



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

**A Esperança da Pessoa em Situação Paliativa:
Contributos para uma Avaliação Sistematizada**

Projeto de Desenvolvimento de Competências Clínicas Comuns e
Especializadas na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Joana Margarida Barreto de Amaral

Porto, 2024

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

A ESPERANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO
PALIATIVA: CONTRIBUTOS PARA UMA AVALIAÇÃO
SISTEMATIZADA - PROJETO DE DESENVOLVIMENTO
DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS COMUNS E
ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE ENFERMAGEM À
PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

HOPE OF ADULT PATIENTS IN A PALLIATIVE
SITUATION: CONTRIBUTIONS TOWARDS A SYSTEMATIZED
ASSESSMENT - A PROJECT TO DEVELOP COMMON AND
SPECIALIZED CLINICAL COMPETENCIES IN PALLIATIVE
NURSING

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

Autor: Joana Margarida Barreto de Amaral

Porto, 2024

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Sara Pinto e à Professora Doutora Olga Fernandes pelo acompanhamento e incentivo ao longo de todo este percurso.

Aos enfermeiros tutores Jorge Pereira e Elsa Rodrigues pelo apoio durante os contextos da prática clínica.

Aos enfermeiros orientadores Jorge Pereira, Carla Paiva e Graça Terroso pelo tempo e sabedoria que disponibilizaram para o desenvolvimento das minhas competências, durante o estágio profissional de natureza profissional.

Às equipas multidisciplinares dos dois contextos da prática clínica pelo acolhimento, abertura e disponibilidade durante a minha permanência.

A todos os clientes e às suas famílias pelo privilégio de me terem mostrado e ensinado o valor da vida em momentos tão vulneráveis.

À Sara, Marta, Bruno, Maria Luís e Mafalda pelo apoio incondicional e por nunca me terem deixado desistir.

Aos meus avós, tio, pais e irmãos por todos os ensinamentos e valores que me transmitiram e pela compreensão das minhas ausências durante este percurso.

A todos eles quero expressar um profundo agradecimento! Sem eles o meu objetivo e todo o trabalho necessário para a sua consecução não era possível. Assim, humildemente, vos dedico todo este meu esforço!

LISTA DE SIGLAS

- CE - Consulta Externa
- CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos
- CP - Cuidados Paliativos
- EAPC - *European Association for Palliative Care*
- ECSCP - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
- EIHSCP - Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
- EMCEPSP - Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa
- ESAS - *Edmonton Symptom Assessment System*
- HD - *Hope Differential*
- HDS - *Hope Differential Short*
- HHI - *Herth Hope Index*
- HHI PT - Escala de Esperança de Herth, Versão Portuguesa
- HHI-C-PT - Escala de Esperança de Herth para Cuidadores de Pessoas em Cuidados Paliativos, Versão Portuguesa
- HHS - *Herth Hope Scale*
- ICN - *International Council of Nurses*
- MEMCEPSP - Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de atenção à Pessoa em Situação Paliativa
- MeSH - *Medical Subject Headings*
- PPS PT - Escala de Avaliação do Desempenho do Doente em Cuidados Paliativos, Versão Portuguesa
- REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
- RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats*
- SUDHV - Situação de Últimos Dias ou Horas de Vida
- UCP - Unidade de Cuidados Paliativos
- UCPED - Unidade de Cuidados Paliativos de Elevada Diferenciação

RESUMO

O presente relatório de estágio de natureza profissional apresenta como temática transversal “A Esperança da Pessoa em Situação Paliativa: Contributos para uma Avaliação Sistematizada”, refletindo o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, em contexto da prática clínica. Para além de descrever e refletir sobre as atividades realizadas em contexto de estágio, bem como sobre as competências desenvolvidas, este projeto tem também por finalidade contribuir para a avaliação da esperança a clientes adultos em situação paliativa, em contexto hospitalar.

A pessoa em situação paliativa é confrontada, não raras vezes, com notícias e experiências promotoras de sofrimento e angústia a vários níveis. A esperança é um domínio de enfermagem que integra várias dimensões do ser humano, seja físico, psicossocial, emocional e espiritual, pelo que a sua avaliação ao longo de todo o processo de doença é primordial.

Neste documento foi utilizada uma metodologia descritiva, através de uma análise crítica e reflexiva, suportada na literatura científica disponível. O projeto de desenvolvimento de competências, centrada na temática da Esperança, teve por base uma revisão narrativa da literatura. Este projeto foi desenvolvido durante o Estágio de Natureza Profissional com relatório - Módulos I e II, realizado numa Unidade de Cuidados Paliativos e numa Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos.

Os principais resultados foram o desenvolvimento das competências comuns, bem como das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, já que este é um processo dinâmico. Estes resultados estão espelhados ao longo do presente relatório através das atividades desenvolvidas em contexto da prática clínica, nomeadamente a revisão narrativa da literatura, da qual emergiram alguns instrumentos importantes para avaliação da esperança e indicadores clínicos.

O projeto inicialmente delineado não viu alguns dos seus objetivos implementados. Apesar disso, com o apoio na evidência científica e através do levantamento das três tipologias de indicadores foi possível avaliar a esperança, de forma mais sistematizada e acurada, nomeadamente nos estudos de caso sobre os quais nos debruçamos durante o estágio, bem como de outros clientes, em ambos os contextos da prática clínica.

Palavras-chave: Competência; Cuidados Paliativos; Enfermagem; Esperança.

ABSTRACT

This professional internship report focuses on the transversal theme of “ Hope of Adult Patients in a Palliative Situation: Contributions Towards a Systematized Assessment”. It reflects the development of common and specific competencies of a specialist nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of Specialization in Palliative Care, within the context of clinical practice. In addition to describing and reflecting on the activities carried out during the internship, as well as on the competencies developed, this project also aims to contribute to the assessment of hope in adult patients in palliative care, in a hospital setting.

People in palliative care are often faced with news and experiences that promote suffering and distress at various levels. Hope is a nursing domain that integrates several dimensions of the human being, whether physical, psychosocial, emotional, or spiritual. Therefore, its assessment throughout the disease process is essential.

This document uses a descriptive methodology, through a critical and reflective analysis, supported by the available scientific literature. The competency development project, focused on the theme of Hope, was based on a narrative literature review. This project was developed during the Professional Internship with Report - Modules I and II, carried out in a Palliative Care Unit and an Intra-Hospital Palliative Care Support Team, for a total of 840 hours.

The main results were the development of common competencies, as well as the specific competencies of a specialist nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of Palliative Care, since this is a dynamic process. These results are reflected throughout this report through the activities developed in the context of clinical practice, namely the narrative literature review, from which emerged some important instruments for the assessment of hope and clinical indicators.

The initially outlined project did not see some of our objectives being executed. However, with the support of scientific evidence and through the identification of the three types of indicators, it was possible to assess hope in a more systematized and accurate way, namely in the case studies that we focused on during the internship, as well as in other patients, in both contexts of clinical practice.

Keywords: Competence; Palliative Care; Nursing; Hope.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1. COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA	15
2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA	21
2.1. Organização dos Cuidados Paliativos em Portugal	21
2.2. Unidade de Cuidados Paliativos	24
2.3. Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	27
3. PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	30
3.1. A Esperança da Pessoa em Situação Paliativa: Contributos para uma Avaliação Sistematiza	30
3.2. Análise <i>SWOT</i>	31
3.3. Enquadramento Conceitual: A Esperança enquanto conceito central em cuidados paliativos	31
3.4. Avaliação da Esperança	40
3.5. Indicadores de Esperança	42
3.6. Atividades desenvolvidas e resultados alcançados face aos objetivos	44
4. REFLEXÃO CRÍTICA DE ATIVIDADES	47
CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
APÊNDICES	
APÊNDICE A - Caso Clínico Unidade de Cuidados Paliativos	
APÊNDICE B - Caso Clínico Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	
APÊNDICE C - Desenvolvimento de Competências Desenvolvidas no Contexto de Prática Clínica Unidade de Cuidados Paliativos	
APÊNDICE D - Desenvolvimento de Competências Desenvolvidas no Contexto de Prática Clínica Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	17
Figura 2: Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	19
Figura 3: Análise <i>SWOT</i>	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Competências essenciais em CP	18
Tabela 2: Objetivos, atividades e recursos	30
Tabela 3: Indicadores de esperança	43

INTRODUÇÃO

O Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Comuns e Especializadas na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa consagra, entre outros, o disposto pela Ordem dos Enfermeiros para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (EMCEPSP). O relatório reflete o percurso desenvolvido no estágio de natureza profissional, realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de atenção à Pessoa em Situação Paliativa (MEMCEPSP) da Escola Superior de Enfermagem do Porto, e foi orientado pela Professora Doutora Sara Pinto e coorientado pela Professora Doutora Olga Fernandes.

O presente relatório tem por objetivo descrever e refletir criticamente sobre o estágio realizado nas unidades curriculares Estágio de Natureza Profissional - Módulo I e Módulo II, bem como apresentar os resultados do projeto inicialmente delineado, particularmente centrado no tema “A Esperança da Pessoa em Situação Paliativa: Contributos para uma Avaliação Sistematizada - Projeto de Desenvolvimento de Competências Clínicas Comuns e especializadas na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa”.

Os cuidados paliativos (CP), de acordo com a *World Health Organization* (2023) e a Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, assumem-se como cuidados ativos, coordenados e globais realizados no sentido de melhorar a qualidade de vida das pessoas a quem foi diagnosticada uma doença incurável ou qualquer outra doença grave, avançada e progressiva, ameaçadora de vida, bem como das suas famílias. Estes cuidados têm como principal objetivo prevenir e aliviar o sofrimento relacionado com a saúde nas dimensões física, psicológica, social e/ou espiritual, através da identificação precoce, diagnóstico e tratamento ou controlo adequado da sintomatologia apresentada.

Face ao exposto, importa também considerar o Regulamento n.º 429/2018, de 16 de junho, que concretiza as competências específicas, unidades de competência e os critérios de avaliação do enfermeiro especialista em EMCEPSP, sobre as quais também se centrará a reflexão realizada ao longo deste documento.

Assim, o projeto denominado “A Esperança da Pessoa em Situação Paliativa: Contributos para uma Avaliação Sistematizada” caracteriza-se pelo desenvolvimento profissional do domínio da esperança, como competência transversal a operacionalizar em ambos os contextos da prática clínica, enquadrado nos objetivos do MEMCEPSP. Com efeito, a esperança da pessoa com necessidades paliativas assumiu-se como uma temática particularmente relevante no decorrer do estágio e, por esta razão, assumirá especial relevância no presente relatório de estágio de natureza profissional. O projeto apresentado, e aqui explanado, foi desenvolvido durante o Estágio de Natureza Profissional com relatório - Módulo II, que decorreu entre 6 de fevereiro e 16 de junho de 2023. Neste sentido, os contextos da prática clínica escolhidos para o desenvolvimento das competências foram uma unidade de cuidados paliativos (UCP) e uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP). Em cada contexto houve um contacto direto de 180 horas, num total de 360 horas, como previsto pelo plano de estudos do curso.

De modo a sistematizar e organizar a estrutura do presente relatório, este foi dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo serão explanadas e refletidas criticamente as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMCEPSP, fundamentadas através da literatura científica consultada. Seguidamente, será realizada uma caracterização dos contextos da prática clínica, na qual será efetuada uma breve contextualização sobre a organização dos CP em Portugal e, posteriormente, serão descritos os dois locais onde foi desenvolvido o estágio de natureza profissional, bem como confrontados com as normas europeias e nacionais. O terceiro capítulo deste trabalho destina-se ao projeto de desenvolvimento de competências especializadas específicas executado em ambos contextos da prática clínica, “A Esperança da Pessoa em Situação Paliativa: Contributos para uma Avaliação Sistematizada”, onde serão expostos os objetivos, atividades e recursos necessários, bem como serão identificados os fatores internos e externos favoráveis ou desfavoráveis para a sua concretização. Ainda neste capítulo será realizado um enquadramento concetual do tema, assim como reveladas as atividades desenvolvidas e resultados obtidos, de acordo com os objetivos inicialmente propostos. Por fim, no quarto capítulo será elaborada uma análise crítica e reflexiva de todo o percurso.

1. COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

O enfermeiro especialista é um profissional de saúde capacitado com as necessárias habilitações científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa nas diversas áreas de especialidade em enfermagem, segundo o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Neste sentido, as diferentes áreas de especialidade em enfermagem compartilham um conjunto de competências comuns que, como a própria terminologia sugere, são transversais aos diferentes e mais diversos contextos da prática clínica, como por exemplo os cuidados de saúde primários, os cuidados de saúde hospitalares ou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) ou, até, paliativos.

No senso comum, o conceito de competência, que deriva do termo latino *competentia*, significa, na sua etimologia “competição” (Dicionários Porto Editora, 2023). De alguma forma o conceito parece remeter-nos para algo que se desenvolve, conquista e que, portanto, não é natural ou adquirido.

Do ponto de vista profissional, e segundo Benner (2001), o desenvolvimento de competências dos enfermeiros passa por diversos estádios, capacitando-os a tornarem-se especialistas com uma ampla experiência. Isso reflete-se num desempenho eficaz, onde há uma compreensão holística de cada situação, resultando na definição clara das suas ações. Assim, a autora argumenta que a qualidade da prestação de cuidados atinge a excelência quando o profissional desenvolve habilidades especializadas através da experiência prática.

De acordo com Santos (2009), o conceito de competência é determinado por três componentes fundamentais: conhecimento, atitudes e habilidades. Para Santos (2009), e mais tarde corroborado por Serrano *et al.* (2011), as competências em enfermagem dizem respeito às características individuais de personalidade, às suas habilidades, potencialidades, atitudes, comportamentos estruturados e ainda conhecimentos gerais e específicos.

De igual modo, num estudo sobre a definição, estrutura e desenvolvimento das competências de enfermagem, Fukada (2018) refere que competência é uma característica comportamental baseada nos interesses e experiências individuais, moldada pela motivação e atitude da pessoa. Representa uma qualidade comportamental ambicionável que geralmente resulta em realizações significativas. Para esta autora a competência em enfermagem é uma integração complexa de conhecimentos, que inclui julgamento profissional, habilidades, valores e atitude. É uma habilidade prática inteligente que combina de maneira eficaz diferentes fatores e aborda questões complexas específicas para cada situação (Fukada, 2018).

Refira-se, ainda, Mrayyan *et al.* (2023) no estudo realizado sobre a análise do conceito competência na prática de enfermagem revelam que os resultados da análise

conceitual atual sugerem que competência na prática de enfermagem refere-se à habilidade de oferecer cuidados seguros e de alta qualidade ao cliente. De acordo com esta análise, competência implica a capacidade de realizar tarefas ou ações designadas com o conhecimento adequado.

Nas várias definições de enfermagem há, portanto, um consenso de que a competência abrange conhecimento, compreensão, julgamento e habilidades cognitivas, técnicas, psicomotoras e interpessoais, juntamente com traços e atitudes pessoais (Mrayyan *et al.*, 2023).

No âmbito das competências do enfermeiro especialista, e segundo o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, entende-se por competências comuns um conjunto de competências que abrangem os domínios da educação dos clientes e dos enfermeiros de cuidados gerais pertencentes à sua equipa de saúde, da orientação, da liderança e da melhoria contínua dos cuidados. Relativamente à dimensão da educação dos clientes e dos pares, o enfermeiro especialista detém como responsabilidade, primeiramente, basear a sua prática clínica na evidência científica mais atual, por forma a materializar e impulsionar o novo conhecimento entre os colegas de profissão. Deste modo, identifica e analisa as necessidades educativas, promovendo e facilitando ações de formação, bem como desenvolvendo novo conhecimento e competências na sua equipa. É, ainda, da sua responsabilidade a aplicação deste conhecimento baseado na evidência nos seus clientes obtendo, assim, ganhos em saúde. Acrescenta-se também a responsabilidade na contribuição do desenvolvimento de novo conhecimento, através da integração em estudos de investigação (Regulamento n.º 140/2019). No que concerne ao domínio da orientação e liderança, este profissional apresenta um papel de orientador, decisor e assessor da equipa que integra, ou seja, podemos referir que tem como compromisso assegurar a qualidade dos cuidados prestados através da otimização das respostas da equipa de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019). No que concerne à dimensão da responsabilidade profissional, ética e legal, o enfermeiro especialista suporta a sua tomada de decisão tendo em conta os valores, cultura e crenças de todos os intervenientes, isto é, da equipa prestadora de cuidados, bem como dos recetores dos mesmos (Lei n.º 156/2015; Regulamento n.º 140/2019).

No que diz respeito à dimensão da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista tem como responsabilidade avaliar e retificar as práticas, bem como assegurar a realização de programas de melhoria contínua. Está, também, sob a responsabilidade deste profissional a garantia da gestão de risco, prevenindo incidentes físicos e humanos, bem como a satisfação de todos os intervenientes, sejam estes clientes ou os seus pares (Regulamento n.º 140/2019).

Muito embora estes regulamentos, acresce-nos refletir que as competências comuns são, na verdade, transversais à boa prática profissional em Enfermagem e congruentes com os padrões de qualidade preconizados pela Ordem dos Enfermeiros já em 2001 (Conselho de Enfermagem, 2002). Seguidamente, estas competências serão sintetizadas na **Figura 1**

Figura 1: Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

<p>EDUCAÇÃO DOS CLIENTES E DOS PARES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prática baseada na evidência científica mais atual; • Identificação e análise das necessidades educativas; • Ganhos em saúde; • Contribuição para o desenvolvimento de novo conhecimento.
<p>ORIENTAÇÃO E LIDERANÇA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asseveração da qualidade dos cuidados prestados pela equipa.
<p>RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tomada de decisão, tendo em conta os valores, cultura e crenças tanto da equipa prestadora de cuidados com dos clientes.
<p>MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação e retificação das práticas; • Asseveração da realização de programas de melhoria contínua; • Gestão de risco.

(Fonte: Regulamento n.º 140/2019)

Posto isto, o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, define competências específicas como todas as competências relacionadas com as respostas dadas aos problemas de saúde e processos de vida da pessoa humana, no contexto de intervenção de cada área de especialização.

Por sua vez, a *European Association for Palliative Care* (EAPC) descreve e propõe um conjunto de dez competências essenciais que devem ser partilhadas pelas diferentes áreas da saúde, no sentido de partilhar a mesma linguagem em CP, respeitando sempre limites, funções e responsabilidades de cada área científica. Segundo a EAPC (2013), esta compilação de competências, que serão descritas na **Tabela 1**, apresentam o potencial de reforçar o impacto dos cuidados paliativos (Gamondi *et al.*, 2013).

Tabela 1: Competências essenciais em CP

COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS EM CP	
Implementar os princípios dos CP nos diferentes contextos onde se encontram os clientes e família;	Atender às necessidades dos familiares cuidadores em relação aos objetivos dos cuidados a curto, médio e longo prazo;
Melhorar o conforto físico do cliente ao longo da sua trajetória de doença;	Abordar os desafios relacionados com a tomada de decisão clínica e ética em CP;
Atender às necessidades psicológicas do cliente;	Exercer a coordenação abrangente dos cuidados e trabalho em equipa multidisciplinar em todos os contextos que disponibilizam CP;
Atender às necessidades sociais do cliente;	Desenvolver competências comunicacionais e interpessoais;
Atender às necessidades espirituais do cliente.	Desenvolver e contribuir para a melhoria contínua pessoal e profissional.

(Fonte: Gamondi *et al.*, 2013)

Neste contexto, Hokka *et al.* (2020) realizaram uma investigação no sentido de perceber quais são as competências de enfermagem necessárias em CP e se essas mesmas competências divergiam entre os níveis de diferenciação. Os autores elencaram as competências em seis dimensões, a saber: competência para colaborar com o cliente, família e equipa multidisciplinar; competência em comunicação e questões culturais; competência clínica; competência psicossocial e espiritual; competência ético-legal; e competência relacionada com o papel profissional e liderança do enfermeiro. Esta organização vai, de certa forma, ao encontro das competências descritas no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Contudo, e apesar desta organização, Hokka *et al.* (2020) não conseguiram encontrar uma distinção entre as dimensões das competências e os níveis de diferenciação, à exceção da dimensão competência relacionada com o papel profissional e liderança do enfermeiro, que foi a que se destacou em contextos onde se prestavam CP especializados.

Do mesmo modo, Suikkala *et al.* (2023) no estudo que efetuaram sobre as principais competências dos profissionais de saúde em CP, referiam que as três principais competências dos enfermeiros eram o controlo de sintomas, a comunicação e suporte psicossocial dos seus clientes e familiares e o plano avançado de cuidados (Suikkala *et al.*, 2023). Esta perspetiva, ainda que ligeiramente diferente das anteriores, apresenta pontos comuns, nomeadamente com os pilares de atuação em CP, propostos por Cicely Saunders: controlo de sintomas, trabalho em equipa, comunicação e apoio à família e cuidado no luto (Saunders, 2000).

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, de 16 de junho, que norteia as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas diversas áreas de especialidade, as competências específicas estão estruturadas em três eixos fundamentais, nomeadamente: i) o cuidado à pessoa e família/cuidadores, ii) a otimização do ambiente e dos processos terapêuticos e iii) a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos. Estas serão sintetizadas na **Figura 2**.

Figura 2: Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

<p>PESSOA E FAMÍLIA/ CUIDADORES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Levantamento das necessidades da pessoa e família/cuidadores; • Detecção prévia, estabilização, conservação e recuperação consequentes de doenças agudas ou crónicas e dos processos médicos e/ou cirúrgicos de elevada complexidade; • Concretizar uma conceção de cuidados individualizada, realizando e monitorizando as intervenções especializadas, antevendo complicações e eventos adversos dos problemas supracitados.
<p>AMBIENTE E PROCESSOS TERAPÊUTICOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Produção de conceções de cuidados individualizados, de acordo com a deteção prévia, estabilização, conservação e recuperação consequentes de doenças agudas ou crónicas e dos processos médicos e/ou cirúrgicos de elevada complexidade; • Gestor de risco durante a implementação do plano individualizado de cuidados; • Desenvolvimento de estratégias promotoras para prevenção de riscos clínicos e não clínicos.
<p>PREVENÇÃO, INTERVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Líder na elaboração e implementação de protocolos de prevenção, intervenção e controlo de infeção.

(Fonte: Regulamento n.º 429/2018).

No eixo da pessoa e família/cuidadores, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica tem um papel fulcral na realização do levantamento das necessidades da pessoa e família/cuidadores, bem como garante a deteção prévia, estabilização, conservação e recuperação consequentes de doenças agudas ou crónicas e dos processos médicos e/ou cirúrgicos de elevada complexidade. O seu papel ainda se estende a concretizar uma conceção de cuidados individualizada, tendo como objetivo a adequação aos processos de saúde doença decorrentes dos problemas acima mencionados, assim como a realizar e monitorizar as intervenções especializadas, antevendo complicações e eventos adversos dos problemas supracitados. Por fim, neste eixo, o enfermeiro especialista em Médico-Cirúrgica avalia os resultados pela observação e perceção das atitudes do cliente e família/cuidadores na vivência da patologia aguda ou crónica e processos médicos e/ou cirúrgicos complexos (Regulamento n.º 429/2018).

Já no eixo ambiente e processos terapêuticos, este profissional especializado produz conceções de cuidados individualizados, tendo por base a deteção prévia, estabilização, conservação e recuperação consequentes de doenças agudas ou crónicas e dos processos médicos e/ou cirúrgicos de elevada complexidade. Promove, ainda, um ambiente seguro e toma o papel de gestor de risco durante a implementação do plano individualizado de cuidados, bem como desenvolve estratégias promotoras para prevenir riscos clínicos e não clínicos (Regulamento n.º 429/2018).

Por último, no eixo prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos o enfermeiro especialista atua como líder na elaboração e implementação de protocolos de prevenção, intervenção e controlo de infeção, nomeadamente sobre

as infecções associadas às diferentes tipologias dos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos (Regulamento n.º 429/2018).

Em suma, o desenvolvimento de competências, comuns e especializadas, em Enfermagem é um processo dinâmico. O estágio de natureza profissional, cujos contextos serão descritos no capítulo seguinte, constituíram uma experiência fundamental no desenvolvimento destas competências, que requerem treino e aperfeiçoamento contínuo, quer ao nível do conhecimento, quer dos comportamentos e atitudes.

2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA

A Ordem dos Enfermeiros preconiza que para a obtenção do grau de Mestre nas áreas de especialização em enfermagem o desenvolvimento das competências clínicas anteriormente descritas - comuns e especializadas - deverá decorrer em duas das três equipas ou modelos de prestação de CP (Aviso n.º 4511/2021). Assim, e em Portugal, existem atualmente três tipologias de equipas de CP, concretamente, equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos (ECSCP), equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP) e UCP (Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, 2012). Assim, os contextos da prática clínica escolhidos para o desenvolvimento das competências anteriormente descritas foram uma EIHSCP e uma UCP.

Neste capítulo apresentaremos um breve enquadramento sobre a organização dos CP em Portugal, seguindo-se a descrição dos contextos de prática clínica, enquadrando-os no panorama português. Por razões de ordem ética e de proteção de dados, omitir-se-á deste relatório a identificação das equipas/serviços nos quais decorreu o ensino clínico - sobretudo considerando que este poderá vir a tornar-se público - bem como quaisquer dados que permitam a sua identificação.

2.1. Organização dos Cuidados Paliativos em Portugal

No contexto nacional, existem três níveis de diferenciação de CP, a saber, a abordagem paliativa; CP generalistas; e CP especializados (Gonçalves *et al.*, 2016).

A abordagem paliativa é praticada por profissionais de saúde que tenham formação básica em CP, como os enfermeiros de cuidados gerais, a clientes com níveis de complexidade baixa a intermédia. Esta prevê a intervenção de métodos e procedimentos usados em CP. Já os CP generalistas são direcionados a clientes com níveis de complexidade intermitente, onde a sua maior prevalência se encontra nos cuidados de saúde primários ou serviços hospitalares como medicina interna ou oncologia, entre outros. Este nível de cuidados é prestado por profissionais de saúde com formação em CP de nível intermédio ou pós-graduado (Gonçalves *et al.*, 2016; EAPC, 2009).

Considerando o desenvolvimento de competências especializadas iremos refletir, com maior detalhe, sobre a prestação de CP especializados. A EAPC (2009) recomenda que estes últimos cuidados sejam prestados por equipas multidisciplinares, especializadas em CP, a clientes com doenças ameaçadoras de vida com necessidades complexas e às suas famílias. Neste nível de cuidados, a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), baseada nas recomendações internacionais, refere que os profissionais têm como funções o acompanhamento clínico dos clientes e das suas famílias em situações de complexidade

elevadas, bem como a consultadoria aos profissionais dos níveis de diferenciação acima mencionados e, igualmente, a articulação com as universidades, escolas de saúde e centros de investigação, no sentido de fomentar o ensino, a investigação e a divulgação dos CP (Gonçalves *et al.*, 2016; EAPC, 2009). Acrescenta ainda que estes profissionais devem apresentar formação avançada na área dos CP, bem como realizar um estágio nas diferentes tipologias de equipas de CP devidamente reconhecidas (Gonçalves *et al.*, 2016; EAPC, 2009).

Neste sentido, existe uma distinção não só orgânica como, principalmente, ao nível da complexidade dos clientes, sendo distinguidos três níveis de diferenciação: clientes com complexidade baixa a intermédia, intermitente e necessidades complexas persistentes (Gonçalves *et al.*, 2016). Face ao exposto, a avaliação da complexidade dos clientes é, *per se*, também complexa, podendo ser realizada através de diversos elementos como fatores dependentes do cliente, da sua situação clínica, da situação emocional, do estadió da doença e do tratamento específico, da família e/ou cuidadores, da intervenção de outras equipas terapêuticas, assim como de dilemas ou conflitos éticos, valores, atitudes ou crenças (Gonçalves *et al.*, 2016). Os clientes com necessidades persistentes de elevada intensidade ou complexidade nas variadas dimensões do sofrimento são os que carecem de CP especializados (Gonçalves *et al.*, 2016).

De acordo com a CNCP, as UCP constituem, portanto, os locais adequados, enquanto unidades de internamento, para a prestação de CP especializados a clientes com situações de complexidade elevada, como descontrolo de sintomas ou níveis elevados de sofrimento, bem como de situações de fragilidade social, nomeadamente a exaustão do cuidador. Estas unidades apresentam como objetivos o controlo sintomático, estabilização do estado funcional do cliente e apoio psicossocial ao cliente e família, no sentido de preparar a alta ou transferir para outro contexto de cuidados. Assim, pelo nível elevado de cuidados, estas unidades devem encontrar-se integradas num hospital de agudos (Gonçalves *et al.*, 2016). Por outro lado, existem também UCP pertencentes à RNCCI, onde se prestam CP generalistas ou abordagem paliativa pela complexidade baixa a moderada dos clientes (Gonçalves *et al.*, 2016; EAPC, 2009). No que diz respeito a recursos humanos e físicos, estas devem apresentar um serviço independente, bem como profissionais exclusivos, nomeadamente médicos e enfermeiros com formação avançada, a tempo inteiro (Gonçalves *et al.*, 2016).

A CNCP sugere que as unidades de CP podem distinguir-se pelas trajetórias de doenças, particularmente em doenças oncológicas, neurológicas e VIH/SIDA (Gonçalves *et al.*, 2016).

No território nacional, a CNCP sugere que o número de camas deve ser ajustado às características demográficas e geográficas da população, bem como à densidade populacional e ao desenvolvimento socioeconómico da região, entre outros recursos, pelo que estima entre 40-50 camas por 1.000.000 de habitantes, sendo de registar que na região norte, existem 90 camas de UCP por 1.000.000 de habitantes, tanto hospitalares, como pertencentes à RNCCI (Silva *et al.*, 2021).

A EAPC sugere que a equipa que constitui a UCP deve ser multidisciplinar. Assim, esta deve ser composta por médicos, enfermeiros, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social e capelão ou assistente religioso/ espiritual. Todos os elementos devem possuir competência específica acrescida ou formação específica com treino prático em CP.

Neste sentido, os rácios estimados sugeridos são de 1,2 enfermeiros por cama, bem como de 0,15 médicos por cama (EAPC, 2010).

No que concerne ao espaço físico das unidades, as recomendações internacionais propõem que as instituições apresentem quartos individuais ou duplos, com um ambiente parecido com a casa do cliente, silencioso e tranquilo. Do mesmo modo, aos familiares devem ser proporcionadas instalações para que possam acompanhar o cliente, nomeadamente no período noturno, como também serem fornecidas atividades sociais, como cozinhas ou salas de estar (EAPC, 2010).

No que se refere à EIHSCP, esta é definida pela EAPC (2010) como uma equipa que proporciona aconselhamento e consultadoria em CP a outras equipas clínicas, aos clientes e aos seus familiares e/ou cuidadores no ambiente hospitalar. Estas equipas têm como objetivos de cuidados o controlo sintomático, organização de cuidados e suporte na tomada de decisão, entre outros, no sentido de fomentar a melhoria dos cuidados e, posteriormente, promover a alta clínica do hospital e facilitar a transferência entre cuidados hospitalares e o ambulatório. Contudo, a equipa assistencial mantém a responsabilidade nas decisões e implementação de terapêuticas e intervenções (EAPC, 2010).

Estas equipas devem proporcionar uma consulta de CP e hospital de dia, por forma a manter o acompanhamento dos clientes que tiveram alta do hospital ou para orientação de clientes referenciados por outras equipas, como é o caso dos cuidados de saúde primários. Neste sentido, estas duas valências fornecem uma resposta diferenciada a situações de crise e, conseqüentemente, diminuem as deslocações ao serviço de urgência. Devem, igualmente, disponibilizar atendimento telefónico aos clientes, familiares e profissionais de saúde (EAPC, 2010; Silva *et al.*, 2021)

Do mesmo modo das UCP, as EIHSCP devem ser compostas por uma equipa multidisciplinar.

As recomendações internacionais aconselham que estas equipas devem integrar um hospital ou um centro hospitalar, pelo que sugerem a existência de uma EIHSCP por 250 camas (EAPC, 2010). Em Portugal, segundo a CNCP, existiam 43 equipas, todas com consulta externa (CE) em funcionamento. Contudo, após um levantamento de necessidades, percebeu-se que estas equipas se encontravam desfalcadas em recursos humanos e físicos (Silva *et al.*, 2021).

A CNCP evidencia a importância do aumento do número e tipologia de recursos de CP. Neste sentido, revelou-se de extrema importância a conceção de indicadores de qualidade, com o objetivo de garantir e uniformizar a melhor prestação de cuidados. Assim, estão integrados três tipos de indicadores (estrutura, processo e resultado), divididos em quatro áreas, como no cliente e família, na estrutura e organização, no trabalho em equipa e na evolução e melhoria contínua (Silva *et al.*, 2021).

Na área do cliente e família, estão integrados indicadores de processo como a avaliação das necessidades do cliente, identificação do cuidador principal e controlo de sintomas, entre outros, assim como são incluídos indicadores de estrutura como o apoio no luto, consentimento informado e avaliação das necessidades educativas (Silva *et al.*, 2021).

No que concerne à área de estrutura e organização, o indicador de processo apresentado é o funcionamento da equipa multidisciplinar. Os indicadores de estrutura incluídos são a

constituição da equipa multidisciplinar com formação e treino em CP, o espaço físico e a possibilidade da presença da família, entre outros (Silva *et al.*, 2021).

Em relação ao trabalho em equipa, o indicador de processo referenciado é a reunião da equipa multidisciplinar e os indicadores de estrutura considerados são a existência de um plano em prevenção de *burnout* e os programas de formação e investigação, entre outros (Silva *et al.*, 2021). Por fim, na área de evolução e melhoria contínua, são apresentados indicadores que são tanto de processo, como de resultado, como a avaliação da satisfação dos colaboradores e dos clientes, família e cuidadores e a identificação de áreas de melhoria da qualidade. O indicador de processo referido é a monitorização dos indicadores (Silva *et al.*, 2021).

2.2. Unidade de Cuidados Paliativos

Considerando a caracterização anteriormente apresentada, o primeiro contexto clínico escolhido para o desenvolvimento das competências clínicas comuns e especializadas foi uma UCP integrada num hospital do setor privado do distrito do Porto. Esta unidade, não possuindo um serviço próprio, é formada por uma equipa multidisciplinar específica, constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, nutricionista e um assistente religioso.

Os enfermeiros e os assistentes operacionais trabalham sob um horário rotativo, 24 horas por dia, nos sete dias da semana. A equipa médica encontra-se na unidade de segunda a sexta-feira, no período diurno. Ao fim de semana, a referida equipa fica à chamada de urgência, de uma forma rotativa. A nutricionista realiza visitas diárias aos clientes, nos dias úteis da semana. Já o assistente religioso apresenta-se no serviço quando solicitado pela equipa de enfermagem.

A equipa multidisciplinar reúne-se semanalmente, para discussão de todos os casos dos clientes internados. No fim de cada reunião, é realizada uma ata pelo enfermeiro, no sentido dos elementos que não estiveram presentes terem conhecimento de toda a informação debatida. A metodologia de trabalho de equipa utilizada é a gestão por caso.

Os elementos desta unidade prestam também consultadoria a profissionais de outros serviços e equipas clínicas, sempre que solicitado, bem como realizam formações na área dos CP aos profissionais de saúde da instituição.

A unidade supracitada apresenta cinco camas integradas em quartos individuais, dotados com casa de banho privativa. A unidade apresenta, normalmente, uma ocupação de 100%, podendo, por vezes, ser necessário aumentar o número de quartos, por maior afluência de clientes.

Os motivos de internamento dos clientes podem ocorrer por agravamento do estado clínico, como situação de últimos dias ou horas de vida (SUDHV), descontrolo sintomático,

bem como por exaustão do cuidador. Este internamento pode ser realizado através do atendimento permanente, assim como por transferência de outras unidades ou serviços pertencentes ao hospital, por encaminhamento dos CP domiciliários, como também através da consulta médica.

Durante o decorrer do estágio de natureza profissional, foi verificado que os clientes internados eram, na sua maioria, clientes oncológicos do sexo masculino, com uma média de idade de 72 anos. Contudo, houve também uma pequena percentagem de clientes com doenças neurológicas e com insuficiência de órgão (um caso). Verificou-se, igualmente, que 90% dos clientes internados apresentavam pluripatologia. Do mesmo modo, percebeu-se que alguns dos clientes oncológicos internados ainda se encontravam a realizar tratamentos de quimioterapia, uns com intuito curativo e outros com intuito paliativo. O principal motivo de internamento observado foi o descontrolo sintomático, à exceção de três casos em que o motivo de internamento foi SUDHV.

As recomendações internacionais, como as nacionais, relatam que as referenciações dos clientes com doenças ameaçadoras de vida devem ser realizadas o mais precocemente possível. No entanto, ainda se verifica, em elevada percentagem, a integração nos CP de clientes oncológicos e em fases bastante avançadas da doença. Não obstante, foi interessante reconhecer os ganhos na qualidade de vida que a inclusão antecipada tem tanto no cliente, como na família e/ou cuidadores, como por exemplo nas dimensões física e psicológica de ambos.

No momento da alta clínica do cliente, o acompanhamento é realizado através da consulta médica externa, ou através da visita médica paliativa domiciliária do referido hospital. No que concerne à intervenção do enfermeiro, esta não existe após alta clínica da UCP.

Considerando o modelo de gestão de caso adotado pela equipa, importa aqui considerar que nesta UCP o controlo de sintomas era abordado na sua integralidade, isto é, a avaliação e a implementação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas eram dirigidas tanto aos sintomas físicos, como aos sintomas emocionais e psicológicos, sendo a sua priorização realizada pelo cliente (Barbosa *et al.*, 2016). Com efeito, os CP assentam em quatro pilares fundamentais, a saber, o controlo de sintomas; a comunicação adequada; o apoio à família e o trabalho de equipa (Saunders, 2000). Todos estes elementos devem ser refletidos de um modo de igual importância, pois só assim é possível atingir o objetivo *major* destes cuidados, melhorar a qualidade de vida dos clientes e das suas famílias (Barbosa *et al.*, 2016). Assim, a intervenção nestes quatro pilares prevê a existência de formação avançada de todos os elementos da equipa (Barbosa *et al.*, 2016).

No que diz respeito aos registos de enfermagem, percebeu-se a existência de uma falha ao nível do programa informático existente na instituição, que não estava adaptado aos cuidados prestados por esta equipa. Esta falha é partilhada a nível nacional, como refere Silva *et al.* (2023). Neste sentido, os registos clínicos eram maioritariamente efetuados no programa através de notas por texto, explanando os domínios e diagnósticos de enfermagem. Contudo, não raras vezes, eram utilizados domínios e diagnósticos médicos, pelo que a equipa foi sensibilizada e incentivada a registar segundo a linguagem classificada de enfermagem.

Não obstante, e à luz dos quatro pilares do CP no que concerne ao controlo de sintomas, estes eram avaliados tendo por base a escala *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS) (Bruera *et al.*, 1991). Contudo, e apesar deste instrumento dispor de uma questão em aberto, verificou-se que os domínios da dimensão espiritual nem sempre eram avaliados, como a esperança, por exemplo. Após avaliação dos sintomas, eram adotadas medidas farmacológicas, como a administração de terapêutica prescrita, bem como a capacitação do cliente na solicitação de terapêutica prescrita em SOS. Relativamente às medidas não farmacológicas, eram providenciados gelados de gelo para alívio da membrana mucosa oral seca, como também colocados copos de grãos de café para neutralizar odores fortes promotores de náusea, assim como utilizadas medidas de prevenção de quedas, no sentido de evitar a imobilização de clientes com confusão, entre outras.

No que diz respeito ao pilar da comunicação, foram realizadas entrevistas clínicas e conferências familiares regulares com os clientes e/ou familiares cuidadores, identificando as suas expectativas, bem como clarificando e validando as suas dúvidas. Foi, ainda, possível desmistificar mitos como a alimentação e hidratação em fim de vida. Concretamente, aquando da comunicação de más notícias ou para realização da conferência familiar, esta era realizada no quarto, por ser ambiente privado e tranquilo, como a evidência científica recomenda (Barbosa *et al.*, 2016). No entanto, existe um espaço privado, caso o cliente não queira estar presente ou não possa, devido ao seu estado clínico.

Em relação ao apoio à família, a equipa de enfermagem facilitava a expressão de emoções do cliente e/ou do cuidador informal através de uma relação empática e prestando o apoio emocional possível, como a literatura sugere (Barbosa *et al.*, 2016; Parola *et al.*, 2020). De igual forma, encorajava-se a família a fazer as suas despedidas para com o cliente em SUDHV. Relativamente ao processo de morrer e de luto, verificou-se que não existia um acompanhamento à família após a morte do cliente, como é exemplo o contacto telefónico preconizado pelas recomendações nacionais e internacionais (EAPC, 2009; Gonçalves, 2016).

Por último, sobre o pilar do trabalho em equipa, verificou-se a realização frequente de reuniões multidisciplinares, onde o cliente era alvo de discussão e reflexão pelas diferentes áreas científicas. Devido à pandemia por COVID-19, as formações regulares da equipa de enfermagem encontravam-se, à data, ainda suspensas. Conforme já descrito, a metodologia de trabalho implementada era a gestão por caso. Durante todo o internamento, existia um elemento responsável pelo plano individual de cuidados do cliente, embora, o cliente, a sua família e os restantes profissionais da equipa também interviessem e colaborassem. Sobre este assunto, Martins & Fernandes (2010) referem que esta metodologia de trabalho de equipa pretende evitar a fragmentação de cuidados disponíveis, no sentido de obter um serviço assente numa equipa de saúde que se responsabiliza pela vigilância do utente durante todo o processo clínico. Assim, alcança-se um serviço direcionado e coerente no cuidado de clientes (Martins & Fernandes, 2010). Estes autores acrescentam que o gestor de caso representa o indivíduo primordial na tomada de decisões, existindo, no entanto, o envolvimento do cliente, bem como da família e da restante equipa multidisciplinar ao longo de todo o processo terapêutico (Martins & Fernandes, 2010).

2.3. Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

O segundo contexto clínico escolhido para o desenvolvimento das competências clínicas comuns e especializadas foi uma EIHSCP, pertencente a um hospital do setor público do distrito de Porto.

Esta equipa encontra-se integrada num serviço de CP que é composto por três valências, a designar: Unidade de Cuidados Paliativos de Elevada Diferenciação (UCPED), EIHSCP e CE.

A EIHSCP, no momento atual, é constituída por cinco médicos e três enfermeiros, em funções de segunda-feira a sexta-feira, no período diurno. Estes elementos são subdivididos por equipas, por forma a que a observação e acompanhamento dos clientes seja sempre realizada por um médico e um enfermeiro.

São realizadas três reuniões multidisciplinares semanais, onde são discutidos todos os clientes em acompanhamento por todos os elementos da equipa. A equipa supracitada presta consultoria a toda a estrutura hospitalar, sob um método de parceria de cuidados com a equipa assistencial do cliente. As situações clínicas são discutidas em parceria com a equipa assistencial, definindo-se um plano para abordagem do sofrimento do cliente, bem como discutindo limites de intervenção e objetivos de cuidados. A avaliação contínua dos clientes é realizada em função das necessidades identificadas. Os clientes que apresentam necessidades complexas persistentes são transferidos para a UCPED. No momento da alta clínica, os clientes são referenciados para ECSCP ou para a CE, conforme critérios identificados, de forma a manter seguimento pela especialidade.

Aquando do estágio de natureza profissional, a referida equipa recebia, por dia, entre cinco e oito pedidos novos de colaboração, que eram distribuídos equitativamente pelas equipas acima mencionadas. Cada equipa apresentava, em média, seis clientes em acompanhamento. Maioritariamente, os pedidos de colaboração apresentavam como motivo o controlo de sintomas, muito embora, não raras vezes, após avaliação dos casos, a colaboração também incidir sobre a organização de cuidados e a tomada de decisão.

Observou-se que os géneros dos clientes em acompanhamento estavam quase equiparados, apresentando o sexo masculino uma percentagem ligeiramente superior. A média de idades dos clientes era de 80 anos. O diagnóstico médico principal dos clientes em acompanhamento era a doença oncológica, registando-se, contudo, uma percentagem significativa de clientes com insuficiência de órgão, principalmente pulmonar. A totalidade dos clientes em acompanhamento apresentava pluripatologia e numa percentagem significativa dos casos era reconhecida situação de fragilidade social.

Contrastando com a realidade observada na UCP, pertencente ao setor privado dos cuidados de saúde, verifica-se uma média de idades superior (72 anos *versus* 80 anos), bem como a fragilidade social, espelhada através de insuficiência económica e também pelo fraco ou ausente apoio familiar. Neste sentido, verifica-se, no setor público dos cuidados de saúde, uma referenciação mais tardia, assim como a existência de um elemento novo de elevada complexidade, como é a fragilidade social.

Relativamente aos serviços que realizavam os pedidos de colaboração, o maior número de casos provinha do serviço de Pneumologia, seguido pelos serviços de Oncologia, Medicina Interna e Cirurgia Geral.

Foi interessante verificar a grande percentagem de clientes referenciados pelo serviço de Pneumologia, bem como a interação entre as duas equipas de saúde e o reconhecimento do trabalho da EIHS CP pela equipa de saúde do serviço supracitado. Por outro lado, foi reconhecido que os clientes referenciados pelo serviço de Cirurgia Geral se encontravam em final de vida ou em SUDHV.

Nesta equipa reconheceu-se, de igual modo, a sustentação nos quatro pilares dos CP.

Inicialmente, na primeira abordagem era realizada uma avaliação inicial do cliente, tendo em conta a sua trajetória de doença, o motivo de pedido de colaboração, a patologia de base, os domínios de enfermagem e a avaliação prognóstica, pela Escala de Avaliação do Desempenho do Doente em CP, Versão Portuguesa (PPS PT), através da consulta do processo clínico, bem como através da recolha de dados com o cliente e com os profissionais integrantes da equipa assistencial. Seguidamente, era realizada a identificação do genograma, cuidador informal e existência de rede de suporte na comunidade do cliente, assim como o reconhecimento das expectativas e dos objetivos pessoais do cliente face à sua doença, bem como à evolução da mesma.

No que diz respeito ao controlo de sintomas, além da consulta dos registos clínicos de enfermagem do cliente das últimas 24 horas, em cada visita os sintomas eram avaliados através da escala ESAS (Bruera *et al.*, 1991). Verificou-se a importância do acompanhamento por parte desta equipa ao cliente, já que os sintomas das dimensões emocionais e espirituais eram frequentemente avaliados, algo que foi referido pelos clientes. Ainda no pilar do controlo sintomático, o cliente era assistido a identificar fatores que pudessem contribuir para o descontrolo de um ou mais sintomas, bem como era assistido a planear sua atividade, por forma a minimizar o descontrolo ou agravamento de sintomas, bem como no reajuste dos cuidados face à evolução da dependência. Do mesmo modo, era capacitada a equipa de enfermagem responsável pelo cliente sobre sinais de alarme e sobre terapêutica prescrita em SOS, antecipando crises por descontrolo sintomático, entre outras atividades realizadas.

Em relação ao apoio à família, sempre que possível era agendada uma conferência familiar com o cliente, caso fosse possível, e com a família e/ou cuidadores, no sentido de avaliar e identificar necessidades e expectativas, bem como eram realizadas entrevistas não programadas comunicando a alteração do estado geral do cliente, ou a necessidade de apoio nas atividades de vida diária após alta clínica, entre outros assuntos. Do mesmo modo, era prestado apoio à família do cliente com declínio funcional, percecionando o conhecimento sobre o estado geral do cliente, assim como identificando a necessidade de organização/reorganização dos cuidados, adequando a comunicação em função da situação clínica do cliente através de uma relação empática e utilizando uma comunicação clara e simplificada (Parola *et al.*, 2020). Em relação ao processo de morrer e de luto ressalva-se que a EIHS CP realiza um acompanhamento telefónico após a morte do cliente.

A comunicação adequada era umas das competências técnicas mais utilizada pela equipa. Sendo a EIHS CP uma equipa de consultoria, todos os elementos comunicavam e sugeriam

uma proposta do plano individual de cuidados com todas as partes interessadas - equipa assistente, cliente e família. Refira-se que, sempre que necessário, eram desmistificados mitos, tanto à equipa assistencial, como ao cliente e família, relacionados com fármacos, situações de fim de vida e alimentação em fim de vida, entre outros, bem como era facilitado a todos os intervenientes atrás mencionados a expressão de emoções promotoras de angústias relacionados com os temas anteriormente referidos.

Relativamente ao trabalho em equipa, esta realiza reuniões multidisciplinares frequentes, existindo vários momentos de partilha de reflexões entre os vários elementos. No que concerne a ações de formação, do mesmo modo que na UCP, também se encontravam em suspenso devido à COVID-19. No que concerne à metodologia do trabalho de equipa, o método utilizado era o de consultoria de parceria de cuidados. Em Portugal, a importância das EIHS CP reside na resposta limitada à população, face ao reduzido número de unidades de CP especializados existentes. Estas equipas intervêm após solicitação da equipa assistente do cliente, usualmente por referência da equipa médica. Por conseguinte, existem três métodos de trabalho de consultoria: consultoria pura, substituição e parceria nos cuidados. No método de parceria de cuidados, a equipa assistencial e a EIHS CP partilham a visão, objetivos e prestação dos cuidados ao cliente (Lüthi & Cantin, 2010). Neves *et al.* (2016) referem que o grande objetivo das EIHS CP é o de aperfeiçoar a qualidade dos cuidados prestados ao cliente, através da contribuição de orientação especializada de uma forma educativa e de suporte à equipa assistencial, bem como pela cooperação e apoio do cliente e da sua família e/ou cuidadores. Assim, o enfermeiro tem um trabalho complexo, multidimensional, imprevisível e com responsabilidade acrescida. Por conseguinte, estas autoras salientam os ganhos das intervenções destas equipas consultoras, que atuam tanto no contexto hospitalar, como no contexto domiciliário, permitindo obter um melhor controlo da dor e de outros sintomas, uma comunicação mais clara, regular e honesta com os cuidadores, menores custos, seja após alta clínica, seja durante as hospitalizações, e uma melhor qualidade dos cuidados prestados. As autoras evidenciam, ainda, que estas equipas apresentam ganhos das intervenções no fim de vida do cliente, bem como no luto dos familiares e cuidadores (Neves *et al.*, 2016).

Em suma, foram muitas as experiências em ambos os contextos de estágio e foi importante esta visão de uma UCP do sector privado e, por outro lado, de uma EIHS CP de um grande hospital público, este último numa ótica mais de consultoria.

3. PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O projeto “A Esperança da Pessoa em Situação Paliativa: Contributos para uma Avaliação Sistematizada” foi delineado e planificado durante a unidade curricular Estágio de Natureza Profissional - Módulo I. O objetivo central deste era contribuir para uma avaliação sistematizada da esperança dos clientes com necessidades paliativas, acompanhadas por equipas de CP, conforme seguidamente apresentado.

3.1. A Esperança da Pessoa em Situação Paliativa: Contributos para uma Avaliação Sistematizada

Na construção de um projeto deve ser apresentado um objetivo central realista, por forma a divulgar o resultado final que se pretende com o mesmo. Para alcançar esse objetivo geral devem ser construídos objetivos específicos, mensuráveis, atingíveis, orientados ao resultado e limitados no tempo, assim como propostas atividades tangíveis e dotadas dos recursos necessários, sejam eles humanos e/ou materiais, para a sua execução.

Na **Tabela 2** apresenta-se, em síntese, o objetivo central do projeto, bem como os objetivos específicos e as atividades que nos propusemos realizar para o desenvolvimento do mesmo, considerando os recursos humanos e materiais essenciais para a sua realização.

Tabela 2: Objetivos, atividades e recursos

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS	
		Humanos	Materiais
OBJETIVO CENTRAL	Contribuir para uma avaliação sistematizada da esperança dos clientes com necessidades paliativas, acompanhadas por equipas de CP		
Avaliar de forma sistematizada a esperança dos clientes internados nos contextos de prática clínica, durante o seu internamento.	Avaliar, de forma sistemática, a esperança dos clientes, com suporte na escala de avaliação da esperança <i>Herth Hope Index</i> , validada para a realidade portuguesa; Realizar duas conceções de cuidados, tendo como foco de atenção a esperança.	Clientes internados, sem alterações do estado de consciência.	Computador; Agregador de conteúdos <i>EBSCOHost Web</i> .
Promover a avaliação da esperança nos contextos de prática clínica.	Elaborar guia de boas práticas para a avaliação sistematizada da esperança.	Equipa de enfermagem dos contextos da prática clínica.	Computador.

3.2. Análise SWOT

A análise SWOT, sigla correspondente a *Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats*, é uma ferramenta de planeamento estratégico, nomeadamente de um projeto, utilizada para identificar os fatores internos e externos que são favoráveis ou desfavoráveis para alcançar os objetivos propostos para a consecução do projeto idealizado (Alonso *et al.*, 2022). Neste sentido, na **Figura 3** são evidenciados os pontos fortes e fracos, assim como as oportunidades e ameaças do projeto desenhado.

Figura 3: Análise SWOT

	FATORES POSITIVOS	FATORES NEGATIVOS
	Pontos Fortes (S)	Pontos Fracos (W)
FATORES INTERNOS	Motivação pessoal e profissional no tema; Evidência científica de suporte ao tema central do projeto; Disponibilidade dos tutores e orientadores de estágio, bem como da orientadora e coorientadora de projeto para apoio ao mesmo.	Inexperiência na avaliação sistematizada da esperança; Existência de tempo limitado para o desenvolvimento do projeto em cada contexto da prática clínica.
	Oportunidades (O)	Ameaças (T)
FATORES EXTERNOS	Equipas de enfermagem dos contextos clínicos com espírito aberto em relação ao estágio de natureza profissional; Equipa jovem, com competências em CP; Inexistência de uma avaliação sistematizada da esperança nos contextos de prática clínica.	Tempo de internamento dos clientes <i>versus</i> tempo de estágio, aliado aos horários profissionais pessoais; Possibilidade de alteração do estado de consciência dos clientes, durante o internamento.

3.3. Enquadramento Conceptual: A Esperança enquanto conceito central em cuidados paliativos

Por forma a darmos cumprimento ao projeto planeado realizamos uma breve revisão narrativa da literatura sobre a temática da esperança no contexto de CP. Esta revisão foi fundamental para uma melhor compreensão e domínio da temática e para o desenvolvimento das atividades planeadas, com vista aos objetivos definidos.

Na prática clínica os enfermeiros de cuidados gerais devem explorar, entre outros dados, os objetivos de vida dos clientes, procurando gerir a esperança de uma forma realista, de modo a auxiliar o cliente, da melhor forma possível, na sua trajetória da doença (Conselho de Enfermagem, 2002). Assim, no decorrer do Estágio de Natureza Profissional com

Relatório - Módulo I verificou-se que a avaliação da esperança, ainda que realizada, decorria essencialmente de forma intuitiva, estando por vezes limitada à experiência e sensibilidade dos profissionais de saúde em relação à mesma. Segundo alguns autores, este modo de avaliação pode criar, em alguns momentos, uma barreira na resposta às necessidades do cliente (Viana, 2010; Herth, 1992), pelo que é importante integrá-la, de forma mais consciente e sistematizada, na prática de cuidados.

Como tal, não obstante as motivações pessoais para o tema, que sempre consideramos importante, juntaram-se as motivações profissionais, uma vez que, quer na nossa prática profissional, quer num primeiro momento de estágio, sentimos necessidade em aprofundar esta área.

A revisão narrativa da literatura, de acordo com Rother (2007), é um processo de revisão que, não sendo reprodutível (na medida em que não utiliza critérios de pesquisa e análise sistemáticos, nem esgota as fontes de informações), constitui um importante passo para descrever e debater o desenvolvimento ou o estado atual de conhecimento de um tema específico, sob uma perspetiva contextual ou teórica. Com efeito, e segundo Basheer (2022) e Ferrari (2015), a revisão narrativa da literatura, apesar de não apresentar uma metodologia exaustiva, sistemática e específica - como na revisão sistemática - pode, e deve, incluir algumas etapas essenciais para concluir uma boa análise. De acordo com estes autores, o método supracitado pode apresentar, inicialmente, uma pesquisa rigorosa da literatura em diferentes bases de dados, com palavras-chave apropriadas ao tema em pesquisa (como os termos *Medical Subject Headings* (MeSH)), bem como um tema bem definido para não tornar a pesquisa exaustiva e difícil de limitar. Realizada a pesquisa, é importante decidir o tipo de abordagem e de elaboração do artigo, bem como avaliar criticamente a literatura pesquisada. Adicionalmente, Basheer (2022) também sugere que no final a revisão seja analisada, ainda que informalmente, por colegas ou outros especialistas na área. Assim, este método de revisão é uma boa estratégia na orientação de tomadas de decisão, servindo ainda de ponto de partida para questões novas e/ou não respondidas que, possivelmente, poderiam levar a pesquisas primárias inovadoras (Basheer, 2022; Ferrari, 2015).

Considerando o exposto, a revisão narrativa realizada centrou-se na temática da esperança (fenómeno de interesse em estudo), em contexto de cuidados paliativos e na população adulta.

No senso comum a esperança é definida como a “(...) confiança em conseguir o que se deseja; (...) sentimento de crença no desenlace favorável de certa situação; otimismo (...)” (Dicionários Porto Editora, 2023). Esta definição, ainda que redutora, expressa que a esperança é um conceito bem enraizado no nosso léxico e quotidiano, dando até origem a ditados populares que estão fortemente arraigados na nossa população: “A esperança é a última a morrer”.

Em Portugal, particularmente no contexto de cuidados paliativos e de cuidados de enfermagem, destacam-se os estudos de Querido (2005), Viana (2010), Charepe (2011) e Pinto (2012), como alguns dos primeiros que deram mais ênfase ao tema.

Assim, de acordo com Querido (2005) a definição de esperança descrita no dicionário é bastante redutora, não se coadunando nem refletindo a complexidade do conceito que a literatura científica revela, nomeadamente em contexto de prática clínica.

Segundo o *International Council of Nurses* (ICN) a Esperança é um foco central na prática de cuidados de enfermagem, definida por esta organização como uma “Emoção: sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia.” (ICN, 2019). Esta perspetiva enquadra-se no âmbito de alguns trabalhos teóricos que enquadram a esperança como um estado motivacional positivo, orientado para a obtenção de resultados positivos ou desejáveis e que, por conseguinte, podem ter um importante papel na regulação das emoções, do bem-estar e do conforto (Peh *et al.*, 2016).

Considerando o desenvolvimento do conceito, importa lembrar os estudos desenvolvidos por Dufault & Martocchio (1995), citados por Magão & Leal (2001), nos quais os autores descrevem a esperança como um conceito multidimensional e dinâmico, marcada por uma confiança expectante, embora por vezes hesitante, de alcançar um objetivo significativo. Assim, estes autores consideram existir duas tipologias de esperança: a generalizada, descrita como ampla, direcionada para a ocorrência de desenvolvimentos futuros, benéficos, contudo indefinidos, sem ligação a um objeto concreto ou abstrato da esperança; e a particularizada que se caracteriza por apresentar uma expectativa de algo que, no momento, pode ser melhorado ou alcançado (Magão & Leal, 2001). Os autores evidenciam, igualmente, que a esperança é composta por seis dimensões, nomeadamente a afetiva, que abrange um conjunto alargado de emoções e sentimentos; a comportamental, direcionada às ações realizadas que produzem, de forma direta, um resultado esperado nos diversos domínios do ser humano; a afiliativa, ou relacional; a temporal, influenciada pelas experiências pessoais do tempo, passadas e presentes; e a contextual, relacionada com as situações de vida que rodeiam a pessoa (Magão & Leal, 2001).

Existem outras concetualizações da esperança, como a de Sachse, citado por Viana (2010), na qual refere que a esperança é uma reação ativa e emocional que abrange tanto respostas comportamentais como psicológicas, culminando numa atitude positiva. Envolve uma avaliação realista de eventos considerando as opções, a mobilização de energia, uma forte determinação para enfrentar o sofrimento, exercendo impacto causal em diversos fatores biopsicossociais e espirituais. Essa resposta promove a transcendência, proporciona um nível de conforto e é essencial para a vida e qualidade de vida (Viana, 2010). Para acrescentar, a autora refere a existência de uma “Classificação da Esperança”, síntese de diversas concetualizações que existem sobre a esperança. Esta classificação é constituída por componentes primários e secundários da base da esperança; acontecimentos que suscitam a esperança; qualidades da esperança; e resultados da esperança (Viana, 2010). De igual modo, outros autores citados por Viana (2010), como Farran e outros, sintetizaram os quatro atributos centrais da esperança: dor, alma, mente e coração da esperança. A dor da esperança é referente ao processo experiencial da mesma. Já a alma da esperança está conectada com o processo espiritual ou transcendente. Por outro lado, a mente da esperança é alusiva ao processo do pensamento racional. Por fim, o coração da esperança está conectado com o processo relacional (Viana, 2010).

Apesar destas definições, alguns autores (Leung *et al.*, 2009; Loučka *et al.*, 2024) admitem existir diferenças entre a esperança e as expectativas da pessoa. Com efeito, apesar de ambos os conceitos estarem orientados para o futuro e de estarem inter-relacionados, os autores consideram que a esperança é o resultado preferido que ocorre do conhecimento prévio de uma determinada situação (Leung *et al.*, 2009; Loučka *et al.*, 2024). Já a expectativa é o resultado mais provável de acontecer ante o conhecimento prévio, podendo esta ser realista ou irrealista (Leung *et al.*, 2009; Loučka *et al.*, 2024). Assim, os autores indicam que a esperança é orientada pela preferência da pessoa e a expectativa é orientada pela probabilidade de determinado resultado ser atingido (Leung *et al.*, 2009; Loučka *et al.*, 2024). Loučka *et al.* (2024) reforça, ainda, que na comunicação de más notícias é crucial esclarecer e clarificar as expectativas e, ao mesmo tempo, apoiar as esperanças individuais das pessoas.

A esperança, como modelo multidimensional e dinâmico, ao longo do ciclo vital apresenta, assim, processos ou ações que são necessários para a presença e manutenção da mesma, nomeadamente: determinação de metas ou objetivos; orientação para o futuro e sentido de direção; capacidade de transcendência; interação social e relações humanas; perceção realista da situação com a avaliação dos recursos existentes; confiança na vida e em si próprio; capacidade de atribuição de sentido de vida; e, por fim, contexto para a ativação da esperança (Viana, 2010).

Considerando a importância do conceito na vida humana, a esperança tem sido investigada e analisada em diversas áreas, como a psicologia, filosofia, teologia, medicina e enfermagem (Viana, 2010).

Na área da teologia, a esperança é perspectivada como um resultado da fé, derivando da crença em Deus. Assim, a fé afigura-se como uma constituinte da esperança (Viana, 2010). Já na filosofia, é salientada a sua natureza intersubjetiva, transcendente, por vezes paradoxal (Viana, 2010).

No âmbito da psicologia são mencionadas duas perspetivas gerais: a dinâmica e cognitivo-comportamental. Para Querido (2005) a teoria cognitivo-comportamental revela-se uma teoria de motivação de comportamento, propondo a indução de ações no sentido de alcançar os objetivos idealizados (Querido, 2005).

Na área da medicina, Querido (2005) refere que a esperança tem sido associada à comunicação entre médico e cliente, nomeadamente na comunicação do diagnóstico, prognóstico e sobre os tratamentos associados, assim como possíveis efeitos secundários. Esta comunicação é realizada num contexto de abertura, confiança e honestidade, estímulo para colocação de questões importantes e oportunidades de discussão e esclarecimento. A abordagem individualizada facilita a manutenção da esperança (Querido, 2005).

Na perspetiva de enfermagem, são várias as figuras e teóricas de enfermagem que abordam a esperança como estando aliada ao ato essencial desta área científica, o cuidar. Entre estas personalidades ressaltamos, por exemplo, os contributos de Florence Nightingale, Jean Watson e Madeleine Leininger, entre outras. Florence Nightingale, mãe da enfermagem moderna, não tendo desenvolvido uma teoria em que focasse a esperança, podemos referir que os ensinamentos que deixou como legado para a prática de cuidados de enfermagem incluíam

a importância de apoiar os clientes nas diversas dimensões da pessoa, nomeadamente nas dimensões emocional e espiritual, como forma de auxiliar os clientes a enfrentar as suas dificuldades e a manter uma atitude positiva em relação à sua recuperação (Medeiros *et al.*, 2015). Por seu lado, Jean Watson, que desenvolveu a teoria do cuidado humano, enfatiza a importância do relacionamento interpessoal e da compaixão na prática de enfermagem, sendo a esperança perspectivada como uma força vital que promove o crescimento pessoal e a cura, tanto para o cliente quanto para o enfermeiro (Evangelista *et al.*, 2020). Também Madeleine Leininger, responsável pela teoria do cuidado transcultural, destaca que a esperança é considerada uma dimensão essencial do cuidado transcultural, na medida em que pode variar entre culturas e, por conseguinte, influenciar a forma como os indivíduos enfrentam os desafios de saúde (Machado *et al.*, 2023). Com efeito, cuidar pretende manter, promover e sustentar a vida da pessoa cuidada (Viana, 2010). Assim, este ato essencial de enfermagem merece uma elevada consideração e cortesia pela vida humana (Viana, 2010). Para esta autora a prestação de cuidados dos enfermeiros aos clientes “(...) é um acto de reciprocidade para quem temporária ou definitivamente, precisa de ajuda para assumir as suas necessidades, como é o caso da esperança.” (...) (Viana, 2010, p.23).

Para além destas considerações, Antunes *et al.* (2023) realizaram um estudo no qual analisaram a conceptualização da esperança em enfermagem, no sentido de fornecerem uma atualização da definição de esperança proposta pelo ICN, abrangendo antecedentes e atributos mais vastos e contemporâneos, bem como consequências mais específicas da esperança no contexto desta área da saúde. Por conseguinte, os autores sintetizaram a ligação entre antecedentes, atributos e consequências da esperança, destacando que a esperança é um estado emocional dinâmico, que muda ao longo do tempo e é central para o processo de adaptação. Este entendimento ressalta a importância da esperança na capacidade das pessoas se ajustarem e lidarem com as dificuldades e incertezas da vida, contribuindo para sua resiliência e sucesso em diferentes contextos. Nesta análise Antunes *et al.* (2023) salientam a esperança como um conceito complexo, envolvendo aspetos emocionais, cognitivos, motivacionais, sociais e relacionados com a identidade. Deste modo, a esperança oferece conforto e apoio durante os momentos desafiadores da vida. Assim, os autores sugerem a atualização da definição atualmente existente acima descrita para: “(...) Um estado emocional dinâmico, uma energia multidimensional que evoca uma expectativa de resultado positivo e é orientada para o processo em direção ao presente e ao futuro. Dependendo do contexto, a esperança pode concentrar-se em viver uma vida plena em torno de pessoas importantes, legado, dimensões espirituais e maximizar a qualidade da vida. A esperança é fundamental para a adaptação à inquietação ou à incerteza. É caracterizada por uma expectativa cognitiva e orientada para a ação de que um objetivo ou resultado futuro positivo é possível. (...)” (Antunes *et al.*, 2023, p.17).

Mais recentemente, e no contexto de CP, a esperança tem sido descrita como uma forma de energia ou um recurso psicológico dinâmico, presente em todos os momentos da vida (Beng *et al.*, 2022; Velic *et al.*, 2023). É um fenómeno subjetivo e pessoal, variando de pessoa para pessoa, em termos de intensidade e significado (Beng *et al.*, 2022; Velic *et al.*, 2023). Com efeito, os autores destacam que a esperança é uma parte intrínseca da vida e está direcionada para o futuro. Reforçam, ainda, que está intimamente ligada à

qualidade de vida e serve como uma conexão com pessoas significativas (Beng *et al.*, 2022; Velic *et al.*, 2023). Beng *et al.* (2022) e Velic *et al.* (2023) acrescentam, também, que este domínio incorpora esforços internos, como autonomia e energia pessoal positiva, assim como soluções externas, incluindo controlo sintomático, comunicação clara e honesta, ou o uso de humor, entre outras.

Adicionalmente, e também em CP, Olsman (2020) refere que a relação entre a esperança e a verdade está inerente à ética do cuidado destes profissionais de saúde, pelo que, através de uma comunicação clara e honesta, é possível contribuir para a promoção da esperança dos clientes, proporcionando-lhes maior compreensão e empatia.

Assim, e num mundo ocidental cada vez mais tecnológico, com grandes avanços ao nível dos tratamentos médicos, onde a morte se mantém um tema tabu e/ou difícil de lidar, a esperança permanece como algo fundamental, mas, também, por vezes difícil de preservar ou promover, sob o risco de esperanças irrealistas. A “desistência” dos tratamentos curativos a um cliente é observada como um fracasso dos profissionais de saúde, pelo que, muitas vezes, se observa a obstinação terapêutica. Contudo, a morte é o culminar do ciclo vital. Neste contexto, os CP afirmam a vida e reconhecem a morte como parte natural da mesma (World Health Organization, 2023; Lei n.º 52/2012).

Em enfermagem, nomeadamente no contexto de CP, vários estudos têm-se debruçado sobre o desenvolvimento do domínio da esperança como conceito baseado na evidência, os quais serão seguidamente abordados. Um dos mais importantes estudos é, por exemplo, o de Herth (1992) que concetualizou a esperança como uma força interior direcionada para uma nova consciencialização e enriquecimento do ser, em vez de expectativas racionais. Guedes *et al.* (2021) reforça este domínio como complexo, dinâmico e multidimensional. Estes autores apresentam a conceptualização da esperança com os seus antecedentes, dois atributos definidores e as suas consequências.

Apesar da conotação positiva do conceito, como algo orientado para o futuro, esta está em alguns contextos, como o fim de vida, relacionada com a perda e com o sofrimento. Assim, alguns estudos apontaram como antecedentes importantes a fadiga, o sofrimento existencial e a incerteza, entre outros (Guedes *et al.*, 2021). Como tal, as consequências são os eventos e situações que derivam do conceito em si, como a aceitação, a resiliência e a qualidade de vida, entre outros (Guedes *et al.*, 2021). Os dois atributos definidores da esperança são a expectativa de um resultado positivo e um processo orientado para o presente e para o futuro. Deste modo, a esperança pode ser refletida como um processo, bem como um resultado (Guedes *et al.*, 2021).

Já Benzein *et al.* (2001) realizaram um estudo a clientes oncológicos em CP domiciliários para perceberem a vivência da experiência da esperança. Esta foi expressa em encontrar um significado, imaginar algo melhor ou facilitar a vida. Os clientes entrevistados referiram que a vivência desta experiência dependia de atributos pessoais, como a personalidade, atitudes e a visão da vida e dos valores. Por conseguinte, estas autoras referem três componentes da esperança (Benzein *et al.*, 2001). A componente identificada mais significativa foi a esperança em ficar curado ou, pelo menos, em ficar melhor. Os clientes, conscientes da gravidade e evolução da sua doença, acreditavam que poderia acontecer algum milagre,

já que a medicina está em constante evolução. Por outro lado, referiram a importância do controlo sintomático, como a dor controlada, como um fator dependente da vivência da experiência da esperança (Benzein *et al.*, 2001). A segunda componente identificada foi a esperança em viver o mais normal possível. Na identificação desta componente sobressaiu a vontade destes clientes de continuar a viver. Aqui estavam compreendidos o estabelecimento de objetivos a curto prazo, isto é, para esse dia ou para o seguinte. Contudo, estes clientes mantinham a incerteza do atingimento desses objetivos, dependendo, de entre outros fatores, de como se sentiam nesse dia (Benzein *et al.*, 2001). A terceira componente identificada foi a presença de relações confirmativas, que foi revelada como uma dimensão muito importante da experiência da esperança. Estas relações incluíam as relações consigo próprios, com as pessoas significativas, com o ambiente, animais de estimação e com o transcendente (Benzein *et al.*, 2001). Nas relações consigo próprios interferiam fatores como a autoimagem, o estado emocional e o declínio funcional. No entanto, estes clientes afirmavam que o relacionamento consigo próprios era importante para a sua capacidade em manter relacionamentos com os outros (Benzein *et al.*, 2001). Os clientes entrevistados também identificaram que o relacionamento com outros clientes com doenças incuráveis davam a sensação de pertencer a um grupo, pois sentiam-se compreendidos. Por vezes, era satisfatório perceberem clientes piores que eles (Benzein *et al.*, 2001). A relação com o transcendente foi, igualmente, percebida como relevante ao manter os sonhos, imaginarem-se saudáveis e viverem num mundo sem problemas. Esta relação com o transcendente estava interligada com a espiritualidade, podendo ser religiosa ou não (Benzein *et al.*, 2001). Em relação ao meio ambiente, estas autoras perceberam que o facto destes clientes se encontrarem nas suas casas era uma dimensão relevante na experiência da esperança. Viverem na sua própria casa possibilitava a tomada de decisão sobre os seus cuidados, bem como o modo como lidavam com o quotidiano, sem as regras rígidas de um ambiente hospitalar (Benzein *et al.*, 2001). A última componente a ser identificada foi a reconciliação com a vida e a morte, tanto de um modo prático, como emocional. Do ponto de vista prático, puderam tratar de questões financeiras e jurídicas da família, assim como prepararam os seus funerais. Do ponto de vista emocional, estes clientes conseguiram encontrar um significado para a sua vida, demonstrando aceitação e/ou reconciliação com a sua situação atual, isto é, com o fim de vida e com a morte próxima e inevitável (Benzein *et al.*, 2001).

Na perspetiva de Duggleby (2001) enquanto para um cliente não terminal a esperança é, frequentemente, focada no ter ou no fazer, para um cliente terminal a esperança parece estar mais focada no ser. Ainda neste estudo, Duggleby (2001) refere que os clientes internados em *hospices* definiram a esperança como uma expectativa de um futuro melhor, uma força interior e um processo de suportar o sofrimento. Na expectativa de um futuro melhor, estes clientes referem em viver um dia de cada vez, o alívio da dor, uma morte pacífica e na vida após a morte, entre outros (Duggleby, 2001). Estes clientes relatam que a força interior é a redefinição dos valores e objetivos (Duggleby, 2001). O processo de suportar o sofrimento está relacionado com a confiança numa entidade superior e no encontro de sentido para as suas vidas (Duggleby, 2001).

Em Portugal, e também num estudo realizado com clientes oncológicos em estadios avançados, Pinto *et al.* (2012) verificaram que os níveis de esperança da amostra estudada eram elevados. No seu estudo, os autores utilizaram um questionário que incluía a versão

portuguesa do Índice de Esperança de Herth (HHI PT), bem como algumas questões iniciais relativas a dados sociodemográficos, clínicos e de fé. Assim, foi percebido por Pinto *et al.* (2012) que viver com esperança não é viver numa realidade paralela. Por outro lado, a esperança está intimamente conectada com a qualidade de vida e que perante a finitude, a vida pode manter um propósito. Os autores concluem que apesar da dor e da inevitabilidade da morte, o sofrimento pode ser transformado, pelo que a esperança apresenta um papel crucial em situações de crise (Pinto *et al.*, 2012).

De igual modo, Beng *et al.* (2022) na análise temática sobre esperança em CP salientaram que a esperança é uma forma de energia ou um recurso psicológico dinâmico, presente em todos os momentos, pelo que é algo subjetivo e pessoal. Com efeito, os autores na sua exploração de experiências da esperança em CP destacaram três temas principais, a saber: as noções da esperança, os conteúdos da esperança e as fontes e barreiras da esperança. No que diz respeito às noções da esperança, estas eram uma percepção, convicção ou ideia que o cliente possuía sobre algo que conheceu, experimentou ou imaginou. Assim, estas noções estavam conectadas, nomeadamente, com formas de energia, nem sempre limitadas à cura, e sobre algo subjetivo (Beng *et al.*, 2022). Relativamente às fontes da esperança, estas integravam a família e amigos, profissionais de saúde, crenças e o seu eu interior (Beng *et al.*, 2022). Por outro lado, as barreiras apontadas foram a doença e o seu impacto, sintomas descontrolados e a imprevisibilidade do futuro, entre outros (Beng *et al.*, 2022). Por último, os conteúdos da esperança foram divididos em três subtemas: esperança em ser, esperança em fazer e esperança pelos outros, corroborando a perspetiva de Duggleby (2001) acima mencionada (Beng *et al.*, 2022).

Da mesma forma, Velic *et al.* (2023) no estudo que efetuaram sobre a percepção da esperança de clientes em CP destacaram três tópicos principais: as crenças da esperança, as funções da esperança e o trabalho da esperança. No que concerne às crenças da esperança, estas abarcam a compreensão que os clientes têm desse sentimento e das características que lhe atribuem. Este tópico engloba duas crenças principais em relação à esperança, nas quais a esperança é uma parte inerente da vida, bem como é orientada para o futuro (Velic *et al.*, 2023). No que se refere às funções da esperança, estas compreendem as percepções dos clientes sobre o papel da esperança nos CP e o valor que ela comporta. Com efeito, a esperança está interligada com a qualidade de vida, assim como serve de ponte de ligação com as suas pessoas significativas (Velic *et al.*, 2023). Finalmente, o trabalho da esperança incorpora os componentes fundamentais para que a esperança progrida, conforme percebido pelos clientes, abrangendo aspetos que podem promover e sustentar esse sentimento, integrando esforços internos como a autonomia ou uma energia pessoal positiva, bem como soluções externas, como o controlo sintomático, comunicação clara e honesta ou a utilização do humor (Velic *et al.*, 2023).

Em CP, nomeadamente em fim de vida, a esperança “não se reduz”, assim, à cura do tratamento. Contudo, também não se pode traduzir numa diminuição da mesma. Por outro lado, verifica-se um redimensionar da esperança e uma adaptação dos objetivos e expectativas de forma realista (Viana, 2010). Os profissionais de saúde quando confrontados pela esperança dos clientes em ficarem curados consideram-na, de imediato, falsa e irrealista. No entanto, segundo Kylma *et al.* (2009) se a pessoa espera uma cura e não

morre, esta esperança não deve ser considerada inteiramente falsa, podendo até ter alguns benefícios (Kylma *et al.*, 2009). Assim, a esperança tem um papel fundamental na estratégia de *coping* e na promoção da qualidade de vida (Nekolaichuk & Bruera, 1998), do bem-estar e do conforto (Pinto, 2012). Por exemplo, Baczewska *et al.* (2022) relacionou o humor com a esperança de clientes oncológicos em fase terminal. Os autores comparam os diferentes humores (alegre *versus* triste) nas dimensões situacional (saúde), temporal (orientada para o futuro), emocional e motivacional da esperança. Por conseguinte, os autores apuraram que o humor parece desempenhar um papel significativo como um dos fatores que influenciam a esperança em clientes oncológicos em fase terminal, verificando que clientes com humor triste apresentavam um nível superior de esperança na dimensão emocional, e apenas os clientes com humor triste demonstravam desesperança (Baczewska *et al.*, 2022).

Estes estudos ajudam-nos a compreender que a esperança na cura pode modificar-se, particularmente perante o confronto com uma doença grave e/ou incurável, em fase avançada e progressiva. Nesta fase, os clientes manifestam, com frequência, esperança em objetivos muito concretos como, por exemplo, na dor controlada ou numa morte pacífica (Beng *et al.*, 2022).

De igual modo e numa perspetiva do cuidado espiritual, Olsman (2022) num estudo que efetuou sobre a experiência de capelães holandeses, de várias religiões, sobre esperança em CP, estes observaram que aliada à esperança estão o desespero e a entrega. Estes capelães perceberam que a esperança não é algo que se ofereça ao cliente, mas algo que pode surgir na relação de ambos. Tal como Kylma *et al.* (2009), Olsman (2022) ressalva que o ser da esperança, que envolve relações de presença, significativas e empáticas, caracteriza-se pela confiança e relaciona-se com a entrega. Por outro lado, e corroborando Kylma *et al.* (2009), Olsman (2022) refere que a esperança por algo está orientada para o futuro, pelo que está inerente a incerteza deste, no qual o desespero pode representar um papel fulcral. Assim e segundo o autor, a esperança é algo que surge de uma relação terapêutica de compaixão, onde o profissional de saúde experiencia, também, a sua própria vulnerabilidade (Olsman, 2022).

Do mesmo modo, a esperança também foi avaliada nas díades familiares. De acordo com Laranjeira *et al.* (2022), para as díades familiares a esperança também é um atributo intrínseco ao ser humano, contudo variável por diversos fatores, como o descontrolo sintomático, sentimentos de angústia ou a má comunicação por parte da equipa de saúde. Estes investigadores reforçam que a esperança é importante e dinâmica, sendo uma componente essencial do processo de conforto em CP (Laranjeira *et al.*, 2022). Também nesta linha de pensamento, Bigi *et al.* (2022) verificaram no seu estudo a familiares enlutados que fatores como a integração antecipada em CP e a existência de relações significativas com a equipa multidisciplinar foram fatores que contribuíram para o desenvolvimento e manutenção de esperança destes. Os autores ainda destacaram que um fator crucial nesta dinâmica relacional positiva era a ligação entre esperança, verdade e confiança (Bigi *et al.*, 2022). Por seu lado, Duggleby *et al.* (2021) verificaram que a esperança dos cuidadores era influenciada pelo seu bem-estar, bem como pela sua saúde física e mental. Estes autores acrescentaram, ainda, que a autoeficácia dos cuidadores, isto é, a confiança na sua capacidade de lidar com situações de crise, como também a esperança dos clientes, foram fatores que contribuíam para o elevado nível de esperança dos cuidadores (Duggleby *et al.*, 2021).

3.4. Avaliação da Esperança

Considerando o enquadramento anterior, é fundamental avaliar a esperança em contexto clínico. No âmbito dos cuidados de enfermagem, a avaliação inicial, a primeira de cinco etapas do processo de enfermagem e da conceção de cuidados, inclui a recolha contínua e sistemática de dados, a sua triagem e organização e, por fim, a sua documentação. Neste contexto, são fundamentais competências relacionadas com o pensamento crítico que orientem no processo de tomada de decisão, com vista a um plano centrado na pessoa e nas suas necessidades (Toney-Butler & Unison-Pace, 2023).

A avaliação da esperança baseada na intuição, segundo Herth (1992), impossibilita a validação de estratégias específicas, no sentido de promover e/ou manter a esperança nos clientes. Neste sentido, e ao longo dos anos, têm sido desenvolvidos diversos instrumentos que auxiliem na avaliação da esperança e, conseqüentemente, no processo de tomada de decisão.

Um destes instrumentos foi a *Herth Hope Scale* (HHS), desenvolvido por Herth (1992). Mais tarde, esta autora adaptou esta escala para outra versão, mais curta e direcionada ao contexto da prática clínica, o *Herth Hope Index* (HHI) (Herth, 1992). Com efeito, Herth (1992) identificou a ausência de alguns elementos da esperança nos instrumentos de avaliação existentes, designadamente o foco numa esperança mais global e não orientada para o tempo, bem como a esperança como uma sensação de estar disponível e envolvido nas relações interpessoais e não uma esperança em fazer por si ou pelos outros. Do mesmo modo, identificou a ausência do foco na alteração do potencial da esperança para o controlo de respostas emocionais ou comportamentais em vez do controlo de eventos ou experiências, assim como a ausência da inclusão do foco da existência de esperança apesar de relações interpessoais escassas ou ausentes.

O HHI, que foi validado e adaptado para a população portuguesa por Viana, em 2010, apresenta três dimensões do domínio, a saber: temporalidade e futuro; disponibilidade interior positiva e expectativa; e interligação consigo próprio e com os outros (Herth, 1992; Viana, 2010).

Neste sentido, com a aplicação desta escala os enfermeiros podem identificar as dimensões da esperança do indivíduo que necessitam de ser mais exploradas, assim como implementar as intervenções específicas para promover e/ou manter o domínio, tendo em conta as três subescalas do instrumento (Herth, 1992).

Identicamente, Nekolaichuk & Bruera (2004) corroboraram que a integração da avaliação da esperança na avaliação global do cliente poderia intensificar o entendimento das complexidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais, no sentido de melhorar o conforto e a qualidade de vida dos clientes.

Assim, o modelo da esperança que começou a ser desenvolvido por estes autores nos anos 90, focado na experiência interna e subjetiva do domínio, sugere que a pessoa vivencia a esperança ao longo de três dimensões interrelacionadas (Nekolaichuk & Bruera, 1998). A primeira dimensão diz respeito ao espírito pessoal. Caracteriza-se por ser um valor pessoal,

no qual a pessoa encontra sentido para a vida (Nekolaichuk & Bruera, 1998). A segunda é o risco, que é referente a uma dimensão situacional, determinada pela incerteza (Nekolaichuk & Bruera, 1998). A terceira dimensão é o cuidado autêntico, de cariz relacional, onde está integrada a experiência de relações credíveis e atenciosas (Nekolaichuk & Bruera, 1998).

É neste contexto que surgem dois instrumentos: o *Hope Differential* (HD), desenvolvido por Nekolaichuk, Jevne e Maguire, e o *Hope Differential Short* (HDS), redesenhado por Nekolaichuk & Bruera (2004). Os autores refletem que em ambas as escalas sobressaem questões clínicas chave em torno do significado, da incerteza, da autenticidade e do cuidado (Nekolaichuk & Bruera, 1998):

- *O que é significativo na vida de um cliente?*
- *Como é que o cliente aprendeu a lidar com a incerteza de viver com o cancro avançado?*
- *Com quem ou com o que é que o cliente se interessa?*
- *Como posso, enquanto profissional de saúde, melhorar a experiência da esperança deste cliente de um modo credível e atencioso?*

Assim, os investigadores reforçam a necessidade de promover o conforto e prestar cuidados baseados na confiança, tendo em conta as dimensões pessoal, relacional e situacional dos clientes (Nekolaichuk & Bruera, 1998).

Num estudo recente, realizado por Antunes *et al.* (2023), os autores verificaram que na avaliação da esperança têm vindo a ser usadas estratégias qualitativas e quantitativas. Do ponto de vista qualitativo, a entrevista é a abordagem mais utilizada na avaliação e compreensão da esperança, em diferentes contextos e populações. Do ponto de vista quantitativo, os autores identificaram diversos instrumentos, sendo os mais utilizados o Índice de Esperança de Herth, a Escala de Esperança de Miller e a Escala de Esperança de Nowotny.

Em Portugal, e no que se refere à avaliação da esperança em contexto clínico, existem atualmente dois instrumentos disponíveis: o HHI PT (Viana *et al.*, 2010) e a versão deste instrumento para cuidadores (HHI-C-PT) (Marques *et al.*, 2016). O HHI PT foi traduzido e validado para a população portuguesa por Viana *et al.* (2010), para determinar os níveis de esperança dos clientes em CP e identificar as características sociodemográficas e clínicas dos mesmos. É uma escala unidimensional composta por nove itens, que apresentou um alfa de cronbach de 0,873, caracterizando-se por ser um instrumento válido, preciso e fiável (Viana *et al.*, 2010). Do mesmo modo, Marques *et al.* (2016) procederam à revalidação da escala HHI PT para os cuidadores de pessoas em CP, bem como à avaliação do nível de esperança dos mesmos, no contexto português. Este instrumento manteve os nove itens do HHI PT, contudo caracteriza-se por ser uma escala multidimensional, já que se distribui por três dimensões a saber: afiliativa/afetiva, cognitiva/comportamental e temporal/contextual. De igual forma, revelou-se um instrumento válido e fiável, apresentando um alfa de cronbach de 0,814 (Marques *et al.*, 2016).

3.5. Indicadores de Esperança

O estudo da esperança e a sua avaliação tem possibilitado uma maior e melhor compreensão do conceito, bem como uma identificação mais clara e objetiva de alguns indicadores de esperança. Os diversos autores operacionalizaram, globalmente, estes indicadores em “internos”, “externos” e “transcendência”.

Os indicadores internos compreendem componentes internas do cliente, como o controlo sintomático, a condição física ou a qualidade de vida, entre outros. Segundo os diversos autores, a vivência da esperança é uma experiência dinâmica, pelo que a presença de dor ou dispneia descontrolada, bem como a perda de independência para a realização de atividades, nomeadamente da vida diária, são fatores causadores de sofrimento e, como tal, da diminuição dos níveis de esperança (Nekolaichuk & Bruera, 1998; Benzein *et al.*, 2001; Duggleby *et al.*, 2007; Kylma *et al.*, 2009; Guedes *et al.*, 2021; Beng *et al.*, 2022; Baczevska *et al.*, 2022 ; Velic *et al.*, 2023).

Por seu lado, os indicadores externos estão associados às interações sociais, como por exemplo com os seus familiares e/ou pessoas significativas. De acordo com a literatura, os clientes referem que relações de presença, significativas e empáticas baseadas na confiança de todos os intervenientes, como entes queridos, profissionais de saúde e outros clientes, contribuem para a vivência e manutenção da esperança (Nekolaichuk & Bruera, 1998; Benzein *et al.*, 2001; Duggleby *et al.*, 2007; Kylma *et al.*, 2009; Guedes *et al.*, 2021; Olsman, 2022; Beng *et al.*, 2022; Baczevska *et al.*, 2022; Laranjeira *et al.*, 2022; Velic *et al.*, 2023).

Já os indicadores relacionados com a transcendência são referentes a componentes mais abstratas, como uma entidade superior. Os diversos autores ressaltaram que o processo de lidar com o sofrimento está vinculado à confiança numa entidade superior e à busca de significado para suas vidas. Com efeito, destacaram que para os clientes a conservação de sonhos, bem como a imaginação de viverem num mundo sem problemas, contribuíam para os níveis elevados de esperança (Benzein *et al.*, 2001; Duggleby *et al.*, 2007; Kylma *et al.*, 2009; Guedes *et al.*, 2021; Beng *et al.*, 2022; Laranjeira *et al.*, 2022).

A **Tabela 3** apresenta, em síntese, os indicadores descritos na literatura, segundo os diversos autores.

Tabela 3: Indicadores de esperança

INDICADORES INTERNOS	INDICADORES EXTERNOS	INDICADORES RELACIONADOS COM A TRANSCENDÊNCIA
Controlo sintomático (Kylma <i>et al.</i> , 2009; Duggleby <i>et al.</i> , 2007; Velic <i>et al.</i> , 2023).	Relações familiares e sociais significativas (Nekolaichuk & Bruera, 1998; Kylma <i>et al.</i> , 2009; Duggleby <i>et al.</i> , 2007; Laranjeira <i>et al.</i> , 2022; Guedes <i>et al.</i> , 2021; Beng <i>et al.</i> , 2022; Olsman, 2022; Velic <i>et al.</i> , 2023).	Espiritualidade (Kylma <i>et al.</i> , 2009; Duggleby <i>et al.</i> , 2007; Beng <i>et al.</i> , 2022).
Condição Física (Duggleby <i>et al.</i> , 2007; Benzein <i>et al.</i> , 2001; Velic <i>et al.</i> , 2023).	Ter um momento especial com as suas pessoas significativas (Kylma <i>et al.</i> , 2009).	Vida após a morte (Kylma <i>et al.</i> , 2009; Duggleby <i>et al.</i> , 2001; Benzein <i>et al.</i> , 2001).
Atributos Pessoais - determinação, coragem, serenidade e resiliência (Duggleby <i>et al.</i> , 2007; Guedes <i>et al.</i> , 2021; Benzein <i>et al.</i> , 2001; Velic <i>et al.</i> , 2023).	Relação enfermeiro-cliente de presença, significativa e empática (Duggleby <i>et al.</i> , 2007; Beng <i>et al.</i> , 2022).	Crenças e práticas religiosas (Duggleby <i>et al.</i> , 2007; Laranjeira <i>et al.</i> , 2022; Beng <i>et al.</i> , 2022).
Esperança no seu valor enquanto pessoa (Kylma <i>et al.</i> , 2009; Duggleby <i>et al.</i> , 2007; Benzein <i>et al.</i> , 2001; Beng <i>et al.</i> , 2022).	Esperança num futuro melhor para as pessoas significativas (Kylma <i>et al.</i> , 2009; Guedes <i>et al.</i> , 2021).	Esperança na cura ou numa remissão espontânea (Benzein <i>et al.</i> , 2001; Kylma <i>et al.</i> , 2009).
Esperança na cura ou numa remissão espontânea (Kylma <i>et al.</i> , 2009; Benzein <i>et al.</i> , 2001).	Conexão com a natureza (Laranjeira <i>et al.</i> , 2022).	Morte Pacífica (Guedes <i>et al.</i> , 2021).
Pensamento positivo e sentido de humor (Laranjeira <i>et al.</i> , 2022; Velic <i>et al.</i> , 2023; Baczewska <i>et al.</i> , 2022).	Compaixão para com os outros e altruísmo (Laranjeira <i>et al.</i> , 2022).	
Legado (Kylma <i>et al.</i> , 2009, Guedes <i>et al.</i> , 2021).	Comunicação honesta e clara (Benzein <i>et al.</i> , 2001; Laranjeira <i>et al.</i> , 2022; Velic <i>et al.</i> , 2023).	
Ressignificação de metas e objetivos (Nekolaichuk & Bruera, 1998; Duggleby <i>et al.</i> , 2007; Guedes <i>et al.</i> , 2021; Benzein <i>et al.</i> , 2001; Beng <i>et al.</i> , 2022; Velic <i>et al.</i> , 2023).		
Aceitação (Benzein <i>et al.</i> , 2001; Guedes <i>et al.</i> , 2021).		
Qualidade de vida (Nekolaichuk & Bruera, 1998; Guedes <i>et al.</i> , 2021; Velic <i>et al.</i> , 2023).		

Laranjeira *et al.* (2022) referem, adicionalmente, que existem fatores limitadores à promoção ou manutenção da esperança. Estes fatores ou barreiras podem estar relacionados com as limitações provenientes da doença, com a má comunicação entre equipa de saúde-cliente, assim como sentimentos de angústia e vulnerabilidade (Laranjeira *et al.*, 2022).

Especificamente sobre a comunicação, as equipas multidisciplinares apresentam uma grande preocupação na comunicação de más notícias como fator potenciador da diminuição

da esperança, como o diagnóstico de cancro incurável ou o planeamento do fim de vida destes clientes. Contudo, é reconhecido na literatura científica que a comunicação honesta e clara tanto é desejável, como necessária para a promoção de relações de confiança entre a equipa de saúde, o cliente e família, bem como o planeamento do futuro (Laranjeira *et al.*, 2022).

Em suma, e considerando esta revisão narrativa, entende-se que o cliente é um ser único, com as suas características individuais, sendo influenciado por múltiplos fatores. Assim, a vivência e manutenção da esperança apresenta-se como complexa e dinâmica ao longo da vida e, até, da trajetória saúde-doença, estando conectada às diversas dimensões do ser humano.

3.6. Atividades desenvolvidas e resultados alcançados face aos objetivos

Por forma a concretizar o projeto delineado foram elaborados objetivos específicos, a relembrar:

- a) avaliar de forma sistematizada a esperança dos clientes internados nos contextos de prática clínica, durante o seu internamento;
- b) promover a avaliação da esperança nos contextos de prática clínica;
- c) elaborar um guia de boas práticas para a avaliação sistematizada da esperança.

Deste modo, as atividades propostas foram avaliar, de forma sistemática, a esperança dos clientes, preferencialmente com suporte na escala de avaliação da esperança *Herth Hope Index*, validada para a realidade portuguesa (Viana, 2010), e realizar duas conceções de cuidados, tendo como foco de atenção a esperança.

Após a apresentação do projeto a ambas as equipas dos contextos da prática clínica, constatou-se que a avaliação sistematizada da esperança não é uma prática regular das equipas onde decorreu o estágio de natureza profissional, nem esta se encontra parametrizada nos sistemas informáticos das instituições. Neste sentido, foi-nos dada a informação que não seria possível utilizar o instrumento acima mencionado, pelo facto de esta não estar parametrizada nas instituições, nem integrada nos respetivos sistemas de informação. De igual modo, percebeu-se que o domínio da esperança não era, frequentemente, abordado, e quando tratado não era explanado nem nos registos de enfermagem, nem nos registos médicos, pertencentes ao plano individual de cuidados do cliente.

Segundo a WHO (2023) os CP avaliam e intervêm nas diversas dimensões da pessoa cuidada, isto é ao nível físico, psicológico, social e espiritual, no qual a esperança está incluída, e que a sua abordagem está relacionada com a qualidade de vida do cliente. Do mesmo modo, e tal como já afirmava Herth (1992), a avaliação da esperança não deve ocorrer de forma intuitiva.

Ferrell *et al.* (2020) no estudo realizado sobre a espiritualidade de clientes oncológicos referem que o cuidado espiritual deve estar integrado no plano individual de cuidados do cliente desde o diagnóstico inicial da doença, pois melhora o suporte ao cliente durante as transições dos tratamentos e nos diferentes estádios da mesma. Reforçam, ainda a importância da necessidade de abordar e manter a esperança, apesar das incertezas do futuro, como um dos domínios de maximização da qualidade de vida (Ferrell *et al.*, 2020).

É de salientar a posição de Velic *et al.* (2023) quanto à relevância da comunicação, dado que esta pode constituir uma barreira à avaliação e intervenção do domínio da esperança. Os autores apontam que as equipas multidisciplinares se concentram, por regra, na comunicação de más notícias, pelo que, muitas vezes, não consideram adequadamente a influência que as estratégias de comunicação escolhidas podem ter nos níveis de esperança dos clientes. Os programas de comunicação devem visar a promoção da esperança sob a perspetiva dos clientes, capacitando os profissionais de saúde a interpretar e responder de forma mais eficaz. Neste sentido, os profissionais de saúde devem reconhecer adequadamente a importância da esperança em CP, pois ela desempenha um papel significativo na abordagem das metas e objetivos dos clientes (Velic *et al.*, 2023).

De igual forma, Antunes *et al.*, (2023) corroboram a ideia de Velic *et al.* (2023) e reforçam a importância que a avaliação da esperança pelos enfermeiros tem no auxílio aos clientes na identificação e desenvolvimento de estratégias inspiradoras de esperança, além de ajudá-los a alcançar suas metas e objetivos desejados (Antunes *et al.*, 2023).

No decurso da revisão narrativa da literatura, verificou-se que era possível e importante avaliar a esperança, nomeadamente com recurso à entrevista, uma estratégia qualitativa frequentemente utilizada na literatura e perfeitamente alinhada com a prática de cuidados de enfermagem (Antunes *et al.*, 2023). Assim, e tendo em conta os indicadores identificados na revisão narrativa, anteriormente exposto, e perante a dificuldade em usar instrumentos já adaptados e validados para a população portuguesa, foi introduzida e promovida a avaliação da esperança através de entrevistas semiestruturadas em alguns clientes, assentes nestas duas questões abertas:

a) *Como define esperança?*

b) *Que significados atribui à esperança?*

Estas entrevistas semiestruturadas foram supervisionadas pelos enfermeiros tutores. Em ambos os contextos da prática clínica as entrevistas foram realizadas num ambiente o mais privado e confortável possível. Como acima descrito na revisão da literatura, estas entrevistas eram efetuadas após a construção de uma relação terapêutica empática e de confiança, pelo que foram realizadas a vários clientes conscientes, orientados no tempo e no espaço, e com o seu consentimento verbal, após a explicação do projeto.

Verificou-se que todos os clientes entrevistados apresentavam os três indicadores acima mencionados: internos, externos e de transcendência. Em relação aos indicadores internos, os clientes partilhavam, maioritariamente, os mesmos, nomeadamente controlo sintomático, esperança no seu valor enquanto pessoa, pensamento positivo e humor e aceitação. No que diz respeito aos indicadores externos, estes referiam ter relações familiares e sociais

significativas, momentos especiais com as suas pessoas significativas, bem como afirmavam que a relação equipa de saúde-cliente era de presença, significativa e empática através da comunicação honesta e clara entre as duas partes. Já em relação aos indicadores relacionados com a transcendência, uns demonstravam manter a sua espiritualidade através de crenças e práticas espirituais, podendo ser religiosas ou não, bem como referiam manter esperança na cura ou numa remissão espontânea.

Conforme o plano de estudos deste mestrado, procurámos também que as duas conceções de cuidados realizadas se centrassem na temática da esperança, pelo que este foi um foco transversal aos dois clientes/casos clínicos acompanhados nos contextos de estágio. Estas conceções de cuidados foram realizadas tendo por base a plataforma *e4Nursing*, desenvolvida pela Escola Superior de Enfermagem do Porto e estão descritas, com maior detalhe, nos **Apêndices A e B** deste relatório. Com a introdução e promoção da avaliação e abordagem do domínio da esperança nas diferentes equipas percebeu-se a sua importância através resultados obtidos por parte dos clientes, espelhados por uma maior individualização de cuidados nas diversas dimensões do ser humano, bem como indo de encontro aos seus objetivos e metas, culminado com um melhor alívio do sofrimento e maximizando a sua qualidade de vida.

No que se refere ao guia de boas práticas, tendo em consideração fatores relacionados com a gestão de tempo e as dificuldades encontradas na avaliação da esperança nos contextos de estágio, não foi possível concretizar este documento. Consideramos, porém, que a revisão narrativa realizada contribuiu para um maior aprofundamento da temática, complementada pela operacionalização nos campos de estágio, nomeadamente nas pessoas/casos clínicos que acompanhamos.

4. REFLEXÃO CRÍTICA DE ATIVIDADES

A profissão de enfermagem é regulada pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). No Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (p. 3), a enfermagem é conceptualizada como a “(...) profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, ao ser ou cliente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (...)”. O enfermeiro especialista é, concretamente, um profissional de saúde qualificado que possui as habilidades científicas, técnicas e humanas necessárias para fornecer cuidados de enfermagem especializados em várias áreas, conforme definido no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro.

Neste contexto, as diferentes especialidades em enfermagem compartilham um conjunto de competências comuns que são essenciais em diversos contextos clínicos, como é o caso dos CP. Com efeito, o regulamento supracitado divulga um conjunto de competências comuns que abrangem os domínios da educação dos clientes e dos pares, da orientação, da liderança, da melhoria contínua dos cuidados e da responsabilidade profissional, ética e legal (Regulamento n.º 140/2019).

Relativamente ao domínio da educação dos clientes e dos pares, pese embora ter-se integrado duas tipologias de cuidados especializados em CP, foi possível prestar cuidados baseados na evidência científica mais atual e instigar o conhecimento entre os colegas de profissão, como por exemplo a abordagem das dimensões psicológica e espiritual, tendo-se obtido ganhos em saúde, referência realizada, frequentemente, pelos clientes. No âmbito das dimensões orientação e liderança, bem como responsabilidade profissional, ética e legal considera-se fundamental todo o desenvolvimento da prática clínica em ambos os contextos, já que foi possível aplicar e aprimorar todo o conhecimento teórico adquirido nos primeiros semestres do curso, por forma a, num futuro próximo, haver a capacidade de assegurar a qualidade dos cuidados prestados através da otimização das respostas da equipa de enfermagem, como também tomar as melhores decisões, segundo os valores, crenças e cultura de todos os intervenientes. No que concerne ao domínio da melhoria contínua houve a oportunidade de avaliar e corrigir práticas, nomeadamente ao nível da comunicação entre profissionais de saúde e clientes, como é o caso de aligeirar conversas sobre a morte próxima ou não permitirem a ventilação de emoções negativas. Assim, e de acordo com Benner (2001) o desenvolvimento das competências dos enfermeiros é um processo que passa por vários estádios, pelo que a qualidade dos cuidados prestados atinge a excelência quando o profissional adquire habilidades especializadas através da experiência prática. Embora esta autora nos fale do conceito de perícia, não deixa de ser interessante observar que perícia e competência estão relacionados e são fundamentais no desenvolvimento profissional. Reforce-se, ainda, que as competências comuns são, de facto, fundamentais para uma boa prática profissional de enfermagem e estão equiparadas com os padrões de qualidade estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros (Conselho de Enfermagem, 2002).

Posto isto, importa refletir, de igual forma, sobre as competências específicas do enfermeiro especialista em Médico-Cirúrgica, norteadas pelo Regulamento n.º 429/2018, de 16 de junho. Este documento estrutura estas competências em três eixos fundamentais, concretamente: i) o cuidado à pessoa e família/cuidadores, ii) a otimização do ambiente e dos processos terapêuticos e iii) a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos. Neste sentido, seguidamente serão referenciadas algumas atividades desenvolvidas nos dois contextos da prática clínica, que se encontram mais pormenorizadamente elencadas nos **Apêndices C e D**.

Em relação ao cuidado à pessoa e família/cuidadores, em ambos os contextos da prática clínica houve a possibilidade de identificar o genograma, cuidador informal e existência de rede de suporte na comunidade do cliente, bem como reconhecer as expectativas e os objetivos pessoais deste face à sua doença, bem como à evolução da mesma. Do mesmo modo, foi possível avaliar a sintomatologia do cliente, segundo a sua priorização, tendo por base a escala ESAS (Bruera *et al.*, 1991), um instrumento frequentemente usado em CP, na sua versão traduzida. De acordo com Bruera *et al.* (1991), a ESAS é uma escala multidimensional, desenvolvida para avaliar a intensidade dos diversos sintomas de clientes em CP, no sentido de priorizar e ajustar o plano de cuidados de acordo com as necessidades do mesmo. De igual forma, foi possível desenvolver o plano individual de cuidados em conjunto com o cliente e/ou com os cuidadores/familiares, tendo por base as suas prioridades, objetivos e expectativas realistas, nomeadamente através de duas conceções de cuidados, conforme o plano de estudos deste mestrado (**Apêndices A e B**). Houve, também, a oportunidade de realizar, regularmente, entrevistas clínicas com os cuidadores/familiares, identificando, clarificando e validando as suas dúvidas, bem como desmistificar mitos, como alimentação e hidratação em fim de vida.

No que concerne ao eixo da otimização do ambiente e dos processos terapêuticos, foi possível elaborar o plano de cuidados individualizado para cada cliente, tendo em conta a preservação da dignidade do cliente, bem como reformular o mesmo aquando do agravamento do seu estado clínico, como por exemplo em SUDHV. De igual forma, houve a possibilidade de apoiar a família, facilitando a expressão de emoções, como a partilha de preocupações, dúvidas, mitos e angústias, bem como realizar frequentes entrevistas não programadas com os familiares, cuidadores informais e equipa assistencial, adequando a comunicação a cada elemento, discutindo o processo de perda e luto do cliente, salvaguardando as preferências e vontades do cliente.

Relativamente ao eixo da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, não houve a oportunidade de elaborar ou de implementar protocolos de prevenção, intervenção e controlo de infeção.

Verifica-se, assim, que os eixos mencionados anteriormente refletem, de algum modo, os pilares basilares dos CP propostos por Cicely Saunders, “mãe” dos CP modernos, a saber: controlo de sintomas, trabalho em equipa, comunicação, apoio à família e cuidado no luto (Saunders, 2000). Do mesmo modo, também é possível inferir que estes eixos vão de encontro à proposta das dez competências essenciais em CP que a EAPC desenvolveu (*vide Tabela 1*) como: melhorar o conforto físico do cliente ao longo da sua trajetória de doença; atender

às necessidades psicológicas, sociais e espirituais do cliente; e atender às necessidades dos familiares cuidadores em relação aos objetivos dos cuidados a curto, médio e longo prazo, entre outras (Gamondi *et al.*, 2013). De igual forma, esta visão é corroborada por Suikkala *et al.* (2023) que divulga no seu estudo as três principais competências dos enfermeiros em CP: controlo de sintomas, a comunicação e suporte psicossocial dos seus clientes e familiares e o plano avançado de cuidados.

Não obstante o trabalho desenvolvido e as múltiplas experiências, procuramos também desenvolver um projeto de desenvolvimento de competências, transversal aos dois contextos de prática clínica. Assim, a esperança foi o domínio selecionado para desenvolver como competência transversal a operacionalizar em ambos os contextos da prática clínica. O objetivo central do projeto que aqui se apresenta era contribuir para uma avaliação sistematizada da esperança dos clientes com necessidades paliativas acompanhados por equipas de CP. Contudo, após a apresentação deste às referidas equipas, e apesar de aprovado previamente pelo Conselho Técnico-Científico da Escola, observámos algumas dificuldades em estágio, pelo facto da escala de avaliação por nós escolhida - HHI PT (Viana *et al.*, 2010) - não estar em uso nas instituições, nem integrada nos respetivos sistemas de informação. Mesmo com este constrangimento, o projeto foi implementado, mas não de um modo sistematizado, ou seja, a esperança foi avaliada nos clientes em situação paliativa, tendo por base a metodologia qualitativa proposta na literatura (com recurso à entrevista) e tendo subjacente os indicadores extraídos após revisão narrativa da literatura, evidenciados na **Tabela 2**.

A avaliação da esperança não foi, portanto, fácil de operacionalizar o que, de certa forma, ainda nos revela que a dimensão espiritual ainda está subdesenvolvida na prestação de cuidados de saúde, designadamente em CP onde é tão importante. Conforme referem Laranjeira *et al.* (2023) persistem, na prática, diversas barreiras que dificultam a prestação de cuidado espiritual. Importa, porém, referir que a esperança é dinâmica, interferindo com as múltiplas dimensões da pessoa - física, emocional, psicológica, social e espiritual (Pinto, 2012) - e devendo, portanto, ser considerada nos cuidados prestados. Neste sentido, a abordagem deste domínio prevê a existência de uma relação terapêutica segura e empática, que só é possível após algum contacto com o cliente. As dificuldades sentidas foram o desenvolvimento de competências em comunicação, a par da operacionalização do projeto. Muito embora existisse um maior contacto direto com os clientes na UCP, percebeu-se que a avaliação da esperança foi mais facilitada na EIHSCP por ter sido o segundo contexto da prática clínica, em que já existia um maior desenvolvimento das competências supracitadas, bem como uma maior confiança no trabalho a realizar.

Em todos os clientes avaliados, nomeadamente os dos casos clínicos expostos no capítulo 3, verificou-se a existência de uma esperança realista. Tal como Stotland refere, citado por Magão & Leal (2001), a esperança é uma expectativa superior a zero. Deste modo, durante as entrevistas semiestruturadas os clientes foram referindo elementos dos diferentes indicadores. No que diz respeito aos indicadores internos, os clientes referiam elementos relacionados com eles próprios, como o controlo sintomático, encontro no sentido da vida, esperança na cura ou numa remissão e, não raras vezes, apresentavam sentido de humor (Kylma *et al.*, 2009; Duggleby, 2001; Laranjeira *et al.*, 2022). Em relação aos indicadores

externos, em alguns clientes foi possível observar relações significativas com os seus familiares e até com os seus animais de estimação, bem como relações enfermeiro-cliente de presença e empáticas. Por outro lado, durante as entrevistas existia uma comunicação clara e honesta no que era expressado, tal como era demonstrada compaixão pelos outros (Nekolaichuk & Bruera, 1998; Benzein *et al.*, 2001; Guedes *et al.*, 2021). Já sobre indicadores relacionados com a transcendência, os clientes revelavam esperar ter uma morte pacífica, bem como solicitavam a visita do assistente espiritual ou demonstravam ter práticas e crenças religiosas, como a ida à capela da instituição onde se encontravam (Benzein *et al.*, 2001; Kylma *et al.*, 2009; Guedes *et al.*, 2021).

A pessoa em situação paliativa apresenta, por vezes, uma morte anunciada, o que por si só já é fator de *stress* para os clientes e famílias e, por vezes, para alguns profissionais de saúde. A falta de competências em comunicação nalguns destes profissionais poderá afetar a esperança nos clientes. Por outro lado, quando confrontados com a esperança na cura ou numa remissão espontânea por parte dos clientes, estes profissionais percecionam uma esperança irrealista, o que de todo assim não é quando o cliente tem alta para o domicílio, como corroboram Laranjeira *et al.* (2022). Assim, a comunicação enquanto pilar fundamental em CP e nos cuidados de enfermagem, é também essencial na promoção da esperança.

Ressalva-se que não houve análise sobre a avaliação da esperança na família, por não ser objetivo deste projeto, mas, também, porque na EIHS CP, no qual a implementação do projeto se revelou mais facilitado, nem sempre tivemos contacto com a família.

CONCLUSÃO

Finalizado o trabalho, existem várias conclusões a retirar.

A realização do estágio profissional de natureza profissional nos dois contextos da prática clínica foi um processo fundamental neste percurso. A oportunidade de integrar duas equipas de CP distintas, tanto em tipologia, como no setor da saúde, permitiu a aquisição e desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em EMCPSP. Mesmo verificando-se que nem todas as competências específicas foram desenvolvidas com os resultados esperados, constata-se que o balanço foi claramente positivo. Fica, contudo, a vontade de integrar uma ECSCP, para perceber o seu funcionamento, a sua metodologia de trabalho, bem como as diferenças existentes entre as três tipologias.

O projeto inicialmente delineado não viu os seus objetivos serem totalmente cumpridos, nomeadamente a realização de um guia de boas práticas. Contudo, com o apoio na evidência científica, verifica-se que se conseguiu, de outra forma, dar resposta ao tema central do mesmo: avaliar a esperança da pessoa em situação paliativa.

A esperança sendo um domínio muito pessoal, que integra várias dimensões do ser humano, caracteriza-se naturalmente por algum grau de subjetividade. Neste sentido, a revisão narrativa realizada foi importante para uma melhor e maior compreensão da esperança e, conseqüentemente, uma melhor operacionalização desta no contexto de estágio, nomeadamente na conceção de cuidados dos clientes que acompanhámos no decorrer do estágio profissional de natureza profissional, em ambos os contextos da prática clínica.

A revisão narrativa realizada permitiu-nos observar que a esperança é um conceito complexo, dinâmico, estudado em diversas áreas e populações, orientada para o futuro e para a obtenção de resultados positivos. Distingue-se das expectativas da pessoa e pode ter um impacto positivo no conforto e bem-estar da pessoa, nomeadamente em CP.

No que se refere à sua operacionalização em contexto de estágio, existiram algumas dificuldades. A esperança nem sempre é avaliada de forma sistemática, nem rigorosa, não se observando, também, registos sobre este foco. Ainda assim, procurámos acompanhar dois clientes e, com eles, trabalhar a esperança, procurando perceber que significado lhe atribuem e como a operacionalizam. Embora os clientes acompanhados apresentassem uma esperança realista, percebeu-se que para a existência desta concorrem elementos relacionados com o próprio, com a interação com o meio e com uma entidade superior. Considerando que o objetivo maior dos CP é aliviar o sofrimento da pessoa nas diferentes dimensões do ser humano, sugere-se a integração da avaliação da esperança nos diferentes contextos, uma vez que a existência de todas as dimensões da pessoa controladas e satisfeitas concorrem para o bem-estar e qualidade de vida da mesma.

O presente relatório também se caracterizou pelo desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMCEPSP. Assim, verificou-se que no cuidado prestado à pessoa em situação paliativa foram evidenciadas as competências comuns e especializadas adquiridas, em conformidade com os princípios éticos e

profissionais. Conclui-se, portanto, que os objetivos foram alcançados no que diz respeito ao desenvolvimento das competências comuns e especializadas do enfermeiro especialista em EMCEPSP, demonstradas através da capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados, abrangendo os domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento profissional contínuo, com base nos princípios dos CP. Isso possibilita uma melhoria constante na qualidade dos cuidados e uma prática profissional mais independente, consciente e autónoma.

A realização deste relatório - que sumaria, em síntese, o trabalho desenvolvido - constituiu uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional, de procura contínua pelo rigor e de aperfeiçoamento do nosso pensamento crítico, reflexivo, com base nos princípios da transparência e da honestidade intelectual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, C. S., Borges, E. L., Sousa, M. C. N., Costa, M. G. L., Magalhães, N. C. T., & Silva, Y. O. W. (2022). Experiências na Implementação da Matriz SWOT no Processo de Avaliação do Desempenho de Profissionais de Enfermagem. *Epitaya E-Books*, 1(25), 226-237. <https://doi.org/10.47879/ed.ep.2022663p226>
- Antunes, M., Laranjeira, C., Querido, A., & Charepe, Z. (2023). “What Do We Know about Hope in Nursing Care?”: A Synthesis of Concept Analysis Studies. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(20), 2739. <https://doi.org/10.3390/healthcare11202739>
- Aviso n.º 4511/2021. Diário da República, 2.ª série, n.º 49. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/aviso/4511-2021-159219809>
- Baczewska, B., Block, B., Janiszewska, M., Lesniewski, K., & Zwolak, A. (2022). Assessment of Mood and Hope in Critically-Ill Patients as a Basis for the Improvement for the Palliative and Hospice care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 9987. <https://doi.org/10.3390/ijerph19169987>
- Barbosa, A., Pina, P. R., Tavares, F. & Neto, I. G. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos* (3.ª Edição). Núcleo de Cuidados Paliativos: Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Basheer, A. (2022). The Art and Science of Writing Narrative Reviews. *International Journal of Advanced Medical and Health Research*, 9(2), 124-126. https://doi.org/10.4103/ijamr.ijamr_234_22
- Beng, T. S., Xin, C. A., Ying, Y. K., Khuen, L. P., Yee, A., Zainuddin, S. I., Chin, L. E. & Loong, L. C. (2022). Hope in Palliative Care: A Thematic Analysis. *Journal of Palliative Care*, 37(2), 177-182. <https://doi.org/10.1177/0825859720948976>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de Enfermagem*. Quarteto Editora.
- Benzein E., Norberg, A. & Saveman, B. (2001). The meaning of the lived experience of hope in patients with cancer in palliative home care. *Palliative Medicine*, 15(2), 117-126. <https://doi.org/10.1191/026921601675617254>
- Bigi, S., Ganfi, V., Borelli, E., Potenza, L., Artioli, F., Eliardo, S., Mucciarini, C., Cottafavi, L., Cruciani, M., Cacciari, C., Odejide, O., Porro, C. A., Zimmermann, C., Efficace, F., Bruera, E., Luppi, M., & Bandieri, E. (2022). Perceptions of Hope Among Bereaved Caregivers of Cancer Patients Who Received Early Palliative Care: A Content and Lexicographic Analysis. *The Oncologist*, 27(2), e168-e175. <https://doi.org/10.1093/oncolo/oyab027>
- 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://doi.org/10.1177/082585979100700202>

- Charepe, Z. B. (2011). *O Impacto Dos Grupos De Ajuda Mútua No Desenvolvimento Da Esperança Dos Pais De Crianças Com Doença Crónica: Construção de um Modelo de Intervenção Colaborativa* [Doctoral Thesis, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/7328>
- Conselho de Enfermagem (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual - Enunciados Descritivos, 5-18. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Decreto-Lei n.º 161/96 da Assembleia da República. Diário da República. 1.ª série, n.º 205. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Dicionários Porto Editora. (2023, julho 12). *Competência*. Infopédia. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/compet%C3%Aancia>
- Dicionários Porto Editora. (2023, janeiro 30). *Esperança*. Infopédia. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/esperan%C3%A7a>
- Duggleby, W. (2001). Hope at the End of Life. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 3(2), 51-54. <https://doi.org/10.1097/00129191-200103020-00003>
- Duggleby, W., Degner, L., Williams, A., Wright, K., Cooper, D., Popkin, D. & Holtzlander, L. (2007). Living with Hope: Initial Evaluation of a Psychosocial Hope Intervention for Older Palliative Home Care Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(3), 247-257. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.09.013>
- Duggleby, W., Lee, H., Nekolaichuk, Ch., & Fitzpatrick-Lewis, D. (2021). Systematic review of factors associated with hope in family carers of persons living with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 77(8), 3343-3360. <https://doi.org/10.1111/jan.14858>
- European Association for Palliative Care (2009). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care*, 16(6), 278-289.
- European Association for Palliative Care (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.
- Evangelista, C. B., Lopes, M. E. L., Nóbrega, M. M. L., Vasconcelos, M. F., & Viana A. C. G. (2020). Análise da teoria de Jean Watson de acordo com o modelo de Chinn e Kramer. *Revista De Enfermagem Referência*, 5(4), 1-6. <https://doi.org/10.12707/RV20045>
- Ferrari, R. (2015). Writing narrative style literature reviews. *Medical Writing*, 24(4), 230-235. <https://doi.org/10.1179/2047480615Z.000000000329>
- Ferrell, B., Chung V., Koczywas M., Borneman T., Irish T. L., Ruel N. H., Azad N. S., Cooper R. S., & Simth T. J. (2020). Spirituality in cancer patients on phase 1 clinical trials. *Psycho-oncology*, 29(6), 1077-1083. <https://doi.org/10.1002/pon.5380>
- Fukada, M. (2018). Nursing Competency: Definition, Structure and Development. *Yonago Acta Medica*, 61, 001-007. <https://doi.org/10.33160/yam.2018.03.001>

- Gamondi, C., Larkin, P, & Payne, S. (2013). Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education - part 1. *European Journal of Palliative Care*, 20(2), 86-91.
- Gamondi, C., Larkin, P, & Payne, S. (2013). Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education - part 2. *European Journal of Palliative Care*, 20(3), 140-145.
- Gonçalves, E., Teixeira, F., Silva, R., Salazar, H., & Reigada, C. (2016). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Biénio 2017-2018. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2016. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/Plano-Estratégico-para-o-Desenvolvimento-CP-2017-2018-2.pdf>
- Guedes, A., Carvalho, M., Laranjeira, C., Querido, A., & Charepe, Z. (2021). Hope in palliative care nursing:concept analysis. *International Journal of Palliative Nursing*, 27(4), 176-187. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2021.27.4.176>
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17(10), 1251-1259. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x>
- Hokka, M., Pereira, S. M., Polkki, T., Kyngas, H., & Hernández-Marrero P. (2020). Nursing competencies across different levels of palliative care provision: A systematic integrative review with thematic synthesis. *Palliative Medicine*, 34(7), 851-870. <https://doi.org/10.1177/0269216320918798>
- International Council of Nurses (2019). ICNP Browser. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Kylma, J., Duggleby W., Cooper, D. & Molander, G. (2009). Hope in palliative care: an integrative review. *Palliative and Supportive Care*, 7, 365-377. <https://doi.org/10.1017/S1478951509990307>
- Laranjeira, C., Dixe, M. A., Sermeão, I., Rijo, S., Faria, C., & Querido A. (2022). Keeping the Light On: A Qualitative Study on Hope Perceptions at the End of Life in Portuguese Family Dyads. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1561. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031561>
- 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 da Assembleia da República. Diário da República. 1.ª série, n.º 172. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/52-2012-174841>
- Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República. Diário da República. 1.ª série, n.º 181. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

- Leung, K. K., Silviu, J. L., Pimlott, N., Dalziel, W., & Drummond, N. (2009). Why health expectations and hopes are different: the development of a conceptual model. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 12(4), 347-360. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2009.00570.x>
- Loučka, M., Althouse, A. D., Arnold, R. M., Smith, T. J., Smith, K. J., White, D. B., Rosenzweig, M. Q., & Schenker, Y. (2024). Hope and illness expectations: A cross-sectional study in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 38(1), 131-139. <https://doi.org/10.1177/02692163231214422>
- Luthi, F. T., & Cantin, B. (2010). The Complex Role of a Palliative Care Consultant in a Tertiary Hospital: Can a Practice Model Help in this Wild World?. *Journal of Palliative Medicine*, 13(10), 1178 - 1181. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0187>
- Machado, C. F. T., Borges, L. C. R., & Robban, S. B. (2023). Análise do Papel da Enfermagem na Sociedade sob a Ótica da Teoria Transcultural de Leininger. *UNICIÊNCIAS*, 27(1), 38-44. <https://doi.org/10.17921/1415-5141.2023v27n1p38-44>
- Magão, M. T. G., & Leal, I. P. (2001). A Esperança Nos Pais De Crianças Com Cancro. Uma Análise Fenomenológica Interpretativa Da Relação Com Profissionais De Saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(1), 3-22.
- Marques, R. M. D., Dixe, M. A., Querido, A. I., & Sousa P. P. (2016). Herth Hope Index Para Cuidadores De Pessoas Em Cuidados Paliativos - Versão Portuguesa. *CuidArte Enfermagem*, 10(2), 89-95.
- Martins, M.C.A., & Fernandes P.F.C. (2010). O Gestor de Caso: aplicabilidade do conceito. *Repositório Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco*, 1-7. <http://hdl.handle.net/10400.11/1731>
- Medeiros, A. B. A., Enders, B. C., & Lira, A. L. B. C. (2015). Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19(3), 518-524. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150069>
- Mrayyan, M. T., Abunab, H. Y., Khait, A. A., Rababa, M. J., Al-Rawashdeh, S., Algunmeeyn, A., & Saraya, A. A. (2023). Competency in nursing practice: a concept analysis. *BMJ Open*, 13(6), 1-8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067352>
- Nekolaichuk, Ch. L. & Bruera, E. (1998). On the Nature of Hope in Palliative Care. *Journal of Palliative Care*, 14(1), 36-42. <https://doi.org/10.1177/082585979801400107>
- Nekolaichuk, Ch. L. & Bruera E. (2004). Assessing hope at the end of life: Validation of an experience of hope scale in advanced cancer patients. *Palliative and Supportive Care*, 2, 243-253. <https://doi.org/10.1017/S1478951504040337>
- Neves, S., Simões, C., & Ferreira, C. (2016). Consultoria em Cuidados Paliativos: Desafios e implicações para a prática. *Jornal Enfermeiro*, 7(1), 12-13. <https://www.jornalenfermeiro.pt/atualidade/item/745-consultoria-em-cuidados-paliativos-desafios-e-implicacoes-para-a-pratica.html>

- Olsman, E. (2020). Hope in Health Care: A Synthesis of Review Studies. In S. C. van del Heuvel (Ed.), *Historical and Multidisciplinary Perspectives on Hope* (pp. 197-214). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-46489-9_11
- Olsman, E. (2022). Witnesses of hope in times of despair: chaplains in palliative care. A qualitative study. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 28(1), 29-40. <https://doi.org/10.1080/08854726.2020.1727602>
- Parola, V., Coelho, A., Fernandes, O., & Apóstolo, J. (2020). Travelbee's Theory: Human-to-Human Relationship Model - its suitability for palliative nursing care. *Revista de Enfermagem Referência*, V(2), 1-7. <https://doi.org/10.12707/RV20010>
- Peh, C. X., Kua, E. H., & Mahendran, R. (2016). Hope, emotion regulation, and psychosocial well-being in patients newly diagnosed with cancer. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of The Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 24(5), 1955-1962. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2989-x>
- Pinto, S.M.O. (2012). *A espiritualidade e a Esperança da Pessoa com Doença Oncológica: Estudo numa População de Doentes em Quimioterapia*. [Master's thesis, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/63765>
- Pinto, S., Caldeira, S., & Martins J. C. (2012). A esperança da pessoa com cancro - estudo em contexto de quimioterapia. *Revista de Enfermagem Referência*, III (7), 23-31.
- Querido, A. I. F. (2005). *A Esperança em Cuidados Paliativos*. [Master's thesis, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.8/120>
- Regulamento n.º 429/2018. Diário da República. 2.ª série, n.º 135. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento n.º 140/2019. Diário da República. 2.ª série, n.º 26. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Rother, E. T. (2007). Editorial: Revisão Sistemática X Revisão Narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem* 20(2). <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>
- Santos, M.N.P. (2009). *Desenvolvimento de Competências Profissionais com a Educação pelos Pares - Estudo de Caso*. [Master's thesis, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade Porto. <http://hdl.handle.net/10216/19172>
- Saunders, C. (2000). The evolution of palliative care. *Patient Education and Counseling* 41(1), 7-13. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(00\)00110-5](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(00)00110-5)
- Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M. C., & Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência* III (3), 15-23. <https://doi.org/10.12707/RIII1019>

- Silva, R., Paiva, M., Vital, F., Moura, M. J., & Lourenço J. (2021). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021_2022.pdf
- Silva, R., Paiva, M., Vital, F., Moura, M. J., & Lourenço, J. (2023). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal Continental Biénio 2023-2024. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2023. https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP-2023_2024_signed.pdf
- Suikkala, A., Salin, S., Rahko, E. V., & Hokka, M. (2023). The three main competencies of every healthcare professional within palliative care - a descriptive study. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 14(2), 877-886. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2023.14.0002>
- Toney-Butler, T. J., & Unison-Pace, W. J. (2023). Nursing Admission Assessment and Examination. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Velic, S., Qama, E., Diviani, N., & Rubinelli, S. (2023). Patients' perception of hope in palliative care: A systematic review and narrative synthesis. *Patient education and counseling*, 115, 107879. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107879>
- Viana, A. P. M. (2010). *A Avaliação da Esperança em Cuidados Paliativos*. [Master's thesis, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/2019>
- Viana, A., Querido, A., Dixe, M. A., & Barbosa, A. (2010). Avaliação Da Esperança Em Cuidados Paliativos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 607-616.
- World Health Organization (2023). WHO definition of palliative care. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care/>

APÊNDICE A - Caso Clínico Unidade de Cuidados Paliativos

Caso Clínico Unidade de Cuidados Paliativos

1.

1.1. Cenário Clínico

Senhora, 45 anos, apresenta o diagnóstico médico de adenocarcinoma gástrico com carcinomatose peritoneal e diafragmática, pelo que inicia tratamento de quimioterapia. Submetida a laparotomia exploradora para possível realização de jejunostomia/ bypass, sem sucesso, por se verificar “omental cake”. Foi internada na unidade de cuidados paliativos por quadro oclusivo.

O único antecedente pessoal relevante é um carcinoma basocelular da mama, removido em Novembro de 2021.

A cliente reside com o marido e com a sua filha, menor de idade. Tem apoio da sua mãe. O seu pai faleceu durante a sua adolescência, devido a uma neoplasia do cólon.

Na admissão, a cliente encontrava-se emagrecida, asténica e referia náuseas e vômitos de difícil controlo. Colocada uma sonda nasogástrica para drenagem, apresentando conteúdo de características biliares em abundante quantidade. Instituída nutrição parentérica e dieta para conforto, por apresentar xerostomia marcada.

Durante o internamento, manteve os tratamentos de quimioterapia e iniciou hipertermia. Ainda, recorria a terapias complementares, realizando meditação guiada e sessões de Reiki. Recebia, assiduamente, a visita de um assistente espiritual, seu amigo pessoal.

Após uns meses de internamento, a cliente tem alta clínica para o seu domicílio, após evolução positiva no seu estado geral e controlo dos seus sintomas.

Diagnóstico Médico

O adenocarcinoma gástrico é a neoplasia mais comum no que concerne às neoplasias gástricas (Almeida, 2011; Lordick et. al, 2022). Embora se esteja a verificar um decréscimo na incidência e prevalência deste tipo de cancro na população mundial, este ainda se mantém no topo das causas de morte relacionadas com o cancro (Almeida, 2011). A faixa etária entre os 60 e os 80 anos, bem como o sexo masculino apresentam uma incidência superior desta neoplasia. Do mesmo modo, verifica-se uma incidência aumentada desta doença nos indivíduos economicamente desfavorecidos (Almeida, 2011).

A literatura refere que alguns dos fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento desta patologia são a infeção por *Helicobacter Pylori*, a dieta, o tabagismo, a atividade física, comorbilidades como a anemia perniciosa e úlcera péptica, entre outros, e fatores genéticos (Almeida, 2011). Particularmente no que se refere à dieta, Almeida (2011), refere que o excesso de consumo de sal, assim como de alimentos constituídos por nitritos, nitratos e compostos n-nitroso sugerem condicionar o aparecimento do adenocarcinoma gástrico. Por outro lado, uma dieta rica em frutas, legumes, vitaminas antioxidantes e chás verde e preto concorrem como fatores protetores desta neoplasia (Almeida, 2011).

O diagnóstico do adenocarcinoma gástrico é, frequentemente, tardio por ser assintomático nos estadios iniciais (Almeida, 2011). Numa fase mais avançada, a sintomatologia é, habitualmente inespecífica, apresentando sinais e sintomas como perda de peso, astenia, saciedade precoce e vômitos, entre outros, pelo que uma grande percentagem dos doentes não são elegíveis para o tratamento curativo (Lordick et. al, 2022).

O diagnóstico desta patologia é suportado por exames complementares de diagnóstico. Os exames que são solicitados com mais frequência são o estudo analítico com hemograma, bioquímica e estudo da coagulação para deteção de anemia ferropénica, avaliação das funções renal e hepática e do tempo de protrombina, entre outros; a endoscopia digestiva alta (EDA) e a tomografia computadorizada (TAC) toracoabdominopélvica para estadiamento do tumor, bem como a presença de metástases. A laparoscopia exploradora apoia na exclusão de doença metastática oculta, envolvendo o peritoneu e o diafragma. A avaliação do estado nutricional também se revela de extrema importância, na deteção de deficiências dietéticas e nutricionais relevantes em contextos de doenças localizadas e avançadas (Lordick et. al, 2022).

A doente do cenário clínico de suporte a esta conceção de cuidados apresentou uma dor epigástrica, que agravava com a apalpação. Por esse motivo e por apresentar antecedentes familiares de neoplasia gástrica, foi solicitada uma EDA, que confirmou o diagnóstico. Seguidamente, a doente iniciou tratamento com quimioterapia e foi submetida a uma laparoscopia, onde foi verificada a carcinomatose peritoneal e diafragmática. A literatura refere que clientes com metástases peritoneais limitadas podem ser candidatos para cirurgia citorrredutora e ChT intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) (Lordick et. al, 2022). No caso desta

doente, nessa cirurgia verificou-se não ser possível, pela presença de “omental cake”.

O acompanhamento de clientes com esta patologia por uma equipa multidisciplinar, constituída pelo médico assistente, cuidados paliativos e nutricionista, apresenta uma sobrevida superior e com aumento da qualidade de vida (Lordick et. al, 2022).

No que concerne ao suporte nutricional, mostrou-se relevante a instituição de um plano nutricional, encorajando os doentes que não conseguem assegurar as necessidades energéticas e proteicas com a dieta oral tradicional a ingerirem suplementos orais. Em casos de desnutrição grave e sem via oral disponível ou segura, deve ser instituída a nutrição parentérica (NPT) (Brito et al, 2014). Inicialmente, a cliente apresentava descontrolo dos vómitos, pelo que foi colocada uma sonda nasogástrica (SNG) para conforto e administrada NPT. Mais tarde, e após a cliente tolerar a dieta oral tradicional, foi retirada a SNG e foram adicionados à sua dieta suplementos nutricionais orais hiperproteicos.

1.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 46 anos | Feminino

1.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-02-28 08:00:00	Pantoprazol 40mg, EV	2023-04-06 08:00:00
2023-02-28 08:00:00	Docusato de sódio+Sorbitol, 67,5ml, Sol. Retal	2023-04-06 08:00:00
2023-02-28 08:00:00	Albumina Humana, 10g, EV	2023-04-06 08:00:00
2023-02-28 08:00:00	Glicose 5%+ Cloreto de Sódio 0,9% 500ml, EV	2023-04-06 08:00:00
2023-02-28 08:00:00	Octreótido 100mcg, EV (no soro em perfusão contínua)	2023-04-06 08:00:00
2023-02-28 08:00:00	Metoclopramida 20mg, EV (no soro em perfusão contínua)	2023-04-06 08:00:00
2023-02-28 08:00:00	Dexametasona 10mg, EV	2023-04-06 08:00:00
2023-04-06 08:00:00	Pantoprazol 40mg, PO	
2023-04-06 08:00:00	Metoclopramida 10mg, PO	
2023-04-06 08:00:00	Prednisolona 20mg, PO	

1.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

28-02-2023 08:00

Sonda gástrica [RESOLVIDO] 06-04-2023 08:00

Propósito terapêutico da sonda gástrica: drenagem de líquidos.

Intervenções de Enfermagem

28-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da drenagem pela sonda gástrica [1XD] [FIM]

06-04-2023 08:00

28-02-2023 08:00 - Otimizar sonda gástrica [SOS] [FIM] 06-04-2023 08:00

28-02-2023 08:00 - Executar tratamento ao local de inserção da sonda gástrica [SOS] [FIM] 06-04-2023 08:00

Cateter venoso periférico [RESOLVIDO] 06-04-2023 08:00

Localização do cateter venoso periférico

Antebraço Esquerda(o)

Intervenções de Enfermagem

28-02-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [1XT] [FIM] 06-04-2023 08:00

28-02-2023 08:00 - Otimizar cateter venoso periférico [1XD] [FIM] 06-04-2023 08:00

28-02-2023 08:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [1XD] [FIM] 06-04-2023 08:00

28-02-2023 08:00 - Trocar cateter venoso periférico [5/5 dias] [FIM] 06-04-2023 08:00

Cateter central [RESOLVIDO] 06-04-2023 08:00

Localização do cateter central

Veia subclávia Esquerda(o)

Características do dispositivo: Cateter Venoso Central Totalmente Implantado.

Intervenções de Enfermagem

28-02-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter central [1XT] [FIM] 06-04-2023 08:00

28-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter central [SOS] [FIM] 06-04-2023 08:00

28-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [1XT] [FIM] 06-04-2023 08:00

28-02-2023 08:00 - Otimizar cateter central [1XD] [FIM] 06-04-2023 08:00

28-02-2023 08:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter central [1XD] [FIM] 06-04-2023 08:00

1.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
28-02-2023 08:00	Eliminação intestinal	
28-02-2023 08:00	Mucosas	
28-02-2023 08:00	Conservação de energia	
28-02-2023 08:00	Emoção	
28-02-2023 08:00	Cuidar da higiene pessoal	
28-02-2023 08:00	Vestir-se ou despir-se	
28-02-2023 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
28-02-2023 08:00	Apetite	
28-02-2023 08:00	Autoconceito	

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

Esperança

O domínio da esperança foi a competência transversal escolhida para desenvolver em ambos os contextos clínicos. Já que este domínio não está integrado na plataforma NursingOntos, seguidamente será realizada uma breve abordagem do domínio.

Os enfermeiros de cuidados gerais, na sua prática clínica, devem estar permanentemente atentos quanto aos objetivos de vida que os seus clientes deixam, direta ou indiretamente, aperceber, assim como ter a necessária sensibilidade para a gestão realista da esperança, de modo a poder auxiliar o cliente na trajetória da sua doença da forma mais apropriada possível. Deste modo, no decorrer do Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I, percebeu-se que a avaliação da esperança é realizada de forma intuitiva e conforme a experiência e sensibilidade dos profissionais de saúde quanto à mesma. Segundo alguns autores, este modo de avaliação pode criar, em determinadas circunstâncias, uma barreira na resposta adequada às necessidades do cliente (Viana, 2010; Herth, 1992). A International Council of Nurses (ICN) define Esperança como um foco, relacionado com “Emoção: sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia.” (ICN, 2019).

Avaliação da Esperança

De acordo com Herth (1992), a avaliação da esperança baseada na intuição não permite a implementação de estratégias específicas eficazes, no sentido de promover e/ou manter a esperança nos clientes. Como tal, a investigadora desenvolveu um instrumento, a Herth Hope Scale (HHS), o qual, mais tarde, foi adaptado para outro mais curto e mais direcionado ao contexto da prática clínica, o Herth Hope Index (HHI) (Herth, 1992). Com efeito, Herth (1992) constatou nos instrumentos de avaliação existentes a ausência de alguns elementos relevantes para a aferição da esperança, como o foco na esperança com um espectro mais global e não unicamente orientada para o futuro, bem como a esperança como uma disponibilidade e envolvimento nas relações interpessoais e não meramente uma esperança em fazer por si ou pelos outros. Do mesmo modo, identificou a ausência do foco na alteração do potencial da esperança para o controlo de respostas emocionais ou comportamentais, considerando que este deve ser orientado para eventos ou experiências, assim como verificou, mesmo em situações de relações interpessoais escassas ou ausentes, a ausência da inclusão do foco da existência de esperança.

O índice HHI, validado e adaptado para a população portuguesa por Viana et al., (2010), apresenta três aspetos do domínio, a saber: temporalidade e futuro; disponibilidade interior positiva e expectativa; e interligação consigo próprio e com os outros (Herth, 1992; Viana, 2010). Assim, com recurso à aplicação desta escala os enfermeiros podem reconhecer as dimensões da esperança do indivíduo que necessitam de ser mais exploradas, assim como implementar as intervenções específicas para incrementar e/ou manter o domínio, tendo em conta das três subescalas do instrumento (Herth, 1992).

De igual forma, Nekolaichuk & Bruera (2004) também consideraram que a integração da avaliação da esperança na análise global do cliente poderia reforçar o entendimento sobre a complexidade na interação das componentes biológicas, psicológicas, sociais e espirituais, no sentido de melhorar o conforto e a qualidade de vida dos clientes (Nekolaichuk & Bruera, 2004).

O modelo da esperança, centrado na experiência interna e subjetiva do indivíduo, proposto por Nekolaichuk et al. (1999), sugere que a esperança é vivenciada ao longo de três dimensões interligadas (Nekolaichuk et al., 1999).

A primeira dimensão diz respeito ao espírito pessoal. Define-se por ser um valor pessoal, no qual a pessoa encontra um significado para a vida (Nekolaichuk et al., 1999).

A segunda dimensão é o risco, que se refere a uma dimensão situacional influenciada pela incerteza. (Nekolaichuk et al., 1999).

A terceira dimensão é o cuidado autêntico, de natureza relacional, que envolve a experiência de relacionamentos genuínos e atenciosos. (Nekolaichuk et al., 1999).

Neste contexto, foram apresentados dois instrumentos: o Hope Differential (HD), desenvolvido por Nekolaichuk, Jevne & Maguire, e o Hope Differential Short (HDS), redesenhado por Nekolaichuk & Bruera (2004). Os autores são da opinião que em ambas as escalas sobressaem questões clínicas chave em torno do significado, da incerteza, da autenticidade e do cuidado (Nekolaichuk et al., 1999):

- O que é significativo na vida de um cliente?
- Como é que o cliente aprendeu a lidar com a incerteza de viver com o cancro avançado?
- Com quem ou com o que é que o cliente se interessa?
- Como posso, enquanto profissional de saúde, melhorar a experiência da esperança deste

cliente de um modo credível e atencioso?

Portanto, os pesquisadores enfatizam a importância de promover o conforto e prestar cuidados baseados na confiança, levando em consideração as dimensões pessoal, relacional e situacional dos clientes. (Nekolaichuk et al., 1999).

Indicadores da Esperança

O crescente estudo da problemática relativa à esperança tem permitido incrementar a compreensão deste conceito, assim como identificar de uma forma mais clara e objetiva alguns dos seus indicadores. De um modo geral, os vários autores que abordam esta temática operacionalizaram estes indicadores em “internos, “externos” e “transcendência”.

Assim, os indicadores "internos" correspondem às características internas do cliente, enquanto os indicadores "externos" estão ligados às interações sociais do cliente, incluindo com familiares e/ ou pessoas significativas, entre outros. Por outro lado, os indicadores relacionados com a "transcendência" dizem respeito a aspetos espirituais, como uma entidade superior.

Implementação da Avaliação da Esperança

No seguimento da revisão da literatura efetuada, constatou-se que era viável avaliar a esperança levando em consideração seus indicadores. A seguir, serão apresentados os dados

obtidos.

Foi realizada uma entrevista semiestruturada à cliente, com o objetivo de caracterizar a esperança da cliente e identificar os significados que a cliente atribuía à sua esperança. Neste sentido, foram realizadas duas questões abertas à cliente:

- Como define esperança? - " Para mim esperança é eu saber no dia de anos da minha filha que tenho dois meses de vida. Perdi o meu pai na adolescência, sei o que é crescer sem pai... Por isso, mesmo com a notícia que me deram, não podia baixar os braços. Esperança foi sair dali e vir para esta unidade para me darem uma nova oportunidade (...). Já passaram cinco meses, muitos duvidaram, mas cá estou" (SIC)

- Que significados atribui à esperança? - "Só tenho uma posição perante a vida, ser positiva. Nunca chorei durante este tempo todo, sei que não é esse o caminho. Por isso, mesmo acreditando na ciência e nos tratamentos que me têm feito, comecei a fazer meditação guiada para a minha autocura. Iniciei sessões de Reiki, porque somos feitos de energia. Se retirarmos essa energia má, modulamos o nosso corpo no sentido da cura. Estou a integrar, também, um grupo de oração conjunta. Todos os dias, às 22h, faço as minhas orações e outras pessoas também estão a fazer as suas, enviando-me as suas preces e as suas energias positivas. Além disso, tenho a minha família que me apoia imenso, a minha família de sangue e os meus amigos, que foram a família que escolhi. Outra coisa engraçada que aconteceu foi a equipa mudar-me para este quarto. A luz do sol que entra e a vista para o mar enchem-me de uma energia ainda mais positiva." (SIC)

Após análise das respostas às questões colocadas e com base na evidência científica, verificou-se a apresentação das três tipologias de indicadores acima mencionados.

Em relação aos indicadores internos observou-se que a cliente apresentou atributos pessoais (determinação, serenidade e coragem), esperança no seu valor enquanto pessoa e pensamento positivo e humor.

Relativamente aos indicadores externos a cliente mostrou ter relações familiares e sociais significativas, bem como mantinha momentos especiais com as suas pessoas significativas e conexão com a natureza. Ainda, durante o internamento, era perceptível a relação equipa de saúde-cliente de presença, significativa e empática através da comunicação honesta e clara entre as duas partes.

Por fim, em relação aos indicadores relacionados com a transcendência mostrou manter a sua espiritualidade através de crenças e práticas espirituais e religiosas, bem como referenciou manter esperança na cura. Esta esperança revelou-se realista, no sentido em que a cliente teve alta clínica para o seu domicílio, após alguns meses de internamento, com melhoria do estado

clínico.

1.6. Dados

Apetite

28-02-2023 08:00

Apetite diminuído.

Paladar conservado.

Apetite comprometido

06-04-2023 08:00

Apetite diminuído [MANTEVE].

Paladar conservado [MANTEVE].

Eliminação intestinal

28-02-2023 08:00

Fezes: em pequena quantidade.

Consistência das fezes: Pastosa ou semilíquida.

Impactação fecal

06-04-2023 08:00

Presença de massa palpável de fezes no reto.

Mucosas

28-02-2023 08:00

Membrana mucosa comprometida

Localização do compromisso da membrana mucosa

Membrana mucosa oral

Coloração da mucosa: pálida.

Mucosa seca.

Mucosa com textura normal.

Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa

Disponibilizar água em spray

06-04-2023 08:00

Localização do compromisso da membrana mucosa

Membrana mucosa oral

Coloração da mucosa: rosada.

Mucosa seca.

Mucosa com textura normal [MANTEVE].

Conservação de energia

28-02-2023 08:00

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

Intolerância à atividade

Potencial para melhorar conhecimento sobre conservação da energia

06-04-2023 08:00

Comunica cansaço para grandes esforços e recuperação da energia com o repouso [MELHOROU].

Autoconceito

28-02-2023 08:00

Autoconceito comprometido

Emoção

28-02-2023 08:00

Tristeza persistente (há mais de uma semana).

Desesperança e pessimismo (Não).

Autodesvalorização (Não).

Acentuada diminuição de interesse e prazer nas atividades.

Dificuldade na concentração (Não).

Pensamentos recorrentes de morte (Não).

Tom de voz baixa, discurso arrastado (Não).

Irritabilidade (Não).

Preocupação com a sua autoimagem

Ansiedade

Tristeza

06-04-2023 08:00

Cuidar da higiene pessoal

28-02-2023 08:00

Obtém objetos para o banho.

Abre a torneira.

Lava e seca o corpo

Dispositivo: Cadeira de banho - Lava e seca o corpo.

Lava e seca parte do corpo

Dispositivo: Cadeira de banho - Não lava nem seca parte do corpo.

Lava a cavidade oral.

Aplica produtos de higiene.

Penteia-se

Dispositivo: Pente de cabo longo - Penteia-se.

Corta as unhas

Dispositivo: Nenhum - Corta as unhas.

Limpa-se após usar o sanitário.

Não ajusta a roupa após usar o sanitário.

Cuidar da higiene pessoal comprometido

Potencial para melhorar capacidade para tomar banho [RESOLVIDO] 06-04-2023 08:00

Potencial para melhorar capacidade para arranjar-se [RESOLVIDO] 06-04-2023 08:00

Potencial para melhorar capacidade no uso do sanitário [RESOLVIDO] 06-04-2023 08:00

06-04-2023 08:00

Obtém objetos para o banho [MANTEVE].

Abre a torneira [MANTEVE].

Lava e seca o corpo

Dispositivo: Nenhum - Lava e seca o corpo [MANTEVE].

Lava e seca parte do corpo

Dispositivo: Nenhum - Lava e seca parte do corpo [MELHOROU].

Aplica produtos de higiene [MANTEVE].

Penteia-se

Dispositivo: Nenhum - Penteia-se [MANTEVE].

Corta as unhas

Dispositivo: Nenhum - Corta as unhas [MANTEVE].

Limpa-se após usar o sanitário [MANTEVE].

Ajusta a roupa após usar o sanitário [MELHOROU].

Capacidade para tomar banho

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Capacidade para arranjar-se

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Capacidade no uso do sanitário

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Vestir-se ou despir-se

28-02-2023 08:00

Escolhe as roupas.

Não 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 [RESOLVIDO] 06-04-2023 08:00

Potencial para melhorar capacidade para vestir-se ou despir-se [RESOLVIDO]

06-04-2023 08:00

06-04-2023 08:00

Escolhe as roupas [MANTEVE].

Retira roupa da gaveta ou armário [MELHOROU].

Veste-se

Dispositivo: Nenhum - Veste todas as peças de roupa [MELHOROU].

Abotoa

Dispositivo: Nenhum - Abotoa [MANTEVE].

Ata cordões

Dispositivo: Nenhum - Ata cordões [MELHOROU].

Calça meias

Dispositivo: Nenhum - Calça as meias [MELHOROU].

1.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

1. Melhorar o conhecimento da doente sobre estratégias não farmacológicas a promoção da integridade da membrana mucosa;
2. Melhorar conhecimento sobre conservação de energia;
3. Melhorar capacidade para se autocuidar;

1.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

1. Melhorar o conhecimento da doente sobre estratégias não farmacológicas a promoção da integridade da membrana mucosa

1.1. Que a doente refira a hidratação da mucosa oral como estratégia de melhoria da integridade da membrana mucosa;

1.2. Que a doente refira realizar a higiene oral, utilizando dispositivos adequados (escova de dentes suave) como estratégia de melhoria da integridade da membrana mucosa;

1.3. Que a doente refira utilizar batom de cieiro ou creme hidratante para os lábios como estratégia de melhoria da integridade da membrana mucosa;

de melhoria da integridade da membrana mucosa;

1.4. Que a doente refira recorrer ao gelo moído ou água em spray como estratégia de melhoria da integridade da membrana mucosa;

1.5. Que a doente refira evitar bebidas gaseificadas e cafeína como estratégia de melhoria da integridade da membrana mucosa;

1.6. Que a doente refira vigiar as alterações da membrana mucosa como dor, fissura ou eritema como estratégia de melhoria da integridade da membrana mucosa.

2. Melhorar conhecimento sobre conservação de energia

2.1. Que a doente identifique as atividades potenciadores de intolerância a atividade;

2.2. Que a doente identifique a necessidade de alternar períodos de repouso e de atividade, conforme a sua tolerância.

3. Melhorar capacidade para se autocuidar

3.1. Que a doente tenha a capacidade de executar os diferentes domínios do autocuidado da forma mais autónoma possível.

1.7. Diagnósticos

Apetite

28-02-2023 08:00

Apetite comprometido

Intervenções de Enfermagem

28-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do apetite [1XT]

28-02-2023 08:00 - Planear dieta [1XD]

Eliminação intestinal

28-02-2023 08:00

Impactação fecal

Intervenções de Enfermagem

28-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da impactação fecal [1XD]

28-02-2023 08:00 - Vigiar dor abdominal [1XT]

Mucosas

28-02-2023 08:00

Membrana mucosa comprometida

Intervenções de Enfermagem

28-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas [1XD]

28-02-2023 08:00 - Tratar membrana mucosa [1XT]

28-02-2023 08:00 - Lavar cavidade oral [1XT]

28-02-2023 08:00 - Disponibilizar gelados [SOS]

28-02-2023 08:00 - Disponibilizar gelo triturado [SOS]

Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa

Intervenções de Enfermagem

28-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa [SOS]

28-02-2023 08:00 - Ensinar sobre tratamento da membrana mucosa [SOS]

28-02-2023 08:00 - Ensinar sobre sinais de complicação da membrana mucosa [SOS]

Disponibilizar água em spray

Conservação de energia

28-02-2023 08:00

Intolerância à atividade

Intervenções de Enfermagem

28-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da tolerância à atividade [1XD]

Potencial para melhorar conhecimento sobre conservação da energia

Intervenções de Enfermagem

28-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre conservação da energia [SOS]

28-02-2023 08:00 - Ensinar sobre conservação de energia [SOS]

28-02-2023 08:00 - Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade e repouso [SOS]

Autoconceito

28-02-2023 08:00

Autoconceito comprometido

Intervenções de Enfermagem

28-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do compromisso no autoconceito [SOS]

Emoção

28-02-2023 08:00

Ansiedade

Intervenções de Enfermagem

28-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da ansiedade [SOS]

Tristeza

Intervenções de Enfermagem

06-04-2023 08:00 - Avaliar evolução da tristeza [SOS]

Cuidar da higiene pessoal

28-02-2023 08:00

Cuidar da higiene pessoal comprometido

Intervenções de Enfermagem

28-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal [SOS]

28-02-2023 08:00 - Assistir no tomar banho

28-02-2023 08:00 - Assistir no arranjar-se

28-02-2023 08:00 - Assistir no uso do sanitário [SOS]

Potencial para melhorar capacidade para tomar banho [RESOLVIDO] 06-04-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

28-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para tomar banho [SOS] [FIM]

06-04-2023 08:00

Potencial para melhorar capacidade para arranjar-se [RESOLVIDO] 06-04-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

28-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para arranjar-se [SOS] [FIM]

06-04-2023 08:00

Potencial para melhorar capacidade no uso do sanitário [RESOLVIDO] 06-04-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

28-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade no uso do sanitário [SOS] [FIM]

06-04-2023 08:00

Vestir-se ou despir-se

28-02-2023 08:00

Vestir-se ou despir-se comprometido [RESOLVIDO] 06-04-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

28-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se [SOS] [FIM] 06-04-2023 08:00

28-02-2023 08:00 - Assistir no vestir-se ou despir-se [FIM] 06-04-2023 08:00

Potencial para melhorar capacidade para vestir-se ou despir-se [RESOLVIDO]

06-04-2023 08:00

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

Esperança

O estágio de natureza profissional com relatório - módulo II pretende evidenciar as competências comuns e especializadas específicas da área de especialidade, desenvolvidas em contexto de prática clínica, com enfoque num domínio de enfermagem. O domínio escolhido é a esperança.

Esperança é descrita pela CIPE como uma "Emoção: sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia." (ICN, 2019).

Foi realizada uma entrevista semi-estruturada à cliente com o objetivo de caracterizar a esperança da doente e identificar os significados que a doente atribuía à sua esperança. Neste sentido, foram realizadas duas questões abertas à doente:

- Como define esperança? - " Para mim esperança é eu saber no dia de anos da minha filha que tenho dois meses de vida. Perdi o meu pai na adolescência, sei o que é crescer sem pai... Por isso, mesmo com a notícia que me deram, não podia baixar os braços. Esperança foi sair dali e vir para esta unidade para me darem uma nova oportunidade (...). Já passaram cinco meses, muitos duvidaram, mas cá estou" (SIC)
- Que significados atribui à esperança? - "Só tenho uma posição perante a vida, ser positiva. Nunca chorei durante este tempo todo, sei que não é esse o caminho. Por isso, mesmo acreditando na ciência e nos tratamentos que me têm feito, comecei a fazer meditação guiada para a minha autocura. Iniciei sessões de Reiki, porque somos feitos de energia. Se retirarmos essa energia má, modulamos o nosso corpo no sentido da cura. Estou a integrar, também, um grupo de oração conjunta. Todos os dias, às 22h, faço as minhas

orações e outras pessoas também estão a fazer as suas, enviando-me as suas preces e as suas energias positivas. Além disso, tenho a minha família que me apoia imenso, a minha família de sangue e os meus amigos, que foram a família que escolhi. Outra coisa engraçada que aconteceu foi a equipa mudar-me para este quarto. A luz do sol que entra e a vista para o mar enchem-me de uma energia ainda mais positiva." (SIC)

APÊNDICE B - Caso Clínico Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

Caso Clínico Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

1.

1.1. Cenário Clínico

Mulher, 72 anos, divorciada. Reside com o seu único filho.

Motivo de internamento: insuficiência cardíaca com progressão da doença (diagnosticada há 30 anos e já submetida a várias cirurgias) e insuficiência respiratória tipo 2, com diagnóstico neste internamento.

Apresenta franco declínio funcional desde Janeiro de 2023. Apresenta Escala de Avaliação do Desempenho do Doente em Cuidados Paliativos (PPS PT) 30-40%.

Focos/ Diagnósticos: intolerância a atividade a pequenos esforços, dispneia, ansiedade, esperança

Durante o internamento, pelo agravamento do seu estado clínico, a equipa assistencial decidiu transferir a cliente para a unidade de medicina intensiva.

Foi realizado pedido de colaboração para controlo sintomático, tomada de decisão e organização de cuidados.

Diagnóstico Médico

Neste contexto, a doença de base da cliente em questão é a Insuficiência Cardíaca, de acordo com a Sociedade Portuguesa de Cardiologia, “um problema crescente de saúde pública. A prevalência estimada da IC atualmente em Portugal é de 5,2%, correspondendo a cerca de 400 000 indivíduos adultos a sofrer da síndrome.”(Fonseca et al., 2022).

Esta síndrome é “uma anomalia cardíaca estrutural e/ou funcional, resultando na redução do débito cardíaco e/ou elevação das pressões intracardíacas em repouso ou durante o esforço” (Ponikowski et al., 2016) que é caracterizada por sintomas e sinais típicos.

Segundo a New York Heart Association (NYAH), a Insuficiência Cardíaca é classificada em quatro classes: Classe 1, “sem limitação de atividade física. A atividade física comum não causa fadiga, falta de ar ou palpitações.”; Classe 2, “leve limitação da atividade física. Confortável em repouso, mas a atividade física comum resulta em falta de ar, fadiga ou palpitações.”; Classe 3, “limitação acentuada da atividade física. Confortável em repouso, mas menos do que a atividade física comum resulta em falta de ar, fadiga ou palpitações.”; Classe 4, “incapaz de

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II
realizar qualquer atividade física sem desconforto. Os sintomas em repouso podem estar presentes. Se qualquer atividade física for realizada, o desconforto aumenta.”

Quando estamos perante um cliente com diagnóstico de insuficiência cardíaca em estadio terminal ou num estado avançado de doença é comum o aparecimento de sintomas como, a dor, a falta de ar em esforço mínimo ou em repouso, a tosse persistente, a fadiga, uma atividade física limitada, o possível surgimento de depressão e ansiedade, a perda de apetite e náuseas, os edemas, a insónia e o comprometimento cognitivo.

Segundo os autores, na scoping review que realizaram os “sinais e sintomas apresentados nos pacientes com IC em cuidados paliativos, houve uma prevalência de dor, dispneia, fadiga, náusea, depressão, distúrbios do sono, ansiedade e edema, além de uma gama elevada de outros sintomas menos frequentes.” (Jardim et al., 2022).

A progressão da insuficiência cardíaca pode ser imprevisível, salientando a importância de percebermos antecipadamente os desejos do doente, e preparar o doente e a família para possíveis agudizações

1.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 72 anos | Feminino

Cuidador

03-05-2023 08:30

Nome do cuidador: A.

Data de nascimento do cuidador: 09-03-1972.

Parentesco: Filha / Filho.

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 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 parcialmente.

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 parcialmente.

Família

03-05-2023 08:30

Família nuclear.

Família com idosos ou familiar dependente.

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

1.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-05-03 08:30:00	Pantoprazol 20mg PO	
2023-05-03 08:30:00	Morfina 20mg/ml sol. oral - 4 gotas PO (antes dos cuidados de higiene)	
2023-05-03 08:30:00	Furosemida 40mg EV	
2023-05-03 08:30:00	Espironolactona 50 mg PO	
2023-05-03 08:30:00	Bisacodilo 5mg PO	
2023-05-03 08:30:00	Sertralina 150mg PO	
2023-05-03 08:30:00	Dexametasona 4mg EV	
2023-05-03 08:30:00	Morfina 10mg/ml - 2,5mg SC (SOS)	
2023-05-03 08:30:00	Lorazepam 2,5mg PO	
2023-05-03 08:30:00	Olanzapina 10mg PO	
2023-05-03 08:30:00	Lorazepam 1mg PO (SOS)	
2023-05-03 08:30:00	Metoclopramida 10mg EV (SOS)	

1.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
03-05-2023 08:30	Sistema respiratório	
03-05-2023 08:30	Volume de líquidos	
03-05-2023 08:30	Sono	
03-05-2023 08:30	Conservação de energia	
03-05-2023 08:30	Emoção	
03-05-2023 08:30	Transferir-se	
03-05-2023 08:30	Cuidar da higiene pessoal	
03-05-2023 08:30	Andar	
03-05-2023 08:30	Alimentar-se	

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

Sistema Respiratório – Dispneia:

A dispneia, pela CIPE, versão 19: “Processo do sistema respiratório comprometido: movimento laborioso da entrada e saída de ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, sensações de desconforto e ansiedade.” (ICN, 2019) A dispneia é uma experiência subjetiva de desconforto respiratório que deriva da interação entre múltiplos fatores fisiológicos, sociais e ambientais, capazes de induzir alterações fisiológicas e respostas comportamentais secundárias (Yates et al., 2020). Freire afirma que este sintoma é de difícil quantificação pois não existe ferramenta ou escalas gold standard. Para a classificação da dispneia são utilizadas as escalas analógicas visuais (semelhantes à da dor), escalas numéricas (0-10), escalas verbais (ligeira -> insuportável) (Freire, 2020) A dispneia é um sintoma comum e angustiante entre os doentes com doença avançada. A sua prevalência aumenta à medida que a pessoa se aproxima da morte, sendo que cerca de 60% dos doentes terminais apresentam falta de ar, principalmente nas últimas seis semanas de vida (Yodang, 2019). Segundo a OMS, o controlo de sintomas angustiantes no doente em fim de vida é de alta prioridade, sendo que esse objetivo é alcançado através de um plano de cuidados altamente individualizado, combinando cuidados médicos, sociais e espirituais (citado por Kramer et al., 2017). Em Cuidados Paliativos por agravamento do quadro respiratório, ou seja, alteração no padrão de ventilação, dispneia e aumento da produção de secreções e pelo diagnóstico diretamente ligado a uma patologia respiratória (Insuficiência Cardíaca) existem diversas intervenções que os enfermeiros devem ter em atenção tendo como objetivo principal proporcionar conforto e promover a máxima dignidade de vida, sem o intuito de acelerar ou atrasar o processo de morte. Para alguns doentes, os usos das atuais estratégias de intervenção farmacológica não promovem o alívio da dispneia, devido à natureza multidimensional deste sintoma. Assim, a evidência sugere a utilização de uma variedade de medidas não farmacológicas usadas como adjuvantes à gestão médica oferecida (Yates et al., 2020).

Volume de líquidos- Edema

De acordo com a CIPE, Edema é descrito como retenção de líquidos, podendo ser edema linfático ou edema periférico. A doente do cenário clínico apresenta edema dos membros inferiores, isto é, periférico (ICN, 2019).

Sono

Na ontologia de enfermagem Nursing Ontos, encontra-se integrado no processo do sistema regulador, de acordo com a CIPE é descrito como “Processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos.” (ICN, 2019).

Conservação de energia - intolerância à atividade

Segundo a CIPE, a conservação de energia é definida como “Processo do sistema regulador: gestão ativa da energia no sentido de iniciar e manter a atividade.” (ICN, 2019) Os doentes com Insuficiência Cardíaca normalmente apresentam intolerância à atividade, definida pela North American Nursing Diagnosis Association (2008) como o estado no qual um indivíduo tem energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias, requeridas ou desejadas. (Moura, 2015). Segundo os autores Soares et al. (2008) para além dos fatores fisiológicos que comprometem a funcionalidade do doente para realizar as suas atividades de vida diárias, os fatores psicológicos como ansiedade e o medo associados à alteração do estado de saúde, potenciando também a diminuição da volição para realização de atividades.

Emoção - Ansiedade

Segundo a CIPE, emoção é descrito como “Processo psicológico: sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados; podem aumentar com o stress ou com a doença” (ICN, 2019).

A ansiedade associada à morte, é “um estado no qual dos doentes experienciam reações emocionais adversas quando percecionam que vão falecer” e que contribui para a diminuição da qualidade de vida dos doentes. (Shi-Qi et al., 2022) De acordo com o estudo realizado sobre a incidência da ansiedade associada à morte, em doentes paliativos quanto maior for o suporte social, menor é a incidência de ansiedade, simultaneamente os autores referem que a melhoria dos cuidados paliativos, o apoio da família e o envolvimento do doente na tomada de decisões são fatores que contribuem para o controlo da ansiedade. (Shi-Qi et al., 2022).

Esperança

Na prática clínica, os enfermeiros de cuidados gerais procuram perceber os objetivos de vida dos clientes, bem como gerir a esperança de uma forma realista, de modo a auxiliar o cliente, da

melhor forma possível, na sua trajetória da doença. Assim, no decorrer do Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I, verifica-se que a avaliação da esperança é realizada de forma intuitiva e através da experiência e sensibilidade dos profissionais de saúde em relação à mesma. Segundo Viana (2010), este modo de avaliação pode criar, em alguns momentos, uma barreira na resposta às necessidades do cliente (Viana, 2010; Herth, 1992). A *International Council of Nurses* (ICN) define Esperança como um foco, relacionado com “Emoção: sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia.” (ICN, 2019).

Avaliação da Esperança

A avaliação da esperança baseada na intuição, segundo Herth (1992), impossibilita a validação de estratégias específicas, no sentido de promover e/ou manter a esperança nos clientes. Neste sentido, a investigadora desenvolveu um instrumento, a *Herth Hope Scale* (HHS). Mais tarde, este foi adaptado para outro mais curto e mais direcionado ao contexto da prática clínica, o *Herth Hope Index* (HHI) (Herth, 1992). Com efeito, Herth (1992) identificou a ausência de certos aspetos da esperança nas escalas de avaliação existentes, tais como a falta de foco numa esperança orientada temporalmente e mais específica, além da ausência de consideração da esperança como uma motivação para a ação individual ou em benefício de outros, em vez de apenas uma sensação de envolvimento em relacionamentos interpessoais. Da mesma forma, foi identificada a ausência de um foco na capacidade da esperança de influenciar a regulação das respostas emocionais ou comportamentais, em vez de simplesmente controlar eventos ou experiências. Além disso, observou-se a falta de consideração da possibilidade de existir esperança mesmo em situações de relações interpessoais escassas ou ausentes. O HHI, validado e adaptado para o contexto nacional por Viana et al. (2010), apresenta três dimensões do domínio, a saber: temporalidade e futuro; disponibilidade interior positiva e expectativa; e interligação consigo próprio e com os outros (Herth, 1992; Viana, 2010). Assim, ao utilizar esta escala, os enfermeiros podem identificar as várias dimensões da esperança que requerem maior atenção, permitindo-lhes implementar intervenções específicas para promover e/ou manter cada uma dessas dimensões. Isto pode ser realizado tendo em conta as três subescalas do instrumento (Herth, 1992).

De igual modo, Nekolaichuk & Bruera (2004) enfatizaram que incorporar a avaliação da esperança na avaliação global do cliente poderia aprofundar a compreensão das complexidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais, visando aprimorar o conforto e a qualidade de vida dos pacientes (Nekolaichuk & Bruera, 2004).

O modelo da esperança delineado por Nekolaichuk *et al.* (1998), centrado na experiência interna e subjetiva desse domínio, propõe que a esperança seja vivenciada através de três dimensões interligadas (Nekolaichuk *et al.*, 1998).

A primeira dimensão diz respeito ao espírito pessoal. Destaca-se por ser um valor único, no qual a pessoa encontra significado na sua existência. (Nekolaichuk *et al.*, 1998).

A segunda dimensão é o risco, relacionada com a dimensão situacional, determinada pela incerteza ((Nekolaichuk *et al.*, 1998).

A terceira dimensão é o cuidado autêntico, caracterizado por relações interpessoais genuínas e atenciosas (Nekolaichuk *et al.*, 1998).

Neste seguimento, são apresentados dois instrumentos: o *Hope Differential* (HD), desenvolvido por Nekolaichuk, Jevne & Maguire, e o *Hope Differential Short* (HDS), adaptado por Nekolaichuk & Bruera. Os autores destacam que em ambas as escalas surgem questões clínicas fundamentais relacionadas com o significado, com a incerteza, com a autenticidade e com o cuidado (Nekolaichuk *et al.*, 1998):

- O que é significativo na vida de um cliente?
- Como é que o cliente aprendeu a lidar com a incerteza de viver com o cancro avançado?
- Com quem ou com o que é que o cliente se interessa?
- Como posso, enquanto profissional de saúde, melhorar a experiência da esperança deste cliente de um modo credível e atencioso?

Por conseguinte, os investigadores enfatizam a importância de promover o conforto e prestar cuidados baseados na confiança, levando em consideração as dimensões pessoal, relacional e situacional dos clientes (Nekolaichuk *et al.*, 1998).

Indicadores da Esperança

O estudo sobre a esperança tem contribuído para uma compreensão mais profunda do conceito, permitindo uma identificação mais clara e objetiva de alguns indicadores. Em geral, os diferentes autores operacionalizaram esses indicadores em três categorias: "internos", "externos" e "transcendência". Os indicadores internos abrangem as características individuais do cliente, enquanto os indicadores externos estão relacionados com as interações sociais, como familiares e outras pessoas significativas. Por sua vez, os indicadores de transcendência referem-se a elementos mais abstratos, como uma entidade superior.

Implementação da Avaliação da Esperança

Após a revisão da literatura, verificou-se que era possível avaliar a esperança, tendo em conta os indicadores da mesma.

Seguidamente, serão apresentados os dados obtidos.

Foi realizada uma entrevista semiestruturada à cliente, com o objetivo de caracterizar a esperança da cliente e identificar os significados que a cliente atribuía à sua esperança. Neste

sentido, foram realizadas duas questões abertas à cliente:

- Como define esperança? - " A esperança, para mim, está em Deus e na minha família. Ter a oportunidade de viver com a minha família e ter um bom ambiente em casa, tal como o carinho deles... Não posso pedir mais nesta vida." (SIC)
- Que significados atribui à esperança? - "Ter vivido até há bem pouco tempo com uma vida muito ativa, a sair todos os dias de casa, ir dançar quando podia e ir à missa todos os domingos. Graças a Deus só agora estou mais parada por causa do coração que está fraquinho. Mas que se há-de fazer? Sofri muito nesta vida, mas nos últimos anos também a aproveitei muito bem com os que mais amo e fazer coisas que gosto muito. E já olhou bem hoje para mim? Embora ainda me canse muito a falar, já não tenho aquela máquina horrível no nariz e a falta de ar está melhor." (SIC)

Neste caso clínico observaram-se a as três tipologias de indicadores mencionados anteriormente.

Em relação aos indicadores internos, a cliente demonstrou controlo sintomático, esperança no seu valor enquanto pessoa, pensamento positivo e humor e aceitação.

Respetivamente aos indicadores externos a cliente mostrou ter relações familiares e sociais significativas, bem como momentos especiais com as suas pessoas significativas. Do mesmo modo, observou-se a relação equipa de saúde-cliente de presença, significativa e empática através da comunicação honesta e clara entre as duas partes.

No que concerne aos indicadores relacionados com a transcendência mostrou manter a sua espiritualidade através de crenças e práticas religiosas.

1.5. Dados

Sistema respiratório

03-05-2023 08:30

Frequência respiratória: 29 ciclos/min.

Ritmo respiratório regular.

Movimento respiratório simétrico.

Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.

Utiliza os músculos acessórios da ventilação.

Saturação do oxigénio no sangue

Periférico(a): 91 %.

Coloração da mucosa: cianosada.

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

Conhecimento sobre prevenção de infecção: facilitador.

Conhecimento sobre prevenção de contaminação: facilitador.

Dispneia

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

Consciencialização da relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não 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.

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

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

Volume de líquidos

03-05-2023 08:30

Sensação de sede normal.

Sinal de Godet

Membro inferior Direita(o): Sinal de Godet elevado (≥ 4 mm).

Membro inferior Esquerda(o): Sinal de Godet elevado (≥ 4 mm).

Quantidade de urina: 1500 ml.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 133 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 75 mm Hg.

Densidade urinária aumentada.

Conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos: facilitador.

Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador.

Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: facilitador.

Conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos: facilitador.

Significado atribuído à retenção de líquidos: não dificultador.

Edema

Conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos: facilitador.

Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador.

Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: facilitador.

Conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos: facilitador.

Significado atribuído à retenção de líquidos: não dificultador.

Sono

03-05-2023 08:30

Sono não reparador, com dificuldade em adormecer e intermitente.

Sono comprometido

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: não dificultador.

Conservação de energia

03-05-2023 08:30

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

Intolerância à atividade

Conhecimento sobre conservação da energia: 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; é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

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.

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia

Emoção

03-05-2023 08:30

Tristeza persistente (há mais de uma semana).

Desesperança e pessimismo (Não).

Autodesvalorização (Não).

Acentuada diminuição de interesse e prazer nas atividades.

Dificuldade na concentração (Não).

Pensamentos recorrentes de morte.

Tom de voz baixa, discurso arrastado (Não).

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.

Inquietação .

Irritabilidade (Não).

Pânico (Não).

Ansiedade

Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

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

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.

Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

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

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

Transferir-se

03-05-2023 08:30

Mobiliza o corpo entre superfícies próximas

Dispositivo: Nenhum - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada.

Transferir-se comprometido

Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: facilitadora.

Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador.

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.

Autoeficácia para transferir-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 transferir-se

Dispositivo: Nenhum - não dificultador.

Acesso a dispositivos face ao compromisso no transferir-se

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

Cuidar da higiene pessoal

03-05-2023 08:30

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 - Lava e seca parte do corpo.

Lava a cavidade oral.

Não aplica produtos de higiene.

Penteia-se

Dispositivo: Nenhum - Penteia-se.

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 - facilitadora.

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

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Consciencialização 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 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.

Autoeficácia para tomar banho

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

Autoeficácia para arranjar-se

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

Autoeficácia 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.

Significado atribuído ao apoio social: atenta a dignidade e invasão da privacidade.

Acesso a dispositivos face ao compromisso no cuidar da higiene pessoal

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

Potencial para melhorar significado atribuído ao apoio social

Andar

03-05-2023 08:30

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: facilitador.

Conhecimento sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas: facilitador.

Capacidade para andar

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

Alimentar-se

03-05-2023 08:30

Leva os alimentos à boca/sonda de alimentação

Dispositivo: Nenhum - 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: facilitadora.

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

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Capacidade para alimentar-se

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

1.6. Diagnósticos

Sistema respiratório

03-05-2023 08:30

03-05-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios respiratórios [SOS]

Dispneia

Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia

Intervenções de Enfermagem

03-05-2023 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [SOS]

03-05-2023 08:30 - Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia [SOS]

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

Intervenções de Enfermagem

03-05-2023 08:30 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios respiratórios e a dispneia [SOS]

Volume de líquidos

03-05-2023 08:30

Edema

Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos

Intervenções de Enfermagem

03-05-2023 08:30 - Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos [SOS]

03-05-2023 08:30 - Ensinar sobre complicações da retenção de líquidos [SOS]

03-05-2023 08:30 - Ensinar sobre posicionamento para diminuir o edema [SOS]

Sono

03-05-2023 08:30

Sono comprometido

Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono

Intervenções de Enfermagem

03-05-2023 08:30 - Ensinar sobre estratégias de promoção do sono [SOS]

Potencial para melhorar significado atribuído ao compromisso do sono

Intervenções de Enfermagem

03-05-2023 08:30 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador

Conservação de energia

03-05-2023 08:30

Intolerância à atividade

Potencial para melhorar conhecimento sobre conservação da energia

Intervenções de Enfermagem

03-05-2023 08:30 - Ensinar sobre conservação de energia [SOS]

03-05-2023 08:30 - Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade e repouso [SOS]

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia

Intervenções de Enfermagem

03-05-2023 08:30 - Analisar com o cliente a relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia

Emoção

03-05-2023 08:30

Ansiedade

Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade

Intervenções de Enfermagem

03-05-2023 08:30 - Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

Intervenções de Enfermagem

03-05-2023 08:30 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [SOS]

03-05-2023 08:30 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento [SOS]

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

Intervenções de Enfermagem

03-05-2023 08:30 - Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade

Intervenções de Enfermagem

03-05-2023 08:30 - Analisar com o cliente a relação entre padrão do sono e ansiedade

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

Transferir-se

03-05-2023 08:30

03-05-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para transferir-se [SOS]

Transferir-se comprometido

Cuidar da higiene pessoal

03-05-2023 08:30

03-05-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para tomar banho [SOS]

03-05-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para arranjar-se [SOS]

03-05-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade no uso do sanitário [SOS]

Cuidar da higiene pessoal comprometido

Potencial para melhorar significado atribuído ao apoio social

Intervenções de Enfermagem

03-05-2023 08:30 - Avaliar evolução do significado atribuído ao apoio social [SOS]

03-05-2023 08:30 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador

Andar

03-05-2023 08:30

Andar comprometido

Alimentar-se

03-05-2023 08:30

03-05-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para alimentar-se [SOS]

Alimentar-se comprometido

**APÊNDICE C - Desenvolvimento de Competências Desenvolvidas no Contexto de Prática
Clínica Unidade de Cuidados Paliativos**

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

Desenvolvimento de Competências no Contexto de Prática Clínica na Unidade de Cuidados Paliativos

Competência 1: Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.

1.1 Identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares.

1.1.1 – Elabora o diagnóstico das necessidades de cuidados paliativos do doente, ao nível físico, psico emocional, espiritual e sociofamiliar;

1.1.2 – Reconhece valores e expectativas em relação ao processo de fim de vida e à diversidade individual, cultural e espiritual;

1.1.3 – Avalia os sintomas no doente, segundo as suas características, priorizando o impacto no próprio, utilizando ferramentas padronizadas;

1.1.4 – Valoriza o peso de variáveis psico emocionais, valores e crenças na intensidade dos sintomas e do sofrimento, numa abordagem multimodal e multidimensional;

1.1.5 – Avalia o grau de dependência e as necessidades de cuidados da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, promovendo a sua máxima satisfação, o bem-estar e o conforto;

1.1.6 – Antecipa, em tempo útil, as situações de agudização.

- Realização da avaliação inicial de alguns clientes, tendo em conta a sua trajetória de doença, o motivo de pedido de colaboração, a patologia de base, os domínios de enfermagem, a avaliação prognóstica, pela escala ECOG;

- Identificação do genograma, cuidador informal e existência de rede de suporte na comunidade do cliente;
- Identificação das expectativas do cliente e quais são os objetivos pessoais que pretende atingir no momento da alta clínica;
- Perceber a relevância da espiritualidade/ religiosidade do cliente e família e propor a visita do assistente espiritual;
- Reconhecimento da idade jovem do cliente como um fator que intensifica o agravamento dos sintomas físicos;
- Reconhecimento da existência de filhos, principalmente crianças, como um fator de sofrimento;
- Avaliação da sintomatologia do cliente, segundo a sua priorização, tendo por base a escala ESAS;
- Identificação e reconhecimento do declínio funcional e a maior dependência nas AVD's, tendo por base a escala ECOG, como um fator de sofrimento e de agravamento da sintomatologia física, psicológica, emocional e espiritual;
- Assistência ao cliente na identificação de fatores que possam contribuir para o descontrolo de um ou mais sintomas;
- Assistência do cliente no planeamento da sua atividade, por forma a minimizar o descontrolo ou agravamento de sintomas;
- Capacitação do cliente no controlo sintomático, através de medidas não farmacológicas bem como na solicitação de terapêutica prescrita em SOS.

1.2 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.

1.2.1 – Estabelece um plano individualizado para a pessoa e seus cuidadores/familiares, preservando a dignidade, diminuindo o sofrimento, maximizando a autonomia e qualidade de vida e respeitando as perspectivas dos próprios;

1.2.2 – Utiliza estratégias para o desenvolvimento do autoconhecimento e da capacitação da pessoa e seus cuidadores/familiares;

1.2.3 – Atua, em tempo útil, nas situações de agudização;

1.2.4 – Demonstra conhecimentos específicos na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de Resistência a Antimicrobianos;

1.2.5 – Adota medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas;

1.2.6 – Reformula o plano individualizado baseando -se na eficácia das intervenções desenvolvidas.

- Utilização dos equipamentos de proteção individual, lavagem e desinfecção das mãos;
- Construção de uma conceção de cuidados;
- Criação de um plano individual de cuidados em conjunto com o cliente e/ou com os cuidadores/ familiares, tendo por base as suas prioridades, objetivos e expectativas realistas;
- Alteração do plano individual de cuidados do doente, sempre que haja alteração do estado clínico do doente, como também sempre que haja alteração das prioridades, objetivos e expectativas do cliente e/ou dos cuidadores/familiares.

1.3 -Envolve os cuidadores/familiares da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades.

1.3.1 – Reúne periodicamente com cuidadores/familiares, reavaliando as suas necessidades, utilizando sempre que necessário a conferência familiar;

1.3.2 – Atualiza o plano de intervenção em parceria com os cuidadores/familiares.

- Comunicação com os familiares cuidadores, identificando as suas necessidades e expetativas;
- Realização regular de entrevista clínica com os cuidadores/ familiares identificando, clarificando e validando as suas dúvidas;
- Desmistificação de mitos, como alimentação e hidratação em fim de vida.

1.4 - Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interdisciplinar e em articulação com os serviços de apoio.

1.4.1 – Adequa estratégias de comunicação na relação com todos os intervenientes no processo de cuidar;

1.4.2 – Dinamiza o trabalho em equipa, fomentando a partilha e potenciando os contributos individuais no processo de tomada de decisão.

- Participação nas reuniões multidisciplinares;
- Sugestão de pedido de apoio de outros profissionais, como psicologia e nutricionista.

Competência 2: Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto

2.1 – Respeita a singularidade e autonomia da pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares no acompanhamento de vivências individuais específicas, no processo de morrer e de luto.

2.1.1 – Mobiliza conhecimentos da vertente sociocultural, espiritual e dos contextos e vivências da pessoa, cuidadores/familiares;

2.1.2 – Estabelece plano assistencial mediante a fase do processo de luto em que a pessoa, cuidadores e família se encontram;

2.1.3 – Demonstra resultados qualificados de comunicação entre os vários intervenientes no processo de cuidar, salvaguardando preferências e vontades da pessoa;

2.1.4 – Apoia a pessoa, seus cuidadores/familiares, de modo continuado, nas perdas sucessivas e nas tarefas de resolução do luto (incluindo o antecipatório e complicado);

2.1.5 – Encaminha, quando necessário, os cuidadores/ familiares para outros recursos de apoio.

- Facilitação de expressão de emoções do cliente, bem como do cuidador informal;
- Prestação de apoio emocional ao cliente e ao cuidador informal;
- Prestação de apoio emocional possível ao cônjuge/ cuidador informal na fase de situação de últimos dias/horas de vida do cliente, incentivando a relembrar a história de vida e momentos positivos marcantes;
- Encorajamento do familiar a fazer as suas despedidas para com o cliente em situação de últimos dias/ horas de vida;
- Sugestão de pedido de colaboração de psicologia para intervenção com o familiar cuidador.

2.2 – Promove parcerias terapêuticas com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares.

2.2.1 – Incentiva ativamente a pessoa, seus cuidadores/familiares como parceiros na avaliação, planejamento, execução e avaliação de cuidados holísticos, em consonância com os seus desejos e preferências;

2.2.2 – Salva-guarda que os objetivos de atuação, metas a alcançar, prioridades e decisão de cuidados a prestar, estão dentro dos limites mutuamente acordados.

- Encorajamento no envolvimento do familiar cuidador no processo de saúde doença do cliente, como: assistir na transferência cama-cadeirão; instruir sobre medidas não farmacológicas para alívio de sintomas;
- Encorajamento do familiar cuidador a informar-se sobre os recursos sociais de apoio na sua comunidade.

2.3 – Negoceia objetivos/metras de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico.

2.3.1 – Capacita a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e seus cuidadores/familiares, mobilizando os seus recursos, de modo a facilitar a tomada de decisão;

2.3.2 – Utiliza ferramentas de comunicação adequadas, com todos os intervenientes, de forma a permitir a comunicação honesta, a esperança realista, assim como o ajuste de expectativas;

2.3.3 – Ajuda a pessoa a completar, gradualmente, as tarefas de desenvolvimento em fim de vida, em parceria com os cuidadores/familiares.

- Utilização do método SPIKES para a comunicação de más notícias;
- Clarificação e validação sobre a progressão da doença de base com o cliente e/ou cuidador informal, como fator principal do seu declínio funcional;
- Discussão sobre as diretivas antecipadas de vontade do cliente, com o cliente.

2.4 – Reconhece os efeitos da natureza do cuidar na pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, nos seus cuidadores/familiares, sobre si, outros membros da equipa, respondendo de forma eficaz.

2.4.1 – Identifica fatores de risco e situações problemáticas, associados a exaustão física e emocional;

2.4.2 – Utiliza estratégias eficazes de autocuidado para minimizar fatores geradores de stress relacionados com a dependência crescente e a proximidade da morte;

2.4.3 – Desenvolve estratégias de apoio aos restantes intervenientes no processo de cuidar.

- Reconhecimento da idade avançada do cônjuge e sem apoio no domicílio como fator potenciador para a exaustão do cuidador informal;
- Reconhecimento da sobrecarga física, psicológica e emocional do cuidador informal, bem como a ausência de uma rede de apoio como fator de risco para o desenvolvimento de exaustão do cuidador;
- Reconhecimento da importância da religião católica para o doente e família como um fator tranquilizador para o processo de luto dos familiares.

**APÊNDICE D - Desenvolvimento de Competências Desenvolvidas no Contexto de Prática
Clínica Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos**

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

Desenvolvimento de Competências no Contexto de Prática Clínica Equipa Intra- Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

Competência 1: Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.

1.1-Identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares.

1.1.1. – Elabora o diagnóstico das necessidades de cuidados paliativos do doente, ao nível físico, psico emocional, espiritual e sociofamiliar;

1.1.2 – Reconhece valores e expectativas em relação ao processo de fim de vida e à diversidade individual, cultural e espiritual;

1.1.3 – Avalia os sintomas no doente, segundo as suas características, priorizando o impacto no próprio, utilizando ferramentas padronizadas;

1.1.4 – Valoriza o peso de variáveis psico emocionais, valores e crenças na intensidade dos sintomas e do sofrimento, numa abordagem multimodal e multidimensional;

1.1.5 – Avalia o grau de dependência e as necessidades de cuidados da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, promovendo a sua máxima satisfação, o bem-estar e o conforto;

1.1.6 – Antecipa, em tempo útil, as situações de agudização.

- Realização da avaliação inicial dos clientes, tendo em conta a sua trajetória de doença, o motivo de pedido de colaboração, a patologia de base, os domínios de enfermagem, a avaliação prognóstica, pela escala PPS, através da consulta do processo clínico, bem

como através da recolha de dados com o doente e com os profissionais integrantes da equipa assistencial;

- Identificação do genograma, cuidador informal e existência de rede de suporte na comunidade do cliente;
- Identificação das expectativas e dos objetivos pessoais do cliente face à sua doença, bem como à evolução da mesma;
- Perceber a relevância da religiosidade do cliente e família e propor a visita do assistente espiritual;
- Identificação do domínio angústia espiritual, segundo os indicadores de angústia espiritual;
- Identificação e reconhecimento do declínio funcional e a maior dependência nas AVD's, tendo por base a escala PPS PT, como um fator de sofrimento e de agravamento da sintomatologia física, psicológica, emocional e espiritual;
- Assistência ao cliente na identificação de fatores que possam contribuir para o descontrolo de um ou mais sintomas;
- Assistência ao cliente no planeamento da sua atividade, por forma a minimizar o descontrolo ou agravamento de sintomas, bem como no reajuste dos cuidados face à evolução da dependência;
- Capacitação do cliente no controlo sintomático, através de medidas não farmacológicas bem como na solicitação de terapêutica prescrita em SOS;
- Capacitação da equipa de enfermagem responsável pelo cliente sobre sinais de alarme e sobre terapêutica prescrita em SOS, antecipando crises por descontrolo sintomático.

1.2-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.

1.2.1 – 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;

1.2.2 – Utiliza estratégias para o desenvolvimento do autoconhecimento e da capacitação da pessoa e seus cuidadores/familiares;

1.2.3 – Atua, em tempo útil, nas situações de agudização;

1.2.4 – Demonstra conhecimentos específicos na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de Resistência a Antimicrobianos;

1.2.5 – Adota medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas;

1.2.6 – Reformula o plano individualizado baseando -se na eficácia das intervenções desenvolvidas.

- Utilização dos equipamentos de proteção individual, lavagem e desinfecção das mãos;
- Elaboração de plano de cuidados individualizado para cada cliente, tendo em conta a preservação da dignidade do cliente;
- Elaboração e reformulação dos planos de cuidados dos clientes juntos das equipas assistenciais, sempre que necessário;
- Apoio à família, facilitando a expressão de emoções, como a partilha de preocupações, dúvidas, mitos e angústias;
- Identificação de situações de agudização, enquadrando-as na fase de evolução da doença;
- Colaboração, formação e apoio das equipas assistenciais na identificação de situações de agudização, bem como sugestão das intervenções farmacológicas e não farmacológicas a realizar;
- Colaboração, formação, partilha e apoio das equipas assistenciais na melhor gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas;

1.3 Envolve os cuidadores/familiares da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades.

1.3.1 – Reúne periodicamente com cuidadores/familiares, reavaliando as suas necessidades, utilizando sempre que necessário a conferência familiar;

1.3.2 – Atualiza o plano de intervenção em parceria com os cuidadores/familiares.

- Realização de conferências familiares com os familiares cuidadores, identificando as suas necessidades e expectativas;
- Realização de entrevistas não programadas com os familiares e cuidadores informais, comunicando a alteração do estado geral do cliente, bem como o agravamento do estado geral do cliente nas últimas 24h, o aumento da dependência e a necessidade de apoio nas AVD's após alta clínica;
- Apoio à família do cliente com declínio funcional, percecionando o conhecimento sobre o estado geral do cliente, bem como identificando a necessidade de organização/ reorganização dos cuidados, adequando a comunicação em função da situação clínica do cliente;
- Comunicação frequente com os familiares e cuidadores informais sobre a proposta do plano individual de cuidados do cliente.

1.4 Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interdisciplinar e em articulação com os serviços de apoio.

1.4.1 – Adequa estratégias de comunicação na relação com todos os intervenientes no processo de cuidar;

1.4.2 – Dinamiza o trabalho em equipa, fomentando a partilha e potenciando os contributos individuais no processo de tomada de decisão.

- Participação nas reuniões multidisciplinares;
- Comunicação frequente com as equipas assistenciais do cliente sobre a proposta do plano individual de cuidados do cliente;
- Discussão com a equipa de enfermagem responsável pelo cliente sobre a situação de últimos dias/horas de vida, desmistificando mitos sobre morfina, alimentação e hidratação em fim de vida, bem como sobre medidas ajustadas e proporcionadas à fase final da vida do cliente, no sentido de evitar intervenções desproporcionadas no final de vida do cliente;
- Discussão com a equipa assistencial do cliente sobre a melhor referência do cliente, de acordo com a evolução da sua doença, bem como do estado clínico atual do cliente.

Competência 2: Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto

2.1 – Respeita a singularidade e autonomia da pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares no acompanhamento de vivências individuais específicas, no processo de morrer e de luto.

2.1.1 – Mobiliza conhecimentos da vertente sociocultural, espiritual e dos contextos e vivências da pessoa, cuidadores/familiares;

2.1.2 – Estabelece plano assistencial mediante a fase do processo de luto em que a pessoa, cuidadores e família se encontram;

2.1.3 – Demonstra resultados qualificados de comunicação entre os vários intervenientes no processo de cuidar, salvaguardando preferências e vontades da pessoa;

2.1.4 – Apoiar a pessoa, seus cuidadores/familiares, de modo continuado, nas perdas sucessivas e nas tarefas de resolução do luto (incluindo o antecipatório e complicado);

2.1.5 – Encaminha, quando necessário, os cuidadores/ familiares para outros recursos de apoio.

- Apoio emocional ao cliente e à família, facilitando a expressão de emoções, como a partilha de histórias de vida e vivências de ambos, por forma a perceberem as perdas atuais do cliente pela evolução natural da doença;
- Prestação de apoio emocional ao cliente e ao cuidador informal;
- Realização de pedido de colaboração ao enfermeiro de reabilitação, assistente espiritual, à psicóloga e assistentes sociais da EIHSCP;
- Elaboração e/ou reformulação do plano de cuidados individualizado do cliente que apresenta agravamento do seu estado clínico ou que se encontra em possível situação de últimos dias/horas de vida;
- Realização de entrevistas não programadas frequentes com os familiares, cuidadores informais e equipa assistencial, adequando a comunicação a cada elemento, discutindo o processo de perda e luto do cliente, salvaguardando as preferências e vontades do cliente;
- Realização frequente de escuta ativa ao cliente e aos seus familiares sobre as suas perdas e sobre o seu descontrolo sintomático, enquadrando-as na sua trajetória de doença e capacitando, tanto o cliente como os familiares, na antecipação de sinais e sintomas do possível descontrolo.

2.2 – Promove parcerias terapêuticas com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares.

2.2.1 – Incentiva ativamente a pessoa, seus cuidadores/familiares como parceiros na avaliação, planeamento, execução e avaliação de cuidados holísticos, em consonância com os seus desejos e preferências;

2.2.2 – Salvaguarda que os objetivos de atuação, metas a alcançar, prioridades e decisão de cuidados a prestar, estão dentro dos limites mutuamente acordados.

- Discussão sobre as diretivas antecipadas de vontade do cliente, com o cliente ou com os familiares e cuidadores informais, no sentido de conhecer as vontades expressas, anteriormente;
- Integração do cliente, familiares e cuidadores informais na proposta de plano individualizado de cuidados;
- Reavaliação permanente com o cliente, familiares e cuidadores informais sobre as intervenções realizadas;
- Avaliação e reavaliação com o cliente, familiares e cuidadores informais se as intervenções realizadas estão de acordo com as suas vontades, dentro dos limites possíveis de atuação, evitando, assim, medidas desproporcionadas.

2.3 – Negoceia objetivos/metas de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico.

2.3.1 – Capacita a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e seus cuidadores/familiares, mobilizando os seus recursos, de modo a facilitar a tomada de decisão;

2.3.2 – Utiliza ferramentas de comunicação adequadas, com todos os intervenientes, de forma a permitir a comunicação honesta, a esperança realista, assim como o ajuste de expectativas;

2.3.3 – Ajuda a pessoa a completar, gradualmente, as tarefas de desenvolvimento em fim de vida, em parceria com os cuidadores/familiares.

- Utilização do método SPIKES para a comunicação de más notícias;
- Clarificação e validação sobre a progressão da doença de base com o cliente e cuidador informal, como fator principal do seu declínio funcional e do descontrolo sintomático;
- Facilitação do diálogo, da expressão de emoções, assuntos inacabados e problemas não resolvidos entre o cliente e os seus familiares, reforçando a sua importância;
- Apoio e reforço da importância ao cliente na manifestação de emoções para com os seus familiares.

2.4 – Reconhece os efeitos da natureza do cuidar na pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, nos seus cuidadores/familiares, sobre si, outros membros da equipa, respondendo de forma eficaz.

2.4.1 – Identifica fatores de risco e situações problemáticas, associados a exaustão física e emocional;

2.4.2 – Utiliza estratégias eficazes de autocuidado para minimizar fatores geradores de stress relacionados com a dependência crescente e a proximidade da morte;

2.4.3 – Desenvolve estratégias de apoio aos restantes intervenientes no processo de cuidar.

- Reconhecimento da sobrecarga física, psicológica e emocional do cuidador informal, bem como a ausência de uma rede de apoio como fator de risco para o desenvolvimento de exaustão do cuidador;
- Apoio emocional à equipa assistencial, facilitando a expressão de emoções, preocupações e dúvidas existentes em relação à fase de doença do cliente, bem como sobre a proposta do plano de cuidados individualizado;
- Realização de pedido de colaboração ao enfermeiro de reabilitação, assistente espiritual, psicóloga e do serviço social da EIHSCP;

- Realização de conferências familiares com a equipa assistencial e com o cliente e/ou familiares cuidadores, permitindo a partilha de dúvidas, preocupações, medos e angústias, no sentido de apoiar, sugerir e orientar os melhores cuidados ao cliente, bem como promover expectativas realistas;
- Revisão frequente dos planos de cuidados com a equipa assistencial, adaptando-os ao estado clínico atual do cliente;
- Organização dos cuidados do cliente durante o internamento e após alta clínica, referenciando para equipas especializadas, como a unidade de cuidados paliativos especializada, consulta externa, equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos da área de residência ou a unidade de cuidados paliativos da RNCCI;