetam o cliente na sua totalidade (Sapeta, P., 2007). Visto que o objetivo não passa pela cura, mas sim pelo conforto, qualidade de vida e bem-estar, a dor deve ser tida como um dos mais importantes sintomas associados ao sofrimento. A avaliação da dor é fundamental para o seu controlo. Atualmente é considerada o 5º sinal vital, sendo necessária a sua correta descrição e documentação. Segundo o guia orientador de boa prática da Ordem dos Enfermeiros, de 2008, esta avaliação e documentação deve ser efetuada através das seguintes escalas: "Escala Visual

Analógica”, “Escala Numérica”, “Escala de Faces”, “Escala Qualitativa”.

### **Dispneia**

Para a generalidade das pessoas, na maior parte do tempo, respirar é um fenómeno inconsciente. No entanto, por vezes, torna-se uma ação consciente, associada a desconforto. Os mecanismos que envolvem o desconforto respiratório ainda não são completamente conhecidos, embora existam já evidências de que estejam envolvidos processos neurológicos variados. Ainda assim, ao invés do que acontece, por exemplo, com a dor, cujos estímulos têm origem em terminações nervosas livres, ainda não foram descritos receptores especializados de dispneia. A dispneia caracteriza-se pela sensação de dificuldade respiratória associada a um aumento do esforço para respirar, manifestando-se de diferentes maneiras. Cada pessoa tem terminologia diferente para descrever a forma como a sente, como por exemplo: respiração de pequena duração, dificuldades em respirar, sufocação e aperto torácico (Hoeman, 2011). A avaliação de experiências subjetivas torna-se difícil dado que, maioritariamente, é baseada na autoavaliação, sendo que esta apreciação requer uma abordagem holística, para assim o doente ser capaz de articular a sua perceção da experiência única, em detrimento da avaliação que se baseia naquilo que o enfermeiro observa e pensa que sabe do sintoma do doente (Paula, 2003; Maher e Hemming, 2005). A avaliação da intensidade da dispneia é um elemento importante, tanto em condições clínicas, como experimentais. Ao longo dos últimos anos, inúmeras escalas têm sido desenvolvidas e propostas com essa finalidade. Algumas escalas atualmente validadas para avaliação da dispneia são a Escala Analógica Visual, a Escala Numérica e a Escala de Borg Modificada (Martinez, J.B.A. et al. 2004). O termo dispneia é utilizado por alguns doentes para exprimir desconforto resultante do aumento do trabalho respiratório, independentemente da causa. Os doentes também utilizam o termo dispneia quando sentem diminuição da tolerância ao esforço levando à perda de autonomia (Azevedo et al., 2010).

### **Conservação de energia**

As estratégias a adotar com as técnicas de conservação de energia são muito importantes. Pequenas alterações nas tarefas diárias são muitas vezes suficientes para reduzir a sensação de dispneia e prevenir, diminuir ou mesmo retardar o aparecimento de alterações metabólicas e respiratórias durante a realização das mesmas (Presto & Damázio, 2009). A Direção-Geral da Saúde (2009) propõe algumas alterações simples na execução de tarefas que devem ser ensinadas ao utente e que podem contribuir significativamente para o controlo da dispneia: realizar grande parte das atividades de vida diária (tomar banho, lavar os dentes, barbear-se, lavar a cara, pentear-se, calçar e descalçar sapatos, vestir e despir a parte de cima do corpo) sentado num banco, usar sapatos sem cordão, dividir o tempo para realização de tarefas diárias, subir escadas devagar e degrau a degrau, não ter pressa na realização de tarefas.

### Intolerância à atividade

A intolerância à atividade é definida na CIPE (2015) como um tipo de resistência com as características específicas: “falta de capacidade para manter a energia, energia física e psicológica insuficiente para tolerar ou completar as atividades diárias necessárias ou desejadas, cansaço fácil, movimentos corporais extenuantes.” Segundo Cordeiro e Menoita (2012) a intolerância à atividade origina consequências nas várias dimensões da pessoa e ainda que os conceitos de dispneia e intolerância à atividade sejam distintos, apresentam uma relação recíproca de causa-efeito. Pois, a intolerância à atividade é ocasionada pela inatividade gerada pelo aparecimento da dispneia, levando a pessoa a reduzir a sua atividade física, promovendo um ciclo vicioso de desadaptação progressiva ao exercício.

### **Sono**

O bem-estar físico, mental e cognitivo do indivíduo está interligado com o sono, visto que cerca de um terço da vida é passado a dormir (Colten et al, 2006, citado por Abejas. et al, 2021). Com o envelhecimento, é comum também a diminuição da eficiência do sono, com mais despertares, visto estar associado uma maior predominância das fases menos profundas do sono (Abejas. A et al, 2021). O ciclo do sono integra duas fases: a non-rapid eye movement (NREM), que corresponde a 75-80% do tempo total de sono e subdivide-se em quatro estádios (N1-N4) com profundidade crescente. Esta é a fase menos profunda do sono. A segunda fase, a mais profunda (fase dos sonhos), designada por rapid eye movement (REM), é a fase em que ocorre a atonia muscular e a consolidação da memória. Em cuidados paliativos as alterações do padrão de sono são comuns, afetando a qualidade de vida da pessoa. A prevalência da insónia nesta fase de vida, segundo Nzwalo et al (2020), é de quase 50%. Segundo a CIPE, 2015, a insónia trata-se da incapacidade crónica de dormir, de manter-se a dormir durante o período planeado, apesar de estarem asseguradas as condições para tal. A insónia está muitas vezes associada a fatores físicos ou psicológicos como a ansiedade, stress emocional, dor, desconforto, tensão, abuso de drogas e outros.

### **Autocuidado**

O termo "autocuidado" foi trabalhado a partir da teoria de Orem. Segundo a autora, "refere-se ao desempenho ou a prática de atividades que as pessoas realizam com vista a manter a vida, saúde e bem-estar. É uma ação apreendida pelo indivíduo no seu contexto sociocultural" (Orem, 2001). A CIPE (2015) define o autocuidado como a "atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária."

### **Processo Espiritual**

A palavra espiritualidade deriva da palavra espírito, que consiste “na força devida, na essência e energia de cada pessoa. É a força que confere ao indivíduo a capacidade de transcender as leis naturais e ordens da vida, permitindo atingir uma dimensão misteriosa ou transcendente. O

espírito orienta e motiva os indivíduos na procura de sentido e significado, expressando-se em todos os aspetos e experiências da vida, especialmente em momentos de crise e necessidade” (McSherry, 2006, p.45, como citado em Martins et al., 2015). Weathers et al. (2015), define espiritualidade, conceptualmente, como uma forma de estar no mundo, encontrando uma conexão com o próprio, com os outros e com um poder superior, transcendendo-se para além de si mesmo e do sofrimento, atribuindo um sentido à vida. A procura constante e incessante de sentido e propósito, inerente à espiritualidade humana, intensifica-se na fase final da vida, quando a proximidade da morte é uma realidade. A abordagem da espiritualidade do doente paliativo assume um papel primordial, uma vez que “os valores espirituais frequentemente tornam-se mais relevantes em fim de vida” (Gilberts et al., 2011, p. 852).

### Referências Bibliográficas

- Abejas, A. & Duarte, C. (2021). *Humanização em Cuidados Paliativos*. Lidel.
- Azevedo, P. In Barbosa, A. et al., (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética. Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2019). CIPE Versão 2015: *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*.
- Cordeiro, M., Menoita, E., (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas*.
- Direção-Geral da Saúde. (2009). *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*.
- Gilberts, M. J., Echteld, M.A., van der Steen., J. T., Muller, M. T., Otten, R. H., Ribbe, M. W. & Deliens, L. (2011). Spirituality at the end of life: Conceptualization of measurable aspects: A systematic review. *Journal of Palliative Medicine*, 14(7), 852-863.
- Hoeman Shirley P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação, prevenção intervenção e resultados esperados*.
- Maher, D. e Hemming, L. (2005). Palliative care for breathless patients in the community. *British Journal of Community Nursing*, 10(9), 414-418.
- Martinez, J.A.B. et al. (2004) Dispneia. *Simpósio: Semiologia*, capítulo II.
- Martins, A. R., Pinto, S., Caldeira, S. & Pimentel, F. L. (2015). Tradução e adaptação da spirituality and spiritual care rating scale em enfermeiros portugueses de cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 89-97.
- Nzwalo, I. & Aboim, M. & Joaquim, N. & Marreiros, A. & Nzwalo, H., (2020). Systematic Review of

the prevalence, predictors, and treatment of insomnia in Palliative Care. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 1-13.

Ordem dos Enfermeiros, (2008). DOR - Guia Orientador de Boa Prática. Conselho de Enfermagem.

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*.

Paula, M. Suzanne (2003). Critical outcomes in plmonary rehabilitation: Assessment and evaluation of dyspnea and fatigue. *Journal of rehabilitation Research and Development*, 40(5), 13-14.

Presto, B., & Damázio, L. (2009). *Fisioterapia Respiratória*.

Raja, Srinivasa N. et al (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *International Association for the Study of Pain*.

Sapeta, P. (2007) *Dor Total vs Sofrimento: a Interface com os Cuidados Paliativos*.

Weathers, E., McCarthy, G. & Coffey, A. (2015). Concept analysis of spirituality: An evolutionary approach. *Nursing forum* 51(2), 79-96.

## 1.6. Dados

### Consciência

20-03-2023 11:00

Abertura dos olhos: espontânea.

Resposta verbal: orientada.

Resposta motora: obedece a ordens simples.

28-03-2023 11:00

Abertura dos olhos: espontânea [MANTEVE].

Resposta verbal: orientada [MANTEVE].

Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].

### Apetite

20-03-2023 11:00

Apetite diminuído.

Paladar conservado.

### Apetite comprometido

Conhecimento sobre regime dietético: facilitador.

Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador.

Significado atribuído ao compromisso do apetite: não dificultador.

Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador.

28-03-2023 11:00

Apetite diminuído [MANTEVE].

Paladar conservado [MANTEVE].

Conhecimento sobre regime dietético: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre regime dietético: facilitador.

Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador.

Significado atribuído ao compromisso do apetite: não dificultador.

Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador.

Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: facilitador.

### **Dor**

20-03-2023 11:00

#### **Dor**

Localização da dor

Tórax

Intensidade da dor - 3.

frequência da dor - intermitente.

duração da dor - aguda.

dor de tipo - pontada.

Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente: facilitador.

Capacidade para autocontrolar analgesia: facilitadora.

Autoeficácia para autocontrolar a analgesia: facilitadora.

Significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor: desvalorização.

Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 28-03-2023 11:00**

**Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 28-03-2023 11:00**

28-03-2023 11:00

Localização da dor

Tórax

Intensidade da dor - sem dor.

Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: facilitador.

Significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor: não dificultador.

Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas: facilitador.

### **Sistema respiratório**

20-03-2023 11:00

Frequência respiratória: 20 ciclos/min.

Ritmo respiratório irregular.

Movimento respiratório simétrico.

Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.

Utiliza os músculos acessórios da ventilação.

Saturação do oxigénio no sangue

Periférico(a): 92 %.

Coloração da mucosa: pálida.

Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico.

Reflexo da tosse: presente.

Expele as secreções das vias aéreas.

Sons respiratórios: normais.

Secreções em pequena quantidade.

Secreções normais.

Secreções esbranquiçadas.

Conhecimento sobre prevenção de infeção: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre prevenção de contaminação: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre a inaloterapia e a limpeza da via aérea: facilitadora.

Consciencialização da relação entre a tosse e a limpeza da via aérea: facilitadora.

Capacidade para limpar secreções da via aérea

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Capacidade para executar inaloterapia

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Autoeficácia para tossir: facilitadora.

Autoeficácia para executar inaloterapia

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Significado atribuído à realização da técnica da tosse: não dificultador.

Capacidade do cuidador para aspirar via aérea

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Autoeficácia do cuidador para executar inaloterapia

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

### **Dispneia**

Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade para executar exercícios respiratórios

Dispositivo: Nenhum - Capacidade para executar exercícios respiratórios: facilitadora.

Autoeficácia para executar exercícios respiratórios: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para otimizar a ventilação

Dispositivo: Nenhum - Capacidade do cuidador para otimizar a ventilação: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

**Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia**  
[RESOLVIDO] 28-03-2023 11:00

28-03-2023 11:00

Frequência respiratória: 26 ciclos/min.

Ritmo respiratório irregular [MANTEVE].

Movimento respiratório assimétrico [PIOROU].

Profundidade da ventilação: inspirações superficiais [MANTEVE].

Utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

Coloração da mucosa: pálida.

Comunica falta de ar quando em repouso e em posição confortável [PIOROU].

Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].

Sons respiratórios: normais.

Secreções em pequena quantidade.

Secreções fluídas [PIOROU].

Secreções esbranquiçadas.

Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: facilitador.

Consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia: facilitadora.

Capacidade para executar exercícios respiratórios

Dispositivo: Nenhum - Capacidade para executar exercícios respiratórios: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para otimizar a ventilação

Dispositivo: Nenhum - Capacidade do cuidador para otimizar a ventilação: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre a inaloterapia e a limpeza da via aérea: facilitadora.

Consciencialização da relação entre a tosse e a limpeza da via aérea: facilitadora.

Capacidade para limpar secreções da via aérea

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Capacidade para executar inaloterapia

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Autoeficácia para tossir: facilitadora.

Autoeficácia para executar inaloterapia

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Significado atribuído à realização da técnica da tosse: não dificultador.

Capacidade do cuidador para executar inaloterapia

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para aspirar via aérea

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

## **Eliminação intestinal**

20-03-2023 11:00

Consistência das fezes: Moldada com fendas na superfície.

Coloração das fezes: acastanhada.

Número de defecações por semana: 3.

Conhecimento sobre prevenção de desidratação: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre prevenção de maceração do períneo: facilitador.

Conhecimento sobre regime dietético: facilitador.

Conhecimento sobre regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre regime dietético: facilitador.

Conhecimento sobre regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre regime de exercício: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre regime dietético: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal: facilitador.

### **Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de desidratação**

[RESOLVIDO] 28-03-2023 11:00

### **Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso [RESOLVIDO]**

28-03-2023 11:00

### **Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso [RESOLVIDO]**

28-03-2023 11:00

28-03-2023 11:00

Consistência das fezes: Moldada com fendas na superfície [MANTEVE].

Coloração das fezes: acastanhada.

Número de defecações por semana: 2.

Conhecimento sobre prevenção de desidratação: facilitador.

Conhecimento sobre prevenção de maceração do períneo: facilitador.

Conhecimento sobre regime dietético: facilitador.

Conhecimento sobre regime medicamentoso: facilitador.

Conhecimento sobre regime dietético: facilitador.

Conhecimento sobre regime medicamentoso: facilitador.

Conhecimento sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre regime dietético: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre regime medicamentoso: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal: facilitador.

### **Eliminação urinária**

20-03-2023 11:00

Cor da urina: Amarelo-palha.

Cheiro da urina: sui generis.

Transparência da urina: Límpida.

Frequência da eliminação urinária: Normal .

Reconhece a vontade de urinar.

Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

Sem globo vesical.

Eliminação urinária involuntária ausente.

Conhecimento sobre planejamento da eliminação urinária: facilitador.

Conhecimento sobre prevenção de retenção urinária: facilitador.

28-03-2023 11:00

Cor da urina: Escura.

Cheiro da urina: intenso [PIOROU].

Frequência da eliminação urinária: Normal [MANTEVE].

Reconhece a vontade de urinar [MANTEVE].

Sensação de esvaziamento completo da bexiga [MANTEVE].

Sem globo vesical [MANTEVE].

Eliminação urinária involuntária ausente [MANTEVE].

### **Mucosas**

20-03-2023 11:00

#### **Membrana mucosa comprometida**

Localização do compromisso da membrana mucosa

Cavidade oral

Coloração da mucosa: pálida.

Mucosa seca.

Conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

#### **Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa [RESOLVIDO] 28-03-2023 11:00**

28-03-2023 11:00

Localização do compromisso da membrana mucosa

Cavidade oral

Coloração da mucosa: pálida.

Mucosa seca.

Mucosa com textura normal.

Conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa: facilitador.

### **Sono**

20-03-2023 11:00

Sono não reparador e intermitente .

Número (médio) de horas de sono noturno: 4 Hora.

Número (médio) de horas de sono diurno: 0 Hora.

### **Sono comprometido**

Conhecimento sobre promoção do sono: facilitador.

Significado atribuído ao compromisso do sono: não dificultador.

28-03-2023 11:00

Sono não reparador, com dificuldade em adormecer e intermitente [MANTEVE].

Cliente não consegue quantificar as horas de sono

Conhecimento sobre promoção do sono: facilitador.

Significado atribuído ao compromisso do sono: não dificultador.

Conhecimento do cuidador sobre promoção do sono: facilitador.

### **Conservação de energia**

20-03-2023 11:00

Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com o repouso.

### **Intolerância à atividade**

Conhecimento sobre conservação da energia: facilitador.

Conhecimento sobre regime de exercício: facilitador.

Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: facilitadora.

Capacidade para executar regime de exercício: facilitadora.

Conhecimento do cuidador sobre conservação de energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

### **Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia [RESOLVIDO] 28-03-2023 11:00**

28-03-2023 11:00

Comunica cansaço permanente e ausência de recuperação da energia com o repouso [PIOROU].

Conhecimento sobre conservação da energia: facilitador.

Conhecimento sobre regime de exercício: facilitador.

Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: facilitadora.

Capacidade para executar regime de exercício: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Autoeficácia para executar regime de exercício: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre conservação de energia: facilitador.

### **Emoção**

20-03-2023 11:00

Tristeza persistente (há mais de uma semana) (Não).

Desesperança e pessimismo (Não).

Autodesvalorização (Não).

Acentuada diminuição de interesse e prazer nas atividades.

Dificuldade na concentração.

Pensamentos recorrentes de morte (Não).

Tom de voz baixa, discurso arrastado (Não).

Verbalização de ansiedade.

Inquietação .

Irritabilidade (Não).

Pânico (Não).

### **Ansiedade**

Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora.

Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

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.

Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: facilitadora.

Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador.

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

Capacidade do cuidador para usar estratégias de controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

### **Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 28-03-2023 11:00**

### **Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade**

### **Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade**

### **Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 28-03-2023 11:00**

### **Potencial do cuidador para melhorar capacidade para usar estratégias de controlo da ansiedade**

28-03-2023 11:00

Tristeza persistente (há mais de uma semana) [PIOROU].

Desesperança e pessimismo [PIOROU].

Autodesvalorização (Não) [MANTEVE].

Acentuada diminuição de interesse e prazer nas atividades [MANTEVE].

Dificuldade na concentração [MANTEVE].

Pensamentos recorrentes de morte (Não) [MANTEVE].

Tom de voz baixa, discurso arrastado (Não) [MANTEVE].

Verbalização de ansiedade (Não) [MELHOROU].

Inquietação [MANTEVE].

Irritabilidade (Não) [MANTEVE].

Pânico (Não) [MANTEVE].

Especificação da perda: Perda de autonomia nos cuidados de higiene, vestir-se e despir-se e andar. Impossibilidade de regressar a casa pela dispneia de difícil controlo e cansaço fácil..

Negação da perda (Não).

Pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda (Não).

Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora.

Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitador.

Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitador.

Capacidade do cuidador para usar estratégias de controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

### **Pensamento**

20-03-2023 11:00

Sem dificuldade em controlar os pensamentos e juízos formados.

Sem dificuldade para resistir ou controlar os pensamentos obsessivos.

Revela querer fazer mal a si próprio (Não).

Pensou que seria melhor estar morto(a) ou desejou estar morto(a) (Não).

Pensou em suicidar-se (Não).

Pensou numa maneira de se suicidar (Não).

Já fez algum plano de terminar sua vida (Não).

Já fez alguma tentativa de suicídio (Não).

Relato com conteúdo implausível (com base em algo falso ou sem base na realidade) (Não).

28-03-2023 11:00

Sem dificuldade em controlar os pensamentos e juízos formados.

Sem dificuldade para resistir ou controlar os pensamentos obsessivos.

Revela querer fazer mal a si próprio (Não) [MANTEVE].

Pensou que seria melhor estar morto(a) ou desejou estar morto(a) (Não) [MANTEVE].

Pensou em suicidar-se (Não) [MANTEVE].

Pensou numa maneira de se suicidar (Não) [MANTEVE].

Já fez algum plano de terminar sua vida (Não) [MANTEVE].

Já fez alguma tentativa de suicídio (Não) [MANTEVE].

Relato com conteúdo implausível (com base em algo falso ou sem base na realidade) (Não) [MANTEVE].

### **Cuidar da higiene pessoal**

28-03-2023 11:00

Obtém objetos para o banho.

Abre a torneira.

Lava e seca parte do corpo

Dispositivo: Cadeira de banho - Lava e seca parte do corpo.

Lava a cavidade oral.

Aplica produtos de higiene.

Penteia-se

Dispositivo: Nenhum - Penteia-se.

Barbeia-se.

Corta as unhas

Dispositivo: Nenhum - Não corta as unhas.

Limpa-se após usar o sanitário.

Ajusta a roupa após usar o sanitário.

### **Cuidar da higiene pessoal comprometido**

Conscientização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: facilitadora.

Conscientização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Conscientização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arrancar-se

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Conscientização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para usar sanitário

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Capacidade para tomar banho

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Capacidade para arrancar-se

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Capacidade no uso do sanitário

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conscientização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no tomar banho: facilitadora.

Conscientização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no arrancar-se: facilitadora.

Conscientização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no uso do sanitário: facilitadora.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de maceração do perineo: facilitador.

Capacidade do cuidador para assistir no tomar banho: facilitadora.

Capacidade do cuidador para dar banho

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Capacidade do cuidador para arrancar o cliente: facilitadora.

Capacidade do cuidador para assistir no uso do sanitário: facilitadora.

### **Vestir-se ou despir-se**

28-03-2023 11:00

Escolhe as roupas.

Retira roupa da gaveta ou armário.

Veste-se

Dispositivo: Nenhum - Veste a roupa da parte superior e não veste a roupa da parte inferior do corpo.

Abotoa

Dispositivo: Nenhum - Abotoa.

Ata cordões

Dispositivo: Nenhum - Não ata cordões.

Calça meias

Dispositivo: Nenhum - Não calça as meias.

### **Vestir-se ou despir-se comprometido**

Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Capacidade para vestir-se ou despir-se

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

Capacidade do cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

Capacidade do cuidador para vestir/despir: facilitadora.

### **Andar**

28-03-2023 11:00

Mobilidade através da marcha

Dispositivo: Nenhum - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas.

### **Andar comprometido**

Consciencialização sobre compromisso no andar: facilitadora.

Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre uso de cadeira de rodas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Capacidade para andar

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Capacidade para usar cadeira de rodas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no andar: facilitadora.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: facilitador.

Capacidade do cuidador para assistir no andar

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

### **Processo Espiritual**

20-03-2023 11:00

Doente manifesta sinais de angústia espiritual: encontra-se inquieto e com sono muito agitado; refere não entender qual o sentido da sua vida, uma vez que, dada a dispneia sentida, não se encontra capaz de realizar algumas das atividades de vida diária de forma autónoma, assim como, quando regressar a casa, terá dificuldade em trabalhar numa das suas atividades preferidas: o restauro de automóveis. Recusa visitas de outros familiares, para além da esposa. Tem dificuldade em aceitar o seu diagnóstico pois ainda se sente muito novo para deixar de poder viver. Para além disso, verbaliza que é proprietário de vários veículos e outros bens materiais, e que tem o desejo de que os mesmos sejam

transmitidos para a posse da sua companheira. No entanto, uma vez que mantém uma relação de mais de 20 anos em união de facto, manifesta uma grande vontade de formalizar a sua união e casar com a sua companheira. Existe ainda outra questão que o preocupa e lhe causa angústia, que são os seus 5 gatos, de quem sente saudades, demonstrando o desejo de os ver assim que possível. No entanto, refere não ter esperança de vir a concretizar estes desejos, dada a complexidade da sua situação e o agravamento do seu estado, assim como as burocracias necessárias para a sua concretização. Conhecimento sobre angústia espiritual. Necessita ser melhorado; é o momento certo para intervir.

#### **Angústia espiritual**

#### **Esperança comprometida**

#### **Potencial para melhorar conhecimento acerca do alívio da angústia espiritual**

#### **Potencial do cuidador para melhorar conhecimento acerca do alívio da angústia espiritual**

28-03-2023 11:00

Cliente demonstra sinais de angústia espiritual mais agravados. Dispneia mais agravada e perda de autonomia que o impossibilitam de voltar a casa.

Diminuir a angústia espiritual: necessita melhorar para progredir para a mestria; é o momento certo para intervir.

Angústia espiritual: conhecimentos acerca dos eventos planeados: facilitador.

Transferência para o serviço de Internamento de Cuidados Paliativos: facilitador.

#### **Bem-estar**

20-03-2023 11:00

Bem-estar físico: apresenta (apesar da dispneia para pequenos esforços, refere sentir-se bem). Bem-estar psicológico: não apresenta. Bem-estar emocional: não apresenta. Bem-estar espiritual: não apresenta.

Conhecimento sobre bem-estar. Necessita ser melhorado; é o momento certo para intervir.

#### **Bem-estar comprometido**

#### **Potencial para melhorar o bem-estar**

#### **Potencial do cuidador para melhorar o bem-estar**

28-03-2023 11:00

Bem-estar físico: não apresenta. Bem-estar psicológico: não apresenta. Bem-estar emocional: não apresenta. Bem-estar espiritual: não apresenta.

Bem-estar físico, psicológico e emocional: necessita melhorar para progredir para mestria; não é o momento certo para intervir.

#### **Conforto**

20-03-2023 11:00

Doente refere sentir-se confortável, apesar da dispneia para pequenos esforços.

Conhecimento sobre conforto. Necessita ser melhorado; é o momento certo para intervir.

#### **Conforto comprometido**

#### **Potencial para melhorar o conforto**

#### **Potencial do cuidador para melhorar o conforto**

28-03-2023 11:00

Comunica desconforto pela dispneia, mesmo em repouso.

Conforto: necessita melhorar para progredir para mestria; não é o momento certo para intervir.

### **1.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados**

A existência de sintomas é frequentemente associada ao sofrimento psicológico e à diminuição da qualidade de vida, o que implica, necessariamente, um controlo adequado dos mesmos em todo o processo de doença. O descontrolo sintomático (físico, psicossocial e espiritual) tem grande impacto na qualidade de vida do doente. Aliviar e minimizar o sofrimento torna-se primordial em situações de doença progressiva e incurável. O controlo eficaz dos sintomas e a satisfação de necessidades e desejos que visem o conforto e qualidade de vida só é possível após uma correta avaliação. São então objetivos e prioridades no planeamento de cuidados:

- Controlar os sintomas, principalmente, dispneia, dor e insónia;
- Controlar o sofrimento psicológico do doente e da companheira, fornecendo toda a informação necessária sobre o diagnóstico e prognóstico da patologia, de acordo com a sua vontade;
- Estabelecer, junto do cliente e da companheira, metas reais, de acordo com as suas expectativas, mais concretamente, as questões relacionadas com o controlo sintomático e a maior dependência nos vários domínios do autocuidado;
- Capacitar para a tomada de decisão, de forma a conciliar os objetivos de todos os intervenientes;
- Transferir o cliente para o internamento de Cuidados Paliativos, proporcionando um internamento num local mais calmo e adequado à sua condição;
- Proporcionar ao cliente a possibilidade de, ainda que internado, poder doar, oficialmente, os seus bens à companheira;
- Proporcionar ao cliente e à companheira uma cerimónia de casamento;
- Proporcionar ao cliente um último encontro com os seus gatos;

### **1.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados**

#### **Evolução do cliente**

O cliente, aquando uma das visitas da EIHS CP, encontrava-se consciente e orientado no tempo e espaço. Referia sentir-se confortável, apesar da dispneia para pequenos esforços com oxigenoterapia contínua, uma vez que não era incapacitante no que diz respeito aos vários

domínios do autocuidado. Apresentava queixas de dor torácica que revertia com os resgates de analgesia prescrita em SOS. Referia ainda dificuldade em adormecer e ter um sono intermitente devido aos ruídos da enfermaria, relacionados com a presença de outros doentes. Negava outros sintomas físicos, mas bastante ansioso com o internamento. Relativamente a questões familiares, demonstrava vontade de regressar a casa e mostrava preocupação e angústia relacionadas com a sua companheira, pelo facto de não serem casados e ser esse um desejo que ambos gostariam de cumprir. Para além disso, uma vez que tinha noção do seu diagnóstico e prognóstico, estava também angustiado com o facto de ter vários carros, que ele próprio restaurou, que eram propriedade sua. Queria doá-los à companheira. Outra das preocupações causadoras de tristeza era o facto de não ter voltado a ver os seus gatos, que considerava como uns filhos para o casal. Era com expectativa que aguardava o momento em que poderia melhorar um pouco a sua dispneia e regressar ao domicílio alguns dias para poder resolver os assuntos pendentes. Verbaliza não estar a ser capaz de encontrar sentido para a vida, a não ser na realização destes desejos. Casar sempre foi o que mais quis durante a sua vida, mas por razões que não sabe explicar, nunca o fizeram. Quanto à companheira, que assumiu o papel de cuidadora até então, tinha vontade de concretizar todos os desejos do cliente. No entanto, referia sentir-se exausta e sem condições para continuar a cuidar do cliente no domicílio, dado o agravamento, pois temia entrar em pânico e não conseguir lidar com as várias crises respiratórias com dispneia grave que o companheiro tinha regularmente. Recusou-se a recebê-lo em casa na sua condição atual. Desta forma, a EIHSCP, de maneira a poder ajudar o cliente e a companheira a cumprirem os seus desejos e vontades, decidiu propor uma transferência para o internamento de Cuidados Paliativos, dada a complexidade na gestão do caso.

Na segunda visita registada nesta conceção de cuidados, cerca de uma semana após a visita anterior, o cliente encontrava-se com uma melhoria da dor torácica, embora com um agravamento da dispneia e da intolerância à atividade. Muito ansioso. Apresentava já alguns dos domínios do autocuidado comprometido e com necessidade de aumentar opioides para controlo de dispneia, que apresentava mesmo em repouso. Referiu que se sentia pior a cada dia e que a possibilidade de volta ao domicílio seria cada vez menor, pelo que aceitou ser transferido para o internamento do Cuidados Paliativos no dia seguinte.

Já no internamento de cuidados paliativos, com um ambiente mais calmo e com a dispneia menos exacerbada, e com maior liberdade para as visitas da companheira, com espaço para ventilarem emoções e serem ouvidos, o cliente foi diminuindo a sua angústia e inquietude. Através de um notário que se deslocou ao centro hospitalar foi possível doar os seus bens à companheira. Poucos dias depois, com o apoio e junção de esforços de toda a equipa, com a presença do capelão do hospital e de um coro, foi possível realizar uma cerimónia simbólica do casamento, onde não faltou a troca de alianças douradas e a assistirem, bem de perto, os seus cinco gatos. Esta cerimónia foi realizada no terraço do serviço de internamento de cuidados paliativos, realizando assim os desejos do cliente e companheira.

Três dias após este evento o cliente iniciou um quadro de agravamento de sintomas e entrou numa fase de últimas horas/dias de vida, acabando por morrer entretanto, na presença da companheira, tranquilo e, aparentemente, confortável.

Todo este esforço da equipa permitiu, ao cliente e companheira, minimizar o sofrimento e angústia, promovendo a melhor qualidade de vida possível, indo de encontro aos seus desejos e vontades.

### Indicadores de resultados

OBJETIVOS	INTERVENÇÕES	INDICADORES DE RESULTADO
<b>DOR</b>		
Avaliar a evolução da dor Diminuir a dor	Avaliar a dor Gerir analgesia prescrita a horas fixas e em SOS Executar técnicas não farmacológicas para alívio da dor	Refere diminuição de dor durante três dias consecutivos Diminui número de SOS solicitados e administrados Enumera técnicas não farmacológicas para alívio da dor
<b>DISPNEIA</b>		
Avaliar a evolução da dispneia Diminuir a dispneia	Avaliar dispneia Gerir opioide Executar posicionamento facilitador da ventilação	Refere melhoria da dispneia Diminui número de SOS solicitados e administrados Executa posicionamento facilitador da ventilação
<b>SONO</b>		
Avaliar a evolução do sono Melhorar a qualidade do sono	Avaliar padrão do sono Promover ambiente calmo e tranquilo Gerir terapêutica	Refere melhoria do padrão e horas de sono
<b>ANGÚSTIA ESPIRITUAL</b>		
Avaliar evolução da angústia espiritual Diminuir a angústia espiritual	Avaliar angústia espiritual Promover escuta ativa e respeitar crenças e valores Proporcionar realização de desejos e vontades	Refere sentir-se menos ansioso e inquieto Refere encontrar um sentido e significado para vida

### Quadro 1. Indicadores de resultados

## 1.7. Diagnósticos

### Consciência

20-03-2023 11:00 - Avaliar evolução da consciência

### Apetite

20-03-2023 11:00

### **Apetite comprometido**

#### Intervenções de Enfermagem

28-03-2023 11:00 - Planear dieta

### **Dor**

20-03-2023 11:00

### **Dor**

#### Intervenções de Enfermagem

20-03-2023 11:00 - Avaliar evolução da dor

20-03-2023 11:00 - Gerir analgesia

20-03-2023 11:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

20-03-2023 11:00 - Posicionar para aliviar a dor

### **Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 28-03-2023 11:00**

#### Intervenções de Enfermagem

20-03-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [TERMO] 28-03-2023 11:00

20-03-2023 11:00 - Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [TERMO] 28-03-2023 11:00

### **Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 28-03-2023 11:00**

### **Sistema respiratório**

20-03-2023 11:00

20-03-2023 11:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea

20-03-2023 11:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para otimizar a ventilação

20-03-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de episódios de dispneia

20-03-2023 11:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para aspirar via aérea

20-03-2023 11:00 - Avaliar evolução da autoeficácia do cuidador para executar inaloterapia

### **Dispneia**

#### Intervenções de Enfermagem

28-03-2023 11:00 - Avaliar evolução da dispneia

28-03-2023 11:00 - Posicionar para otimizar a ventilação

### **Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [RESOLVIDO] 28-03-2023 11:00**

#### Intervenções de Enfermagem

20-03-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [TERMO] 28-03-2023 11:00

20-03-2023 11:00 - Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia [TERMO]

28-03-2023 11:00

### **Eliminação intestinal**

20-03-2023 11:00

### **Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de desidratação [RESOLVIDO] 28-03-2023 11:00**

### **Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso [RESOLVIDO]**

28-03-2023 11:00

**Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso [RESOLVIDO]**

28-03-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

20-03-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime medicamentoso

[TERMO] 28-03-2023 11:00

20-03-2023 11:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso [TERMO] 28-03-2023 11:00

**Mucosas**

20-03-2023 11:00

**Membrana mucosa comprometida**

Intervenções de Enfermagem

20-03-2023 11:00 - Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas

20-03-2023 11:00 - Lavar cavidade oral

**Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa [RESOLVIDO] 28-03-2023 11:00**

Intervenções de Enfermagem

20-03-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa [TERMO] 28-03-2023 11:00

20-03-2023 11:00 - Ensinar sobre tratamento da membrana mucosa [TERMO] 28-03-2023 11:00

**Sono**

20-03-2023 11:00

**Sono comprometido**

Intervenções de Enfermagem

20-03-2023 11:00 - Avaliar evolução do sono

20-03-2023 11:00 - Implementar estratégias de promoção do sono

20-03-2023 11:00 - Gerir medicação

**Conservação de energia**

20-03-2023 11:00

**Intolerância à atividade**

Intervenções de Enfermagem

20-03-2023 11:00 - Avaliar evolução da tolerância à atividade

**Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia [RESOLVIDO] 28-03-2023 11:00**

Intervenções de Enfermagem

20-03-2023 11:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia [TERMO] 28-03-2023 11:00

20-03-2023 11:00 - Analisar com o cliente a relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia [TERMO] 28-03-2023 11:00

**Emoção**

20-03-2023 11:00

**Ansiedade**

Intervenções de Enfermagem

20-03-2023 11:00 - Avaliar evolução da ansiedade

20-03-2023 11:00 - Assistir cliente no treino do pensamento positivo

20-03-2023 11:00 - Assistir cliente no treino do autocontrolo ansiedade

**Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 28-03-2023 11:00**

Intervenções de Enfermagem

20-03-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [TERMO] 28-03-2023 11:00

20-03-2023 11:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [TERMO] 28-03-2023 11:00

20-03-2023 11:00 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento [TERMO] 28-03-2023 11:00

**Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade**

Intervenções de Enfermagem

20-03-2023 11:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade

20-03-2023 11:00 - Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade

**Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade**

Intervenções de Enfermagem

20-03-2023 11:00 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

20-03-2023 11:00 - Instruir estratégias de relaxamento

**Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 28-03-2023 11:00**

**Potencial do cuidador para melhorar capacidade para usar estratégias de controlo da ansiedade**

**Cuidar da higiene pessoal**

28-03-2023 11:00

**Cuidar da higiene pessoal comprometido**

Intervenções de Enfermagem

28-03-2023 11:00 - Assistir no tomar banho

28-03-2023 11:00 - Assistir no arranjar-se

**Vestir-se ou despir-se**

28-03-2023 11:00

**Vestir-se ou despir-se comprometido**

Intervenções de Enfermagem

28-03-2023 11:00 - Assistir no vestir-se ou despir-se

**Andar**

28-03-2023 11:00

**Andar comprometido**

Intervenções de Enfermagem

28-03-2023 11:00 - Assistir no andar

28-03-2023 11:00 - Adequar o vestuário para prevenir queda

28-03-2023 11:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

### **Processo Espiritual**

20-03-2023 11:00

#### **Angústia espiritual**

##### Intervenções de Enfermagem

- 20-03-2023 11:00 - Avaliar evolução de angústia espiritual
- 20-03-2023 11:00 - Respeitar as crenças e práticas religiosas
- 20-03-2023 11:00 - Promover escuta ativa
- 20-03-2023 11:00 - Respeitar a dignidade e privacidade
- 20-03-2023 11:00 - Incentivar a procura de significado e propósito
- 20-03-2023 11:00 - Encaminhar para líder espiritual (se vontade do doente)
- 20-03-2023 11:00 - Promover contacto com familiares (se vontade do doente)

#### **Esperança comprometida**

##### Intervenções de Enfermagem

- 20-03-2023 11:00 - Avaliar evolução da esperança
- 20-03-2023 11:00 - Incentivar à verbalização das emoções
- 20-03-2023 11:00 - Estabelecer objetivos a curto prazo
- 20-03-2023 11:00 - Ajudar na identificação de sucessos passados
- 20-03-2023 11:00 - Assistir no treino do pensamento positivo

#### **Potencial para melhorar conhecimento acerca do alívio da angústia espiritual**

##### Intervenções de Enfermagem

- 20-03-2023 11:00 - Analisar com o cliente quais os eventos possíveis de realizar com o sentido de minimizar a angústia espiritual
- 28-03-2023 11:00 - Planear transferência de serviço para o serviço de Internamento de Cuidados Paliativos

#### **Potencial do cuidador para melhorar conhecimento acerca do alívio da angústia espiritual**

### **Bem-estar**

20-03-2023 11:00

#### **Bem-estar comprometido**

##### Intervenções de Enfermagem

- 20-03-2023 11:00 - Avaliar a evolução do bem-estar
- 20-03-2023 11:00 - Promover o bem-estar físico, psicológico, emocional e espiritual
- 20-03-2023 11:00 - Utilizar técnicas de comunicação terapêutica
- 20-03-2023 11:00 - Respeitar as suas crenças e valores
- 20-03-2023 11:00 - Gerir analgesia
- 20-03-2023 11:00 - Dar oportunidade de expressar sentimentos e emoções

#### **Potencial para melhorar o bem-estar**

##### Intervenções de Enfermagem

- 20-03-2023 11:00 - Avaliar o bem-estar físico
- 20-03-2023 11:00 - Avaliar o bem-estar psicológico
- 20-03-2023 11:00 - Avaliar o bem-estar emocional

#### **Potencial do cuidador para melhorar o bem-estar**

## **Conforto**

20-03-2023 11:00

### **Conforto comprometido**

#### Intervenções de Enfermagem

- 20-03-2023 11:00 - Avaliar evolução do conforto
- 20-03-2023 11:00 - Gerir analgesia
- 20-03-2023 11:00 - Gerir esforços
- 20-03-2023 11:00 - Assistir no posicionamento de conforto
- 20-03-2023 11:00 - Promover conforto
- 20-03-2023 11:00 - Dar oportunidade de expressar sentimentos e emoções
- 20-03-2023 11:00 - Respeitar as suas crenças e valores

### **Potencial para melhorar o conforto**

#### Intervenções de Enfermagem

- 20-03-2023 11:00 - Avaliar o conforto
- 20-03-2023 11:00 - Analisar com o cliente as ações promotoras de conforto

### **Potencial do cuidador para melhorar o conforto**

#### **1.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades**

Todas as intervenções de enfermagem planeadas e realizadas foram no sentido de atingir os objetivos e prioridades traçadas para o cliente e companheira, dando primazia à qualidade de vida e conforto e diminuição do sofrimento e angústia de ambos. Assim, todas as intervenções contribuíram para que o plano de cuidados fosse cumprido, tanto ao nível do controlo de sintomas físicos, principalmente a dispneia, como na diminuição da angústia espiritual, no cumprimento dos seus desejos, dando algum sentido à sua vida e permitindo que a sua morte se caracterizasse como um momento tranquilo e de paz, na companhia da sua companheira.

#### **1.8. Especificação das intervenções**

Avaliar evolução da consciência

- Utilizar Escala de Coma de Glasgow

Lavar cavidade oral

- Utilizar solução de clorhexidina

Ensinar sobre regime medicamentoso

- Ensinar a solicitar analgesia em SOS sempre que necessário

Implementar estratégias de promoção do sono

- Promover ambiente calmo, tranquilo, com pouca luz e pouco ruído
- Administrar medicação prescrita
- Promover conforto e bem-estar

Ensinar sobre tratamento da membrana mucosa

- Ensinar acerca da hidratação da mucosa oral
- Ensinar acerca da importância dos cuidados à boca

Otimizar sonda de oxigénio

- Trocar sonda oxigénio

Analisar com o cliente a relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia

- Analisar quais as atividades em que o cliente deve dispende energia e programar períodos de repouso (por exemplo, usar urinol para não se deslocar ao WC)

Otimizar cateter venoso periférico

- Verificar funcionamento do cateter
- Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do cateter
- Trocar película adesiva fixadora do cateter

Avaliar evolução da dor

- Utilizar escala numérica da dor

Gerir analgesia

- Administrar analgesia prescrita
- Administrar analgesia em SOS, se prescrita e se necessário

Assistir cliente no treino do pensamento positivo

- Proporcionar ambiente calmo e tranquilo
- Incentivar a pensar nos sucessos passados
- Estabelecer objetivos viáveis a curto prazo

Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

- Ensinar sobre posicionamento confortável
- Ensinar acerca de massagem de relaxamento
- Ensinar a usar técnicas de distração (ver tv ou ler um livro)

Assistir cliente no treino do autocontrolo ansiedade

- Ensinar técnicas de respiração
- Proporcionar ambiente calmo e tranquilo

Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

- Executar massagem de relaxamento
- Executar técnica de distração
- Adotar um posicionamento confortável

Posicionar para aliviar a dor

- Promover o posicionamento mais confortável
- Elevar a cabeceira

Avaliar evolução de angústia espiritual

- Identificar sinais de angústia espiritual (por exemplo: inquietude)

Incentivar a procura de significado e propósito

- Identificar sucessos passados
- Ajudar na concretização e construção de legado

Avaliar evolução da esperança

- Identificar sinais de esperança (por exemplo: vontade de construir um legado)

Avaliar a evolução do bem-estar

- Identificar sinais de bem-estar

Promover o bem-estar físico, psicológico, emocional e espiritual

- Incentivar ao posicionamento confortável
- Permitir a ventilação de emoções
- Permitir a expressão de sentimentos
- Promover escuta ativa
- Respeitar crenças e valores
- Identificar sucessos passados

Gerir analgesia

- Administrar analgesia prescrita

Avaliar evolução do conforto

- Identificar sinais de desconforto

## **RELATÓRIO**

**Estudante(s)**

**Rui Miguel Magalhães Guedes (10353, Prof S Pinto)**

**Orientador(a)**

**Sara Maria Oliveira Pinto**

**Olga Maria Freitas Simões de Oliveira Fernandes**

**Porto, 2023**



## ÍNDICE

1. Sra. O. P. - Caso Clínico - ECSCP .....	5
1.1. O cenário inicial. Enquadramento teórico .....	5
1.2. Clientes.....	9
1.3. Medicação.....	11
1.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	11
1.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.....	14
1.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	14
1.5. Domínios.....	15
1.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	15
1.6. Dados .....	19
1.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados .....	34
1.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados .....	35
1.7. Diagnósticos.....	37
1.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades .....	47
1.8. Especificação das intervenções.....	47



## 1. Sra. O. P. - Caso Clínico - ECSCP

10353\_2\_Prof S Pinto\_3

### 1.1. O cenário inicial. Enquadramento teórico

#### **Cenário Inicial**

A Sra. O.P., de 71 anos, vive com o marido e uma filha portadora de deficiência física, que anda com andador, mas cognitivamente íntegra. Tem outra filha, mais velha, que dá apoio quando necessário.

Em julho de 2022, por queixas de dificuldade na deglutição, dispneia, dor torácica e dores articulares, realizou TAC cervico-toraco-abdomino-pélvico que revelou uma massa na região cervical, tendo sido diagnosticado um carcinoma da tiróide com metastização pulmonar. Duas semanas depois, realizou PET, que revelou, para além da metastização pulmonar, também óssea e ganglionar.

Efetou vários ciclos de quimioterapia, sem diminuição tumoral e com agravamento dos sintomas. Foi proposta para quimioterapia e radioterapia paliativas, para controlo sintomático, sendo seguida na Consulta de Cuidados Paliativos.

Em janeiro de 2023, dado o agravamento na capacidade de deglutição, com disfagia grave, foi colocada gastrostomia percutânea (PEG). Nesta altura iniciou, também, quadro de astenia, dor generalizada de difícil controlo e agravamento de dispneia, com necessidade de oxigenoterapia contínua.

Em fevereiro de 2023 foi referenciada pela equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos à equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos para acompanhamento no domicílio.

#### **Cuidados Paliativos**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu, globalmente, os cuidados paliativos, pela primeira vez em 1990, tendo modificado a sua definição para um âmbito mais alargado em 2002, como um abordagem que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos doentes e dos seus familiares, com doença avançada e incurável, promovendo o alívio do sofrimento e

através de uma avaliação inequívoca e tratamento da dor e outros sintomas, não só físicos, mas também psicossociais e espirituais, não acelerando ou atrasando o processo natural de morte (Sepúlveda et al., 2002).

Mais recentemente, os Cuidados Paliativos foram regulados e legislados em Portugal, tendo sido definidos, segundo a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (nº52/2012, Base II), por cuidados prestados a “doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva”, não descurando as suas famílias ou referentes, promovendo o “seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual”, quer em internamento, quer no domicílio.

### **Carcinoma da Tireoide**

A tireoide é constituída por dois tipos de células endócrinas que produzem hormonas tiroideias T3 e T4. Os tumores malignos mais frequentes têm origem na célula folicular e são globalmente designados por carcinomas bem diferenciados. Normalmente, apresentam um excelente prognóstico, com uma sobrevida superior a 85% aos 10 anos (Luster et al., 2008).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, o carcinoma da tireoide é, na generalidade dos casos, assintomático. Na maioria dos casos, é diagnosticado através do estudo clínico de algum nódulo indolor. Os tumores da tireoide podem invadir os tecidos adjacentes e gânglios linfáticos, assim como, em situações mais raras, órgãos como o pulmão ou o osso. Podem dividir-se em dois grupos: o carcinoma papilar, que é o tipo de carcinoma mais prevalente, representando cerca de 80% a 90% da totalidade dos casos, e o carcinoma folicular, que pode originar metastização à distância. A prevalência de nódulos da tireoide é alta na população, principalmente nas mulheres, e aumentando com a idade. São, na sua maioria, nódulos benignos. Estima-se que apenas cerca de 5% sejam tumores malignos.

Relativamente a fatores de risco, são conhecidos como tal, a exposição da tireoide a radiação, principalmente na infância, a obesidade e alguns síndromes genéticos (Schneider e Sarne, 2005).

Quanto ao tratamento, a cirurgia tem um papel fulcral, sendo, numa grande parte dos casos, curativa. Atualmente, a realização de hemitiroidectomia, realizando a exérese da metade do órgão afetado pelo tumor, é mais bem aceite do que a tiroidectomia total, sempre que possível. Nos tumores bem diferenciados da tireoide pode surgir a necessidade de tratamento complementar com radioterapia, principalmente quando a hipótese de recidiva é considerada. Outro dos aspetos fundamentais do tratamento é a implementação de terapêutica com levotiroxina numa dose ligeiramente superior àquela que é administrada em casos de hipotireoidismo. (Mazzaferrri e Kloos, 2001).

## **Espiritualidade**

Tendo em conta o holismo do ser humano, é de extrema importância a adequação de cuidados e intervenções que explorem a espiritualidade e visem aliviar o sofrimento espiritual. A este propósito, já em 1998, Martsolf e Mickley alertavam que os enfermeiros reconhecem a importância da espiritualidade, no entanto, é uma área que permanece pouco desenvolvida. Estes dados continuam a ser, infelizmente, uma realidade, nomeadamente em Portugal, onde diversos estudos têm documentado o subdesenvolvimento do cuidado espiritual na prática de cuidados e na investigação (Caldeira et al., 2017; Romeiro et al., 2018).

Assim, é importante que os profissionais de saúde desenvolvam intervenções no domínio da espiritualidade. Para tal, é necessário que, primariamente, estabeleçam consciência da dimensão espiritual das suas próprias vidas e se conectem mais profunda e significativamente com seus pacientes através do desenvolvimento da consciência dos seus próprios valores, crenças e atitudes (Puchalski, 2014).

A palavra espiritualidade deriva da palavra espírito, que consiste “na força devida, na essência e energia de cada pessoa. É a força que confere ao indivíduo a capacidade de transcender as leis naturais e ordens da vida, permitindo atingir uma dimensão misteriosa ou transcendente. O espírito orienta e motiva os indivíduos na procura de sentido e significado, expressando-se em todos os aspetos e experiências da vida, especialmente em momentos de crise e necessidade” (McSherry, 2006, p.45, como citado em Martins et al., 2015).

Weathers et al. (2015), define espiritualidade, conceptualmente, como uma forma de estar no mundo, encontrando uma conexão com o próprio, com os outros e com um poder superior, transcendendo-se para além de si mesmo e do sofrimento, atribuindo um sentido à vida.

Estas reflexões acerca da espiritualidade levam-nos a abordar dois conceitos que devem ser distinguidos: por um lado, o sentido da vida, por outro, o propósito.

Segundo Frankl (2017), o sentido da vida pode ser encontrado, não por si só, mas no contacto com tudo o que nos rodeia, ou seja, encontrar um sentido para a vida através da nossa interação com o mundo. O autor afirma que o sentido da vida é mutável, mas que a sua busca é uma necessidade constante.

Baumeister (1991), refere que a busca de um sentido para a vida implica acreditar que a vida tem um propósito e que somos seres capazes de enfrentar desafios para atingir determinados objetivos, mantendo a autoestima e desempenhando boas ações.

Para Steger (2013) o significado dá-nos a sensação de que as nossas vidas são importantes, que fazem sentido e que são mais do que a soma de nossos segundos, dias e anos. Compreender a nossa experiência dessa maneira constrói o componente cognitivo do significado da vida. O componente cognitivo do significado da vida, portanto, refere-se à compreensão que

desenvolvemos de quem somos, como é o mundo e como nos relacionamos com ele.

Por sua vez, Scheier et al. (2006) menciona que o propósito da vida está diretamente relacionado com objetivos que a pessoa considera como valiosos, mantendo-a comprometida com a vida e empenhando-se na sua concretização.

A procura constante e incessante de sentido e propósito, inerente à espiritualidade humana, intensifica-se na fase final da vida, quando a proximidade da morte é uma realidade. A abordagem da espiritualidade do doente paliativo assume um papel primordial, uma vez que “os valores espirituais frequentemente tornam-se mais relevantes em fim de vida” (Gijberts et al., 2011, p. 852).

### Referências Bibliográficas

Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of life*. Guilford press.

Caldeira, S., Pinto, S. & Capelas, M. L. (2017). Implementing spiritual care at the end of life: Portugal. *European Journal of Palliative Care*, 24(4), 175-177.

Frankl, V. E. (2017). *Man's Search for Meaning: Young Adult Edition*. Beacon Press.

Gijberts, M. J., Echteld, M.A., van der Steen., J. T., Muller, M. T., Otten, R. H., Ribbe, M. W. & Deliens, L. (2011). Spirituality at the end of life: Conceptualization of measurable aspects: A systematic review. *Journal of Palliative Medicine*, 14(7), 852-863.

Luster, M., Clarke, S.E., Dietlein, M., Lassmann, M., Lind, P., Oyen, W.J., Tennvall, J., Bombardieri, E. (2008). European Association of Nuclear Medicine (EANM). Guidelines for radioiodine therapy of differentiated thyroid cancer. *European Journal Nuclear Medicine Imaging*. 35, 1941-1950.

Martins, A. R., Pinto, S., Caldeira, S. & Pimentel, F. L. (2015). Tradução e adaptação da spirituality and spiritual care rating scale em enfermeiros portugueses de cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 89-97.

Martsof, D. S. & Mickley, J. R. (1998). The concept of spirituality in nursing theories: differing world-views and extent of focus. *Journal of advanced nursing*, 27(2), 294-303.

Mazzaferri, E.L., Kloos, R.T.. (2001) Clinical review 128: Current approaches to primary therapy for papillary and follicular thyroid cancer. *Journal Clinical Endocrinology Metabolic*. 86, 1447-1463.

Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *Journal of palliative medicine*, 17(6), 642-656.

Romeiro J., Martins H., Pinto S. & Caldeira S. (2018). Review and Characterization of Portuguese Theses, Dissertations, and Papers about Spirituality in Health. *Religions*. 9(9), 271.

Scheier, M. F., Wrosch, C., Baum, A., Cohen, S., Martire, L. M., Matthews, K. A., ... Zdaniuk, B. (2006). The life engagement test: Assessing purpose in life. *Journal of behavioral medicine*, 29(3), 291-298.

Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T. & Ullrich, A. (2002). Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *Journal of pain and symptom management*, 24(2), 91-96.

Schneider, A.B., Sarne, D.H. (2005) Long-term risks for thyroid cancer and other neoplasms after exposure to radiation. *National Clinical Practice Endocrinology Metabolic* 1, 82.

Steger, M. F. (2013). Experiencing meaning in life: Optimal functioning at the nexus of well-being, psychopathology, and spirituality. *The human quest for meaning*.

Weathers, E., McCarthy, G. & Coffey, A. (2015). Concept analysis of spirituality: An evolutionary approach. *Nursing forum* 51(2), 79-96.

Lei N.º 52/2012 de 5 de setembro. Lei de Bases de Cuidados Paliativos. Diário Da República I.

## 1.2. Clientes

### Cliente

Adulto | Idade: 71 anos | Feminino

### Cuidador

21-04-2023 11:00

Nome do cuidador: M.S..

Data de nascimento do cuidador: 08-08-1958.

Contacto telefónico principal: 123456789.

Email: m.s.cuidador@e4nursing.com.

Parentesco: Cônjuge.

Coabita com a pessoa dependente.

Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

Capacidade do cuidador para adquirir informação: Sem dificuldade em reter nova informação.

Capacidade do cuidador para recuperar informação: Sem dificuldade em recuperar informação.

Capacidade física do cuidador para alimentar através de sonda gástrica: suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para assistir no andar: suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para dar banho

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para deslocar cliente em cadeira de rodas: suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para posicionar

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para transferir

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar na totalidade.

## Família

21-04-2023 11:00

Família nuclear.

Família com idosos ou familiar dependente.

Presença de animal doméstico (Não).

Papel do cliente na família: Organizador do funcionamento da casa.

### 1.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-04-21 11:00:00	Levotiroxina 0,1mg PO - 1 cp. em jejum	
2023-04-21 11:00:00	Dexametasona 8mg PO - 2 cps. ao pequeno-almoço	
2023-04-21 11:00:00	Lansoprazol 30mg PO (Orodispersível) - 1 cp. ao jantar	
2023-04-21 11:00:00	Domperidona 10mg PO - 1 cp. ao pequeno-almoço + 1 cp. ao almoço + 1 cp. ao jantar	2023-05-10 15:00:00
2023-04-21 11:00:00	Sertralina 100mg PO - 1 cp. ao pequeno-almoço	2023-05-10 15:00:00
2023-04-21 11:00:00	Mirtazapina 15mg PO (Orodispersível) - 1cp. ao jantar	
2023-04-21 11:00:00	Lorazepam 2,5mg PO - 1 cp. ao deitar	
2023-04-21 11:00:00	Amitriptilina 25mg PO - 1 cp. ao pequeno-almoço	2023-05-10 15:00:00
2023-04-21 11:00:00	Buprenorfina 70mcg TD - 1 selo de 3 em 3 dias	
2023-04-21 11:00:00	Formoterol+Budesonida 160/4,5mcg - (Inal.) - 3 puffs ao pequeno-almoço + 3 puffs ao lanche + 3 puffs ao deitar	
2023-04-21 11:00:00	Brometo de Ipratrópio 20mcg (Inal.) - 3 puffs ao pequeno-almoço + 3 puffs ao lanche + 3 puffs ao deitar	
2023-04-21 11:00:00	Macrogol 3350 + Cloreto de Sódio + Bicarbonato de Sódio + Cloreto de Potássio 13,8g PO - 1 saqueta ao pequeno-almoço	
2023-04-21 11:00:00	Paracetamol 1g PO - SOS 1cp. (se febre, até máx de 8/8h)	
2023-04-21 11:00:00	Fentanilo 400mcg (Inal.) - SOS 1 puff (se dor ou dispneia)	
2023-04-21 11:00:00	Risperidona 0,5mL (Solução Oral) PO - SOS (se agitação ou inquietação)	
2023-04-21 11:00:00	Diazepam 10mg Retal - SOS 1 bisnaga (se agitação grave, dispneia ou convulsão)	
2023-04-21 11:00:00	Citrato de sódio+Laurilsulfoacetato 450mg/5mL+45mg/5mL Retal - SOS 1 bisnaga (se obstipação)	
2023-04-21 11:00:00	Metoclopramida 10mg PO - SOS 1cp. (se náusea e/ou vômito, até máx de 8/8h)	

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

A correta administração de medicação exige conhecimento e atenção a vários aspetos relevantes.

Normalmente, cada fármaco pode despoletar efeitos secundários indesejáveis, comprometendo o diagnóstico e tratamento do doente. Como tal, é necessário estar atento à presença ou

aparecimento destes efeitos.

Existem sintomas frequentes nos doentes com doenças incuráveis e progressivas, principalmente em fim de vida, como febre, náuseas, vômitos, tonturas, alteração da consciência. Estes sintomas podem ser provocados pela administração de fármacos e não pela doença, tornando-se fundamental realizar uma correta avaliação.

Seguem-se os aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação, que, de entre a que se encontra prescrita, se consideram mais relevantes:

**Levotiroxina:** é uma hormona sintética indicada para o tratamento do hipotireoidismo. Deve ser tomada em jejum. Os principais efeitos secundários são: palpitações cardíacas, insónia, nervosismo, irritabilidade, cefaleias, anorexia, menstruação irregular, astenia ou dor muscular.

**Dexametasona:** é um glicocorticosteroide sintético. Tem um alto poder anti-inflamatório e imunossupressor e é uma versão sintética das hormonas produzidas pelas glândulas suprarrenais. Este fármaco está indicado para aliviar sintomas decorrentes de inflamações e tratar doenças que requeiram ação imunossupressora. O risco de efeitos indesejáveis é baixo durante a terapia com dexametasona de curta duração. No entanto, em caso de terapia parentérica, de curta duração, mas dose elevada, deve ser considerado o risco de alterações dos eletrólitos, edema, possível aumento da pressão arterial, insuficiência cardíaca, arritmias cardíacas ou convulsões.

**Lansoprazol:** é um inibidor da bomba de prótons, reduzindo a quantidade de ácido que é produzida no estômago. Os efeitos secundários mais comuns são: cefaleias, tonturas, diarreia ou obstipação, prurido e fadiga.

**Domperidona:** é um antiemético que atua na motilidade gástrica, usado no tratamento de náuseas e vômitos. Os efeitos secundários são raros, mas, ainda assim, os mais comuns estão relacionados com o funcionamento intestinal, como dor tipo cólica.

**Sertralina:** é um antidepressivo inibidor seletivo da recaptação da serotonina. Os efeitos colaterais mais comuns são: cefaleias, insónia ou sonolência, diarreia, xerostomia, tonturas e astenia.

**Mirtazapina:** pertence ao grupo de medicamentos conhecidos como antidepressivos e trata a doença depressiva em adultos. Os efeitos secundários mais frequentes são aumento do apetite, aumento de peso, inércia ou sonolência, cefaleias e xerostomia.

**Lorazepam:** é usado no tratamento de ansiedade e insónia. Podem surgir reações como inquietação, agitação, irritabilidade, agressividade, pesadelos, alucinações, psicoses e comportamento inadequado.

**Amitriptilina:** é um antidepressivo tricíclico usado no tratamento da depressão e enurese noturna. Os efeitos secundários mais comuns são: cefaleias, insónia ou sonolência, xerostomia,

tonturas e astenia.

**Buprenorfina:** é um opióide usado no tratamento da dor moderada a intensa. Para o controlo da dor oncológica a forma mais usada é a via transdérmica sob a forma de selo transdérmico. Os efeitos secundários mais frequentes são: sonolência, obstipação, náuseas, vômitos e prurido. Os efeitos indesejáveis locais, associados ao selo, são o eritema e prurido, que tendem a diminuir com o tempo.

**Formoterol+Budesonida:** está indicado apenas em adultos. Está indicado no tratamento regular da asma e no tratamento sintomático de doentes com DPOC, quando é necessário a utilização de corticosteroide inalado e um agonista dos  $\beta_2$ -adrenorreceptores de longa duração de ação. As reações adversas mais frequentes são: candidíase orofaríngea, cefaleias, tremores, palpitações, tosse e rouquidão.

**Brometo de Ipratrópio:** é um broncodilatador indicado para o tratamento sintomático de broncoespasmos reversíveis na DPOC e asma. Início de ação de 5 minutos. Efeitos secundários mais comuns: taquicardia, cefaleias, tremores, irritação da boca e garganta.

**Macrogol 3350 + Cloreto de Sódio + Bicarbonato de Sódio + Cloreto de Potássio:** está indicado para o tratamento da obstipação crónica. É também eficaz na resolução da impactação fecal. Atua por ação osmótica no intestino, induzindo um efeito laxante.

**Paracetamol:** é um analgésico e antipirético. É um medicamento considerado seguro quando utilizado da forma correta e nas doses recomendadas. No entanto, alguns efeitos colaterais podem ocorrer, tais como: náuseas, vômitos, obstipação e prurido.

**Fentanilo:** está indicado no tratamento da dor crónica grave que necessite de administração contínua de opióides por um período de tempo prolongado. É possível que surjam sintomas de privação de opióides em alguns doentes após conversão ou ajuste da dose. Os efeitos colaterais mais comuns são a sonolência, tonturas, cefaleias, náuseas, vômitos e obstipação.

**Risperidona:** pertence à classe dos antipsicóticos de segunda geração e tem a função de equilibrar os neurotransmissores dopamina e serotonina, no tratamento de psicoses e transtorno bipolar. O efeito colateral mais frequente, na fase inicial de tratamento, é a sonolência.

**Diazepam:** é uma benzodiazepina com características sedativas, tranquilizantes, relaxantes musculares e com efeito anticonvulsivante; tem adicionalmente efeito hipnótico. É utilizado para o tratamento sintomático da ansiedade, tensão ou outra perturbação física ou psicológica associada à ansiedade. Os efeitos secundários mais frequentes são fadiga, tonturas e fraqueza muscular e normalmente estão relacionados com a dose. Estes efeitos secundários ocorrem principalmente no início do tratamento e normalmente desaparecem com a continuação da administração.

**Citrato de sódio+Laurilsulfoacetato:** é um laxante de contacto, sob a forma de clister, que evacua o recto e o cólon através dum processo de peptização das matérias fecais, utilizado no tratamento sintomático da obstipação rectal ou recto-sigmóideia. O seu uso prolongado pode originar sensação de queimadura anal e, excecionalmente, rectites congestivas.

**Metoclopramida:** é um antiemético estimulante da motilidade gastrointestinal superior, procinético. Está indicada no controlo da náusea, refluxo gastroesofágico e vómito. Este fármaco estimula a motilidade do trato gastrointestinal superior, aumenta a pressão no esfíncter esofagiano inferior, acelera o esvaziamento do estômago e aumenta o trânsito intestinal. Como efeitos adversos pode surgir sonolência, sintomas extrapiramidais, depressão e diarreia.

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

##### Atitudes terapêuticas

21-04-2023 11:00

##### Oxigenoterapia

Débito de oxigénio: 1.00 L/min.

Conhecimento sobre oxigenoterapia

Dispositivo: Concentrador de oxigénio convencional - facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre oxigenoterapia

Dispositivo: Nenhum - facilitador.

Para conforto

##### Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Manter oxigenoterapia

10-05-2023 15:00

Débito de oxigénio: 2.00 L/min.

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

##### Sonda de oxigénio: cânula nasal

É um dispositivo que é colocado no nariz, ficando preso na região retroauricular, adaptando-se depois ao pescoço. É utilizado para administração de oxigénio de baixos volumes, normalmente, no máximo, até 5 ou 6L de O<sub>2</sub>/min.

##### Complicações da cânula nasal

Não existem grandes complicações associadas ao uso de cânula nasal para oxigenoterapia.

Ainda assim, as mais frequentes são a formação de úlceras de pressão na região superior das orelhas e a desidratação da mucosa nasal.

## 1.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
21-04-2023 11:00	Consciência	
21-04-2023 11:00	Audição	
21-04-2023 11:00	Apetite	
21-04-2023 11:00	Dor	
21-04-2023 11:00	Comunicação verbal	
21-04-2023 11:00	Sistema respiratório	
21-04-2023 11:00	Deglutição	
21-04-2023 11:00	Eliminação intestinal	
21-04-2023 11:00	Eliminação urinária	
21-04-2023 11:00	Estoma	
21-04-2023 11:00	Sono	
21-04-2023 11:00	Emoção	
21-04-2023 11:00	Atitudes terapêuticas	
21-04-2023 11:00	Processo Espiritual	
21-04-2023 11:00	Conforto	
10-05-2023 15:00	Virar-se	
10-05-2023 15:00	Erguer-se	
10-05-2023 15:00	Transferir-se	
10-05-2023 15:00	Sentar-se	
10-05-2023 15:00	Cuidar da higiene pessoal	
10-05-2023 15:00	Vestir-se ou despir-se	
10-05-2023 15:00	Andar	
10-05-2023 15:00	Alimentar-se	

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

#### Consciência

A consciência é descrita com a "resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos; mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior" (CIPE, 2015, p.35). As alterações do estado de consciência são relativamente comuns em doentes com hipercapnia ou hipoxémicos. Desta forma, é relevante a sua avaliação. Na maioria dos casos, a avaliação, apesar de muitas vezes não se adequar ao doente, é efetuada através da utilização da Escala de Coma de Glasgow, que avalia a resposta a três parâmetros: abertura espontânea dos olhos, resposta verbal e resposta motora. O score varia entre os 3 e os 15 pontos, quando não existe

qualquer resposta nem abertura dos olhos e quando existe abertura espontânea dos olhos, uma resposta, quer física, quer verbal, completamente consciente e orientada, respetivamente.

## **Dispneia**

Para a generalidade das pessoas, na maior parte do tempo, respirar é um fenómeno inconsciente. No entanto, por vezes, torna-se uma ação consciente, associada a desconforto. Os mecanismos que envolvem o desconforto respiratório ainda não são completamente conhecidos, embora existam já evidências de que estejam envolvidos processos neurológicos variados. Ainda assim, ao invés do que acontece, por exemplo, com a dor, cujos estímulos têm origem em terminações nervosas livres, ainda não foram descritos receptores especializados de dispneia. A dispneia caracteriza-se pela sensação de dificuldade respiratória associada a um aumento do esforço para respirar, manifestando-se de diferentes maneiras. Cada pessoa tem terminologia diferente para descrever a forma como a sente, como por exemplo: respiração de pequena duração, dificuldades em respirar, sufocação e aperto torácico (Hoeman, 2011). A avaliação de experiências subjetivas torna-se difícil dado que, maioritariamente, é baseada na autoavaliação, sendo que esta apreciação requer uma abordagem holística, para assim o doente ser capaz de articular a sua perceção da experiência única, em detrimento da avaliação que se baseia naquilo que o enfermeiro observa e pensa que sabe do sintoma do doente (Paula, 2003; Maher e Hemming, 2005). A avaliação da intensidade da dispneia é um elemento importante, tanto em condições clínicas, como experimentais. Ao longo dos últimos anos, inúmeras escalas têm sido desenvolvidas e propostas com essa finalidade. Algumas escalas atualmente validadas para avaliação da dispneia são a Escala Analógica Visual, a Escala Numérica e a Escala de Borg Modificada (Martinez, J.B.A. et al. 2004). O termo dispneia é utilizado por alguns doentes para exprimir desconforto resultante do aumento do trabalho respiratório, independentemente da causa. Os doentes também utilizam o termo dispneia quando sentem diminuição da tolerância ao esforço levando à perda de autonomia (Azevedo et al., 2010).

## **Dor**

Como anteriormente referido, a progressão desta doença nem sempre é linear e o seu prognóstico não é estanque, levando à indecisão do momento da referenciação para os cuidados paliativos. Esta indefinição pode conduzir a uma morte mais dolorosa, com sintomas mal controlados e sem a elaboração e implementação atempada de um plano de cuidados que preserve a autonomia, respeitando os valores e preferências do doente e família. A dor tem grande impacto na qualidade de vida do cliente, que por sua vez, afeta diretamente a sua família e amigos. O sofrimento causado pela dor não controlada, que é, muitas vezes, incapacitante, pode levar ao isolamento. Segundo a definição da International Association for

the Study of Pain (IASP), a “dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão” (Raja et al, 2020). A IASP refere também que a dor é uma experiência universal, subjetiva, multidimensional e complexa, nas diferentes vertentes, como física, cognitiva, comportamental, afetiva, moral e socio cultural, o que torna pertinente uma abordagem multidisciplinar desde ao diagnóstico e ao tratamento. A mesma associação auferiu que 90% dos doentes em situação paliativa experimentam dor no curso da sua doença, sendo este, um domínio de grande importância. Em cuidados paliativos, a dor pode ser vista segundo o paradigma da dor total, que consiste na combinação das diferentes vertentes: física, psicológica, social e espiritual. Estas afetam o cliente na sua totalidade (Sapeta, P., 2007). Visto que o objetivo não passa pela cura, mas sim pelo conforto, qualidade de vida e bem-estar, a dor deve ser tida como um dos mais importantes sintomas associados ao sofrimento. A avaliação da dor é fundamental para o seu controlo. Atualmente é considerada o 5º sinal vital, sendo necessária a sua correta descrição e documentação. Segundo o guia orientador de boa prática da Ordem dos Enfermeiros, de 2008, esta avaliação e documentação deve ser efetuada através das seguintes escalas: “Escala Visual Analógica”, “Escala Numérica”, “Escala de Faces”, “Escala Qualitativa”.

### **Deglutição**

O processo normal de deglutição é fundamental para a manutenção da vida. O ato de deglutir, segundo a CIPE (2015, p.52) consiste em “comer ou beber; passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago, através da orofaringe e do esófago.

### **Sono**

O bem-estar físico, mental e cognitivo do individuo está interligado com o sono, visto que cerca de um terço da vida é passado a dormir (Colten et al, 2006, citado por Abejas. et al, 2021). Com o envelhecimento, é comum também a diminuição da eficiência do sono, com mais despertares, visto estar associado uma maior predominância das fases menos profundas do sono (Abejas. A et al, 2021). O ciclo do sono integra duas fases: a non-rapid eye movement (NREM), que corresponde a 75-80% do tempo total de sono e subdivide-se em quatro estádios (N1-N4) com profundidade crescente. Esta é a fase menos profunda do sono. A segunda fase, a mais profunda (fase dos sonhos), designada por rapid eye movement (REM), é a fase em que ocorre a atonia muscular e a consolidação da memória. Em cuidados paliativos as alterações do padrão de sono são comuns, afetando a qualidade de vida da pessoa. A prevalência da insónia nesta fase de vida, segundo Nzwalo et al (2020), é de quase 50%. Segundo a CIPE, 2015, a insónia trata-se da incapacidade crónica de dormir, de manter-se a dormir durante o período planeado,

apesar de estarem asseguradas as condições para tal. A insónia está muitas vezes associada a fatores físicos ou psicológicos como a ansiedade, stress emocional, dor, desconforto, tensão, abuso de drogas e outros.

### **Autocuidado**

O termo "autocuidado" foi trabalhado a partir da teoria de Orem. Segundo a autora, "refere-se ao desempenho ou a prática de atividades que as pessoas realizam com vista a manter a vida, saúde e bem-estar. É uma ação apreendida pelo indivíduo no seu contexto sociocultural" (Orem, 2001). A CIPE (2015) define o autocuidado como a "atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária."

### **Processo Espiritual**

A palavra espiritualidade deriva da palavra espírito, que consiste "na força devida, na essência e energia de cada pessoa. É a força que confere ao indivíduo a capacidade de transcender as leis naturais e ordens da vida, permitindo atingir uma dimensão misteriosa ou transcendente. O espírito orienta e motiva os indivíduos na procura de sentido e significado, expressando-se em todos os aspetos e experiências da vida, especialmente em momentos de crise e necessidade" (McSherry, 2006, p.45, como citado em Martins et al., 2015). Weathers et al. (2015), define espiritualidade, conceptualmente, como uma forma de estar no mundo, encontrando uma conexão com o próprio, com os outros e com um poder superior, transcendendo-se para além de si mesmo e do sofrimento, atribuindo um sentido à vida. A procura constante e incessante de sentido e propósito, inerente à espiritualidade humana, intensifica-se na fase final da vida, quando a proximidade da morte é uma realidade. A abordagem da espiritualidade do doente paliativo assume um papel primordial, uma vez que "os valores espirituais frequentemente tornam-se mais relevantes em fim de vida" (Gilberts et al., 2011, p. 852).

### **Referências Bibliográficas**

Abejas, A. & Duarte, C. (2021). *Humanização em Cuidados Paliativos*. Lidel.

Azevedo, P. In Barbosa, A. et al., (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética. Faculdade de Medicina de Lisboa.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2019). *CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*.

Gilberts, M. J., Echteld, M.A., van der Steen., J. T., Muller, M. T., Otten, R. H., Ribbe, M. W. &

Deliens, L. (2011). Spirituality at the end of life: Conceptualization of measurable aspects: A systematic review. *Journal of Palliative Medicine*, 14(7), 852-863.

Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação, prevenção intervenção e resultados esperado*.

Maher, D. & Hemming, L. (2005). Palliative care for breathless patients in the community. *British Journal of Community Nursing*, 10 (9), 414-418.

Martinez, J.A.B. et al. (2004) Dispneia. Simpósio: Semiologia, capítulo II.

Martins, A. R., Pinto, S., Caldeira, S. & Pimentel, F. L. (2015). Tradução e adaptação da spirituality and spiritual care rating scale em enfermeiros portugueses de cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 89-97.

Nzwalo, I., Aboim, M., Joaquim, N., Marreiros, A. & Nzwalo, H., (2020). Systematic Review of the prevalence, predictors, and treatment of insomnia in Palliative Care. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 1-13.

Ordem dos Enfermeiros, (2008). DOR - Guia Orientador de Boa Prática. Conselho de Enfermagem.

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*.

Paula, M. S. (2003). Critical outcomes in pulmonary rehabilitation: Assessment and evaluation of dyspnea and fatigue. *Journal of Rehabilitation Research and Development*. 40(5), 13-14.

Raja, S. N. et al (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *International Association for the Study of Pain*.

Sapeta, P. (2007) *Dor Total vs Sofrimento: a Interface com os Cuidados Paliativos*.

Weathers, E., McCarthy, G. & Coffey, A. (2015). Concept analysis of spirituality: An evolutionary approach. *Nursing forum* 51(2), 79-96.

## 1.6. Dados

### Consciência

21-04-2023 11:00

- Abertura dos olhos: espontânea.
- Resposta verbal: orientada.
- Resposta motora: obedece a ordens simples.

### Audição

21-04-2023 11:00

- Acuidade auditiva
- Bilateral: perda parcial crónica.

#### **Audição comprometida**

Conhecimento sobre estratégias facilitadoras da audição: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

#### **Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras da audição**

[RESOLVIDO] 10-05-2023 15:00

10-05-2023 15:00

Conhecimento sobre estratégias facilitadoras da audição: facilitador.

### Apetite

21-04-2023 11:00

- Apetite diminuído.
- Paladar conservado.

#### **Apetite comprometido**

Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído ao compromisso do apetite: desvalorização.

Significado atribuído ao regime dietético: desvalorização.

Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

#### **Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO]**

10-05-2023 15:00

#### **Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético**

#### **Potencial para melhorar significado atribuído ao compromisso do apetite**

[RESOLVIDO] 10-05-2023 15:00

#### **Potencial para melhorar significado atribuído ao regime dietético**

#### **Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético**

[RESOLVIDO] 10-05-2023 15:00

#### **Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético**

10-05-2023 15:00

Conhecimento sobre regime dietético: facilitador.

Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído ao compromisso do apetite: não dificultador.

Conhecimento do cuidador sobre regime dietético: facilitador.

## Dor

21-04-2023 11:00

### Dor

Expressão facial: Relaxada.

Movimento dos membros: Sem movimento dos membros superiores.

Choro/vocalização: Sem vocalização da dor.

Localização da dor

Tórax

Intensidade da dor - 3.

frequência da dor - contínua.

duração da dor - crónica.

dor de tipo - moedeira.

Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente: facilitador.

Capacidade para autocontrolar analgesia: facilitadora.

Autoeficácia para autocontrolar a analgesia: facilitadora.

Significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor: não dificultador.

Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

### **Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas**

### **Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 10-05-2023 15:00**

10-05-2023 15:00

Expressão facial: Relaxada [MANTEVE].

Movimento dos membros: Sem movimento dos membros superiores [MANTEVE].

Choro/vocalização: Sem vocalização da dor [MANTEVE].

Localização da dor

Tórax Direita(o)

Intensidade da dor - 1.

frequência da dor - intermitente.

dor de tipo - pontada.

Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas: facilitador.

### **Comunicação verbal**

21-04-2023 11:00

Tem dificuldade em expressar as palavras .

Sem compromisso na compreensão da mensagem.

### **Comunicação verbal expressiva comprometida**

Conhecimento sobre sistemas alternativos de comunicação

Dispositivo: Nenhum - facilitador.

Capacidade para usar sistemas alternativos de comunicação

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Consciencialização da relação entre o uso de sistemas alternativos de comunicação e a comunicação

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Autoeficácia para usar sistemas alternativos de comunicação

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Significado atribuído ao uso de sistemas alternativos de comunicação

Dispositivo: Nenhum - não dificultador.

### **Sistema respiratório**

21-04-2023 11:00

Frequência respiratória: 22 ciclos/min.

Ritmo respiratório irregular.

Movimento respiratório assimétrico.

Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.

Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

Saturação do oxigénio no sangue

Periférico(a): 96 %.

Coloração da mucosa: rosada.

Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem grande esforço físico.

Reflexo da tosse: presente.

Expele as secreções das vias aéreas.

Sons respiratórios: síbilos.

Secreções em pequena quantidade.

Secreções fluídas.

Secreções esbranquiçadas.

Estridor

Conhecimento sobre prevenção de infeção: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre prevenção de contaminação: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre a inaloterapia e a limpeza da via aérea: facilitadora.

Consciencialização da relação entre a tosse e a limpeza da via aérea: facilitadora.

Capacidade para limpar secreções da via aérea

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Capacidade para executar inaloterapia

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Autoeficácia para tossir: facilitadora.

Autoeficácia para executar inaloterapia

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Significado atribuído à realização da técnica da tosse: não dificultador.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de infeção: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de contaminação: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para executar inaloterapia

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para executar inaloterapia

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

### **Dispneia**

Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade para executar exercícios respiratórios

Dispositivo: Nenhum - Capacidade para executar exercícios respiratórios: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para otimizar a ventilação

Dispositivo: Nenhum - Capacidade do cuidador para otimizar a ventilação: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia**

**Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia**

**Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [RESOLVIDO] 10-05-2023 15:00**

**Potencial do cuidador para melhorar capacidade para otimizar a ventilação [RESOLVIDO] 10-05-2023 15:00**

**Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de infeção**

**Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de contaminação**

**Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de infeção**

**Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de contaminação**

10-05-2023 15:00

Frequência respiratória: 20 ciclos/min.

Ritmo respiratório irregular [MANTEVE].

Profundidade da ventilação: inspirações superficiais [MANTEVE].

Utiliza os músculos acessórios da ventilação [PIOROU].

Comunica falta de ar quando deitado em posição dorsal recumbente ou supina [PIOROU].

Coloração da mucosa: pálida.

Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de episódios de dispneia: facilitador.

Capacidade do cuidador para otimizar a ventilação

Dispositivo: Nenhum - Capacidade do cuidador para otimizar a ventilação: facilitadora.

Conhecimento sobre prevenção de infeção: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre prevenção de contaminação: necessita ser melhorado para progredir

para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de infecção: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de contaminação: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

### **Deglutição**

21-04-2023 11:00

Aumento do tempo de deglutição para líquidos (superior a 2 segundos).

Aumento do tempo de deglutição para sólidos (superior a 10 segundos).

Perda de conteúdo da cavidade oral (Não).

Acumulação involuntária de conteúdo na cavidade oral.

Ausência de encerramento dos lábios durante a deglutição (Não).

Movimento assimétrico da língua e lábios.

Alteração da voz após a deglutição.

Refluxo nasal de conteúdo da cavidade oral (Não).

Tosse associada à deglutição.

Movimentos repetitivos de elevação da laringe durante a deglutição.

Posição anormal da cabeça durante a deglutição.

### **Deglutição comprometida**

Conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre prevenção de aspiração: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre a dieta e a deglutição: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre o treino e a promoção da deglutição: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade para deglutir: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Autoeficácia para deglutir: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído à adequação da dieta: perda de prazer.

Significado atribuído ao treino da deglutição: desvalorização e risco de aspiração.

Conhecimento do cuidador sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para alimentar: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

### **Potencial para melhorar conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição**

### **Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração**

### **Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e a deglutição**

### **Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o treino e a promoção**

## da deglutição

Potencial para melhorar capacidade para deglutir

Potencial para melhorar autoeficácia para deglutir

Potencial para melhorar significado atribuído à adequação da dieta

Potencial para melhorar significado atribuído ao treino da deglutição

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para alimentar [RESOLVIDO]

10-05-2023 15:00

10-05-2023 15:00

Aumento do tempo de deglutição para líquidos (superior a 2 segundos) [MANTEVE].

Aumento do tempo de deglutição para sólidos (superior a 10 segundos) [MANTEVE].

Perda de conteúdo da cavidade oral [PIOROU].

Acumulação involuntária de conteúdo na cavidade oral [MANTEVE].

Ausência de encerramento dos lábios durante a deglutição (Não) [MANTEVE].

Movimento assimétrico da língua e lábios [MANTEVE].

Alteração da voz após a deglutição [MANTEVE].

Refluxo nasal de conteúdo da cavidade oral (Não) [MANTEVE].

Tosse associada à deglutição [MANTEVE].

Movimentos repetitivos de elevação da laringe durante a deglutição [MANTEVE].

Posição anormal da cabeça durante a deglutição [MANTEVE].

Conhecimento sobre prevenção de aspiração: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Capacidade para deglutir: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

## Eliminação intestinal

21-04-2023 11:00

Consistência das fezes: Moldada com fendas na superfície.

Coloração das fezes: acastanhada.

Número de defecações por semana: 3.

Ausência de massa palpável de fezes no reto.

Sem sensação de urgência para defecação.

Expulsão controlada de fezes.

## Obstipação

Conhecimento sobre regime dietético: facilitador.

Conhecimento sobre regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre regime dietético: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para

progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal: facilitador.

### **Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso**

### **Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso**

[RESOLVIDO] 10-05-2023 15:00

10-05-2023 15:00

Número de defecações por semana: 1.

Consistência das fezes: Moldada com fendas na superfície [MANTEVE].

Fezes: em pequena quantidade.

Conhecimento do cuidador sobre regime medicamentoso: facilitador.

### **Eliminação urinária**

21-04-2023 11:00

Cor da urina: Âmbar.

Cheiro da urina: sui generis.

Reconhece a vontade de urinar.

Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

Sem globo vesical.

Eliminação urinária involuntária ausente.

### **Estoma**

21-04-2023 11:00

#### **Gastrostomia**

Conhecimento sobre gastrostomia: facilitador.

Conhecimento sobre autovigilância da pele peri-gastrostomia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade para executar cuidados à gastrostomia: facilitadora.

Autoeficácia para executar cuidados à gastrostomia: facilitadora.

Significado atribuído aos cuidados à gastrostomia: não dificultador.

Acesso a dispositivos para os cuidados à gastrostomia

Dispositivo: Nenhum - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

Conhecimento do cuidador sobre gastrostomia: facilitador.

Capacidade do cuidador para executar cuidados à gastrostomia: facilitadora.

Significado atribuído pelo cuidador aos cuidados à gastrostomia: não dificultador.

Acesso do cuidador a dispositivos para os cuidados à gastrostomia

Dispositivo: Nenhum - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

#### **Potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância da pele peri-gastrostomia**

### **Sono**

21-04-2023 11:00

Sono reparador.

Número (médio) de horas de sono noturno: 6 Hora.

### **Sono comprometido [RESOLVIDO] 10-05-2023 15:00**

Conhecimento sobre promoção do sono: necessita ser melhorado para progredir para a

mestria; é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído ao compromisso do sono: desvalorização.

Conhecimento do cuidador sobre promoção do sono: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono [RESOLVIDO]**

10-05-2023 15:00

**Potencial para melhorar significado atribuído ao compromisso do sono [RESOLVIDO]**

10-05-2023 15:00

**Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção do sono**

**[RESOLVIDO]** 10-05-2023 15:00

10-05-2023 15:00

Número (médio) de horas de sono noturno: 9 Hora.

Número (médio) de horas de sono diurno: 4 Hora.

Sono reparador [MANTEVE].

### **Emoção**

21-04-2023 11:00

Tristeza persistente (há mais de uma semana).

Desesperança e pessimismo.

Autodesvalorização (Não).

Acentuada diminuição de interesse e prazer nas atividades.

Dificuldade na concentração.

Pensamentos recorrentes de morte (Não).

Tom de voz baixa, discurso arrastado.

Excesso de energia (Não).

Aumento da atividade dirigida a objetivos ou agitação psicomotora (Não).

Redução da necessidade de sono (Não).

Fuga de ideias ou pensamento acelerado (Não).

Humor persistentemente elevado, expansivo ou irritável (Não).

Autoestima excessiva ou grandiosidade (Não).

Verbalização de ansiedade (Não).

Inquietação (Não).

Irritabilidade (Não).

Pânico (Não).

**Humor depressivo [RESOLVIDO]** 10-05-2023 15:00

Conhecimento sobre humor depressivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre a medicação e o equilíbrio de humor: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre o sono e o equilíbrio de humor: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

Conhecimento do cuidador sobre humor depressivo: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor: : necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Consciencialização do cuidador sobre a relação entre a medicação e o equilíbrio de humor: facilitadora.

Consciencialização do cuidador sobre a relação entre o sono e o equilíbrio de humor: facilitadora.

Significado atribuído pelo cuidador ao regime medicamentoso: não dificultador.

**Potencial para melhorar conhecimento sobre humor depressivo [RESOLVIDO]**

10-05-2023 15:00

**Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor [RESOLVIDO]** 10-05-2023 15:00

**Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor [RESOLVIDO]** 10-05-2023 15:00

**Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a medicação e o equilíbrio de humor [RESOLVIDO]** 10-05-2023 15:00

**Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o sono e o equilíbrio de humor [RESOLVIDO]** 10-05-2023 15:00

**Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo [RESOLVIDO]** 10-05-2023 15:00

**Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre humor depressivo [RESOLVIDO]** 10-05-2023 15:00

**Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor [RESOLVIDO]** 10-05-2023 15:00

10-05-2023 15:00

Tristeza persistente (há mais de uma semana) [MANTEVE].

Desesperança e pessimismo (Não) [MELHOROU].

Autodesvalorização (Não) [MANTEVE].

Acentuada diminuição de interesse e prazer nas atividades [MANTEVE].

Dificuldade na concentração [MANTEVE].

Pensamentos recorrentes de morte (Não) [MANTEVE].

Tom de voz baixa, discurso arrastado [MANTEVE].

**Virar-se**

10-05-2023 15:00

Mudar de posição na cama

Dispositivo: Nenhum - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama, mas não o termina posicionando-se.

**Virar-se comprometido**

Consciencialização sobre compromisso no virar-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação da anca enquanto deitado: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para virar-se

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Capacidade para virar-se

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no virar-se: facilitadora.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de úlcera de pressão: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o posicionamento: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para assistir no virar-se

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Capacidade do cuidador para posicionar

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

### **Erguer-se**

10-05-2023 15:00

Mobilizar o corpo para a posição vertical

Dispositivo: Nenhum - Não inicia o movimento de levantar o corpo para a posição de pé.

### **Erguer-se comprometido**

Consciencialização sobre compromisso no erguer-se: facilitadora.

Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Capacidade para erguer-se

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no erguer-se: facilitadora.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para assistir no erguer-se

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

### **Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda**

### **Transferir-se**

10-05-2023 15:00

Mobiliza o corpo entre superfícies próximas

Dispositivo: Nenhum - não se mobiliza entre duas superfícies próximas.

**Transferir-se comprometido**

Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: facilitadora.

Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Capacidade para transferir-se

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Capacidade para prevenir complicações na articulação da anca durante o transferir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no transferir-se: facilitadora.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para assistir no transferir-se

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Capacidade do cuidador para transferir

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Capacidade do cuidador para prevenir complicações na articulação da anca durante o assistir no transferir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

**Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda****Sentar-se**

10-05-2023 15:00

Mobiliza o corpo para a posição de sentado a partir da posição de deitado

Dispositivo: Nenhum - inicia o movimento, mas não o consegue completar.

Mobiliza o corpo para a posição de sentado a partir da posição de pé

Dispositivo: Nenhum - inicia o movimento, mas não o consegue completar).

**Sentar-se comprometido**

Consciencialização sobre compromisso no sentar-se: facilitadora.

Conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o sentar-se: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para sentar-se

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Capacidade para sentar-se

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o sentar-se: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o

momento próprio para intervir.

### **Cuidar da higiene pessoal**

10-05-2023 15:00

Não obtém objetos para o banho.

Abre a torneira.

Lava e seca o corpo

Dispositivo: Nenhum - Não lava nem seca o corpo.

Lava e seca parte do corpo

Dispositivo: Nenhum - Não lava nem seca parte do corpo.

Lava a cavidade oral.

Não aplica produtos de higiene.

Penteia-se

Dispositivo: Nenhum - Não se penteia.

Corta as unhas

Dispositivo: Nenhum - Não corta as unhas.

Não se limpa após usar o sanitário.

Não ajusta a roupa após usar o sanitário.

### **Cuidar da higiene pessoal comprometido**

Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: facilitadora.

Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para usar sanitário

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Capacidade para tomar banho

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Capacidade para arranjar-se

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Capacidade no uso do sanitário

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído ao uso de dispositivo para cuidar da higiene pessoal

Dispositivo: Nenhum - não dificultador.

Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no tomar banho: facilitadora.

Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no arranjar-se: facilitadora.

Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no uso do sanitário:

facilitadora.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de maceração do períneo: facilitador.

Capacidade do cuidador para assistir no tomar banho: facilitadora.

Capacidade do cuidador para dar banho

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Capacidade do cuidador para arranjar o cliente: facilitadora.

Capacidade do cuidador para assistir no uso do sanitário: facilitadora.

Capacidade do cuidador para trocar fralda: facilitadora.

### **Vestir-se ou despir-se**

10-05-2023 15:00

Escolhe as roupas.

Não retira roupa da gaveta ou armário.

Veste-se

Dispositivo: Nenhum - Não veste todas as peças de roupa.

Abotoa

Dispositivo: Nenhum - Não abotoa.

Ata cordões

Dispositivo: Nenhum - Não ata cordões.

Calça meias

Dispositivo: Nenhum - Não calça as meias.

### **Vestir-se ou despir-se comprometido**

Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Capacidade para vestir-se ou despir-se

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

Capacidade do cuidador para vestir/despir: facilitadora.

### **Andar**

10-05-2023 15:00

Mobilidade através da marcha

Dispositivo: Nenhum - incapaz de realizar a marcha (mover as pernas passo a passo e sustentar o peso do corpo).

### **Andar comprometido**

Consciencialização sobre compromisso no andar: facilitadora.

Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre uso de cadeira de rodas: necessita ser melhorado para progredir para

a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Capacidade para andar

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Capacidade para usar cadeira de rodas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído ao uso de auxiliar de marcha

Dispositivo: Nenhum - não dificultador.

Significado atribuído ao uso de cadeira de rodas: não dificultador.

Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no andar: facilitadora.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre adaptação do domicílio para o uso de cadeira de rodas: facilitador.

Capacidade do cuidador para assistir no andar

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Capacidade do cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas: facilitadora.

### **Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda**

#### **Alimentar-se**

10-05-2023 15:00

Leva os alimentos à boca/sonda de alimentação

Dispositivo: Nenhum - Não leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

Prepara os alimentos para a refeição

Dispositivo: Nenhum - Não prepara os alimentos para a refeição.

Organiza os alimentos para a refeição

Dispositivo: Nenhum - Não organiza os alimentos para a refeição.

#### **Alimentar-se comprometido**

Consciencialização sobre compromisso no alimentar-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para alimentar-se

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Capacidade para alimentar-se

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído ao uso de dispositivo para alimentar-se

Dispositivo: Nenhum - não dificultador.

Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no alimentar-se: facilitadora.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de desidratação: necessita ser melhorado para

progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para alimentar: facilitadora.

Capacidade do cuidador para alimentar através de sonda gástrica: facilitadora.

### **Processo Espiritual**

21-04-2023 11:00

Cliente apresenta sinais de angústia espiritual. Não entende o porquê da sua condição de saúde e acha que Deus a abandonou. Apresenta preocupação com futuro da filha mais nova.

Conhecimento sobre angústia espiritual: necessita melhorar para progredir para a mestria; é o momento certo para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre angústia espiritual: necessita melhorar para progredir para a mestria; é o momento certo para intervir.

As filhas da cliente não apresentam angústia espiritual. Estão consciencializadas do processo de doença e demonstram vontade de se envolverem no processo de cuidar.

### **Angústia Espiritual**

#### **Esperança Comprometida**

**Potencial para melhorar conhecimento acerca do alívio da angústia espiritual**

**Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre angústia espiritual**

### **Conforto**

21-04-2023 11:00

Refere sentir-se um pouco desconfortável, com dor torácica ligeira, mas suportável.

Conforto comprometido: necessita melhorar para progredir para a mestria; é o momento certo para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre o conforto comprometido: necessita melhorar para progredir para a mestria; é o momento certo para intervir.

As filhas da cliente (principalmente a filha mais velha, dada a dificuldade física da filha mais nova) encontram-se capacitadas para promover o conforto.

### **Conforto comprometido**

**Potencial para melhorar o conforto**

**Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre conforto**

## **1.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados**

A existência de sintomas é frequentemente associada ao sofrimento psicológico e à diminuição da qualidade de vida, o que implica, necessariamente, um controlo adequado dos mesmos em todo o processo de doença. O descontrolo sintomático (físico, psicossocial e espiritual) tem grande impacto na qualidade de vida do doente. Aliviar e minimizar o sofrimento torna-se primordial em situações de doença progressiva e incurável. O controlo eficaz dos sintomas e a satisfação de necessidades e desejos que visem o conforto e qualidade de vida só é possível após uma correta avaliação. São então objetivos e prioridades no planeamento de cuidados:

- Controlar os sintomas, principalmente, dispneia, dor e insónia;

- Consciencializar para o risco de aspiração relacionado com a deglutição comprometida (apesar da doente ter uma gastrostomia, a sua vontade de se alimentar por via oral manteve-se);
- Fornecer toda a informação necessária sobre o diagnóstico e prognóstico da patologia, assim como a sua evolução natural, de acordo com a sua vontade;
- Estabelecer, junto da doente, do marido (cuidador) e das filhas, metas reais, de acordo com as suas expectativas, mais concretamente, as questões relacionadas com o controlo sintomático, a maior dependência nos vários domínios do autocuidado e as questões espirituais, relacionadas com a fé cristã;
- Capacitar para a tomada de decisão, de forma a conciliar os objetivos de todos os intervenientes;
- Proporcionar à doente uma simulação de uma viagem a Fátima, a 12 de maio, com velas, flores e reunião familiar no seu quarto, enquanto vêem a cerimónia religiosa transmitida na televisão (a vontade de doente seria deslocar-se a Fátima a 12 de maio);
- Garantir que o marido e a filha mais velha serão os cuidadores da filha mais nova, que dada a deficiência física, necessita de apoio nas tarefas diárias;
- Incentivar o marido e/ou a filha mais velha a contactar o irmão mais velho da doente (é essa a vontade da doente), com quem perdeu o contacto entre problemas familiares, no sentido de existir uma reconciliação;
- Escrever carta para futuro neto (deixar legado);

### **1.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados**

Na primeira visita da ECSCP aqui registada - 1ª sessão - (a doente já era acompanhada pela equipa há algumas semanas), a doente encontrava-se na sala, sentada no sofá, na companhia do marido (cuidador) e da filha mais nova. A filha mais velha, devido ao horário laboral, dá apoio sempre que possível e necessário. Segundo a doente, tinha algum desconforto relacionado com dor torácica, que entretanto cedeu à analgesia em SOS prescrita. Apesar de dispneia para pequenos esforços, negava dispneia em repouso, com oxigenoterapia contínua. A comunicação foi dificultada pela hipoacusia e pelo facto de os elementos da equipa se encontrarem a usar máscara cirúrgica, tal como preconizado, à data, pelas autoridades de saúde competentes. Relativamente à alimentação, e dada a invasão cervical do carcinoma da tiroide, com tumefação de grandes dimensões, a deglutição estava comprometida. A doente foi submetida a colocação de gastrostomia percutânea (PEG) há cerca de dois meses. Apesar da presença da PEG e do risco de aspiração, a doente continuou a alimentar-se também por via oral, principalmente

alguns pratos que lhe eram mais prazerosos. Todos os cuidados relacionados com a otimização e manutenção da PEG eram realizados pelo cuidador, sem dificuldade, assim como a alimentação por essa via. Quanto aos vários domínios do autocuidado, a doente referiu ainda ser autónoma, necessitando apenas de um pequeno apoio nos cuidados de higiene, dado pelo cuidador, devido à dispneia para pequenos esforços. Assim que a doente referiu estar sem dor, foram abordados alguns aspetos relacionados com a espiritualidade, como as preocupações e o significado da vida. A doente referiu que está consciencializada da sua situação atual. No entanto, não entende porque lhe aconteceu a ela própria e que sente que Deus a abandonou. Demonstra também preocupações relativamente ao cuidador da filha mais nova, no futuro, sendo que, nesse momento, o marido fez de questão de referir que tanto ele, como a sua filha mais velha, cuidarão da filha mais nova e darão todo o apoio necessário. Foi efetuada escuta ativa por parte da equipa, assim como permitida a ventilação de emoções. Foram ainda reforçada a gestão de terapêutica junto do cuidador, de forma a administrar a terapêutica prescrita em SOS, na tentativa de a doente diminuir a dor e a dispneia.

Nas semanas seguintes foram realizadas várias visitas da ECSCP ao domicílio da doente; a cada semana, a evolução e trajetória natural da doença foi evidente, e a doente tornou-se cada vez mais dependente em todos os domínios do autocuidado, assim como houve, em determinados momentos, alguns episódios de dor não controlada e agravamento da dispneia, como necessidade de aumentar os SOS administrados. O cuidador foi ensinado, durante estas visitas, em todos os domínios em que foi necessário intervir. Devido à invasão do carcinoma a doente acabou por perder a via oral e passou a ser alimentada apenas pela PEG, e iniciou um quadro de estridor constante, apesar de não relacionar a dispneia com o estridor.

Na segunda visita aqui registada - 2ª sessão - a doente encontrava-se deitada na cama, aparentemente orientada no tempo e espaço, mas com resposta verbal lentificada. Estavam presentes o cuidador, que neste momento era já uma pessoa capacitada em todas as vertentes do cuidar, e as duas filhas. Apresentava estridor, mas sem referir dispneia. Relativamente à dor, referia uma dor intensa no tórax à direita, mesmo tendo realizado um SOS há cerca de 10 minutos. Apresentava-se inquieta e, nitidamente, desconfortável. Voltou a ser administrado um SOS da analgesia prescrita, não tendo surtido efeito. Após terem sido abordadas várias questões relacionados com as suas preocupações e vontades, a doente acabou por verbalizar que estava bastante triste com o facto de não poder ir a Fátima no dia 12 de maio, pois, dada a sua fé cristã, o desejava fazer. Quando lhe foi perguntado se, para além disso, haveria algo mais ou alguém com quem gostasse de estar, referiu que gostaria de rever um irmão com quem perdeu o contacto há vários anos, após problemas familiares. Havia ainda uma outra questão que a doente referiu como importante e que lhe estaria a causar sofrimento: o facto de ainda não ter nenhum neto e ter a noção de que nunca o iria conhecer. A ECSCP, entre outras questões, decidiu planear uma simulação do santuário de Fátima no quarto da doente. Para tal, junto de algumas associações com quem tem o hábito de trabalhar, conseguiu proporcionar a

cedência de velas e flores. Colocou a imagem de N. Sra. de Fátima, que a doente tinha habitualmente na sala, no quarto. Além disso, a família comprometeu-se a colocar apenas roupa branca na cama, criando assim um ambiente calmo, e a assistir, juntamente com a doente, à cerimónia religiosa que seria transmitida pela televisão (algo que aconteceu como planeado). Relativamente ao irmão da doente, a filha tentou efetuar várias chamadas para o mesmo. No entanto, este nunca atendeu a chamada e não visitou a doente. No final, a doente referiu que, mesmo não vendo o irmão, sentia que, no seu interior, tinha resolvido os seus problemas com ele. Quanto à questão do neto, com a ajuda do marido e das filhas, escreveram uma carta com todas as palavras que a doente gostaria de dizer ao neto quando em duas ocasiões especiais: no momento em que fosse pela primeira vez à escola e no dia do seu casamento. A doente referiu que, assim, sentia que nunca seria esquecida. Após toda esta abordagem a doente ficou mais tranquila, aparentemente confortável, sem estridor e, segundo a própria, sem dor.

Dois dias após o 12 de maio, a doente melhorou o seu estado geral e veio, assistida pelo marido, na cadeira de rodas, até ao jardim de sua casa e desejou ver toda a casa e as várias fotografias que estavam espalhadas pela mesma, referindo sentir-se muito confortável. Conseguiu alimentar-se, nesse mesmo dia por via oral, com alguns dos doces favoritos, nomeadamente, "leite creme" e "pudim molotof".

Passados alguns dias após este evento, na companhia do marido e das filhas, a doente morreu, "tranquilamente e de forma muito serena", segundo os próprios, no seu domicílio, cumprindo-se assim a sua vontade, sendo este um indicador que as intervenções efetuadas e o plano de cuidados foi ajustado às necessidades da doente e dos seus familiares.

## 1.7. Diagnósticos

### **Audição**

21-04-2023 11:00

#### **Audição comprometida**

#### **Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras da audição**

[RESOLVIDO] 10-05-2023 15:00

#### Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias facilitadoras da audição [TERMO] 10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Ensinar sobre estratégias facilitadoras da audição [TERMO]

10-05-2023 15:00

### **Apetite**

21-04-2023 11:00

#### **Apetite comprometido**

#### **Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO]**

10-05-2023 15:00

Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [TERMO]

10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Ensinar sobre regime dietético [TERMO] 10-05-2023 15:00

**Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético**

Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético

21-04-2023 11:00 - Ensinar sobre autogestão do regime dietético

21-04-2023 11:00 - Ensinar sobre planeamento das refeições

**Potencial para melhorar significado atribuído ao compromisso do apetite**

[RESOLVIDO] 10-05-2023 15:00

Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do significado atribuído ao compromisso do apetite [TERMO] 10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [TERMO]

10-05-2023 15:00

**Potencial para melhorar significado atribuído ao regime dietético**

Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do significado atribuído ao regime dietético

21-04-2023 11:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador

**Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético**

[RESOLVIDO] 10-05-2023 15:00

Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre regime dietético [TERMO] 10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Ensinar cuidador sobre regime dietético [TERMO] 10-05-2023 15:00

**Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético**

Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético

21-04-2023 11:00 - Ensinar cuidador sobre gestão do regime dietético

21-04-2023 11:00 - Ensinar cuidador sobre ajuste da dieta de acordo com resultados de vigilância

**Dor**

21-04-2023 11:00

**Dor**

Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução da dor

21-04-2023 11:00 - Gerir analgesia

21-04-2023 11:00 - Posicionar para aliviar a dor

**Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não**

## **farmacológicas**

### Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

21-04-2023 11:00 - Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

**Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 10-05-2023 15:00**

### Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [TERMO] 10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor [TERMO] 10-05-2023 15:00

## **Comunicação verbal**

21-04-2023 11:00

**Comunicação verbal expressiva comprometida**

### Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Implementar estratégias facilitadoras da comunicação

## **Sistema respiratório**

21-04-2023 11:00

### **Dispneia**

#### Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução da dispneia

21-04-2023 11:00 - Posicionar para otimizar a ventilação

**Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia**

#### Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia

21-04-2023 11:00 - Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia

**Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia**

#### Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia

**Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [RESOLVIDO] 10-05-2023 15:00**

#### Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de episódios de dispneia [TERMO] 10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção dos episódios de dispneia [TERMO] 10-05-2023 15:00

**Potencial do cuidador para melhorar capacidade para otimizar a ventilação [RESOLVIDO] 10-05-2023 15:00**

#### Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para otimizar a

ventilação [TERMO] 10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Instruir cuidador a otimizar a ventilação através de posicionamento

[TERMO] 10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Treinar o cuidador a posicionar para otimizar a ventilação [TERMO]

10-05-2023 15:00

### **Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de infecção**

#### Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de infecção

21-04-2023 11:00 - Ensinar sobre prevenção da infecção

### **Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de contaminação**

#### Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de contaminação

21-04-2023 11:00 - Ensinar sobre prevenção da contaminação

### **Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de infecção**

#### Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de infecção

21-04-2023 11:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção da infecção

### **Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de contaminação**

#### Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de contaminação

21-04-2023 11:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção da contaminação

### **Deglutição**

21-04-2023 11:00

#### **Deglutição comprometida**

##### Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução da deglutição

21-04-2023 11:00 - Planear dieta

21-04-2023 11:00 - Alimentar através de sonda gástrica percutânea

### **Potencial para melhorar conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição**

#### Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição

21-04-2023 11:00 - Ensinar sobre dieta para facilitar a deglutição

### **Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração**

#### Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de aspiração

21-04-2023 11:00 - Ensinar sobre posicionamento facilitador da deglutição

21-04-2023 11:00 - Ensinar sobre prevenção da aspiração

### **Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e a deglutição**

#### Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e a deglutição

21-04-2023 11:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

21-04-2023 11:00 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e a deglutição

### **Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o treino e a promoção da deglutição**

#### Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o treino e a promoção da deglutição

21-04-2023 11:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

21-04-2023 11:00 - Analisar com o cliente a relação entre o treino e a promoção da deglutição

### **Potencial para melhorar capacidade para deglutir**

#### Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução da capacidade para deglutir

21-04-2023 11:00 - Instruir técnica de deglutição

### **Potencial para melhorar autoeficácia para deglutir**

#### Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para deglutir

21-04-2023 11:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

21-04-2023 11:00 - Elogiar o desempenho do cliente

### **Potencial para melhorar significado atribuído à adequação da dieta**

#### Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do significado atribuído à adequação da dieta

21-04-2023 11:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador

### **Potencial para melhorar significado atribuído ao treino da deglutição**

#### Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do significado atribuído ao treino da deglutição

21-04-2023 11:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador

### **Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição**

#### Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição

21-04-2023 11:00 - Ensinar cuidador sobre dieta para facilitar a deglutição

21-04-2023 11:00 - Ensinar cuidador sobre planeamento da dieta

### **Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração**

#### Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração

21-04-2023 11:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção da aspiração

21-04-2023 11:00 - Ensinar cuidador sobre inspeção da cavidade oral após as refeições

21-04-2023 11:00 - Ensinar cuidador sobre posicionamento facilitador da deglutição

### **Potencial do cuidador para melhorar capacidade para alimentar [RESOLVIDO]**

10-05-2023 15:00

Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para alimentar [TERMO]

10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Instruir cuidador para alimentar [TERMO] 10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Instruir cuidador a facilitar a deglutição através de posicionamento durante a refeição [TERMO] 10-05-2023 15:00

**Eliminação intestinal**

21-04-2023 11:00

**Obstipação**

Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução de sinais de obstipação

21-04-2023 11:00 - Planear dieta

**Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso**

Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime medicamentoso

21-04-2023 11:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso

**Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso**

[RESOLVIDO] 10-05-2023 15:00

Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre regime medicamentoso [TERMO] 10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Ensinar cuidador sobre regime medicamentoso [TERMO] 10-05-2023 15:00

**Estoma**

21-04-2023 11:00

**Gastrostomia**

Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Executar cuidados à gastrostomia

21-04-2023 11:00 - Otimizar tubo de gastrostomia

**Potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância da pele peri-gastrostomia**

Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância da pele peri-gastrostomia

21-04-2023 11:00 - Ensinar sobre autovigilância da pele peri-gastrostomia

**Sono**

21-04-2023 11:00

**Sono comprometido [RESOLVIDO] 10-05-2023 15:00**

Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do sono [TERMO] 10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Implementar estratégias de promoção do sono [TERMO] 10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Gerir medicação [TERMO] 10-05-2023 15:00

**Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono [RESOLVIDO]**

10-05-2023 15:00

Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção do sono [TERMO]

10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Ensinar sobre padrão de sono [TERMO] 10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Ensinar sobre complicações do sono comprometido [TERMO] 10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Ensinar sobre estratégias de promoção do sono [TERMO] 10-05-2023 15:00

**Potencial para melhorar significado atribuído ao compromisso do sono [RESOLVIDO]**

10-05-2023 15:00

Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do significado atribuído ao compromisso do sono [TERMO] 10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [TERMO]

10-05-2023 15:00

**Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção do sono**

[RESOLVIDO] 10-05-2023 15:00

Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre promoção do sono [TERMO] 10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Ensinar cuidador sobre padrão de repouso e sono [TERMO]

10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Ensinar cuidador sobre complicações do sono comprometido [TERMO] 10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Ensinar cuidador sobre gestão do padrão de repouso e de atividade do cliente [TERMO] 10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias de promoção do sono [TERMO]

10-05-2023 15:00

**Emoção**

21-04-2023 11:00

**Humor depressivo [RESOLVIDO] 10-05-2023 15:00**

Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do humor depressivo [TERMO] 10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Executar escuta ativa [TERMO] 10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Assistir cliente no treino do pensamento positivo [TERMO] 10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Assistir o cliente no treino do autocontrolo das emoções [TERMO]

10-05-2023 15:00

**Potencial para melhorar conhecimento sobre humor depressivo [RESOLVIDO]**

10-05-2023 15:00

Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre humor depressivo [TERMO]

10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Ensinar sobre humor depressivo [TERMO] 10-05-2023 15:00

**Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor [RESOLVIDO] 10-05-2023 15:00**

Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor [TERMO] 10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Ensinar sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor [TERMO] 10-05-2023 15:00

**Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor [RESOLVIDO] 10-05-2023 15:00**

Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor [TERMO] 10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e equilíbrio de humor [TERMO] 10-05-2023 15:00

**Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a medicação e o equilíbrio de humor [RESOLVIDO] 10-05-2023 15:00**

Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a medicação e o equilíbrio de humor [TERMO] 10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Analisar com o cliente a relação entre a medicação e o equilíbrio de humor [TERMO] 10-05-2023 15:00

**Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o sono e o equilíbrio de humor [RESOLVIDO] 10-05-2023 15:00**

Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o sono e o equilíbrio de humor [TERMO] 10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Analisar a relação entre padrão do sono e equilíbrio de humor [TERMO] 10-05-2023 15:00

**Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo [RESOLVIDO] 10-05-2023 15:00**

Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo [TERMO] 10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Analisar com o cliente os fatores concorrentes para o humor depressivo [TERMO] 10-05-2023 15:00

**Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre humor depressivo [RESOLVIDO] 10-05-2023 15:00**

Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre humor depressivo [TERMO] 10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Ensinar cuidador sobre humor depressivo [TERMO] 10-05-2023 15:00

**Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras**

**do equilíbrio do humor [RESOLVIDO] 10-05-2023 15:00**

Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor [TERMO] 10-05-2023 15:00

21-04-2023 11:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor [TERMO] 10-05-2023 15:00

**Virar-se**

10-05-2023 15:00

**Virar-se comprometido**

Intervenções de Enfermagem

10-05-2023 15:00 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão

10-05-2023 15:00 - Posicionar usando dispositivo

10-05-2023 15:00 - Aplicar colchão de alívio de pressão

**Erguer-se**

10-05-2023 15:00

**Erguer-se comprometido**

Intervenções de Enfermagem

10-05-2023 15:00 - Assistir no erguer-se

10-05-2023 15:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

**Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda**

**Transferir-se**

10-05-2023 15:00

**Transferir-se comprometido**

Intervenções de Enfermagem

10-05-2023 15:00 - Transferir cliente

10-05-2023 15:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

**Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda**

**Sentar-se**

10-05-2023 15:00

**Sentar-se comprometido**

Intervenções de Enfermagem

10-05-2023 15:00 - Assistir no sentar-se usando dispositivo

10-05-2023 15:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

**Cuidar da higiene pessoal**

10-05-2023 15:00

**Cuidar da higiene pessoal comprometido**

Intervenções de Enfermagem

10-05-2023 15:00 - Dar banho na cama

10-05-2023 15:00 - Dar banho no chuveiro

10-05-2023 15:00 - Arranjar o cliente

10-05-2023 15:00 - Fazer toalete

10-05-2023 15:00 - Lavar cavidade oral

10-05-2023 15:00 - Trocar fralda

**Vestir-se ou despir-se**

10-05-2023 15:00

### **Vestir-se ou despir-se comprometido**

#### Intervenções de Enfermagem

10-05-2023 15:00 - Vestir/despir

### **Andar**

10-05-2023 15:00

#### **Andar comprometido**

#### Intervenções de Enfermagem

10-05-2023 15:00 - Adequar o vestuário para prevenir queda

10-05-2023 15:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

10-05-2023 15:00 - Deslocar o cliente em cadeira de rodas

#### **Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda**

### **Alimentar-se**

10-05-2023 15:00

#### **Alimentar-se comprometido**

#### Intervenções de Enfermagem

10-05-2023 15:00 - Alimentar cliente

### **Processo Espiritual**

21-04-2023 11:00

#### **Angústia Espiritual**

#### Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução de angústia espiritual

21-04-2023 11:00 - Respeitar as crenças e práticas religiosas

21-04-2023 11:00 - Promover escuta ativa

21-04-2023 11:00 - Respeitar a dignidade e privacidade

21-04-2023 11:00 - Incentivar a procura de significado e propósito

#### **Esperança Comprometida**

#### Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução da esperança

21-04-2023 11:00 - Incentivar à verbalização das emoções

21-04-2023 11:00 - Estabelecer objetivos a curto prazo

21-04-2023 11:00 - Ajudar na identificação de sucessos passados

21-04-2023 11:00 - Assistir no treino do pensamento positivo

#### **Potencial para melhorar conhecimento acerca do alívio da angústia espiritual**

#### Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Analisar com o cliente quais os eventos possíveis de realizar com o sentido de minimizar a angústia espiritual

#### **Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre angústia espiritual**

#### Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 11:00 - Incentivar o cuidador a exercer escuta ativa

21-04-2023 11:00 - Incentivar o cuidador a respeitar crenças e práticas religiosas

21-04-2023 11:00 - Envolver o cuidador na prática religiosa

21-04-2023 11:00 - Incentivar cuidador a contactar familiares significativos para a doente no sentido de promover um encontro

### **Conforto**

21-04-2023 11:00

**Conforto comprometido**

Intervenções de Enfermagem

- 21-04-2023 11:00 - Avaliar evolução do conforto
- 21-04-2023 11:00 - Gerir analgesia
- 21-04-2023 11:00 - Gerir esforços
- 21-04-2023 11:00 - Assistir no posicionamento de conforto
- 21-04-2023 11:00 - Promover conforto
- 21-04-2023 11:00 - Dar oportunidade de expressar sentimentos e emoções
- 21-04-2023 11:00 - Respeitar as suas crenças e valores

**Potencial para melhorar o conforto**

Intervenções de Enfermagem

- 21-04-2023 11:00 - Avaliar o conforto
- 21-04-2023 11:00 - Analisar com o cliente as ações promotoras de conforto

**Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre conforto**

Intervenções de Enfermagem

- 21-04-2023 11:00 - Ensinar o cuidador a gerir analgesia
- 21-04-2023 11:00 - Ensinar cuidador a assistir no posicionamento de conforto
- 21-04-2023 11:00 - Envolver o cuidador na ventilação de emoções e expressão de sentimentos

**1.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades**

Todas as intervenções de enfermagem planeadas e realizadas foram no sentido de atingir os objetivos e prioridades traçadas para a doente e familiares, dando primazia à qualidade de vida e conforto e diminuição do sofrimento e angústia de todos os intervenientes neste processo de evolução e trajetória natural da doença.

Assim, todas as intervenções contribuíram para que o plano de cuidados fosse cumprido, tanto ao nível do controlo de sintomas físicos, principalmente a dor e a dispneia, como na diminuição da angústia espiritual, no cumprimento dos seus desejos.

A intervenção realizada permitiu que a sua morte se caracterizasse como um momento tranquilo e de paz, na companhia dos seus familiares, que relataram o momento "tranquilo e sereno", no local desejado pela doente.

## 1.8. Especificação das intervenções

### Gerir medicação

- Ensinar cuidador a gerir medicação prescrita
- Fazer plano terapêutico para orientar cuidador

### Posicionar para otimizar a ventilação

- Ensinar cuidador a elevar cabeceira da cama para posição de fowler ou semi-fowler

### Avaliar evolução da deglutição

- Avaliar deglutição segundo escala de GUSS

### Planear dieta

- Planear com cuidador refeições a gosto
- Planear com cuidador refeições em consistência mole para facilitar deglutição

### Implementar estratégias facilitadoras da comunicação

- Solicitar para falar lentamente

### Avaliar evolução da dispneia

- Avaliar dificuldade respiratória segundo escala visual analógica
- Avaliar sensação de falta de ar

### Implementar estratégias de promoção do sono

- Ensinar cuidador a promover ambiente calmo e tranquilo

### Executar cuidados à gastrostomia

- Executar tratamento ao local de inserção

### Otimizar tubo de gastrostomia

- Verificar permeabilidade da PEG
- Ensinar cuidador a verificar permeabilidade de PEG

### Avaliar evolução da dor

- Avaliar dor segundo escala numérica da dor

### Gerir analgesia

- Ensinar cuidador a administrar analgesia prescrita sempre que necessário

### Posicionar para aliviar a dor

- Ensinar o cuidador posicionar em decúbito confortável, quando deitada

## APÊNDICE 2 - Tabela de registros da avaliação espiritual

## Avaliação Espiritual

		O.S. (1)	O.S. (2)	O.S. (3)	F.B. (1)	F.B. (2)	
Avaliação Cognitiva (0-2 erros: normal)		0	0	1	0	1	
<b>AFIRMAÇÕES</b>							
1	Olhando para a minha vida, sinto-me satisfeito(a) com o que vivi e comigo mesmo(a).	B	B	B	M	M	
2	Fiz, na minha vida, o que senti que tinha de fazer.	P	P	P	B	B	
3	Encontro sentido para a minha vida.	P	B	B	P	B	
4	Sinto-me querido(a) pelas pessoas que me são significativas.	M	M	M	B	M	
5	Sinto-me em paz e reconciliado(a) com os outros.	P	P	P	M	M	
6	Creio que pude dar algo valioso à vida dos outros.	B	B	B	B	B	
7	Apesar da minha doença, ainda tenho esperança de que aconteçam coisas positivas.	P	B	B	N	P	
8	Sinto-me ligado(a) a um ser/algo superior (à natureza, a Deus, ...).	B	B	M	P	P	
		O.S.:			F.B.:		
		"Queria tanto ter um neto"			"Estou pronta para morrer"		
		"Preciso de ver a minha irmã"			"Não mudava nada"		
		"Quero muito ir a Fátima e confessar-me"			"Fiz tudo o que queria"		
		"Não quero morrer"			"Os meus filhos estão bem"		
		"Com quem vai ficar a minha filha?"					
<b>Legenda:</b>							
N: Nada P: Pouco B: Bastante M: Muito							
(1) - 1ª avaliação; (2) - 2ª avaliação; (3) - 3ª avaliação							

**DOENTES**

J.P. (1)	J.P. (2)	M.S. (1)	M.S. (2)	A.M. (1)	A.M. (2)
0	0	0	0	0	0
B	B	N	P	P	B
B	B	P	P	B	B
P	B	P	P	B	P
M	M	P	P	B	M
M	M	B	B	B	B
B	B	P	P	P	P
B	B	P	B	P	N
P	B	B	M	P	N
J.P.:		M.S.:		A.M.:	
"Sinto-me muito bem"		"Ainda sou muito nova para morrer"		"Tenha pena de já não poder ir ao café"	
"O meu filho vem sempre cá"		"Tenho medo de morrer"		"Sinto-me muito em baixo"	
"Para mim é suficiente pode ir até à sala"		"Tenho medo de sofrer"		"Deus abandonou-me"	
"Agora rezo todos os dias"		"Não fiz nada na vida"			
		"Náo tenho ninguém"			

## APÊNDICE 3 - Protocolo de avaliação espiritual

# PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO ESPIRITUAL

Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

Documento de trabalho; reprodução não autorizada.

## Protocolo de Avaliação Espiritual

### Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

#### 1. Contextualização

Em 1998, Martsof & Mickley alertavam para a importância dos profissionais de saúde estarem sensíveis à dimensão espiritual. No entanto, esta é uma área que permanece pouco desenvolvida, nomeadamente em Portugal (Caldeira, Pinto & Capelas, 2017), com diversos estudos a documentar o subdesenvolvimento do cuidado espiritual na prática de cuidados e na investigação (Caldeira et al., 2017; Romeiro et al., 2018). Assim, esta constitui-se como uma área prioritária, conforme estabelecido na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei nº 52/2012, de 5 de setembro) e nos documentos estratégicos que se lhe seguiram.

A palavra espiritualidade deriva da palavra espírito, que consiste “na força devida, na essência e energia de cada pessoa. É a força que confere ao indivíduo a capacidade de transcender as leis naturais e ordens da vida, permitindo atingir uma dimensão misteriosa ou transcendente. O espírito orienta e motiva os indivíduos na procura de sentido e significado, expressando-se em todos os aspetos e experiências da vida, especialmente em momentos de crise e necessidade” (McSherry, 2006).<sup>1</sup>

É de salientar que existem várias definições de espiritualidade. No entanto, tendo em conta as características da população para a qual foi desenvolvido este protocolo, será utilizada a definição adotada pela European Association for Palliative Care, que define **espiritualidade** como “**a dimensão dinâmica da vida humana** que se relaciona com o modo como **as pessoas** (individualmente e na comunidade) **experimentam, expressam e/ou buscam significado, propósito e transcendência, e o modo como se conectam com o momento, consigo mesmo, com os outros, com a natureza, ao significativo e/ou ao sagrado**” (Puchalski et al., 2014).

Já Weathers et al. (2015), definem espiritualidade como uma forma de estar no mundo, encontrando uma conexão com o próprio, com os outros e com um poder superior, transcendendo-se para além de si mesmo e do sofrimento, atribuindo um sentido à vida. Estas reflexões acerca da espiritualidade levam-nos a abordar dois conceitos que devem ser distinguidos: **o sentido da vida e o seu propósito**.

Segundo Frankl (2017), o sentido da vida pode ser encontrado, não por si só, mas no contacto com tudo o que rodeia a pessoa, ou seja, encontrar um sentido para a vida através da interação com o mundo. O autor afirma que o sentido da vida é mutável, mas que a sua busca é uma necessidade constante. Para Steger (2013) o significado confere a sensação de que a vida é importante, que faz sentido e que é mais do que a soma de segundos, dias e anos. Compreender a experiência dessa maneira constrói o componente cognitivo do significado da vida, que se refere à compreensão desenvolvida de quem é a pessoa, como é o mundo e como se relacionam. Por sua vez, Scheier et al. (2006) mencionam que o propósito da vida está diretamente relacionado com objetivos que a pessoa considera como valiosos, mantendo-a comprometida com a vida e empenhando-se na sua concretização.

---

<sup>1</sup> Tradução livre do autor.

**A procura constante e incessante de sentido e propósito**, inerente à espiritualidade humana, **intensifica-se na fase final da vida**, quando a proximidade da morte é uma realidade. A abordagem da espiritualidade do doente assume, portanto, um papel primordial, particularmente em fases avançadas de doença ou terminais, uma vez que os valores espirituais tornam-se, com frequência, mais acentuados e relevantes em fim de vida (Gilberts et al., 2011).

Segundo Martins et al. (2015) é no encontro da paz espiritual que a relação entre o doente e sua família ou entes significativos se enaltece e encontra o verdadeiro significado.

Assim, e com o objetivo de **promover uma melhor adequação de cuidados**, centrados na pessoa e orientados para toda a sua essência, existem, atualmente, diversos instrumentos de apoio no processo de avaliação de necessidades espirituais, nomeadamente, no contexto de prestação de Cuidados Paliativos. Muitos destes recursos, adaptados e validados para a população portuguesa, foram já disponibilizados pelo Observatório Português de Cuidados Paliativos, no seu website (<https://ics.lisboa.ucp.pt/sobre-overview/observatorio-portugues-dos-cuidados-paliativos>).

Entre os documentos disponíveis, após análise e discussão prévias, a ECSCP definiu que, dada a sua larga utilização neste contexto e a recomendação pelo Observatório Português dos Cuidados Paliativos, o instrumento a utilizar será, preferencialmente, o Questionário de Avaliação de Recursos e Necessidades Espirituais do Grupo Espiritualidade da Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Questionário GES).

## **2. Objetivo**

Providenciar um protocolo de atuação na avaliação espiritual dos doentes acompanhados pela ECSCP.

## **3. Critérios de Elegibilidade e Condições**

### 3.1. Critérios de Elegibilidade:

- Ser **maior de idade** (igual ou superior a 18 anos) e **consentir ser avaliado**;
- Estar **cognitivamente capaz** para responder (obter resultado “normal” na versão portuguesa da SPMSQ - *Short Portable Mental Status Questionnaire*, que se encontra anexada ao questionário GES);

A consciência face ao diagnóstico e prognóstico constitui critério preferencial, prévio ao início da avaliação, mas não deverá constituir critério de exclusão, nomeadamente em doentes que recusem esta informação ou que não estejam ainda preparados para a receber.

### 3.2. A aplicação deste protocolo deve respeitar as seguintes condições:

- Planear a avaliação espiritual, decidindo qual o momento mais adequado à sua realização, tendo em conta que **o controlo sintomático deverá estar, preferencialmente, assegurado. Esta condição não deverá, porém, ser critério de exclusão**;
- Escolher um local **calmo, tranquilo e confortável**. O doente decidirá se prefere dar as suas respostas apenas ao profissional ou na presença de familiar(es) e/ou cuidador(es);

- Recordar ao doente que **não há respostas corretas ou incorretas**, e que todas as inquietudes e capacidades exploradas podem afetar qualquer ser humano. O importante é que a resposta seja verdadeira e de acordo com o que a pessoa experiencia / experienciou.
- A atitude do profissional deverá ser de **escuta profunda, atenta, respeitosa, acolhedora e afável**.
- A avaliação espiritual deve estar contemplada no **Plano Individual Integrado de Cuidados (PIIC)** do doente.

#### 4. Caracterização do instrumento de avaliação

O questionário GES é uma ferramenta de avaliação de recursos e necessidades espirituais que permite explorar as possíveis fontes de satisfação ou necessidade, criada pela Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Benito et al., 2014) e validada para português (Manso & Capelas, 2021).

É composto por um conjunto de perguntas abertas iniciais que facilitam a criação de um clima de tranquilidade e um espaço de intimidade, uma vez que pode ainda não existir um tipo de vínculo próximo e/ou terapêutico, dando ao doente o tempo necessário para formular as respostas.

O questionário consiste num conjunto de oito afirmações. Ao apresentá-las, deve solicitar-se ao doente que **valorize em que medida se identifica** com cada uma delas e **em que grau** (resposta em escala tipo *likert*, com opção de resposta entre “*nada*” e “*muito*”). Convém clarificar que o objetivo não é tanto buscar um score para cada resposta, mas, **essencialmente, estimular o diálogo**, para que o doente possa explorar, refletir e encontrar uma resposta intuitiva, que facilite a avaliação da necessidade espiritual individual, enquanto é acompanhado, aceite, reconciliado e transcendido. Ressalve-se que o instrumento atua como um facilitador da avaliação da dimensão espiritual.

De forma a facilitar o diálogo entre o doente e o profissional, poderá ser utilizado o instrumento FICA Spiritual History Tool© (Puchalski & Romer, 2000) (preferencialmente antes de apresentar as oito afirmações do questionário GES), que consiste num conjunto de questões abertas relacionadas com a fé, as crenças e a espiritualidade, assim como a importância que lhe é atribuída.

Ambos os questionários (FICA e GES) encontram-se anexados a este protocolo.

#### 5. Periodicidade da avaliação

A avaliação espiritual deverá, idealmente, ocorrer **entre a segunda e a quarta visitas domiciliárias**, dependendo da situação de cada doente, não devendo prolongar-se além da sexta visita. Deverá ser **reavaliada sempre que necessário**.

#### 6. Profissionais envolvidos

Qualquer profissional da equipa interdisciplinar da ECSCP está habilitado para realizar a avaliação espiritual. No entanto, dada a necessidade desta avaliação ser realizada

precocemente, uma vez que as visitas domiciliárias são, geralmente, efetuadas com pelo menos dois elementos (médico(a) e enfermeiro(a)), esta deverá, preferencialmente, ser efetuada por estes profissionais.

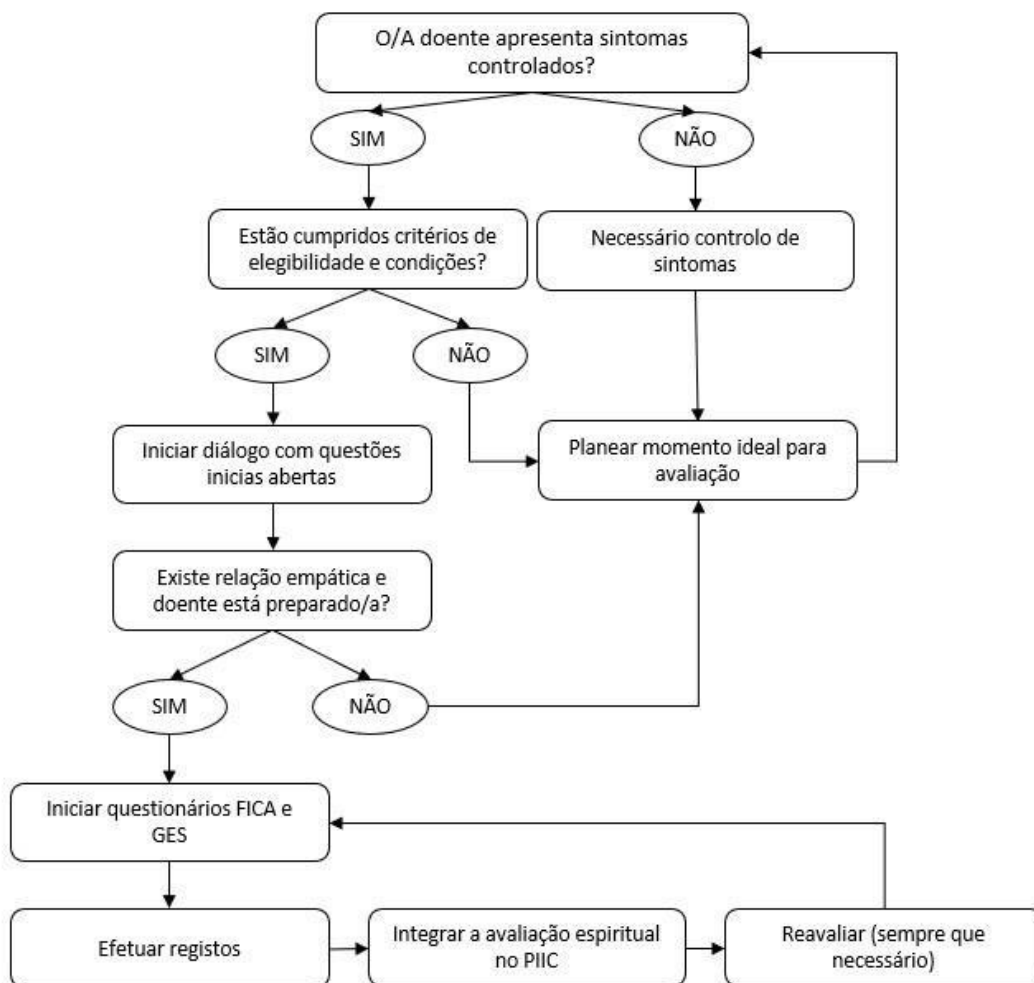
O profissional que executa a primeira avaliação será responsável pelo registo e gestão da avaliação espiritual do doente.

Os profissionais deverão, previamente, receber formação e treino.

## 7. Conclusões

Após a primeira avaliação, o profissional que a efetuou deve analisar os dados recolhidos, registá-los e apresentá-los na reunião de equipa seguinte. Deverá ser estabelecido um plano individual integrado de cuidados que contemple as necessidades espirituais do doente.

## 8. Esquema de tomada de decisão



## 9. Referências Bibliográficas

- Benito, E., Oliver, A., Galiana, L., Barreto, P., Pascual, A., Gomis, C., & Barbero, J. (2014). Development and validation of a new tool for the assessment and spiritual care of palliative care patients. *Journal of pain and symptom management*, 47(6), 1008–1018. e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.06.018>
- Caldeira, S., Pinto, S. & Capelas, M. L. (2017). Implementing spiritual care at the end of life: Portugal. *European Journal of Palliative Care*, 24(4), 175-177. [https://www.researchgate.net/publication/320101149\\_Implementing\\_spiritual\\_care\\_at\\_the\\_end\\_of\\_life\\_Portugal](https://www.researchgate.net/publication/320101149_Implementing_spiritual_care_at_the_end_of_life_Portugal)
- Frankl, V. E. (2017). *Man's Search for Meaning: Young Adult Edition*. Beacon Press.
- Gilberts, M. J., Echteld, M.A., van der Steen, J. T., Muller, M. T., Otten, R. H., Ribbe, M. W. & Deliens, L. (2011). Spirituality at the end of life: Conceptualization of measurable aspects: A systematic review. *Journal of Palliative Medicine*, 14(7), 852-863. <https://doi:10.1089/jpm.2010.0356>
- Hanson, L., Dobbs, D., Usher, B., Williams, S., Rawling, J. & Daaleman, T. (2008). Providers and types of spiritual care during serious illness. *Journal of Palliative Medicine*, 11(6), 907- 913. <http://doi.org/10.1089/jpm.2008.0008>
- Lei N.º 52/2012 da Assembleia da República (2012). Diário Da República: I série, nº 172. <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>.
- Manso, D.M., Benito, E., Oliver, A., Galiana, L., Barreto, P., Pascual, A., Gomis, C., Barbero, J., Capelas, M.L. (2020). Questionário GES: Avaliação de recursos e necessidades espirituais. Versão Portuguesa. Observatório Português dos Cuidados Paliativos. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2021.9998>
- Manso, D. M., & Capelas, M. L. (2021). Tradução e adaptação transcultural para português europeu do Cuestionario GES (SECPAL). *Cadernos De Saúde*, 13(2), 21-32. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2021.9998>
- Martins, A. R., Pinto, S., Caldeira, S. & Pimentel, F. L. (2015). Tradução e adaptação da spirituality and spiritual care rating scale em enfermeiros portugueses de cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 89-97. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13129>
- Martsof, D. S. & Mickley, J. R. (1998). The concept of spirituality in nursing theories: differing world-views and extent of focus. *Journal of advanced nursing*, 27(2), 294-303. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00519.x>
- McSherry W. (2006). The principal components model: a model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and health care practice. *Journal of clinical nursing*, 15(7), 905–917. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01648.x>
- Puchalski, C., & Romer, A. L. (2000). Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of palliative medicine*, 3(1), 129–137. <https://doi.org/10.1089/jpm.2000.3.129>
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *Journal of palliative medicine*, 17(6), 642–656. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>
- Romeiro J., Martins H., Pinto S. & Caldeira S. (2018). Review and Characterization of Portuguese Theses, Dissertations, and Papers about Spirituality in Health. *Religions*. 9(9):271. <https://doi.org/10.3390/rel9090271>
- Scheier, M. F., Wrosch, C., Baum, A., Cohen, S., Martire, L. M., Matthews, K. A., ... Zdaniuk, B. (2006). The life engagement test: Assessing purpose in life. *Journal of behavioral medicine*, 29(3), 291-298. <https://doi.org/10.1007/s10865-005-9044-1>

Steger, M. F. (2013). Experiencing meaning in life: Optimal functioning at the nexus of well-being, psychopathology, and spirituality. In *The human quest for meaning* (pp. 211-230). Routledge.

Weathers, E., McCarthy, G. & Coffey, A. (2016). Concept analysis of spirituality: An evolutionary approach. *Nursing forum* (Vol. 51, No. 2, pp. 79-96). <https://doi.org/10.1111/nuf.12128>

Este protocolo foi desenvolvido por Rui Guedes (Enfermeiro, estudante do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, em contexto de Estágio de Natureza Profissional), sob orientação da Prof. Doutora Sara Pinto e coorientação da Prof. Doutora Olga Fernandes.

Porto, julho de 2023.

## ANEXOS

### Avaliação espiritual: Modelo

Nome completo do doente: \_\_\_\_\_

Nº SNS: \_\_\_\_\_

Data da 1ª avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local da 1ª avaliação: \_\_\_\_\_

Quem realizou avaliação (nome/área profissional): \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nº visita em que se realizou avaliação (ex: 2ª, 3ª, etc.): \_\_\_\_\_

Reavaliação (sempre que necessário): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Avaliação cognitiva<sup>2</sup>

	Certo	Errado
1. Em que data estamos? Dia, mês, ano ____/____/____ (tolerância de um dia)		
2. Que dia da semana é hoje?		
3. Como se chama esta localidade?		
4. Qual é o seu número de telefone? 4a. Qual é o seu endereço? (só se não tem telefone)		
5. Quantos anos tem? _____		
6. Qual a sua data de nascimento? Dia, mês, ano ____/____/____		
7. Como se chama o atual presidente da república?		
8. Como se chamava o anterior presidente da república?		
9. Qual o seu apelido ou nome de família?		
10. Subtraia 3 de 20. Agora subtraia mais três... (20-3=17; 17-3=14; 14-3=11; 11-3=8; 8-3=5; 5-3=2)		

Nº de respostas erradas: \_\_\_\_\_ Nº de respostas certas: \_\_\_\_\_

**Resultados:** 0-2 erros: normal; 3-4 erros: deterioração leve; 5-7 erros: deterioração moderada; 8-10 erros: deterioração grave.

<sup>2</sup> Versão portuguesa da SPMSQ, que se encontra anexada ao questionário GES, disponível em:  
<https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/5501/file>.

## **FICA Spiritual History Tool**<sup>3</sup>

### **F – Fé, crenças e significado**

“Considera-se um ser espiritual?” ou “A espiritualidade é importante para si?”

“Tem crenças espirituais, práticas ou valores que o ajudem a ultrapassar o stress e as dificuldades?”

“O que dá significado à sua vida?”

### **I – Importância e influência**

“Que importância tem a espiritualidade na sua vida?”

“A espiritualidade influenciou a forma como cuidou de si, principalmente no que está relacionado com a sua saúde?”

“A espiritualidade afeta a sua tomada de decisão em relação à saúde?”

### **C – Comunidade**

“Faz parte de uma comunidade espiritual?” (ex: igreja ou templos, família, grupos de exercício físico, etc.)

“Essa comunidade é um apoio para si? De que forma?” ou “Existe um grupo de pessoas que realmente ama ou que são importantes para si?”

### **A – Ação no cuidado**

“Como posso, enquanto profissional de saúde, conduzir as suas questões espirituais?”

### **Observações ou outros comentários:**

---

---

---

<sup>3</sup> Puchalski, C., & Romer, A. L. (2000). Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of palliative medicine*, 3(1), 129–137. <https://doi.org/10.1089/jpm.2000.3.129>

A versão integral pode ser consultada em: <https://gwish.smhs.gwu.edu/programs/transforming-practice-health-settings/clinical-fica-tool>

#### **Questionário GES<sup>4</sup>**

<b>Afirmações</b>	<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
Olhando para a minha vida, sinto-me satisfeito(a) com o que vivi e comigo mesmo(a).				
Fiz, na minha vida, o que senti que tinha de fazer.				
Encontro sentido para a minha vida.				
Sinto-me querido(a) pelas pessoas que me são significativas.				
Sinto-me em paz e reconciliado(a) com os outros.				
Creio que pude dar algo valioso à vida dos outros.				
Apesar da minha doença, ainda tenho esperança de que aconteçam coisas positivas.				
Sinto-me ligado(a) a um ser/algo superior (à natureza, a Deus, ...).				

#### **Observações ou outros comentários:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

<sup>4</sup> Benito, E., Oliver, A., Galiana, L., Barreto, P., Pascual, A., Gomis, C., & Barbero, J. (2014). Development and validation of a new tool for the assessment and spiritual care of palliative care patients. *Journal of pain and symptom management*, 47(6), 1008–1018.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.06.018>

A versão integral pode ser consultada em: <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/5501/file>