

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Princípio da Autonomia na Gestão da Dor Física da Pessoa em  
Situação Paliativa

Principle of Autonomy in the Management of Physical Pain in  
Palliative Care Patients

**Autor**

**Mafalda Fontes da Costa**

**Oliveira de Azeméis, 2025**



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

**Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Princípio da Autonomia na Gestão da Dor Física  
da Pessoa em Situação Paliativa

Principle of Autonomy in the Management of  
Physical Pain in Palliative Care Patients

**Orientador(es)**

Daniela Filipa Almeida da Cunha

**Autor**

Mafalda Fontes da Costa

**Oliveira de Azeméis, 2025**



## FRASE OU PENSAMENTO

Do not stand at my grave and weep

I am not there. I do not sleep.

I am a thousand winds that blow.

I am the diamond glints on snow.

I am the sunlight on ripened grain.

I am the gentle autumn rain.

When you awaken in the morning's hush

I am the swift uplifting rush

Of quiet birds in circled flight.

I am the soft stars that shine at night.

Do not stand at my grave and cry;

I am not there. I did not die.

(Clare Harner, The Gypsy, December 1934)



## **AGRADECIMENTO**

Gostaria de expressar o meu profundo agradecimento à Professora Especialista Daniela Cunha, pela sua orientação, pela partilha de conhecimento e por todo o apoio e compreensão demonstrados ao longo deste percurso.

Agradeço, igualmente, a todas as equipas dos locais de estágio, que me acolheram de forma exemplar e me transmitiram ensinamentos valiosos.

À chefia do meu local de trabalho, pelo apoio constante, pela disponibilidade e flexibilidade, sem os quais teria sido impossível atingir este objetivo pessoal.

À minha mãe, que, mesmo ausente fisicamente, me deixou o legado da persistência. Ao meu pai e irmãs, pelo apoio incondicional e encorajamento. E, por fim, ao David e ao Tomás, que, com os seus sorrisos, conseguiram trazer alegria e serenidade à tia durante todo este processo.



## RESUMO

A melhoria significativa da qualidade de vida e os avanços da medicina ao longo do tempo, sobretudo, do último século, trouxeram consigo importantes conquistas civilizacionais, dentre as quais merece destaque o aumento progressivo da esperança média de vida. Esta relevante conquista não é, porém, isenta dos seus próprios desafios, como sejam o envelhecimento crescente da população e o aumento da incidência de doenças limitantes de vida. É fundamental enaltecer a importância dos cuidados paliativos na sociedade, valorizar e promover o seu crescimento.

Os cuidados paliativos têm como objetivo dar resposta às necessidades individuais de cada pessoa, minimizando o seu sofrimento e maximizando a sua qualidade de vida até ao momento da morte. Esta resposta às necessidades individuais de cada pessoa passa por reconhecer a sua autonomia, como condição primordial de respeito pela sua dignidade e autodeterminação. Neste contexto, assume especial relevância, pelo impacto que tem na qualidade de vida da pessoa em situação paliativa e nos que lhe são próximos, a autonomia na gestão da dor, tema central deste relatório.

O presente relatório tem como objetivo descrever o percurso efetuado ao longo do estágio clínico e analisar, descrever e refletir acerca das competências específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem Médico Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Paliativa. Foi utilizada a metodologia descritiva e reflexiva sobre as situações vivenciadas, sempre com base na melhor evidência científica disponível.

O documento apresenta-se dividido em quatro partes principais: o enquadramento teórico, a caracterização do contexto clínico, reflexão com base em estudo de caso e os contributos da prática para o desenvolvimento de competências profissionais avançadas em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação paliativa.

O relatório aborda o desenvolvimento de competências especializadas e realça a necessidade de uma abordagem holística e individualizada na prática de enfermagem à pessoa em situação paliativa, nomeadamente na gestão sintomática e em particular, na gestão da dor, enquanto vertentes fundamentais da promoção do conforto da pessoa em situação paliativa. Nesta matéria, sublinha-se ainda a necessidade de estudos futuros centrados em potenciais instrumentos de avaliação do conforto na pessoa em situação paliativa.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Enfermeiros Especialistas; Manejo da Dor; Comunicação.



## **ABSTRACT**

A significant improvement in quality of life and the advances in medicine over time—particularly throughout the past century—have brought about important civilisational achievements, chief among them the progressive increase in average life expectancy. However, this notable accomplishment is not without its own challenges, namely the ageing population and the rising incidence of life-limiting illnesses. It is therefore essential to highlight the importance of palliative care in society, to value it, and to actively promote its development.

Palliative care aims to respond to the individual needs of each person, alleviating their suffering and enhancing their quality of life until death. Meeting these individual needs involves recognising the person's autonomy as a fundamental condition for respecting their dignity and right to self-determination. In this context, autonomy in pain management is of particular relevance, given its impact on the quality of life of the person receiving palliative care and their loved ones—this is the central theme of the present report.

This report aims to describe the path undertaken during the clinical placement and to analyse, describe, and reflect on the specific competencies of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing, within the area of care for individuals in palliative situations. A descriptive and reflective methodology was employed, based on the situations encountered during the placement, always grounded in the best available and current scientific evidence.

The document is structured into four main sections: the theoretical framework; characterisation of the clinical setting; a reflection based on a case study; and contributions from practice to the development of advanced professional competencies in medical-surgical nursing within the context of palliative care.

The report underscores the need for a holistic and individualised approach to nursing care for individuals in palliative situations, particularly in symptom management and, more specifically, in pain management—as core components in the promotion of comfort for the person in palliative care. In this regard, it further highlights the need for future studies focused on potential assessment tools for comfort in palliative care settings.

**Keywords:** Palliative Care; Nurse Specialists; Pain Management; Communication



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

ANCP - Associação Nacional de Cuidados Paliativos

CF - Conferência Familiar

Cm - Centímetros

CP - Cuidados Paliativos

DAV - Diretivas Antecipadas de Vontade

DLV - Doença Limitante de Vida

EC - Estágio Clínico

ECSCP - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EEEMCAEPSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

EIHSCP - Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ERPI's - Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

ESAS - Edmonton Symptom Assessment System

Gr - gramas

Gts - Gotas

ICNP - International Classification for Nursing Practice

IMAO - Inibidores da Monoamina Oxidase

IPO - Instituto Português de Oncologia

K+ - Potássio

Mg - miligramas

ml - mililitros

Na+ - Sódio

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAINAD - Pain Assessment in Advanced Dementia

PBE - Prática Baseada na Evidência

PEDCP - Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

PIIC - Plano Individual Integrado de Cuidados

PPS - Palliative Performance Scale

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SC - Subcutâneo

SNS - Sistema Nacional de Saúde

Sr<sup>a</sup> - Senhora

Sr<sup>o</sup> - Senhor

TCKK - Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba

TD - Transdérmico

TRIHP - Teoria das Relações Interpessoais Hildegard Peplau

ULS - Unidade Local de Saúde

VO - Via Oral

VR - Via Retal

µg/h - Microgramas/ Hora

## ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| FRASE OU PENSAMENTO .....  | 3  |
| AGRADECIMENTO .....  | 5  |
| RESUMO .....   | 7  |
| ABSTRACT .....   | 9  |
| CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS .....  | 11 |
| ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS .....   | 15 |
| 1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO .....   | 17 |
| 2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S) .....   | 29 |
| 3. CONCEÇÃO DE CUIDADOS A UMA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA NO CONTEXTO DE UMA<br>ECSCP_ CASO 1 .....     | 33 |
| 3.1. Enquadramento teórico .....   | 33 |
| 3.2. Clientes .....  | 37 |
| 3.3. Medicação .....   | 38 |
| 3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita<br>.....                   | 38 |
| 3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....   | 44 |
| 3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e<br>terapêutica médica. .... | 45 |
| 3.5. Domínios .....  | 46 |
| 3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....                                  | 46 |
| 3.6. Conceção de Cuidados .....  | 52 |
| 3.7. Especificação das intervenções .....  | 58 |
| 3.8. Síntese relativa ao caso .....  | 60 |
| 4. CONCEÇÃO DE CUIDADOS A UMA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA NO CONTEXTO DE UMA<br>ECSCP_ CASO 2 .....     | 63 |
| 4.1. Enquadramento teórico .....   | 63 |
| 4.2. Clientes .....  | 65 |
| 4.3. Medicação .....   | 66 |
| 4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita<br>.....                   | 66 |
| 4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....   | 70 |
| 4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e<br>terapêutica médica. .... | 70 |
| 4.5. Domínios .....  | 71 |
| 4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....                                  | 72 |
| 4.6. Conceção de Cuidados .....  | 76 |
| 4.7. Especificação das intervenções .....  | 80 |
| 4.8. Síntese relativa ao caso .....  | 81 |
| 5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....  | 83 |

|                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| 6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO ..... | 109 |
| 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... | 111 |
| ANEXOS .....                        | 121 |

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

Tabela 1 - Resultados de Avaliação da Formação

Figura 1- Gráfico de Avaliação da Formação



## 1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente relatório foi elaborado no âmbito do percurso académico no Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialidade Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, integrado na unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, lecionada na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, durante o ano letivo de 2024/2025. Este documento constitui um reflexo do percurso académico desenvolvido e do processo de aquisição e consolidação de competências específicas do Enfermeiro Especialista, no contexto do Estágio Clínico (EC).

A realização deste curso visa o desenvolvimento de competências especializadas na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Paliativa que permitam ao profissional prestar cuidados de excelência, identificando as necessidades individuais da pessoa em situação paliativa e elaborando e implementando um plano individual integrado de cuidados (PIIC) ajustado às suas necessidades.

A escolha da temática central deste relatório resulta da conjugação de um interesse pessoal da mestranda pela gestão da dor com o contexto específico em que o estágio clínico foi realizado, em ambiente comunitário. Este enquadramento proporcionou a oportunidade de intervir junto da pessoa em situação paliativa no seu domicílio, permitindo desenvolver, em articulação com a pessoa e a sua família ou cuidador, estratégias de capacitação para a gestão da dor na sua realidade diária.

Este processo permitiu identificar fatores facilitadores da autogestão da dor, bem como analisar o seu impacto na autonomia da pessoa em situação paliativa, promovendo intervenções adequadas e sustentadas na melhor evidência disponível.

A singularidade e complexidade da situação paliativa, para a pessoa que nela se encontra e também para a sua família/ cuidador, requerem que os enfermeiros desenvolvam competências específicas, que permitam a prestação de cuidados individualizados, humanizados e especializados. Na base do desenvolvimento destas competências estão os quatro pilares fundamentais dos cuidados paliativos (CP): o controlo de sintomas, a comunicação, o apoio à família/ cuidador e o trabalho em equipa.

Pretende-se, com este relatório, promover a análise crítico reflexiva das atividades desenvolvidas, bem como da aprendizagem e das experiências vividas, assim como da aquisição de competências em contexto de EC realizadas entre 19 de setembro de 2024 e 9 de abril de 2025, numa Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP). A carga horária total foi de 810 horas, das quais 428 foram horas de contacto e 382 horas de trabalho

autónomo.

A metodologia adotada para a elaboração deste relatório é de natureza crítico-reflexiva, expositiva e descritiva, fundamentada predominantemente em pesquisas autónomas e reflexões de vivências pessoais, devidamente sustentadas pela evidência científica disponível e atualizada.

O presente relatório encontra-se dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo procede-se ao enquadramento teórico da temática central da gestão da dor e dos conceitos fundamentais para a compreensão dos capítulos seguintes. No segundo capítulo, é feita a caracterização do contexto clínico onde decorreu o estágio de natureza profissional. O terceiro capítulo aborda dois casos clínicos, de cariz fictício, elaborados com o propósito de ilustrar a aplicação das competências fundamentais adquiridas e promover a análise e discussão das temáticas sobre que incide o relatório. Por fim, no quarto capítulo estão explanados os contributos da prática clínica para o desenvolvimento de competências profissionais na área da pessoa em situação paliativa.

## **1.1 INTRODUÇÃO AOS CUIDADOS PALIATIVOS**

Com a melhoria do contexto socioeconómico, da qualidade de vida e dos avanços da medicina, assiste-se, paradigmaticamente, a um aumento acentuado das situações de doença crónica e de doença oncológica prolongada, reforçando-se a necessidade de investimento em cuidados para a promoção da qualidade de vida e conforto à pessoa em situação paliativa e seus familiares/cuidadores, quer na prestação de cuidados holísticos, quer no apoio ao luto (Alves et al., 2019).

Em Portugal, em tradução direta da definição apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, n.d.), o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP, 2023, p. 5), para o biénio 2023/2024, define CP como: "(...) uma parte crucial dos serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas. Aliviar o sofrimento, seja ele físico, psicológico, social ou espiritual, é uma responsabilidade ética global. Assim, quer a causa do sofrimento seja a doença cardiovascular, o cancro, a falência grave dos órgãos, a tuberculose resistente aos medicamentos, as queimaduras graves, as doenças crónicas em fase terminal, os traumas agudos, a prematuridade extrema à nascença ou a extrema fragilidade da velhice, os cuidados paliativos podem ser necessários e têm de estar disponíveis em todos os níveis de cuidados."

Os primeiros passos dos CP a nível internacional estão intimamente ligados ao Cristianismo, tendo a primeira instituição surgido em Roma (Capelas et al., 2014). É neste contexto que surge o conceito de *hospice* - estreitamente relacionado com hospitalidade - que se refere aos locais onde os peregrinos descansavam, onde se abrigavam os desprotegidos e, paralelamente, se acolhiam pessoas doentes e moribundas (Capelas et al., 2014).

Cicely Saunders foi pioneira do Movimento Moderno dos Hospices, com a fundação do St. Christopher's Hospice em Londres, em 1967, e com a criação de um programa de CP domiciliários em 1969. No âmbito da atividade desenvolvida no St. Christopher's Hospice, merecem destaque os esforços envidados para o desenvolvimento de competências especializadas na gestão da dor e de outros sintomas, na compreensão dos diversos problemas da pessoa e da família, bem como na formação e investigação especializadas nas temáticas da pessoa em situação paliativa, os quais estão na base do crescimento exponencial dos CP nos diversos países do mundo ao longo da segunda metade do século XX (Capelas et al., 2014; Marques, 2014).

Em Portugal, assinala-se, como marco fundamental da evolução dos CP, a criação da Unidade da Dor do Hospital do Fundão em 1992. Em 1994, surge a primeira unidade de CP num hospital oncológico, mais especificamente, no Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO). Em 1996, no Centro de Saúde de Odivelas, é criada a primeira equipa de cuidados continuados domiciliários que inclui a prestação de CP (Marques et al., 2009; Capelas et al., 2014).

Em 2002, assistiu-se a um importante marco na história dos CP em Portugal, com a criação do primeiro Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos, na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (Capelas et al., 2014).

Em 2004, foi publicado o primeiro Programa Nacional de Cuidados Paliativos, pelo Ministério da Saúde, o qual previa a integração dos CP como parte essencial dos cuidados de saúde gerais e como uma necessidade de saúde pública, de forma a promover os direitos fundamentais da pessoa doente (Circular Normativa nº14/DGCG, de 13/07/2004). Este Programa foi integrado no Plano Nacional de Saúde e foi desenvolvido por um grupo de peritos da DGS, com a aprovação do Conselho Nacional de Oncologia, destinando-se a ser colocado em prática pelas redes de prestação de cuidados do Sistema Nacional de Saúde. Neste documento, era evidente a recomendação da criação progressiva e coordenada de Unidades de Cuidados Paliativos, por parte das Administrações Regionais de Saúde, ainda em vigência naquele momento.

A 6 de junho de 2006, foi publicado o Decreto-Lei nº 101/2006, (2006), que inclui a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que assenta numa parceria entre o Ministério da Saúde e a Segurança Social e gera a obrigatoriedade da prestação de cuidados de saúde a pessoas com doenças crónicas, incapacitadas, ou pessoas portadoras de doenças incuráveis na fase avançada e no fim de vida. Esta rede abrange equipas e unidades distribuídas em contexto hospitalar, centros de saúde, assim como em estruturas da segurança social ou da rede de solidariedade, tais como as Misericórdias Portuguesas (Marques et al., 2009; Decreto-Lei nº 101/2006, 2006).

No ano de 2012 surgiram dois documentos legais de extrema importância nesta temática: a Lei do Testamento Vital, que regula as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) e a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, que consagra o direito de todos os cidadãos aos CP de forma justa e

equitativa (Lei n.º 25/2012, 2012 e Lei n.º 52/2012, 2012), respetivamente.

Na atualidade, a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos destaca que, no processo atual de reorganização do Sistema Nacional de Saúde (SNS), é imperativa a existência de Equipas de Cuidados Paliativos nas Unidades Locais de Saúde (ULS), de forma a garantir à pessoa em situação paliativa e seus familiares/cuidadores, a prestação de cuidados de forma integral, centrados nas necessidades individuais, com vista à tomada de decisão compartilhada para a melhoria de resultados em todos os envolvidos no processo de cuidar (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2023).

## **1.2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Os CP têm como objetivo melhorar a qualidade de vida da pessoa em situação paliativa, exigindo uma abordagem interdisciplinar que atua, entre outros aspetos, na prevenção e alívio do seu sofrimento e no controlo sintomático, assim como na satisfação das suas necessidades psicossociais e espirituais (Alencar, 2019). Diferentemente do preconizado pelos modelos anteriormente dominantes, em CP as tomadas de decisões devem ser compartilhadas, no respeito pela autonomia da pessoa (Alencar, 2019).

A tomada de decisão compartilhada implica partilha de informação, através do uso de uma comunicação eficaz, de forma a refletir os valores e a individualidade de cada pessoa, traduzindo-se em cuidados humanizados (Santos et al., 2023). O enfermeiro, para além de reconhecer os valores pessoais, psicológicos, sociais e espirituais da pessoa, tem um importante papel como interlocutor com os restantes membros da equipa, contribuindo decisivamente para a promoção de uma abordagem holística (Oliveira et al., 2021).

A relação criada entre a pessoa em situação paliativa e os profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidar deve ser autónoma, no sentido em que a pessoa decide, dentro dos limites éticos e legais estabelecidos, sobre as opções terapêuticas (Lima & Manchola-Castillo, 2021). Esta relação assenta na escuta ativa, no respeito e no conhecimento da pessoa em toda a sua complexidade, com a sua própria biografia e crenças pessoais (Lima & Manchola-Castillo, 2021). Neste contexto, a ética assume um papel de elevada relevância, fundamentando os princípios dos CP e refletindo nas respostas aos direitos da pessoa que está em processo de fim de vida (Oliveira et al., 2021).

Para além do princípio da autonomia, que será objeto de especial atenção ao longo de todo o relatório, destacam-se, ainda, como princípios que fundamentam a qualidade dos cuidados prestados em CP: o princípio da beneficência, da não maleficência e da justiça (Oliveira et al., 2021).

A gestão da dor é uma prioridade na prestação de CP de qualidade, uma vez que esta tende a

assumir maior prevalência do que os restantes sintomas (Vieira et al., 2019).

Em 1986, a OMS publicou um documento, onde estabelece os princípios e diretrizes para os CP, entre os quais se destaca a promoção do alívio da dor. Por sua vez, em 1990, na primeira publicação da definição de CP pela OMS, e na sua redefinição, em 2002, está explicitada a importância da gestão da dor.

É fundamental que os profissionais de saúde, onde se insere o EEEMCAEPSP, saibam intervir para o alívio da dor, de modo a proporcionar alívio do sofrimento e melhorar a qualidade de vida da pessoa (Oliveira et al., 2021).

A presença de dor na pessoa em situação paliativa é um sintoma grave, que compromete o bem-estar físico, social e emocional, sendo essencial que o profissional de saúde possua conhecimento específico para identificar, também, os aspetos psicossociais e espirituais que possam exacerbar ou atenuar os sintomas (Paiva et al., 2021).

As teorias de enfermagem desempenham um papel fundamental na formação e na prática da profissão, pois são a base que legitima a enfermagem como campo de conhecimento próprio (Silva & Nascimento, 2023).

De acordo com Silva & Nascimento (2023), estas são essenciais para promover identidade e autonomia à profissão, diferenciando-a de outras áreas de saber e garantindo a fundamentação necessária para a prática assistencial. Dentro desse contexto, a Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba (TCKK) surge como uma teoria de médio alcance, cujo objetivo principal é estabelecer o conforto holístico para a pessoa. A referida teoria procura garantir que as necessidades da pessoa sejam satisfeitas de forma integral, promovendo não apenas o bem-estar físico, mas também a tranquilidade emocional e a serenidade espiritual (Silva & Nascimento, 2023).

A TCKK oferece uma abordagem valiosa e abrangente para a prática de enfermagem, permitindo aos profissionais planejar cuidados adaptados às necessidades individuais da pessoa, respeitando as suas dimensões física, psicoespiritual, social e ambiental, com consideração pelo seu contexto, a sua família, os seus cuidadores e a comunidade em que está inserida (Silva & Nascimento, 2023). Ao encarar a experiência de conforto como um processo holístico, a teoria proporciona uma base sólida para promover o bem-estar em todas as dimensões, contribuindo para uma prática de enfermagem mais humanizada e eficaz (Silva & Nascimento, 2023).

O conforto é entendido como uma experiência holística, que ocorre quando as necessidades da pessoa são colmatadas de maneira eficaz (Dowd, 2004). Nessa perspectiva, não se limita ao alívio de sintomas físicos, mas envolve uma experiência integral, que reflete as necessidades em diversas dimensões da vida da pessoa (Dowd, 2004).

Segundo Kolcaba (1994), é possível identificar três tipos de conforto.

O primeiro corresponde ao alívio, que se refere à condição em que uma necessidade específica

da pessoa é colmatada, resultando na atenuação do seu desconforto (Kolcaba,1994). O segundo corresponde à tranquilidade, quando o conforto está associado ao estado de calma ou contentamento, que resulta da satisfação de necessidades específicas de maneira mais duradoura, quando uma pessoa experiencia tranquilidade, sente-se emocionalmente segura e atinge um estado de equilíbrio psicoemocional (Kolcaba, 2004). Por fim, a transcendência corresponde ao nível mais elevado de conforto e caracteriza-se pela capacidade de superar os desafios e o sofrimento, mesmo quando eles não podem ser totalmente erradicados. A transcendência implica que a pessoa desenvolva uma habilidade de se adaptar às adversidades e encontrar um sentido mais profundo na experiência, no percurso da doença (Kolcaba, 2004).

Seguindo de perto Dowd (2004), a TCKK também define quatro dimensões fundamentais para compreender como o conforto pode ser experienciado pela pessoa e promovido de maneira holística. São elas: a dimensão física, que está relacionada com as sensações corporais e com o alívio de desconfortos físicos; a dimensão psicoespiritual, que está intimamente relacionada com o bem-estar emocional e a paz interior e que se refere à experiência interna de si próprio, incluindo a autoestima, o conceito de si mesmo (especialmente o significado da vida) e a relação da pessoa com uma ordem ou ser superior; a dimensão ambiental, que está relacionada com as condições externas e o ambiente físico onde a pessoa está inserida, incluindo fatores como a temperatura, a iluminação, o ruído e a sensação de segurança do local; e a dimensão social, que se refere às interações interpessoais e às relações familiares e sociais da pessoa, desempenhando um papel crucial na experiência de conforto, pois a presença de familiares, amigos ou outros cuidadores contribui significativamente para o bem-estar emocional e psicológico (Dowd, 2004).

Os princípios da TCKK permitem aos enfermeiros planejar e implementar intervenções que visam colmatar as necessidades específicas de cada pessoa, envolvendo os seus familiares e cuidadores no processo de cuidar (Silva & Nascimento, 2023). É convicção da mestrandia que esta teoria fortalece a prática de enfermagem, garantindo um cuidado mais completo e sensível às complexidades da experiência humana.

A escolha do título do presente Relatório - "Princípio da Autonomia na Gestão da Dor Física da Pessoa em Situação Paliativa" - está intimamente relacionada com a teoria em análise, uma vez que procura promover a interligação entre o conceito de conforto, central na TCKK, e o princípio ético da autonomia, essencial nos CP. Esta articulação permite compreender como a enfermagem pode proporcionar um cuidado holístico, que respeita a vontade e as necessidades individuais da pessoa em situação paliativa, especialmente no contexto da dor física.

Sendo a autonomia um dos pilares éticos da prática de enfermagem, ela está diretamente relacionada com o respeito pela capacidade da pessoa de tomar decisões informadas sobre os seus próprios cuidados (Alencar, 2019). No contexto paliativo, a autonomia é essencial, uma vez que o foco do cuidado é promover qualidade de vida, alívio do sofrimento e respeito pelas

escolhas da pessoa, nomeadamente em relação à gestão da dor (Alencar, 2019).

A TCKK complementa essa abordagem, pois reconhece que o conforto é uma experiência subjetiva e única, que deve ser promovida considerando a individualidade, as preferências e os valores de cada pessoa (Dowd, 2004).

Ao aplicar o princípio da autonomia, o enfermeiro envolve a pessoa na gestão da sua dor, permitindo que ela participe ativamente nas decisões do seu plano de cuidados e escolhendo as intervenções que melhor atendam às suas necessidades físicas, emocionais e espirituais (Alencar, 2019). No contexto paliativo, a gestão da dor física está diretamente relacionada com o primeiro tipo de conforto identificado supra: o alívio que ocorre quando uma necessidade específica é satisfeita, neste caso, o controlo eficaz da dor (Kolcaba, 1994).

A dor é um fenómeno complexo, cuja classificação é comumente realizada com base na fisiopatologia, sendo dividida em dor nociceptiva, neuropática e mista (Rolo et al., 2023).

A dor nociceptiva resulta de lesão tecidual e caracteriza-se pelo facto de o sistema nervoso permanecer intacto, ocorrendo em resposta a lesões nos tecidos periféricos (Rolo et al., 2023). Este tipo de dor é geralmente associado a estados de inflamação e pode ser subdividido em duas categorias: dor somática e dor visceral (Rolo et al., 2023). A dor somática é proveniente de lesões nos tecidos somáticos, como pele, músculos, articulações e ossos. Este tipo de dor é frequentemente bem localizado, de intensidade variável e descrito como latejante, ou em facadas (Rolo et al., 2023). Em CP, a dor somática ocorre, por exemplo, no contexto oncológico (metástases ósseas), geriátrico (fraturas ósseas e osteoartrite), em pessoas totalmente acamadas (lesões por pressão) e em doenças neurodegenerativas (espasmos musculares e distonia) (Rolo et al., 2023). Por ocorrer em diversas situações, o seu tratamento inclui diversas alternativas, sendo importante uma avaliação cuidadosa para uma intervenção terapêutica adequada e eficaz (Rolo et al., 2023). Por sua vez, a dor visceral é originada em órgãos internos, tais como o fígado, pâncreas, ou intestinos e é caracterizada como uma dor difusa, profunda e muitas vezes difícil de localizar. É comumente descrita como cólica, ou sensação de pressão (Rolo et al., 2023).

A dor neuropática ocorre devido a lesões ou disfunções no sistema nervoso, quer a nível periférico (nervos), quer a nível central (medula espinhal e cérebro) (Rolo et al., 2023). Caracteriza-se pela ocorrência de dor na ausência de lesão tecidual e, frequentemente, apresenta-se como queimadura, formigueiro ou sensação de choque elétrico. Este tipo de dor é associado a patologias como neuropatias periféricas, lesões medulares, diabetes e outras patologias que afetam o sistema nervoso. Em contexto de CP, surgem muito relacionadas com as doenças oncológicas (por invasão tumoral local, ou de modo secundário ao tratamento oncológico) (Rolo et al., 2023).

Em CP, a gestão da dor vai além da abordagem exclusivamente física, reconhecendo-se a

complexidade do sofrimento humano nas suas múltiplas dimensões (Castro et al., 2021).

A introdução do conceito de dor total, formulado por Cicely Saunders acontece em 1964, destacando a importância de considerar a dor numa visão multidimensional, ou seja, considerar os aspetos psicológicos, sociais, familiares e espirituais que influenciam a experiência de dor, além dos fatores fisiológicos (Castro et al., 2021). Esta conceção propõe que a dor não seja entendida apenas como uma sensação física, mas como um fenómeno complexo, no qual o ser humano é afetado na sua totalidade; a interação entre estas diferentes componentes exige uma abordagem integral no cuidado, que deve ser capaz de atender às diversas necessidades da pessoa (Castro et al., 2021).

Desde a introdução do conceito, a dor total tem-se consolidado como um pilar essencial na prática dos CP, pois reforça a compreensão de que o sofrimento não se limita a um sintoma físico, mas que é reflexo de uma série de fatores interligados, que devem ser abordados de maneira conjunta. Assim, a gestão da dor deve ser holística, levando em consideração todas as suas causas e manifestações (Castro et al., 2021).

O controlo adequado da dor em CP requer uma abordagem interdisciplinar. Profissionais de diferentes áreas da saúde, tais como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e capelães, devem colaborar no cuidado integral da pessoa em situação paliativa, não apenas para o alívio da dor física, mas também para a capacitação da pessoa e família/cuidador em enfrentar as preocupações e medos psicológicos, sociais e espirituais identificados (Rolo et al., 2023). Desta forma, o tratamento farmacológico deve ser complementado com estratégias de suporte emocional, social e espiritual, garantindo que a pessoa recebe um cuidado completo e digno durante o seu percurso de fim de vida (Rolo et al., 2023).

As opções farmacológicas de eleição para o tratamento da dor na pessoa em situação paliativa, nomeadamente com patologia oncológica, são os opióides (Coveler et al., 2021). O seu uso deve ter como objetivo otimizar a analgesia e melhorar a qualidade de vida, sendo imperativo que, na escolha do opióide, seja tida em conta a sua dosagem, titulação e gestão imediata dos efeitos secundários comuns e sejam considerados os riscos potenciais de abuso e dependência (Coveler et al., 2021). Dada a natureza dinâmica da dor e a variação da resposta individual aos opióides, a maioria das vezes é exigido um ajuste contínuo, o que implica uma monitorização constante dos resultados, de forma a obter uma resposta analgésica eficaz e individualizada (Coveler et al., 2021).

A gestão da dor na pessoa em situação paliativa é influenciada por diversos fatores, entre os quais os mitos face à gestão do regime terapêutico, nomeadamente os opióides (Herrera et al., 2020). Para muitas pessoas em situação paliativa, familiares e/ou cuidadores, o uso de opióides, nomeadamente da morfina, é considerado uma aceleração da morte; em muitos casos, prevalece ainda a preocupação de que os opióides utilizados para a gestão da dor apresentem um elevado risco de causar dependência (Coveler et al., 2021). Segundo Herrera e

colaboradores (2020), para uma gestão adequada da dor, importa que o profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro especialista, identifique os mitos presentes e esclareça que o aumento da dose de morfina se deve frequentemente à progressão da doença que causa aumento de dor, não descartando as necessidades psicológicas adjacentes da pessoa, tais como a angústia, o medo e a ansiedade, que podem alterar o seu limiar de dor.

Os efeitos secundários do uso de opióides incluem alterações gastrointestinais, prurido e sedação (Coveler et al., 2021). Desta forma, a inibição de peristaltismo e da eliminação gastrointestinal desencadeada pelos mesmos pode provocar efeitos como aumento e distensão abdominal, náuseas, anorexia e obstipação (Infarmed, 2024). Efeitos adversos graves podem incluir sintomas como a sedação excessiva, deficit cognitivo, delírio, alucinações, mioclonias, entre outros, quer de forma isolada, quer de forma combinada (Infarmed, 2024). De forma a obter uma gestão eficaz da dor e adesão da pessoa ao regime terapêutico, o profissional de saúde deve antecipar os potenciais efeitos secundários deste, nomeadamente através da prescrição de laxantes, antagonistas dos opióides e de agentes de motilidade (Coveler et al., 2021).

A rotação de opióides deve ser uma questão a considerar em pessoas em que a eficácia da gestão da dor seja inadequada apesar do aumento da dose, ou quando os efeitos secundários impedem o aumento da dose (Coveler et al., 2021). Todos os aspetos supracitados podem influenciar a gestão da dor pela pessoa em situação paliativa, nomeadamente na toma da medicação *pro re nata*.

Um fator determinante para a aplicação do princípio da autonomia na gestão da dor na pessoa em situação paliativa é a construção de uma relação terapêutica sólida (Carneiro et al., 2019). Nesse contexto, a elaboração do PIIC de forma informada depende do recurso a uma comunicação eficaz, que se configura como um elemento crucial para garantir a compreensão e a participação ativa da pessoa nas decisões terapêuticas (Carneiro et al., 2019). Tendo esta premissa presente, foi elaborado um documento em contexto do EC onde é abordada a importância da comunicação e o cuidado integral na multidimensionalidade da pessoa em situação paliativa, nomeadamente a relevância da comunicação no PICC, o papel da comunicação na tomada de decisão e a comunicação não verbal em CP. Nesse documento aborda-se também a Teoria das Relações Interpessoais Hildegard Peplau (TRIHP) e a comunicação na integração em CP, particularmente o primeiro contacto e o papel do silêncio na comunicação. Explora-se ainda o uso de ferramentas inovadoras de comunicação em CP (Anexo I).

Deste documento, ressalta a importância de o enfermeiro especialista estabelecer vínculos através da comunicação, valorizando o diálogo e utilizando-o como uma ferramenta central no processo de cuidado. A comunicação eficaz é fundamental para garantir cuidados de qualidade, humanizados e seguros, aliviando o sofrimento da pessoa em CP e dos familiares/cuidadores,

procurando sempre promover a melhor qualidade de vida para todos os envolvidos (Pacheco et al., 2020).

A comunicação em CP envolve diálogos profundamente personalizados e complexos sobre a morte e o processo de morrer, tornando a comunicação eficaz essencial para oferecer cuidados holísticos que atendem ao desconforto físico e emocional, além das necessidades espirituais, psicológicas e sociais, permitindo a tomada de decisão de forma compartilhada (Olsson et al., 2021).

Vivemos num tempo de mudanças profundas na forma como comunicamos, o que torna a comunicação uma poderosa ferramenta de transformação. O profissional deve valorizar as relações, fundamentando-se na ética, respeitando a autonomia e direcionando a sua atenção para a pessoa e não apenas para a doença (Jamarim et al., 2023).

O PICC é caracterizado pela integração dos objetivos do cuidado com a melhor forma de os implementar ao longo do tempo e no espaço, considerando todos os envolvidos no processo do cuidado. A implementação do PICC atende aos diferentes valores relacionais que o fundamentam, sendo que a comunicação é um pilar essencial para o sucesso da relação terapêutica entre todos os participantes (Carneiro et al., 2019). A criação de uma relação empática, baseada na abordagem multidisciplinar, auxilia o profissional de saúde a enfrentar o desafio de proporcionar um cuidado holístico à pessoa em todas as suas etapas, especialmente na fase final da vida (Carneiro et al., 2019).

Os momentos de silêncio desempenham um papel fundamental no processo de comunicação, especialmente no contexto dos CP. Mais do que a simples ausência de palavras, o silêncio pode ser uma estratégia terapêutica, permitindo ao profissional de saúde criar um espaço para reflexão e compreensão (Sequeira & Coelho, 2016). Para que essa ferramenta seja eficaz, é necessário desenvolver habilidades específicas, que permitam utilizá-la de maneira adequada (Sequeira & Coelho, 2016).

A TRIHP é amplamente reconhecida como um marco teórico fundamental em estudos sobre a comunicação nos cuidados de saúde, especialmente no contexto dos CP. Esta teoria tem o seu foco no processo interpessoal entre o profissional de enfermagem e a pessoa, destacando a comunicação como um componente essencial na construção de uma relação terapêutica e no alcance de objetivos comuns no cuidado (Franzoi et al., 2016; Almeida et al., 2005; Santos & Nóbrega, 1996).

No seguimento da elaboração do documento supra mencionado sobre a importância da comunicação e o cuidado integral na multidimensionalidade da pessoa em situação paliativa, foi realizada uma revisão narrativa - da qual resultou uma comunicação intitulada "O Papel do Silêncio na Comunicação em Cuidados Paliativos: uma Revisão Narrativa", no I Congresso Internacional sobre projetos de intervenção no envelhecimento e um artigo que será publicado

na revista Riage, no primeiro semestre do presente ano (Anexo II) -, com o objetivo de analisar o papel do silêncio na comunicação em CP, procurando identificar as suas diferentes manifestações e compreender como pode ser utilizado de forma terapêutica pelos profissionais de saúde, para melhorar a interação com a pessoa em situação paliativa e os seus cuidadores e/ou familiares. A pergunta de investigação que norteou esta revisão foi: “Qual a influência do silêncio na comunicação entre os profissionais de saúde e a pessoa em situação paliativa nos CP, e como pode ser utilizado de forma terapêutica para melhorar a qualidade dos cuidados prestados?” Os resultados do estudo demonstram que o silêncio, à luz da TRIHP, desempenha papéis distintos em cada fase da relação terapêutica, adaptando-se às necessidades emocionais, psicológicas e culturais da pessoa. Conclui-se que o silêncio é um recurso multifacetado, essencial na prática clínica em CP, que transcende a sua função técnica. A sua aplicação consciente contribui significativamente para a humanização dos cuidados, fortalecendo as relações interpessoais e promovendo um cuidado integral e centrado na pessoa.



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

O Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa constitui uma experiência de formação prática/ clínica, que tem por base objetivos de nível avançado, com a finalidade do desenvolvimento de competências, de juízo crítico, de planeamento e de decisão em situações complexas nessa área profissional. O EC foi realizado numa ECSCP.

Segundo a Base XVIII da Lei de Bases de Cuidados Paliativos: “A equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos: a) Presta cuidados paliativos específicos a doentes que deles necessitam e apoio às suas famílias ou cuidadores, no domicílio, para os quais seja solicitada a sua atuação; b) Presta apoio e aconselhamento diferenciado, em cuidados paliativos, às unidades de cuidados de saúde primários, nomeadamente às unidades de cuidados na comunidade e às unidades e equipas da rede nacional de cuidados continuados e integrados; c) Assegura formação em cuidados paliativos dirigida às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários. 2 - A equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos pode estar integrada numa unidade funcional de cuidados de saúde primários ou na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, dispondo de recursos específicos.” (Lei n.º 52/2012, 2012, p.5122).

Na elaboração do projeto de desenvolvimento de competências, no início do estágio clínico, foram elencados objetivos específicos (anexo III), com o propósito de operacionalizar o objetivo primordial do desenvolvimento de competências profissionais especializadas no processo de diagnóstico e de intervenção diferenciada, adotando-se como foco a importância da comunicação no estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa em situação paliativa e seus respetivos cuidadores/familiares e na autogestão da dor por parte da pessoa em situação paliativa.

Subjacente à escolha do local deste estágio esteve a necessidade de aprofundar a compreensão das dinâmicas da equipa de CP em contexto domiciliário e o seu impacto no cuidado à pessoa.

A ECSCP é multidisciplinar, composta por enfermeiros, médicos, assistente social e psicólogo, o último em regime de tempo parcial.

A sede está localizada numa unidade de saúde inserida na área geográfica abrangida pela equipa. Neste espaço, a equipa dispõe de uma sala equipada com computadores, um gabinete utilizado maioritariamente pelo assistente social, uma sala destinada a armazém e um espaço com cacifos de uso exclusivo dos elementos que compõem a equipa. Para além das instalações descritas, a equipa partilha com os restantes profissionais da unidade de saúde algumas áreas

comuns, nomeadamente as casas de banho, a sala de refeições e a sala de reuniões.

O horário de funcionamento atual da equipa é de segunda a sexta-feira, entre as 08h00 e as 20h00. No entanto, a curto/médio prazo, prevê-se a extensão deste horário para os fins-de-semana. Procura-se, preferencialmente, que em cada turno, estejam presentes dois enfermeiros: um que acompanha a equipa médica nas visitas domiciliárias, deslocando-se com o apoio de um motorista, enquanto o outro permanece na sede, assegurando a gestão dos contactos telefónicos e coordenando aspetos logísticos, tais como o pedido de material e a agilização das referências para integração na equipa. A equipa presta CP à pessoa com doença grave e/ou incurável e progressiva no domicílio, apoio e orientação e ensinamentos aos familiares e/ou cuidadores na prestação de cuidados à pessoa com doença grave e/ou incurável e progressiva no domicílio e também apoio no luto destes.

Para além dos cuidados prestados no domicílio, a equipa tem também um importante papel de consultoria e assistência não presencial. Para este efeito, durante o horário de funcionamento da equipa, está disponível um contacto telefónico, que a pessoa em situação paliativa e os seus cuidadores e/ou familiares podem utilizar, para dar informações sobre evoluções do estado clínico da pessoa e partilhar possíveis intercorrências e/ou para solicitar esclarecimentos ou validar procedimentos. Os contactos telefónicos são realizados preferencialmente no início do turno da manhã, de forma a facilitar o planeamento das visitas diárias, de acordo com as necessidades identificadas nas pessoas seguidas pela equipa.

No período de sobreposição da equipa do turno da manhã com o turno da tarde, ocorre diariamente uma reunião, onde são identificadas as necessidades da pessoa em situação paliativa e seus familiares/cuidadores e são discutidos os cuidados prestados à pessoa em situação paliativa aquando das visitas realizadas.

Uma vez por semana ocorre uma reunião geral de serviço, onde se procede à partilha de informação entre todos os membros da equipa relativamente a todas as pessoas alvo de cuidados. Nesse momento, privilegia-se também a partilha de conteúdos científicos sobre temáticas pertinentes e úteis para os intervenientes, sendo um momento de grande relevância para a partilha de conhecimentos e o reforço de competências de todos os profissionais da ECSCP.

A ECSCP desempenha funções num modelo de trabalho interdisciplinar, sendo a comunicação uma ferramenta essencial. A boa relação entre os vários elementos que constituem a equipa contribui, de modo decisivo, para uma maior adequação das intervenções às necessidades da pessoa em situação paliativa e respetivos cuidadores/familiares, o que permite uma atualização constante dos planos de cuidados às necessidades atuais (reais e potenciais) de cada caso clínico, com reformulações e ajustes sempre que a situação assim o exija.

A equipa desenvolve, ainda, importantes iniciativas de formação ao exterior na temática dos CP,

sendo que, durante o período de realização do EC, promoveu diversas dinâmicas formativas a equipas de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI's) da sua área geográfica de atuação.

De acordo com o projeto de implementação da ECSCP onde o EC se realizou (e cuja identificação aqui se não disponibiliza, para preservação do anonimato da mesma), a equipa tem como propósitos contribuir para a melhoria das condições de vida e de bem-estar da pessoa em situação paliativa; apoiar e acompanhar, em termos tecnicamente adequados, a situação clínica da pessoa em situação paliativa; melhorar continuamente a qualidade dos cuidados prestados; apoiar os familiares e/ou cuidadores informais na prestação dos cuidados; articular com outras entidades da rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação; permitir o acesso atempado e equitativo da pessoa em situação paliativa e dos seus familiares aos CP abrangidos pela área geográfica de atuação da equipa; preservar a pessoa no domicílio, desde que seja essa a sua vontade e sempre que o apoio domiciliário possa garantir os CP adequados à manutenção do conforto e qualidade de vida; e antecipar as necessidades e planeamento das respostas em matéria de CP.

Os critérios de admissão vão, no geral, ao encontro do que está plasmado no Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP 2023/2024), que estabelece diretrizes gerais para a implementação e organização dos CP em Portugal, promovendo o acesso universal e equitativo a estes cuidados. Entre os seus princípios fundamentais estão a inclusão de todas as pessoas com doença crónica avançada, independentemente da patologia e a integração dos CP em diferentes níveis assistenciais, incluindo hospitais, ERPI's e domicílio. O PEDCP destaca, também, a necessidade de sistemas de referenciação eficientes, garantindo tempos de resposta rápidos e suporte adequado aos cuidadores, nomeadamente em contexto domiciliário.

São critérios cumulativos de admissão na equipa: ter domicílio na área de abrangência da referida equipa; ter diagnóstico definitivo de doença crónica avançada e progressiva e idade igual ou superior a dezoito anos (até junho de 2020 a equipa admitia apenas pessoas com doença oncológica; após junho de 2020 foi realizada a admissão progressiva, de modo faseado, de pessoas com doença não oncológica: primeiramente com demência, depois com falência de órgãos e, por último, com doenças neurodegenerativas); a pessoa alvo de cuidados por parte da equipa tem de ter um cuidador capaz, o qual não tem de ter necessariamente laços de parentesco com aquela, mas tem de se responsabilizar e assegurar a prestação de cuidados básicos regulares; a prestação dos cuidados pela equipa tem de ser aceite pela pessoa, tendo esta que assinar um consentimento informado, com aceitação da prestação de cuidados presenciais no domicílio e contactos não presenciais (note-se que a equipa presta apoio nas residências particulares e em ERPI's); a pessoa em situação paliativa tem de ter grau de dependência elevado; e, por último, estar em situação de descontrolo sintomático.

Assinale-se merecer reflexão o facto de a extensão e rigor dos critérios cumulativos

estabelecidos para admissão na ECSCP poder, na prática, limitar o acesso precoce a CP, em sentido contrário ao preconizado no PEDCP. Trata-se, no entanto, de uma opção justificada pela natureza relativamente recente da ECSCP e pela limitação ao nível dos meios humanos de que esta dispõe na atualidade, sendo notória a preocupação com o reforço do espaço de atuação da equipa e da sua adequação ao PEDCP, de que é exemplo o alargamento do âmbito de intervenção ocorrido em julho de 2020 e mencionado supra.

A referenciação para a ECSCP pode ser realizada de diversas formas, sendo mais comumente realizada pelo médico de família e equipa intra-hospitalar da mesma ULS, o que reflete a importância da continuidade de cuidados e da comunicação interprofissional e interdisciplinar. A primeira observação é, preferencialmente, realizada setenta e duas horas após a referenciação, permitindo uma resposta rápida e eficaz às necessidades da pessoa em situação paliativa. Este prazo é consonante com a consciência da relevância de uma intervenção atempada e célere, que permita a identificação das necessidades e a elaboração do PIIC, através de um planeamento precoce e personalizado, reforçando a importância de uma atuação proativa em vez de reativa. A intervenção antecipada na pessoa em situação paliativa permite também o envolvimento dos cuidadores/familiares desde o início do processo, o que se revela especialmente crucial em contexto domiciliário, para garantir um cuidado humanizado e centrado na pessoa (Carneiro et al., 2019).

Como enfermeira generalista, a atuação profissional da mestranda limitou-se ao contexto hospitalar, pelo que a escolha da realização do EC numa ECSCP teve como objetivo principal experienciar uma realidade de cuidados distinta. O cuidado da pessoa em situação paliativa e o apoio aos seus cuidadores/familiares em contexto domiciliário permite o desenvolvimento de novas competências técnicas e emocionais, através da gestão de situações complexas a nível de controlo sintomático, bem como do apoio emocional, psicológico e espiritual num contexto mais familiar e controlado pela pessoa em situação paliativa. A abordagem à pessoa no seu contexto domiciliário permite um crescimento e enriquecimento profissional, uma vez que promove a humanização de cuidados e uma visão holística da pessoa no seu contexto, ou seja, se a nível hospitalar o ambiente de cuidados é controlado maioritariamente pelo profissional, a nível domiciliário o profissional adapta-se ao contexto da pessoa e dos seus cuidadores/familiares.

Outra razão desta escolha prende-se com o facto de a mesma potenciar a possibilidade de desenvolver habilidades comunicacionais, de forma empática e eficaz, de forma a promover o estabelecimento de uma relação terapêutica que permita a tomada de decisão compartilhada por todos os envolvidos no processo do cuidar.

### **3. CONCEÇÃO DE CUIDADOS A UMA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA NO CONTEXTO DE UMA ECSCP\_ CASO 1**

Pessoa sexo feminino com 93 anos, referenciada pela EIHSCP por degradação do estado geral, previsível a curto prazo e dor não controlada. Provável neoplasia pancreática.

#### **3.1. Enquadramento teórico**

Nota prévia: os casos clínicos descritos neste relatório são de natureza fictícia e foram criados exclusivamente para fins pedagógicos. O objetivo da sua elaboração é proporcionar uma base prática para a análise e discussão dos temas abordados, não refletindo situações clínicas reais. A escolha do caso clínico em questão foi motivada pela condição da pessoa em situação paliativa apresentar um quadro de descontrolo sintomático, nomeadamente no que concerne à dor. Este cenário possibilitou a exploração detalhada do tema central do presente relatório: a autogestão da dor, à luz do princípio da autonomia da pessoa em situação paliativa.

#### **CENÁRIO INICIAL**

Pessoa do sexo feminino, com cerca de 90 anos, referenciada pela Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) em contexto de provável neoplasia do pâncreas e dor não controlada. Face à idade e comorbilidades, foi proposta terapêutica de suporte em consulta de grupo.

A Senhora (Sr<sup>a</sup>) Y realizou uma ressonância magnética abdominal onde justifica a suspeita de diagnóstico. No exame realizado, confirmou-se a presença de uma lesão nodular ligeiramente heterogénea, bem delimitada, localizada em contacto com a cauda do pâncreas, não se verificando alterações no restante órgão. O fígado, o baço, os rins e as glândulas biliares não apresentavam alterações e não foi observada dilatação das vias biliares. Não foi identificada ascite, nem adenomegalias. Foi recomendada a realização de biópsia, a qual não se realizou, pelo facto de já decidido previamente em reunião de grupo, cuidados de suporte.

A pessoa esteve internada no serviço de cirurgia geral devido a uma colangite, tendo sido submetida à colocação de um dreno biliar misto, com drenagem interna ativa e com a drenagem externa clampada para favorecer a drenagem interna. O percurso clínico foi

complicado por um hematoma subcapsular junto ao lobo hepático esquerdo, posteriormente resolvido. Cerca de três meses depois, foi colocada uma prótese biliar definitiva, com a resolução do quadro de icterícia obstrutiva.

Tem como principais antecedentes: sigmoidectomia (neoplasia sigmóide em 2018), hipertensão arterial, cirurgia às cataratas em 2020 e é portadora de pacemaker. Apresenta também hipoacusia acentuada.

A Sr<sup>a</sup> Y. é viúva, tem duas filhas e reside com uma delas, que é a sua principal cuidadora desde que ficou viúva, há cerca de seis anos. Possui cama articulada e outras ajudas técnicas e ainda deambula com apoio unilateral. A Sr<sup>a</sup> Y. intercala cama e cadeirão durante o dia, com a assistência da filha. Tem por hábito deitar-se depois das 22h e faz uma sesta durante o dia, preferencialmente em decúbito lateral direito, posição de conforto para a mesma. A filha assiste nos autocuidados, nomeadamente higiene, vestir e despir, transferir e andar.

Como medicação do domicílio, a Sr<sup>a</sup> Y. estava a fazer: Pantoprazol 40 miligramas (mg) jejum; Prednisolona 40 mg (manhã); Domperidona 10 mg (almoço e jantar) e Furosemida 40 mg (manhã). Todos administrados por via oral.

A integração da Sr<sup>a</sup> Y. na ECSCP deveu-se ao facto de apresentar um grau de dependência elevado e descontrolo sintomático, nomeadamente dor não controlada. Tinha também domicílio na área geográfica de atuação da equipa e apresentava um diagnóstico de uma doença grave e incurável. Tal como já mencionado anteriormente, a integração na ECSCP pressupõe um cuidador, que nesta situação era a filha com quem residia.

Aquando da admissão da pessoa em situação paliativa na ECSCP, e como forma de ajustar e planear os melhores cuidados naquela situação específica, são aplicados a Palliative Performance Scale (PPS) e a Edmonton Symptom Assessment System (ESAS).

A PPS consiste numa escala de avaliação de desempenho da pessoa em situação paliativa. Os parâmetros que a escala avalia são: deambulação, nível de atividade e evidência da doença, autocuidado, capacidade de ingestão alimentar e nível de consciência. A pontuação da escala aumenta sempre em intervalos de 10% (Serenó et al., 2022). Haverá parâmetros que facilmente se subsumem a um determinado nível, mas há casos em que podem surgir dúvidas sobre a sua subsunção a um nível superior ou inferior; nestas situações, deve optar-se pelo nível que melhor se adequa à pessoa em questão (Serenó et al., 2022) (Anexo IV).

No caso em análise, a Sr<sup>a</sup> Y. apresentava uma PPS de 50%. Este dado reveste-se de importância para a avaliação global do estado funcional da pessoa, indicando uma limitação moderada nas suas atividades diárias. Uma PPS de 50% sugere que a Sr<sup>a</sup> Y era capaz de realizar algumas atividades básicas, mas apresentava dificuldade em manter a independência nas tarefas de vida diária, exigindo assistência parcial de terceiros. Este valor contribui para a definição do PICC e de orientações sobre os cuidados de suporte, refletindo a gravidade da

condição e as limitações funcionais presentes no momento.

A ESAS é um instrumento que permite avaliar e monitorizar nove sintomas físicos e psicológicos em pessoas em situação paliativa, sendo eles: a dor, o cansaço, a sonolência, a náusea, o apetite, a falta de ar, a depressão, a ansiedade e o bem-estar (Monteiro et al., 2010). Este instrumento permite que os profissionais de saúde conheçam os sintomas apresentados pela pessoa para, desta forma, melhor planearem intervenções específicas e individualizadas, bem como para acompanharem os resultados em relação à terapêutica e intervenções aplicadas (Monteiro et al., 2010) (Anexo V).

Segundo a avaliação da ESAS, numa escala de 0 a 10 a Sr<sup>a</sup> Y apresentava os seguintes valores.: Dor - 8; Cansaço - 6; Sonolência - 0; Náusea - 0; Apetite - 1; Falta de Ar - 0; Depressão - 2; Ansiedade - 2; Sensação de Bem-Estar - 3;

### **Neoplasia do pâncreas**

O pâncreas é um órgão anexo do sistema digestivo, que se localiza na cavidade abdominal. A sua posição é retroperitoneal, localizando-se posteriormente ao estômago. Este órgão é dividido anatomicamente em três partes: cabeça, corpo e cauda. A cabeça encontra-se na concavidade formada pela curva do duodeno e a cauda está localizada junto ao baço (Nobeschi et al., 2012).

O adenocarcinoma do pâncreas é um dos tumores sólidos de pior prognóstico, sendo o tratamento cirúrgico o único potencialmente curativo (Amico et al., 2008). Trata-se da sétima causa mais comum de morte por neoplasia, com uma taxa de incidência crescente em várias regiões do mundo (Calzada et al., 2024). A incidência varia geograficamente, sendo mais alta em países desenvolvidos, como os Estados Unidos e alguns países da Europa e mais baixa em países da África e da Ásia (Calzada et al., 2024). Estes tipos de neoplasias são raros antes dos 30 anos e muito comuns a partir dos 60 anos (Nobeschi et al., 2012).

Estima-se que a taxa de sobrevivência em cinco anos para pessoas diagnosticadas com neoplasia do pâncreas seja inferior a 10%, tendo como causa principal o diagnóstico tardio e a agressividade do tumor (Calzada et al., 2024). Tal como já referido, o pâncreas é um órgão retroperitoneal, pelo que a sua inervação sensitiva para a dor é escassa. Desta forma, a neoplasia do pâncreas desenvolve-se muitas vezes de forma impercetível, sem causar sintomas, e a sua evolução é rápida, o que significa que, na maioria dos casos, quando detetado já se encontra em estádios avançados, comumente na presença de doença metastática (Amico et al., 2008).

A icterícia caracteriza-se pela coloração amarelada da pele e mucosas e ocorre devido ao aumento de bilirrubinas no plasma e nos tecidos. Nos seus mecanismos fisiopatológicos estão o aumento na produção, diminuição da captação e na conjugação da bilirrubina e/ou diminuição

na excreção (Guerra et al., 2014). No caso da icterícia obstrutiva, esta ocorre quando há um impedimento da chegada da bile ao duodeno secundário, ocorrendo obstrução das vias biliares intra e/ou extra-hepáticas (Guerra et al., 2014). Nos casos de neoplasias pancreáticas não ressecáveis cirurgicamente, a icterícia pode ser paliada por procedimentos menos invasivos do que o cirúrgico, como a utilização de próteses percutâneas, ou por via endoscópica (Artifon et al., 2010).

### **Integração da Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba no caso**

As teorias de enfermagem constituem a base fundamental da profissão, proporcionando os fundamentos teóricos essenciais à sua existência (Silva & Nascimento, 2023). Ao legitimarem a prática, conferem identidade à enfermagem, distinguindo-a de outras áreas do saber e garantindo a sua autonomia, através de um conhecimento próprio. Elas orientam e sustentam a prática de enfermagem, permitindo a estruturação de cuidados ajustados ao contexto e às necessidades específicas da pessoa, da sua família/cuidadores e da comunidade, promovendo, assim, uma abordagem holística do cuidado (Silva & Nascimento, 2023).

A TCKK é uma teoria de médio alcance, cujo objetivo é estabelecer o conforto holístico para a pessoa e sua família/cuidador, fazendo com que haja um envolvimento destes nos cuidados e promovendo que adotem comportamentos de procura de saúde (Silva & Nascimento, 2023).

Com base na TCKK, o conforto é avaliado tendo por base a condição vivenciada pelas pessoas quando recebem intervenções destinadas à sua promoção.

Trata-se de uma experiência imediata e holística, na qual a pessoa é fortalecida através da satisfação das necessidades associadas aos três tipos de conforto e às quatro dimensões dessa experiência (Silva & Nascimento, 2023). Os tipos de conforto são definidos como: alívio (condição em que uma pessoa vê uma necessidade específica satisfeita, consistindo na atenuação do desconforto); tranquilidade (estado de calma ou contentamento, alcançado pela satisfação de necessidades específicas de forma mais duradoura); e transcendência (nível mais elevado de conforto, no qual a pessoa supera os seus problemas e sofrimento, tendo a capacidade de ultrapassar desconfortos mesmo quando estes não podem ser erradicados) (Silva & Nascimento, 2023).

Por sua vez, a TCKK define as dimensões nas quais o conforto pode ser experimentado como: física (pertencente às sensações do corpo), psico-espiritual (pertencente à consciência interna de si próprio, incluindo a autoestima, o conceito de si mesmo, a sexualidade e o significado da vida e a relação com uma ordem ou um ser superior), ambiental (pertencente ao meio, às condições e influências externas) e o social (pertencente às relações interpessoais familiares e sociais) (Dowd, 2004).

O recurso à teoria da TCKK na análise deste caso clínico foi motivado pela relevância que as intervenções destinadas a proporcionar conforto assumiam neste caso, para a promoção do bem-estar e da qualidade de vida da Sr<sup>a</sup> Y e que vão ao encontro da missão dos CP, tal como consagrada na sua Lei de Bases:

“cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais.” (Lei n.º 52/2012, 2012, p.5119).

A TCKK como referencial teórico permite um cuidado compassivo à pessoa em situação paliativa, aliviando o sofrimento e o desconforto e promovendo um cuidado humanizado. Sendo o tema primordial deste relatório a gestão da dor, presente na Sr<sup>a</sup> Y (segundo avaliação da escala de ESAS e a escala numérica da dor apresentava um valor 8, e a Sr<sup>a</sup> Y durante a visita proferiu expressões como: "parecem facas a espetarem-se nas costas" e "é uma dor insuportável..."), foram planeadas intervenções de forma a alcançar conforto, nomeadamente, na dimensão física e no tipo de conforto "alívio", um dos domínios de atenção do enfermeiro especialista.

## **3.2. Clientes**

### **Cliente**

Adulto | Idade: 93 anos | Feminino

## Cuidador

30-10-2024 10:00

30-10-2024 10:00 - Parentesco: filha / filho.

30-10-2024 10:00 - Coabita com a pessoa dependente.

30-10-2024 10:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

30-10-2024 10:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

30-10-2024 10:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

04-11-2024 10:00

04-11-2024 10:00 - Parentesco: filha / filho.

04-11-2024 10:00 - Coabita com a pessoa dependente.

04-11-2024 10:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

04-11-2024 10:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

04-11-2024 10:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

## 3.3. Medicação

| Início              | Medicação  | Fim |
|---------------------|--|-----|
| 2024-10-30 10:00:00 | Dexametasona 4mg/ml SC (manhã)   |     |
| 2024-10-30 10:00:00 | Fentanilo TD 12,5 ug/h (3/3 dias )   |     |
| 2024-10-30 10:00:00 | Pantoprazol 40 mg VO (manhã em jejum)  |     |
| 2024-10-30 10:00:00 | Furosemida 40 mg VO (manhã)  |     |
| 2024-10-30 10:00:00 | Domperidona 10 mg VO (SOS até 3 vezes dia)   |     |
| 2024-10-30 10:00:00 | Paracetamol 1 gr VO (SOS até de 6/6h)  |     |
| 2024-10-30 10:00:00 | Morfina 10 mg/5 ml (4 gotas) VO ( SOS 2/2horas até 6 vezes dia)  |     |
| 2024-10-30 10:00:00 | Polietilenoglicol 10 gr VO (noite 1 saqueta)   |     |
| 2024-10-30 10:00:00 | Citrato de sódio + Laurilsulfoacetato de sódio 450 mg/5 ml + 45 mg/5 ml VR ( 2 bisnagas se obstipação de 3 dias) |     |
| 2024-10-30 10:00:00 | Lorazepam 1 mg VO (noite)  |     |

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

Um dos pilares dos CP é o controlo de sintomas, sendo o tratamento farmacológico uma das ferramentas fundamentais para a sua efetivação. Assim, com base no caso clínico em estudo, proceder-se-á à análise das principais características dos fármacos prescritos, abrangendo as suas indicações clínicas, potenciais reações adversas e efeitos secundários, bem como os aspetos mais relevantes que requerem particular atenção por parte do EEEMCAEPSP.

**Morfina** (4 gotas via oral): opióide

Indicações clínicas: A morfina é um analgésico opióide indicado para o alívio da dor, sendo igualmente utilizada em CP no controlo da dispneia e da tosse refratária (Lira et al., 2024).

Mecanismos de ação/ Pico de ação: O seu mecanismo de ação baseia-se na atividade agonista sobre os recetores opióides no sistema nervoso central, nomeadamente os recetores  $\mu$  ( $\mu$ ) e  $\kappa$  ( $\kappa$ ). Os recetores  $\mu$  estão associados à analgesia supraespinal e à depressão respiratória, enquanto os recetores  $\kappa$  desempenham um papel na analgesia espinal, na miose e na sedação (Martins et al., 2012). A morfina é metabolizada tanto a nível hepático, como renal e intestinal, sendo maioritariamente excretada a nível renal (Deglin & Vallerand, 2009).

Contra Indicações: Hipersensibilidade ou alergia conhecida à morfina ou a outros analgésicos opióides; Insuficiência respiratória grave; Função hepática e renal comprometida (Deglin & Vallerand, 2009).

Indicações para a prática de enfermagem: A via oral deve ser, quando segura, a privilegiada (Pontalti et al., 2012). O fármaco é rapidamente absorvido através do trato gastrointestinal após administração oral (Infarmed, 2024). A mucosa oral é altamente vascularizada, permitindo a passagem direta dos fármacos para a corrente sanguínea, devendo salientar-se a importância de ter a mucosa oral húmida aquando da administração do fármaco (Deglin & Vallerand, 2009).

Potenciais reações adversas e efeitos secundários: Os principais efeitos secundários da morfina são as náuseas, vômitos, obstipação e sonolência. Quanto aos sinais de sobredosagem mais frequentes temos a depressão respiratória, sonolência com progressão para letargia e coma (Infarmed, 2024).

Relevância para o caso Clínico: Segundo o Infarmed, um dos efeitos secundários mais frequentes deste tipo de medicação é a obstipação. Por este motivo, justifica-se a prescrição, nesta situação, de fármacos laxantes, como prevenção deste diagnóstico (Polietilenoglicol e o Citrato de Sódio + Laurilsulfoacetato de Sódio).

**Dexametasona** (4mg via SC): anti-inflamatório esteróide

Indicações clínicas: A Dexametasona é um anti-inflamatório esteróide, imunossupressor e é usada no tratamento de diversas situações, nomeadamente doenças neoplásicas, estados edematosos e doenças gastrintestinais (Deglin & Vallerand, 2009).

Mecanismos de ação/ Pico de ação: A Dexametasona é um potente agonista de glucocorticoides, cujo mecanismo de ação envolve a ligação aos receptores glicocorticóides citoplasmáticos específicos, com elevada afinidade, inicialmente não ligada, a Dexametasona atravessa as membranas celulares e liga-se a esses receptores, formando um complexo que, por sua vez, se

associa a elementos de DNA conhecidos como elementos de resposta glucocorticóide. Este processo resulta na alteração da transcrição genética e, conseqüentemente, na síntese de proteínas com efeitos anti-inflamatórios. Entre os efeitos fisiológicos mais relevantes da Dexametasona destaca-se a inibição da infiltração de leucócitos no local da inflamação, a interferência na função de mediadores inflamatórios e a supressão de respostas imunes humorais (Deglin & Vallerand, 2009). Além disso, a Dexametasona contribui para a redução do edema e do tecido cicatricial, acreditando-se que a sua ação anti-inflamatória seja mediada, em parte, pela fosfolipase A2 e pelas proteínas inibidoras, lipocortinas, as quais regulam a biossíntese de mediadores inflamatórios potentes, como as prostaglandinas e leucotrienos (Deglin & Vallerand, 2009).

Contra Indicações: Hipersensibilidade à Dexametasona; Diabetes mellitus descompensado; Síndrome de Cushing (Deglin & Vallerand, 2009).

Indicações para a prática de enfermagem: A administração de dexametasona requer por parte do enfermeiro devido vigilância dos seus potenciais efeitos adversos: retenção de líquidos, hiperglicemia, hipertensão (Deglin & Vallerand, 2009). O enfermeiro tem um papel essencial na educação da pessoa e na vigilância constante dos resultados do tratamento.

Potenciais reações adversas e efeitos secundários: O risco de reações adversas, tanto sistêmicas como locais, aumenta com a duração do tratamento, ou com a frequência de administração. São de incidência menos frequente o aparecimento de visão turva, polidipsia, ardor, dor e formigamento na região da administração, perturbações psíquicas e erupção cutânea. Durante o uso a longo prazo podem ocorrer sintomas como: ardor abdominal, melenas, Síndrome de Cushing, hipertensão arterial, câibras, mialgias, náuseas, vômitos e miopatia. Este fármaco não deve ser interrompido de forma súbita, uma vez que pode provocar sintomas de abstinência (Deglin & Vallerand, 2009). O risco de reações adversas, tanto sistêmicas como locais, aumenta com a duração do tratamento, ou com a frequência de administração. São de incidência menos frequente o aparecimento de visão turva, polidipsia, ardor, dor e formigamento na região da administração, perturbações psíquicas e erupção cutânea. Durante o uso a longo prazo podem ocorrer sintomas como: ardor abdominal, melenas, Síndrome de Cushing, hipertensão arterial, câibras, mialgias, náuseas, vômitos e miopatia. Este fármaco não deve ser interrompido de forma súbita, uma vez que pode provocar sintomas de abstinência (Deglin & Vallerand, 2009).

Relevância para o caso Clínico: Um dos efeitos secundários mais frequentes deste fármaco é a náusea, à semelhança do que ocorre com os opióides, o que justifica que lhe tenha sido prescrito Domperidona, fármaco que atua na motilidade gástrica, prevenindo a náusea e o vômito (Infarmed, 2023). Tendo em conta os efeitos referidos e a análise do caso clínico, justifica-se a administração deste fármaco de manhã, é igualmente importante vigiar uma eventual redução da ingestão alimentar após o início do tratamento. A Dexametasona é um fármaco incompatível com a administração simultânea de outros fármacos por via SC, o que

justifica o facto de a pessoa em situação paliativa ter apenas um cateter subcutâneo, dado que, neste momento, este era o único fármaco a ser administrado por essa via. (Siqueira et al., 2021).

**Fentanilo** (12,5 ug/h TD): opióide

Indicações clínicas: O Fentanilo é um opióide utilizado principalmente como analgésico.

Mecanismos de ação/ Pico de ação: Os recetores opióides estão acoplados aos recetores da função da proteína G e funcionam como reguladores positivos e negativos da transmissão sinática através de proteínas G que ativam proteínas efetoras. A ligação do opióide estimula o intercâmbio de GTP por GDP no complexo da proteína G. Tal como o sistema efector da adenilato ciclase e AMPc localizado na superfície interna da membrana plasmática, os opióides diminuem o cAMP intracelular mediante a inibição da adenilato ciclas (Deglin & Vallerand, 2009). Subsequentemente, é inibida a libertação de neurotransmissores nociceptivos, tais como a substância P, o GABA, dopamina, acetilcolina e noradrenalina. Os opióides também inibem a libertação de vasopressina, somatostatina, insulina e glucagon. A atividade analgésica de Fentanilo deve-se, muito provavelmente, à sua conversão em morfina. Os opióides próximos dos canais tipo N funcionam com a tensão do cálcio (agonistas do recetor OP2) e canais abertos interiormente dependentes dos retificadores dos canais de potássio (OP3 e agonista do recetor OP1). Isto resulta em hiperpolarização e reduz a excitabilidade neuronal (Deglin & Vallerand, 2009).

Contra Indicações: Hipersensibilidade ao Fentanilo ou a qualquer um dos componentes do selo; Insuficiência hepática ou renal grave; uso concomitante com inibidores da monoamina oxidase (IMAO) (Deglin & Vallerand, 2009).

Indicações para a prática de enfermagem: O sistema transdérmico deve ser trocado a cada 72 horas e durante a utilização não deve ser exposto ao calor direto, pelo facto de poder resultar num aumento da quantidade de fármaco libertado. Antes da colocação, é importante assegurar que a pele está completamente limpa e seca. O selo deve ser aplicado numa superfície plana do tórax, braço ou coxa, em local visível e de preferência sem pêlos. Caso seja necessário realizar a tricotomia, os pêlos devem ser cortados e não raspados, reduzindo o risco de provocar feridas ou irritação da superfície de aplicação; a zona de aplicação deve ser higienizada somente com água pura e não devem ser utilizados sabões, óleos ou qualquer outro agente que possa irritar ou alterar as características da pele. O selo transdérmico deve ser pressionado firmemente no local, com a palma da mão, por aproximadamente 30 segundos. Após as 72 horas, o novo adesivo deve ser aplicado num local diferente, após a remoção do adesivo transdérmico anterior (Infarmed, 2022).

Potenciais reações adversas e efeitos secundários: Os efeitos secundários mais comuns são a sonolência, a depressão respiratória, o rash cutâneo, as náuseas e vômitos, a obstipação, tonturas e cefaleias (Infarmed, 2022).

Relevância para o caso Clínico: Ao iniciar um opióide transdérmico, como neste caso clínico, é importante ter em conta a farmacocinética da absorção do Fentanilo; as concentrações séricas aumentam de forma gradual, atingindo a concentração máxima ao fim de 24 horas, pelo que o efeito analgésico só pode ser avaliado após esse período. Por essa razão, os fármacos de gestão da dor não devem ser descontinuados nas primeiras 12 horas após a substituição da terapêutica. (Pedro & Silva, 2017).

No caso clínico em análise, foram realizados ensinamentos à cuidadora, para que não interrompesse a administração de morfina *pro re nata*, proporcionando-lhe a segurança necessária para atuar, com a certeza de que não correria risco de sobredosagem.

**Lorazepam** (1 mg oral): benzodiazepinas

Indicações clínicas: O Lorazepam pertence ao grupo farmacológico das benzodiazepinas.

Mecanismos de ação/ Pico de ação: O mecanismo de ação não está completamente esclarecido, admitindo-se que este seja mediado através do neurotransmissor inibitório ácido  $\gamma$ -aminobutírico (GABA) (Deglin & Vallerand, 2009). As benzodiazepinas atuam, possivelmente, a nível límbico, talâmico e hipotalâmico do sistema nervoso central. A ação das benzodiazepinas no sistema nervoso central dá-se ao nível do complexo macromolecular que inclui recetores GABA, recetores com alta afinidade para as benzodiazepinas e canais de cloro, embora não esteja ainda totalmente esclarecida a relação precisa entre os locais de ação das benzodiazepinas e os canais de cloro regulados pelo GABA. As interações alostéricas dos recetores centrais das benzodiazepinas com os recetores GABA, e a subsequente abertura dos canais de cloro, parecem contribuir para desencadear a ação das benzodiazepinas a nível do sistema nervoso central (Deglin & Vallerand, 2009).

Contra Indicações: Hipersensibilidade ao Lorazepam; Insuficiência respiratória grave; Síndrome de apneia do sono não tratada; Uso concomitante com álcool ou outros depressores do Sistema Nervoso Central (Deglin & Vallerand, 2009).

Indicações para a prática de enfermagem: O uso de lorazepam envolve, principalmente, a vigilância contínua da pessoa, a educação sobre o uso adequado do medicamento e a gestão de possíveis efeitos adversos, como sedação excessiva e risco de dependência. O enfermeiro tem um papel fundamental na prevenção de complicações, no apoio emocional e na colaboração com a equipe interdisciplinar para ajustar o tratamento conforme necessário.

Potenciais reações adversas e efeitos secundários: Os efeitos secundários mais comuns deste fármaco são a sedação, sonolência durante o dia, confusão, capacidade de reação diminuída, fadiga, cefaleias, tonturas, astenia, ataxia e alterações oculares, incluindo visão dupla e ocorrem predominantemente no início da terapêutica, desaparecendo, em geral, com a continuação do tratamento (Deglin & Vallerand, 2009). Outros efeitos adversos, como problemas gastrointestinais (náuseas e obstipação), alterações da libido, reações alérgicas cutâneas ou alopecia foram referidos ocasionalmente (Deglin & Vallerand, 2009).

Relevância para o caso Clínico: A utilização simultânea do Lorazepan e opióides aumenta o risco de sonolência e depressão respiratória. A vigilância do estado de consciência desta pessoa merece a atenção por parte do enfermeiro especialista.

**Furosemida (40 mg oral):** Diuréticos da Ansa

Indicações clínicas: A Furosemida pertence ao grupo denominado Diuréticos de Ansa e é utilizada para o tratamento da acumulação de líquidos devido à insuficiência cardíaca, doenças renais e também no tratamento da hipertensão.

Mecanismos de ação/ Pico de ação: Do ponto de vista farmacológico, a Furosemida inibe o sistema de cotransporte (reabsorção) dos electrólitos Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup> e 2 Cl<sup>-</sup>, localizado ao nível da membrana da célula luminal do ramo ascendente da ansa de Henle: Consequentemente, a eficácia da ação salurética da furosemida depende do facto de o fármaco alcançar o lúmen tubular através de um mecanismo de transporte aniónico. A ação diurética resulta da inibição da reabsorção de cloreto de sódio neste segmento da ansa de Henle. Como resultado, a fração de sódio excretado poderá ascender a trinta e cinco por cento da filtração glomerular de sódio. Os efeitos secundários da excreção aumentada de sódio são o aumento da eliminação urinária e o aumento da secreção distal de potássio, ao nível do tubo distal (Deglin & Vallerand, 2009).

A eliminação de iões de cálcio e de magnésio também se encontra aumentada. A Furosemida interrompe o mecanismo de *feedback* tubulo-glomerular na mácula densa, resultando na não atenuação da actividade salurética. A Furosemida provoca estimulação dose-dependente do sistema renina-angiotensina-aldosterona (Deglin & Vallerand, 2009). Em caso de insuficiência cardíaca, a Furosemida provoca uma redução aguda na pré-carga cardíaca; este efeito vascular precoce parece ser mediado pelas prostaglandinas e pressupõe uma função renal adequada com a ativação do sistema renina-angiotensina e uma síntese de prostaglandinas intacta. Para além de que, dado o seu efeito natriurético, a Furosemida diminui a reactividade vascular às catecolaminas, que se encontra aumentada na pessoa com hipertensão. A eficácia anti-hipertensora da Furosemida é atribuível ao aumento da excreção de sódio, redução do volume sanguíneo e da resposta do músculo liso vascular ao estímulo vasoconstritor (Deglin & Vallerand, 2009).

Contra Indicações: Hipersensibilidade à Furosemida; Anúria; Hipocalémia grave; Hiponatremia

grave (Deglin & Vallerand, 2009).

Indicações para a prática de enfermagem: O enfermeiro deve realizar uma vigilância contínua dos sinais vitais. Além disso, tem um importante papel na educação da pessoa sobre os possíveis efeitos secundários para o sucesso do tratamento e para a prevenção de complicações.

Potenciais reações adversas e efeitos secundários: Os efeitos secundários mais frequentes são: alteração dos níveis de sais (por exemplo do sódio, potássio e cálcio) no sangue; desidratação e diminuição do volume de sangue, principalmente em pessoas idosas; e aumento dos níveis de creatinina ou de triglicéridos no sangue. Os efeitos secundários frequentes são: aumento da concentração dos elementos sanguíneos, diminuição de sais no sangue, aumento dos níveis de colesterol, aumento da uricémia, aumento do volume de urina e encefalopatia hepática, na pessoa com insuficiência hepatocelular (Deglin & Vallerand, 2009).

Relevância para o caso Clínico: A Furosemida aumenta a eliminação renal de água e sais; este motivo justifica a toma preferencialmente do fármaco de manhã.

### **3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica**

#### **Sondas, Drenos e Cateteres**

30-10-2024 10:00

##### **30-10-2024 10:00 - Cateter subcutâneo**

30-10-2024 10:00 - Localização do cateter subcutâneo

30-10-2024 10:00 - Braço Esquerda(o)

04-11-2024 10:00 - Localização do cateter subcutâneo

04-11-2024 10:00 - Braço Esquerda(o)

**30-10-2024 10:00 - Assegurar funcionamento do cateter**

*30-10-2024 10:00 - Otimizar cateter subcutâneo [manhã]*

**30-10-2024 10:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter subcutâneo**

*30-10-2024 10:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo [sem horário]*

**30-10-2024 10:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter subcutâneo**

*30-10-2024 10:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter subcutâneo [manhã]*

*30-10-2024 10:00 - Trocar cateter subcutâneo [SOS]*

**30-10-2024 10:00 - Promover papel do cuidador: prevenção de complicações relacionadas com o cateter subcutâneo**

30-10-2024 10:00 - Capacidade do cuidador para otimizar cateter subcutâneo: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**30-10-2024 10:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para otimizar cateter subcutâneo**

*30-10-2024 10:00 - Instruir cuidador a otimizar cateter subcutâneo [sem horário]*

*30-10-2024 10:00 - Treinar cuidador a otimizar cateter subcutâneo [sem horário]*

*30-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de complicações relacionadas com o cateter subcutâneo [sem horário]*

04-11-2024 10:00 - O cuidador adota comportamentos de prevenção de complicações relacionadas com o cateter subcutâneo.

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

**Cateter subcutâneo**

A via oral é considerada a via preferencial para a administração de medicação na pessoa em situação paliativa (Pontalti et al., 2012). No entanto, devido a diversos fatores, muitas pessoas necessitam de alternativas para a administração de fármacos, sendo a via subcutânea uma opção viável. A absorção dos fármacos por via subcutânea caracteriza-se por ser uniforme e lenta, embora essa taxa possa ser ajustada de forma controlada, conforme o método utilizado, seja por bolus, ou infusão contínua. A administração de fluídos e fármacos por via subcutânea tem a vantagem de reduzir o período de latência (tempo decorrido até ao início da ação do

fármaco) em comparação com a via oral (Pontalti et al., 2012).

A administração de medicação por via subcutânea na pessoa em situação paliativa constitui uma boa opção para o controlo dos diversos sintomas que possam existir: muitas vezes, estamos perante pessoas idosas, com acessos venosos periféricos fragilizados. Desta forma, a via subcutânea é de fácil acesso, baixo custo e pode ser utilizada nos diferentes contextos de cuidados, incluindo o domicílio (Pereira et al., 2024).

A técnica consiste na colocação de um cateter de baixo calibre, introduzido a 45º numa prega cutânea, em diferentes locais possíveis, como a face anterior do tórax, abdómen, coxa ou braço (Neto, 2008). Devem ser considerados alguns aspetos na técnica de punção por via subcutânea, entre os quais a condição geral da pessoa, o seu grau de mobilidade, o seu estado nutricional, a presença de feridas, edemas ou escoriações (Pereira et al., 2024). A região abdominal, considerando a ausência de ascite, é a primeira escolha, por absorver até 1000 mL/24 horas. (Pereira et al., 2024).

As complicações locais que podem surgir são: endurecimento, hemorragia ligeira, prurido e défice de absorção. Nestas situações, deve proceder-se à troca do cateter subcutâneo para uma nova localização, a pelo menos 5 centímetros (cm) da anterior (Siqueira et al., 2021). No caso da Srª Y, ao contrário do recomendado pela literatura, o cateter subcutâneo foi colocado no braço esquerdo a pedido da mesma.

Importa salientar que esta técnica é compatível com a utilização de outras vias de administração, como a transdérmica e a oral, tal como se verificou no caso em análise.

### 3.5. Domínios

#### Início

30-10-2024 10:00  
30-10-2024 10:00  
30-10-2024 10:00  
30-10-2024 10:00  
30-10-2024 10:00  
04-11-2024 10:00

#### Domínios

Sensações somáticas  
Deglutição  
Eliminação intestinal  
Volume de líquidos  
Sondas, Drenos e Cateteres  
Autoconceito

#### Fim

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

#### **Domínio eliminação intestinal:**

No domínio da eliminação intestinal foi identificado o diagnóstico de obstipação. Esta, segundo o ICN (2019, p. 91), pode definir-se como o “processo do sistema gastrointestinal comprometido: diminuição na frequência da defecação acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes; passagem de fezes excessivamente duras e secas”.

A Sr<sup>a</sup> Y refere que o intestino não tem funcionado todos os dias, tendo a última dejeção ocorrido há dois dias, com fezes de consistência dura. Tal facto é algo que a preocupa. A cuidadora também refere que “ela tinha dejeção todos os dias; está sempre a dizer que tem desconforto abdominal”. Justifica-se, assim, a identificação deste domínio de cuidado.

A obstipação interfere na qualidade de vida da pessoa em situação paliativa, uma vez que apresenta como possíveis complicações dor abdominal, náusea, vómitos e impactação fecal, podendo mesmo provocar lesão traumática anal (Tradounsky, 2024).

A obstipação é um sintoma frequente, principalmente em pessoas com neoplasias avançadas e que tenham prescritos, no seu regime terapêutico, opióides. Nesta última situação, importa realçar que a alteração do padrão intestinal pode diminuir a adesão ao regime terapêutico e, conseqüentemente, prejudicar o controlo adequado da sintomatologia, nomeadamente da dor (Carvalho & Parsons, 2012).

Não existe um único critério para identificar uma situação de obstipação em CP. Para este efeito, podem ser utilizados os Critérios de Roma IV, que associam ao diagnóstico de obstipação a presença dos critérios identificados em seguida nos últimos três meses, com início de sintomas pelo menos seis meses antes do diagnóstico. Deve ser analisado o facto de ser raro ocorrerem dejeções sem o uso de laxantes, haver critérios insuficientes para o diagnóstico de síndrome de cólon irritável e incluir dois ou mais dos seguintes critérios: esforço durante pelo menos vinte e cinco por cento das defecações; fezes duras em pelo menos vinte e cinco por cento das defecações; sensação de evacuação incompleta em pelo menos vinte e cinco por cento das defecações; sensação de obstrução/bloqueio anorretal em pelo menos vinte e cinco por cento das defecações; manobras manuais para facilitar em pelo menos vinte e cinco por cento das defecações; menos de três dejeções por semana (Dias et al., 2017).

O enfermeiro especialista tem uma intervenção antecipatória na identificação da obstipação na pessoa em situação paliativa. Por tal facto, é fundamental questionar sobre o padrão intestinal e incentivar a pessoa a relatar os sintomas sem constrangimento e esclarecer a importância de manter um registo diário dos hábitos intestinais, sempre que possível, seja pela própria pessoa, caso mantenha capacidade, ou pelo cuidador/familiar responsável (Tradounsky, 2024).

O uso de laxantes constitui uma intervenção farmacológica para o tratamento da obstipação. Em situações de doenças cardiovasculares, tal como ocorre nesta situação, o laxante a ser utilizado é o polietilenoglicol, (Dias et al., 2017). Os laxantes osmóticos, como o polietilenoglicol, prescrito nesta situação clínica, caracterizam-se por serem agentes hiperosmolares que causam secreção hídrica mediada por osmose para o lúmen intestinal, o que estimula o peristaltismo e amolece as fezes. Como principais efeitos adversos do uso deste tipo de laxantes realça-se a flatulência, câibras e distensão abdominal, e está contra indicado o seu uso em caso de obstrução intestinal (Dias et al., 2017).

Tal como explanado na situação em análise, quando o uso de laxantes por via oral são ineficazes deve ser considerado o tratamento retal. Este tipo de medidas pode ser utilizado isoladamente, em situações em que a pessoa não consegue deglutir laxantes orais e/ ou apresenta quadro de náuseas e vômitos (Dias et al., 2017).

Concomitantemente ao uso de medidas farmacológicas, devem ser instituídas intervenções não farmacológicas para o tratamento da obstipação. Este tipo de intervenções passa pela consciencialização e autogestão do problema e, quando necessário, capacitação do cuidador. Destaca-se a importância de instruir a pessoa e o cuidador para um regime de treino intestinal: a pessoa deve ser incentivada a adotar um horário específico para evacuar; considerando que o reflexo gastrointestinal desencadeia a necessidade de evacuar após a ingestão de alimentos, a pessoa deve ser instruída a evacuar após as refeições (Tradounsky, 2024).

Uma outra estratégia simples que pode ser utilizada é o relaxamento do músculo puborectal, que facilita a saída de fezes; esta estratégia pode ser agilizada com a colocação de um apoio de pés, que permite a elevação dos joelhos acima da linha do quadril (Dias et al, 2017).

Na pessoa em situação paliativa a obstipação, tal como referido, está intimamente relacionada ao uso de opióides. A morfina e os seus derivados atuam em recetores da parede gastrointestinal, determinando a diminuição dos movimentos peristálticos e aumentando a absorção de água e eletrólitos no intestino, o que leva à redução de reflexos de evacuação e, conseqüentemente, a um quadro de obstipação (Carvalho & Parsons, 2012). Nestas situações, pode ser necessário a ponderação da rotação do opióide (Silva et al., 2020a).

### **Domínio deglutição**

Segundo o ICN (2019, p. 40), deglutir é “[c]omer ou beber: passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago”.

A filha da Sr<sup>a</sup> Y refere que esta apresenta, às vezes, acessos de tosse após a ingestão de líquidos, referindo que “quando bebe o leite de manhã, não é sempre, mas às vezes parece que

se entala e fica a tossir”.

A deglutição é um processo complexo e dinâmico e, quando ocorre qualquer alteração nesse processo, a pessoa é diagnosticada com disfagia (Modesto et al., 2020).

A disfagia refere-se à dificuldade no transporte de alimentos, líquidos, saliva ou secreções da boca até à transição da faringe para o esófago (Roque & Ferreira, 2023). Na pessoa em situação paliativa, a disfagia orofaríngea é um sintoma comum, afetando não apenas a ingestão nutricional e a hidratação, mas também a qualidade de vida, influenciando aspetos como o prazer na alimentação, socialização e conforto (Roque & Ferreira, 2023). Por este motivo, constitui um foco de atenção do EEEMCAEPSP.

A disfagia pode manifestar-se perante diferentes consistências, como líquida, pastosa ou sólida. Em particular, e tal como se verifica no caso em análise, para a consistência líquida, os sintomas mais frequentes incluem tosse, estase na cavidade oral e ruído durante a deglutição (Lucena et al., 2020).

A intervenção do EEEMCAEPSP, no contexto de CP para o tratamento da disfagia é predominantemente adaptativo e não curativo, estando focado no alívio dos sintomas e na melhoria da qualidade de vida. Esta abordagem reduz frustrações, tanto para a pessoa, quanto para os seus cuidadores e familiares (Modesto et al., 2020). Para garantir a alimentação segura por via oral em pessoas com disfagia, é essencial ajustar a consistência da dieta, incluindo variações como líquida, néctar, mel e pudim, e também fracionar as refeições para assegurar a sua qualidade e segurança (Santos et al., 2020). Na situação clínica em análise, a dieta foi ajustada para a consistência néctar. Com a progressão da doença, é comum o agravamento da disfagia, o que exige ajustes contínuos na consistência da dieta, devendo, por este facto, ser um foco contínuo de atenção por parte do enfermeiro especialista e exigindo uma reavaliação constante e o fornecimento de orientação regular à pessoa e aos seus cuidadores/familiares, preparando-os para possíveis mudanças nesse quadro (Modesto et al., 2020).

Sendo a atuação do enfermeiro especialista também de foro antecipatório, deve haver uma sensibilização da pessoa, bem como do seu cuidador/familiar para o facto de que, com a progressão da doença, é comum a diminuição na aceitação da alimentação, podendo mesmo progredir para recusa alimentar. Assim, o cuidador/familiar deve ter conhecimento de que deve alimentar a pessoa em situação paliativa conforme o seu desejo e preferência, não tendo horas fixas e quantidades inflexíveis de alimento por refeição (Modesto et al., 2020). Nestas situações de agravamento da sintomatologia, o uso de uma via alternativa para alimentação deve ser efetivada somente quando visar garantir conforto e qualidade de vida, aliviando sintomas e atenuando o sofrimento da pessoa e seus cuidadores/familiares (Santos et al., 2020).

### **Domínio Volume de Líquidos**

A identificação do domínio volume de líquidos revela-se pertinente, uma vez que a Sr<sup>a</sup> Y apresenta como antecedentes pessoais insuficiência cardíaca e apresenta edema bilateral dos membros inferiores.

Embora a patologia principal da Sr<sup>a</sup> Y seja de natureza oncológica, a insuficiência cardíaca constitui, por si só, uma condição complexa e progressiva, não podendo ser desconsiderada no PIIC.

Os sinais e sintomas da insuficiência cardíaca, nomeadamente o edema, comprometem a funcionalidade da pessoa, restringindo as suas atividades quotidianas e, conseqüentemente, diminuindo a sua qualidade de vida (Jardim et al., 2022). O EEEMCAEPSP desempenha um papel fundamental na identificação precoce desses sintomas, em especial do edema, por meio de avaliações clínicas sistemáticas, com ênfase na observação. O enfermeiro tem também um papel crucial na promoção de um ambiente seguro e confortável para a pessoa em situação paliativa, bem como para seus cuidadores e familiares, garantindo, entre outros aspetos, a gestão da dor, a prevenção de úlceras por pressão e a redução do risco de quedas (Barbosa et al., 2024).

O EEEMCAEPSP atua também a nível da educação e no suporte ao autocuidado, tendo como foco capacitar a pessoa em situação paliativa e a sua família, para gerir a sua condição. Assim, a abordagem à pessoa e seus cuidadores/familiares tem de ser centrada nos mesmos, reconhecendo a individualidade de cada pessoa e as suas necessidades específicas. Desta forma, a elaboração do PICC, tem de ser partilhada, de forma a não serem consideradas apenas questões clínicas, mas também aspetos psicossociais e emocionais (Barbosa et al., 2024).

### **Domínio Sensações Somáticas**

Dentro do domínio das sensações somáticas, merece destaque a gestão da dor.

A dor pode ser definida como “[p]erceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite” (ICN, 2019, p. 46).

Numa pessoa com diagnóstico de patologia oncológica, a dor pode ter inúmeras causas, entre as quais efeitos diretos do tumor e complicações do tratamento. Existe ainda a hipótese de não estar relacionada nem com o tumor, nem com o tratamento (Vieira et al., 2019). A dor interfere na qualidade de vida, tendo impacto a nível do funcionamento físico, psicológico e social. Nessa medida, a sua gestão tem de ser uma prioridade para os profissionais de saúde (Vieira et al., 2019).

A pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor. O profissional de saúde tem de acreditar na pessoa que sente dor, privilegiando, sempre que a pessoa tenha capacidade de comunicação e funções cognitivas mantidas, o autorrelato como fonte de informação (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

No caso clínico em análise, a Sr<sup>a</sup> Y expressou a sua dor durante a visita, referindo: "parecem facas a espetarem-se nas costas" e "é uma dor insuportável...". Tendo por base este relato e a monitorização da dor segundo a escala numérica da dor e a ESAS com valor 8, tornou-se essencial a identificação do domínio das sensações somáticas, direcionando a atenção para a avaliação e (auto)gestão da dor.

Para a monitorização da dor, foi utilizada a escala numérica, um dos instrumentos recomendados para a mensuração da intensidade da dor (DGS, 2003). A intensidade relatada pela pessoa deve ser sempre considerada e devidamente registada como parte integrante da colheita de dados (DGS, 2003). Estas escalas aplicam-se apenas a pessoas conscientes e colaborantes, com idade superior a três anos. Além disso, a consistência na utilização da escala de avaliação é fundamental, devendo o profissional de saúde assegurar que a pessoa compreende corretamente o significado e a aplicação do instrumento utilizado (DGS, 2003). A Sr<sup>a</sup> Y apresentava uma dor 8.

O controlo eficaz da dor requer, por parte do EEEMCAEPSP, a implementação de intervenções dirigidas à sua prevenção e tratamento. A definição do PICC deve assentar numa abordagem colaborativa com os restantes elementos da equipa interdisciplinar, garantindo que este seja coerente com os objetivos da pessoa (Viana et al., 2023).

Neste contexto, no caso clínico em análise, os grupos farmacológicos utilizados para o controlo da dor incluíram os opióides e os corticoides, conforme previamente abordado no capítulo dedicado à medicação.

As intervenções não farmacológicas para gestão da dor não substituem as intervenções farmacológicas, mas, em conjunto, têm um importante papel na gestão da mesma. Estas são uma mais-valia, pelo seu baixo custo e reduzidos efeitos laterais (Vicente et al., 2022).

Destacamos as intervenções não farmacológicas utilizadas na Sr<sup>a</sup> Y. para gestão da dor. O uso da distração permite que a pessoa adquira estratégias que a façam desviar a atenção da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Na situação em análise, a TV e a contribuição nas atividades de vida diária, como a preparação das refeições (descascar batatas sentada na cozinha, arranjar os legumes, ...) foram estratégias de distração que tiveram bastante sucesso. Na situação da Sr<sup>a</sup> Y. esta foi também ajudada a desenvolver habilidades para gestão da dor, como o posicionamento. Para a implementação e sucesso destas intervenções foi crucial a utilização de uma comunicação eficaz e personalizada às necessidades identificadas.

### **Domínio Autoconceito**

Um domínio identificado e foco de atenção do enfermeiro especialista na segunda sessão foi o autoconceito. Este domínio merece atenção, uma vez que a Sr<sup>a</sup> Y revela, durante a visita, sentimentos de desvalorização pessoal. Durante as conversas com a equipa, a Sr<sup>a</sup> Y utiliza expressões como: “sou um caco velho”; “já não consigo fazer nada”. As expressões da Sr<sup>a</sup> Y não se referem apenas ao seu desempenho, mas também à sua aparência física: “os meus pés estão um balão, nem uns sapatos consigo calçar”.

A equipa interdisciplinar de CP, nomeadamente o enfermeiro, tem um papel crucial de suporte emocional e psicossocial da pessoa em situação paliativa e seus cuidadores/familiares, ajudando a enfrentar o impacto que a doença tem e a promover estratégias de enfrentamento positivo. Para tal facto, o estabelecimento de uma relação de confiança entre o enfermeiro e a pessoa torna-se crucial para o sucesso do cuidado (Barbosa et al., 2024).

## **3.6. Conceção de Cuidados**

### **Sensações somáticas**

30-10-2024 10:00

30-10-2024 10:00 - Manifesta dor.

#### **30-10-2024 10:00 - Dor**

30-10-2024 10:00 - Localização da dor

30-10-2024 10:00 - Dorso Direita(o)

30-10-2024 10:00 - Intensidade da dor - 8.

30-10-2024 10:00 - frequência da dor - contínua.

30-10-2024 10:00 - duração da dor - crónica.

30-10-2024 10:00 - dor de tipo - profunda.

#### **30-10-2024 10:00 - Determinar evolução da dor**

30-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da dor [sem horário]

04-11-2024 10:00 - Localização da dor

04-11-2024 10:00 - Dorso Direita(o)

04-11-2024 10:00 - Intensidade da dor - 3.

04-11-2024 10:00 - frequência da dor - intermitente.

04-11-2024 10:00 - duração da dor - crónica.

04-11-2024 10:00 - dor de tipo - profunda.

#### **30-10-2024 10:00 - Diminuir dor**

30-10-2024 10:00 - Gerir analgesia [sem horário]

30-10-2024 10:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [sem horário]

30-10-2024 10:00 - Posicionar para aliviar a dor [sem horário]

**30-10-2024 10:00 - Promover autocontrolo: dor**

30-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

30-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**30-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas** [RESOLVIDO] 04-11-2024 10:00

30-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [sem horário] [FIM] 04-11-2024 10:00

04-11-2024 10:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: facilitador [MELHOROU].

30-10-2024 10:00 - Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [sem horário] [FIM] 04-11-2024 10:00

**30-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente** [RESOLVIDO] 04-11-2024 10:00

30-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente [sem horário] [FIM] 04-11-2024 10:00

04-11-2024 10:00 - Conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente: facilitador [MELHOROU].

30-10-2024 10:00 - Ensinar sobre uso de analgesia controlada pelo cliente [sem horário] [FIM] 04-11-2024 10:00

30-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da dor [sem horário]

04-11-2024 10:00 - Adota comportamentos de autocontrolo da dor.

04-11-2024 10:00 - Refere satisfação com o autocontrolo da dor.

**30-10-2024 10:00 - Promover papel do cuidador: gestão da dor**

30-10-2024 10:00 - Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**30-10-2024 10:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas**

[RESOLVIDO] 04-11-2024 10:00

30-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [sem horário] [FIM]

04-11-2024 10:00

04-11-2024 10:00 - Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas: facilitador [MELHOROU].

30-10-2024 10:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor [sem horário] [FIM] 04-11-2024 10:00

30-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da dor [sem horário]

## **Deglutição**

30-10-2024 10:00

30-10-2024 10:00 - Com indícios de compromisso da deglutição.

### **30-10-2024 10:00 - Deglutição comprometida**

30-10-2024 10:00 - Tempo de deglutição para líquidos superior a 2 segundos, Alteração da voz após a deglutição.

### **30-10-2024 10:00 - Determinar evolução da deglutição**

30-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da deglutição [sem horário]

04-11-2024 10:00 - Com indícios de compromisso da deglutição [MANTEVE].

04-11-2024 10:00 - Tempo de deglutição para líquidos superior a 2 segundos.

### **30-10-2024 10:00 - Promover autogestão: prevenção da aspiração**

30-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre prevenção de aspiração: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

30-10-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e a deglutição: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

### **30-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre**

**prevenção de aspiração** [RESOLVIDO] 04-11-2024 10:00

30-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de aspiração [sem horário] [FIM] 04-11-2024 10:00

04-11-2024 10:00 - Conhecimento sobre prevenção de aspiração: facilitador [MELHOROU].

30-10-2024 10:00 - Ensinar sobre prevenção da aspiração [sem horário] [FIM] 04-11-2024 10:00

30-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção da aspiração [sem horário]

04-11-2024 10:00 - Adota comportamentos de prevenção de aspiração.

04-11-2024 10:00 - Refere satisfação com os comportamentos de prevenção de aspiração.

### **30-10-2024 10:00 - Promover papel do cuidador: prevenção da aspiração**

30-10-2024 10:00 - Conhecimento do cuidador sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

30-10-2024 10:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

### **30-10-2024 10:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição** [RESOLVIDO]

04-11-2024 10:00

30-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição [sem horário] [FIM] 04-11-2024 10:00

04-11-2024 10:00 - Conhecimento do cuidador sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição: facilitador [MELHOROU].

30-10-2024 10:00 - *Ensinar cuidador sobre dieta para facilitar a deglutição [sem horário] [FIM]* 04-11-2024 10:00

**30-10-2024 10:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração**

30-10-2024 10:00 - *Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração [sem horário]*

30-10-2024 10:00 - *Ensinar cuidador sobre prevenção da aspiração [sem horário]*

30-10-2024 10:00 - *Ensinar cuidador sobre posicionamento facilitador da deglutição [sem horário]*

30-10-2024 10:00 - *Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção da aspiração [sem horário]*

04-11-2024 10:00 - O cuidador adota comportamentos de prevenção de aspiração.

**Eliminação intestinal**

30-10-2024 10:00

30-10-2024 10:00 - Ausência de dejeções.

30-10-2024 10:00 - Número de defecações por semana: 2.

30-10-2024 10:00 - Expulsão controlada de fezes.

**30-10-2024 10:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal**

30-10-2024 10:00 - *Avaliar evolução da eliminação intestinal [sem horário]*

04-11-2024 10:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [PIOROU].

04-11-2024 10:00 - Consistência das fezes: Fezes moles.

04-11-2024 10:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

04-11-2024 10:00 - Número de defecações por dia: 1.

**30-10-2024 10:00 - Obstipação** [RESOLVIDO] 04-11-2024 10:00

**30-10-2024 10:00 - Promover autogestão: obstipação** [FIM] 04-11-2024 10:00

30-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**30-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso** [RESOLVIDO] 04-11-2024 10:00

30-10-2024 10:00 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre regime medicamentoso [sem horário] [FIM]* 04-11-2024 10:00

30-10-2024 10:00 - *Ensinar sobre regime medicamentoso [sem horário] [FIM]* 04-11-2024 10:00

30-10-2024 10:00 - *Avaliar evolução da autogestão da obstipação [FIM]*

04-11-2024 10:00

04-11-2024 10:00 - Adota comportamentos de autogestão da obstipação.

04-11-2024 10:00 - Refere satisfação com a autogestão da obstipação.

**30-10-2024 10:00 - Promover papel do cuidador: gestão da obstipação** [FIM]

04-11-2024 10:00

30-10-2024 10:00 - Conhecimento do cuidador sobre regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

30-10-2024 10:00 - Conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**30-10-2024 10:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso** [RESOLVIDO] 04-11-2024 10:00

*30-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre regime medicamentoso [sem horário] [FIM] 04-11-2024 10:00*

*30-10-2024 10:00 - Ensinar cuidador sobre regime medicamentoso [sem horário] [FIM] 04-11-2024 10:00*

**30-10-2024 10:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância da eliminação intestinal** [RESOLVIDO] 04-11-2024 10:00

*30-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal [sem horário] [FIM] 04-11-2024 10:00*

*30-10-2024 10:00 - Ensinar cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal [sem horário] [FIM] 04-11-2024 10:00*

*30-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da obstipação [sem horário] [FIM] 04-11-2024 10:00*

**Volume de líquidos**

30-10-2024 10:00

30-10-2024 10:00 - Sinal de Godet

30-10-2024 10:00 - Membro inferior: Sinal de Godet ligeiro (> 0 e < 2 mm).

30-10-2024 10:00 - Turgor da pele aumentado, com apagamento das pregas cutâneas naturais.

30-10-2024 10:00 - Pele hidratada.

**30-10-2024 10:00 - Edema**

30-10-2024 10:00 - Localização do edema

30-10-2024 10:00 - Membro inferior

**30-10-2024 10:00 - Determinar evolução de sinais de edema**

*30-10-2024 10:00 - Avaliar evolução de sinais de edema [sem horário]*

04-11-2024 10:00 - Localização do edema

04-11-2024 10:00 - Membro inferior

04-11-2024 10:00 - Sinal de Godet

04-11-2024 10:00 - Membro inferior: Sinal de Godet ligeiro (> 0 e < 2 mm) [MANTEVE].

04-11-2024 10:00 - Turgor da pele aumentado, com apagamento das pregas cutâneas naturais [MANTEVE].

04-11-2024 10:00 - Pele hidratada.

**30-10-2024 10:00 - Diminuir edema**

**30-10-2024 10:00 - Promover autogestão: prevenção de complicações da retenção de líquidos**

30-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção

de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**30-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos**

*30-10-2024 10:00 - Ensinar sobre complicações da retenção de líquidos [sem horário]*

**30-10-2024 10:00 - Promover papel do cuidador: gestão do regime medicamentoso**

30-10-2024 10:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**30-10-2024 10:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso** [RESOLVIDO] 04-11-2024 10:00

*30-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso [sem horário] [FIM]* 04-11-2024 10:00

04-11-2024 10:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

*30-10-2024 10:00 - Ensinar cuidador sobre gestão do regime medicamentoso [sem horário] [FIM]* 04-11-2024 10:00

*30-10-2024 10:00 - Ensinar cuidador sobre regime medicamentoso [sem horário] [FIM]* 04-11-2024 10:00

*30-10-2024 10:00 - Ensinar cuidador sobre efeitos secundários da medicação [sem horário] [FIM]* 04-11-2024 10:00

*30-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do regime medicamentoso [sem horário]*

04-11-2024 10:00 - O cuidador adota comportamentos de gestão do regime medicamentoso.

**30-10-2024 10:00 - Promover papel do cuidador: prevenção de complicações da retenção de líquidos**

30-10-2024 10:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**30-10-2024 10:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos** [RESOLVIDO]

04-11-2024 10:00

*30-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos [sem horário] [FIM]*

04-11-2024 10:00

04-11-2024 10:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

*30-10-2024 10:00 - Ensinar cuidador sobre complicações da retenção de líquidos [sem horário] [FIM]* 04-11-2024 10:00

*30-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de complicações da retenção de líquidos [sem horário]*

04-11-2024 10:00 - O cuidador adota comportamentos de prevenção de complicações da retenção de líquidos.

### **Autoconceito**

04-11-2024 10:00

04-11-2024 10:00 - Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal.

04-11-2024 10:00 - Revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho.

04-11-2024 10:00 - Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo.

04-11-2024 10:00 - Desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas.

### **04-11-2024 10:00 - Autoconceito comprometido**

#### **04-11-2024 10:00 - Determinar evolução do autoconceito**

*04-11-2024 10:00 - Avaliar evolução do compromisso no autoconceito [sem horário]*

#### **04-11-2024 10:00 - Promover autocontrolo: processo de pensamento relacionado com o autoconceito**

04-11-2024 10:00 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

#### **04-11-2024 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito**

*04-11-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito [sem horário]*

*04-11-2024 10:00 - Ensinar sobre estratégias promotoras do autoconceito [sem horário]*

*04-11-2024 10:00 - Avaliar evolução do autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o autoconceito [sem horário]*

## **3.7. Especificação das intervenções**

Ensinar sobre regime medicamentoso

- Ensinar sobre todos os fármacos prescritos e seus efeitos secundários (1400 NIC).

Ensinar cuidador sobre dieta para facilitar a deglutição

- Ensinar cuidador que a dieta deve ser de consistência néctar (Santos et al., 2020).
- Instruir cuidador a adaptar a dieta para consistência néctar (Santos et al., 2020).
- Treinar cuidador a adaptar a dieta através do uso de espessante para consistência néctar (Santos et al., 2020).

Ensinar cuidador sobre efeitos secundários da medicação

- Ensinar cuidador sobre efeitos secundários da medicação, nomeadamente dos opióides (Infarmed,2024).

#### Ensinar sobre prevenção da aspiração

- Ensinar a pessoa a posicionar-se em decúbito de 90 graus ou o mais alto possível quando ingere alimentos(3200 NIC)
- Ensinar a pessoa para se alimentar em pequenas quantidades (3200 NIC)
- Ensinar a pessoa sobre uso de agente espessante para consistência néctar (3200 NIC)
- Ensinar a pessoa a manter a cabeceira da cama elevada de 30 a 45 minutos após a refeição. (3200 NIC)

#### Ensinar cuidador sobre prevenção da aspiração

- Ensinar o cuidador a posicionar a pessoa em decúbito de 90 graus ou o mais alto possível quando ingere alimentos(3200 NIC)
- Ensinar o cuidador a alimentar a pessoa em pequenas quantidades (3200 NIC)
- Ensinar o cuidador sobre uso de agente espessante para consistência néctar (3200 NIC)
- Ensinar o cuidador a manter a cabeceira da cama elevada de 30 a 45 minutos após a refeição. (3200 NIC)

#### Ensinar cuidador sobre regime medicamentoso

- Ensinar cuidador sobre dosagem, via e duração de cada medicamento (5616 NIC)
- Ensinar cuidador sobre terapêutica prescrita em SOS para controlo da dor (1400NIC).
- Ensinar cuidador sobre o uso adequado de laxantes, nomeadamente a inserir supositório retal (0430 NIC).

#### Avaliar evolução da dor

- Determinar o impacto da experiência da dor na qualidade de vida da pessoa (1400 NIC)
- Observar a ocorrência de indicadores não verbais de dor(1400 NIC)

#### Gerir analgesia

- Administração de medicação analgésica pro re nata, sempre que necessário e solicitado pela doente.(1400 NIC).
- Discutir as opções de terapia/tratamento com a pessoa e cuidador (5602 NIC)
- Assegurar que a pessoa recebe cuidados precisos de analgesia (1400 NIC)
- Informar sobre a dor, causas, duração e desconfortos antecipados em decorrência dos procedimentos (1400 NIC)
- Usar analgesia de controle da dor antes de seu agravamento (1400 NIC)
- Monitorizar número de medicação pro re nata administrada para a dor (1400 NIC)
- Instituir e modificar analgesia com base na resposta da pessoa (1400 NIC)

#### Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

- Ensinar sobre técnicas de distração, nomeadamente na preparação dos alimentos para as refeições (descascar batatas e arranjar hortaliça sentada na cozinha) (1400 NIC)
- Ensinar sobre posicionamento em decúbito lateral direito para alívio da dor (1400 NIC)
- Ensinar a controlar fatores ambientais ( altura da cama aquando do levante) capazes de influenciar a resposta da pessoa à dor(1400 NIC)

#### Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor

- Ensinar sobre o impacto da experiência de dor na qualidade de vida (Vieira et al., 2019).

- Ensinar cuidador sobre posicionamento em decúbito lateral direito para alívio da dor (1400 NIC)
- Ensinar o cuidador a controlar fatores ambientais ( altura da cama aquando do levantar) capazes de influenciar a resposta da pessoa à dor(1400 NIC)

Ensinar sobre uso de analgesia controlada pelo cliente

- Ensinar sobre analgesia prescrita e que a pessoa a solicite quando a sua dor for acima de 2 na escala numérica da dor (1400 NIC)

Ensinar cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal

- Ensinar cuidador sobre sinais e sintomas de obstipação (dor e distensão abdominal) (Tradounsky,2024).
- Ensinar cuidador a importância da monitoração da frequência, consistência, formato, volume e cor das fezes (Tradounsky,2024).s

Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

- Assegurar estratégias de distração (ligar TV) antes de procedimentos dolorosos (1400 NIC)

Posicionar para aliviar a dor

- Posicionar a pessoa (decúbito lateral direito) para alívio da dor (1400 NIC)

Avaliar evolução da eliminação intestinal

- Avaliar a existência de problemas intestinais preexistentes (0430 NIC)
- Avaliar frequência das defecções e características das fezes (0440 NIC)

Ensinar sobre estratégias promotoras do autoconceito

- Conversar com a pessoa sobre a(s) experiência(s) emocional(is) (5270 NIC).
- Encorajar relações terapêuticas com as pessoas importantes (5310 NIC).

### **3.8. Síntese relativa ao caso**

A elaboração do PIIC para a Sr<sup>a</sup> Y teve como finalidade última o conforto e a diminuição do sofrimento de todos os envolvidos no processo de cuidar, nomeadamente da sua filha cuidadora.

O EEEMCAPSP inserido na equipa interdisciplinar tem um importante papel no planeamento das intervenções, de forma individualizada e personalizada, para se atingir os resultados pretendidos. Para tal, foram adotadas intervenções que correspondem a intervenções realizadas pelos enfermeiros de forma autónoma, de sua exclusiva responsabilidade (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, 1996), e intervenções interdependentes, resultantes da prescrição de outros profissionais.

No anexo VI, encontra-se sob a forma de tabela a relação entre os diagnósticos, objetivos,

indicadores de resultado e intervenções no cliente e no cuidador para cada domínio identificado no presente caso clínico.

A intervenção no domínio da sensação somática teve um impacto positivo, uma vez que, da primeira para a segunda sessão, a Sr<sup>a</sup> Y passou de uma dor de intensidade 8 para uma dor de intensidade 3, utilizando a escala numérica da dor e a ESAS. Como resultado da intervenção, a pessoa passou a solicitar medicação *pro re nata* sempre que a sua dor ultrapassou o valor de 2 na Escala Numérica. Na segunda sessão, a Sr<sup>a</sup> Y privilegiou posições antiálgicas e a cuidadora demonstrou conhecimento sobre a gestão do regime terapêutico. Nesta sessão, a Sr<sup>a</sup> Y, já proferia expressões como: "quando sinto a dor chegar, peço logo à minha filha as gotas e deito-me um bocadinho para o lado direito". Conclui-se que as intervenções implementadas na primeira sessão foram um contributo para a Sr<sup>a</sup> Y alcançar o tipo de conforto alívio, na dimensão física.

Tal como abordado no primeiro capítulo deste relatório, para uma gestão eficaz da dor foi crucial desmistificar mitos relacionados com o uso de opióides e controlar os seus efeitos secundários, nomeadamente através do ajuste de laxantes.

A intervenção no domínio da eliminação intestinal teve um impacto bastante positivo, verificando-se, da primeira para a segunda sessão, a regularização das dejeções para uma frequência diária. Desta forma, as intervenções do enfermeiro especialista promoveram conforto e bem-estar à Sr<sup>a</sup> Y, permitindo alcançar o tipo de conforto alívio tendo por base a TCKK. Tanto a Sr<sup>a</sup> Y como a sua filha demonstraram conhecimento na gestão do regime terapêutico, adotando a monitorização da frequência, consistência, formato, volume e cor das fezes. Além disso, a Sr<sup>a</sup> Y começou a utilizar um apoio para os pés, permitindo a elevação dos joelhos acima da linha da anca.

No domínio da deglutição, da primeira para a segunda sessão, a Sr<sup>a</sup>. Y não apresentou episódios de tosse após as refeições, tendo adotado o uso de espessante para ajustar a consistência da dieta para néctar. Tanto a Sr<sup>a</sup>. Y como a sua filha demonstraram conhecimento sobre a importância do posicionamento em decúbito a 90 graus ou na posição mais elevada possível, tal como do uso do espessante, ou seja, a alteração da consistência.

No domínio do edema, da primeira para a segunda sessão, não se verificou redução visível do edema. No entanto, constatou-se que a Sr<sup>a</sup>. Y adotou uma posição que favorece a ventilação. A persistência do edema, que comprometeu significativamente a execução de tarefas quotidianas, originou o desenvolvimento de percepções negativas relativamente à sua imagem corporal e ao seu desempenho funcional. Este fenómeno culminou na identificação do domínio relativo ao autoconceito durante a segunda sessão. Estes dados e tendo por base a TCKK permitiram identificar a necessidade de atuar na dimensão psicoespiritual, com vista a alcançar o tipo de conforto tranquilidade.

Com base na TCKK, as intervenções realizadas permitiram alcançar conforto, sobretudo na dimensão física e no tipo de conforto alívio. Com a identificação do domínio autoconceito na segunda sessão e o planeamento de intervenções dirigidas à sua melhoria, pretendeu-se atingir o conforto de tipo tranquilidade, particularmente na dimensão psicoespiritual, realçando a necessidade de um ajuste contínuo do PICC por parte dos intervenientes no processo de cuidar.

## **4. CONCEÇÃO DE CUIDADOS A UMA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA NO CONTEXTO DE UMA ECSCP\_ CASO 2**

Pessoa do sexo masculino com 82 anos, referenciado pela médica de medicina geral e familiar por descontrolo sintomático, provável situação de últimos dias/ horas de vida. Diagnóstico hepatocarcinoma com metastização hepática difusa.

### **4.1. Enquadramento teórico**

Tal como no capítulo anterior, o caso clínico apresentado de seguida é fictício e foi criado exclusivamente para fins pedagógicos. A escolha do caso clínico em questão foi motivada por retratar uma situação de últimas horas/dias de vida e, desta forma, estar nele patente o papel do EEEMCAPSP em reconhecer necessidades e planear intervenções que visem o conforto. O intuito da análise deste caso é refletir sobre o papel do enfermeiro especialista em situações como a descrita nas linhas acima.

### **CENÁRIO INICIAL**

Pessoa do sexo masculino, com cerca de 80 anos, com diagnóstico de hepatocarcinoma com metastização hepática difusa. Doente referenciado pela médica de Medicina Geral Familiar com dor óssea difusa, anorexia e agravamento do estado geral.

O Sr<sup>o</sup> Z realizou biópsia hepática em 2022, dela resultando que os aspetos morfológicos e imunohistoquímicos observados eram consistentes com carcinoma hepatocelular. Foi decidida, em novembro de 2024, a suspensão de tratamento, após realização de TAC toracoabdomino pélvico que revelou fígado com múltiplos nódulos /massas hipervasculares compatíveis com carcinoma hepatocelular multifocal, sendo o maior no lobo hepático direito. O referido exame revelou também derrame peritoneal nos diferentes quadrantes abdominais, com significativo agravamento relativamente a estudos prévios.

Como antecedentes pessoais, o Sr<sup>o</sup> Z apresentava hipertensão arterial, dislipidemia, pneumonia aos sessenta anos, esofagite de refluxo e diverticulose do cólon.

A medicação que estava prescrita aquando da primeira visita da equipa era, por via oral: Atorvastatina 20 mg (jantar); Valsartan + Hidroclorotiazida (co-tareg) 80mg + 12.5 mg (manhã); Sevedrol 20 mg (pequeno-almoço e jantar); Domperidona 10 mg (manhã e jantar) e Furosemida 40 mg (manhã). Por via transdérmica Fentanil 50 µg/h (72/72h).

O Sr<sup>o</sup> Z era casado e residia com a esposa, que se encontrava com síndrome demencial. O casal tinha duas filhas e um filho. A principal cuidadora era uma das filhas, tendo apoio diário dos

outros irmãos desde o agravamento da situação clínica do pai. Relativamente aos equipamentos de apoio, o Srº Z já tinha cama articulada há cerca de dois meses, desde o agravamento clínico.

A integração do Srº Z na ECSCP deveu-se ao facto de este estar em situação de últimos dias/horas de vida, com franco agravamento sintomático, nomeadamente dor não controlada. Apresentava também domicílio dentro da área geográfica de atuação da equipa e tinha um diagnóstico de uma doença grave e incurável.

No caso em análise, o Srº Z apresentava uma PPS de 20%. A PPS de 20% está diretamente relacionada ao grau elevado de dependência do Srº Z. Ele apresentava um nível de autonomia praticamente inexistente e dependia completamente de cuidados externos para as atividades diárias, sendo este dado crucial para a elaboração do PICC. Este valor da PPS refletia o estado clínico da pessoa, com necessidade de suporte constante para garantir o seu conforto e dignidade até ao momento da morte.

Segundo a ESAS, o Srº Z. apresentava: Dor - 8; Cansaço - 8; Sonolência - 0; Náusea - 0; Apetite - 8; Falta de Ar - 2; Depressão - 4; Ansiedade - 6; Sensação de Bem-Estar - 8.

## Hepatocarcinoma

O hepatocarcinoma, ou carcinoma hepatocelular, consiste na neoplasia primária do fígado, isto é, a neoplasia deriva das principais células do fígado, os hepatócitos, e surge quando há mutação nos genes de uma célula, que faz com que esta se multiplique desordenadamente. A mutação pode ocorrer por fatores externos, como o vírus da hepatite, ou pelo excesso de multiplicações das células, como a regeneração crónica nas hepatites crónicas, o que aumenta a probabilidade de erros na duplicação do gene (Gomes et al, 2013).

O hepatocarcinoma pode ser caracterizado por uma massa unifocal grande, ou por nódulos multifocais distribuídos pelo fígado; pode ainda estar difusamente infiltrado no parênquima hepático, comprometendo desta forma todo o fígado. Este tipo de neoplasia tem uma elevada incidência na Ásia e África (Pimenta & Massabki, 2010).

Esta patologia apresenta fatores de risco bem definidos, entre os quais se destaca: hepatopatia crónica pelo vírus B, C e D; toxinas (álcool e aflatoxinas); hepatopatias hereditárias metabólicas; hepatite autoimune; obesidade e hepatite não alcoólica (Pimenta & Massabki, 2010).

É um tipo de neoplasia muito agressiva, com uma elevada taxa de mortalidade após o início dos sintomas. A pessoa com hepatocarcinoma sem tratamento dirigido tem esperança média de vida inferior a um mês; nesta fase, os tratamentos disponíveis são pouco eficazes (Gomes et al, 2013).

São diversas as manifestações clínicas que podem surgir, dependendo da incidência e da região considerada: quando o tumor está localizado no lobo superior direito, a maioria das pessoas apresenta dor abdominal superior mal definida, que pode irradiar para o ombro direito (Pimenta & Massabki, 2010). Pode haver massa ou irregularidades palpáveis, sendo que o emagrecimento progressivo também é uma manifestação comum, bem como a perda de apetite; comumente, ocorre também ascite e icterícia, que normalmente aparecem no estado avançado da doença (Pimenta & Massabki, 2010).

Uma outra característica comum é a descompensação de uma hepatite pré-existente, caracterizada por aumento da ascite, hemorragia digestiva, encefalopatia e esplenomegalia. A

apresentação aguda da doença pode ocorrer na sequência da rutura espontânea do tumor, seguida de choque hemorrágico com alta mortalidade (Pimenta & Massabki, 2010). A metastização para o pulmão, ossos, cérebro, suprarrenais e outros órgãos causam os sintomas e sinais correspondentes (Pimenta & Massabki, 2010).

### **Contextualização do Plano Individual de Cuidados à luz da teoria de conforto de Katherine Kolcaba**

A TCKK, já abordada neste relatório (supra, caso 1, para o qual se remete), constitui uma teoria de médio alcance, cujo objetivo é estabelecer o conforto holístico para a pessoa e sua família/cuidador, fazendo com que haja um envolvimento destes nos cuidados e procurando promover comportamentos de procura de saúde (Silva & Nascimento, 2023). A escolha desta teoria para este caso clínico sustenta um cuidado humanizado à pessoa em situação paliativa, aliviando o sofrimento e o desconforto em todas as etapas de vida, nomeadamente nos últimos dias e horas de vida, como é a situação em análise (Silva & Nascimento, 2023).

Desta forma, a identificação dos domínios de atenção tiveram em consideração as necessidades reconhecidas no caso clínico e correlacionam-se com a TCKK.

Considerando a dimensão física e tendo em conta a avaliação da PAINAD com um valor de 8, o PICC foi estruturado com vista a alcançar o conforto do tipo alívio. Considerando a ESAS com um valor de depressão 4, ansiedade 6 e sensação de bem-estar 8, verificou-se que a dimensão psicoespiritual merecia a nossa atenção no planeamento das intervenções, com vista a alcançar o conforto do tipo tranquilidade.

## **4.2. Clientes**

### **Cliente**

Adulto | Idade: 82 anos | Masculino

### **Cuidador**

06-01-2025 11:00

06-01-2025 11:00 - Parentesco: filha / filho.

06-01-2025 11:00 - Coabita com a pessoa dependente.

06-01-2025 11:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

06-01-2025 11:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.  
06-01-2025 11:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.  
06-01-2025 11:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no andar: suficiente para assegurar na totalidade.

### 4.3. Medicação

| Início              | Medicação   | Fim |
|---------------------|---|-----|
| 2025-01-06 11:00:00 | Morfina 10 mg/5ml (25 gts) VO ( SOS até 2/2h máximo 6 vezes dia)    |     |
| 2025-01-06 11:00:00 | Haloperidol 5 mg/ml ( 10 gts) VO ( SOS até 2/2h máximo 6 vezes dia) |     |
| 2025-01-06 11:00:00 | Paracetamol 1 gr VR ( SOS)  |     |
| 2025-01-06 11:00:00 | Lorazepam 2,5 mg VO (noite)   |     |
| 2025-01-06 11:00:00 | Morfina 10 mg/ml 90 mg SC (perfusão contínua) 24h/24h               |     |
| 2025-01-06 11:00:00 | Haloperidol 5 mg/ml 1,5 mg SC ( perfusão contínua) 24h/24h          |     |
| 2025-01-06 11:00:00 | Butilescopolamina 20 mg/ml 60 mg ( perfusão contínua) 24h/24h       |     |
| 2025-01-06 11:00:00 | Midazolam 15 mg/3 ml 2 mg SC (perfusão contínua) 24h/24h            |     |

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

De seguida, serão abordados os aspetos relevantes dos fármacos instituídos no presente caso clínico que merecem particular atenção do Enfermeiro Especialista.

##### **Morfina** (90 mg nas 24h SC): opióide

Esta informação já foi detalhada anteriormente (p. 38 e 39).

Relevância para o caso Clínico: A via de administração da morfina diferiu do primeiro caso clínico, uma vez que neste caso foi por via subcutânea. O Sr<sup>o</sup> Z apresentou uma perfusão contínua de morfina de 90 mg em 24h. Aquando da necessidade de diluição deste fármaco, esta deverá ser efetuada com uma solução isotónica de cloreto de sódio (Deglin & Vallerand, 2009).

Como efeitos secundários a vigiar no caso clínico em análise, ressalva-se a retenção urinária, uma vez que o uso da morfina pode provocar espasmos biliares ou ureteliais e tem efeito antidiurético (Deglin & Vallerand, 2009).

A vigilância do local de administração também deve ser um foco de atenção, uma vez que podem surgir dermatites de contacto e/ou irritação local, acompanhadas por dor local (Deglin & Vallerand, 2009).

**Haloperidol** (1,5 mg nas 24h SC): neurolético

Indicações clínicas: O Haloperidol é um fármaco pertencente ao grupo das butirofenonas, usado como neuroléptico e a sua ação também pode ser antiemética (Deglin & Vallerand, 2009).

Mecanismos de ação/ Pico de ação: Estudos realizados em animais demonstram que o Haloperidol provoca bloqueio dos recetores de dopamina, reduzindo o efeito transmissor desta. Este fármaco tem uma grande afinidade com os recetores de D2, sendo que a sua administração crónica pode dar origem a hipersensibilidade dos recetores de dopamina em certas regiões ('hiper-regulação') (Deglin & Vallerand, 2009). O perfil clínico de atividade do Haloperidol é caracterizado por efeitos antipsicóticos (redução de alucinações, distúrbios de personalidade e de raciocínio, inibição psicomotora e agitação catatónica, tensão afetiva e estados de espírito maníacos e aumento do comportamento impulsivo). O Haloperidol tem também um efeito sedativo e é terapêuticamente benéfico em certas síndromes hipercinéticas e discinéticas e tem igualmente um efeito antiemético (Deglin & Vallerand, 2009).

Contra Indicações: Hipersensibilidade ao Haloperidol ou a outros Antipsicóticos; Parkinsonismo e Doença de Parkinson; "Síndrome Neuroléptica Maligna" (Deglin & Vallerand, 2009).

Indicações para a prática de enfermagem: o uso do Haloperidol implica uma abordagem holística por parte do enfermeiro focada na vigilância física e mental da pessoa. Requer a identificação e gestão precoce de possíveis efeitos adversos, garantindo que o tratamento seja seguro e eficaz.

Potenciais reações adversas e efeitos secundários: Este fármaco pode ter efeitos secundários, como alteração do ritmo cardíaco e "Síndrome Neuroléptica Maligna", que se caracteriza por febres altas, rigidez muscular intensa, confusão e perda de consciência (Infarmed, 2021).

A existência de sintomas extrapiramidais também podem ocorrer com a utilização deste tipo de fármaco: movimentos corporais lentos ou reduzidos, espasmos ou movimentos de contorção, tremores ou rigidez muscular, bem como a ausência de expressão facial normal, são manifestações muito frequentes com o uso do Haloperidol (Infarmed, 2021).

Relevância para o caso Clínico: No presente caso clínico, o uso de Haloperidol deve-se à inquietude que o Sr<sup>o</sup> Z apresentava e também para possível quadro de náusea. A vigilância da consciência nesta situação é um foco de atenção do enfermeiro especialista.

**Midazolam** (2 mg nas 24h SC): benzodiazepinas

Indicações clínicas: O Midazolam pertence ao grupo farmacológico das benzodiazepinas. Este fármaco pode ser utilizado para anestesia, sedação para procedimentos, dificuldade em dormir e/ou agitação intensa, o seu uso pode ser também para o tratamento de convulsões (Deglin &

Vallerand, 2009).

Mecanismos de ação/ Pico de ação: As ações das benzodiazepinas são medidas através do neurotransmissor ácido gama- aminobutírico (GABA) inibitória, que corresponde a um dos principais neurotransmissores inibitórios do cérebro. As benzodiazepinas aumentam a atividade do GABA, produzindo, desta forma, um efeito calmante, relaxando o músculo esquelético e tendo um efeito preponderante na indução do sono (Deglin & Vallerand, 2009).

Contra Indicações: Hipersensibilidade ao Midazolam; Insuficiência Respiratória Grave; Doença Hepática Grave (Deglin & Vallerand, 2009).

Indicações para a prática de enfermagem: O uso de Midazolam implica a vigilância contínua da pessoa para garantir que esta receba os benefícios desejados do medicamento sem sofrer complicações graves. A monitorização dos sinais vitais, a prevenção de efeitos secundários e a educação da pessoa e seu cuidador são componentes essenciais para garantir a segurança e sucesso no tratamento.

Potenciais reações adversas e efeitos secundários: Como principais efeitos secundários da administração do Midazolam podem ocorrer sonolência e descoordenação motora, alterações gastrointestinais (obstipação, diarreia, vômitos), alteração do apetite, alterações visuais e alterações cardiovasculares (Deglin & Vallerand, 2009).

Relevância para o caso Clínico: No caso clínico em análise e tratando-se de uma situação de últimos dias/horas de vida, o uso do Midazolam foi para controlo da inquietação presente no Srº Z. Apesar de, como enfermeiros especialistas, os possíveis efeitos secundários serem alvo da nossa atenção, nesta situação clínica prevalece a obtenção da máxima qualidade de vida e conforto no fim de vida.

**Butilescopolamina** (60 mg nas 24h SC): antispasmódico

Indicações clínicas: A Butilescopolamina pertence ao grupo farmacológico dos antispasmódicos. É um medicamento anticolinérgico utilizado para o tratamento de cólicas abdominais, espasmos esofágicos, cólicas renais e espasmos da bexiga. Em situações de final de vida, é usado também para reduzir as secreções respiratórias (Deglin & Vallerand, 2009).

Mecanismos de ação/ Pico de ação: Como um derivado de amónio quaternário, o brometo de N-butil-hioscina não passa para o sistema nervoso central, pelo que, conseqüentemente, não ocorrem efeitos adversos anticolinérgicos no sistema nervoso central. A ação anticolinérgica periférica resulta da ação bloqueadora dos gânglios na parede visceral, assim como da atividade anti muscarínica (Deglin & Vallerand, 2009).

Contra Indicações: Hipersensibilidade à Butilescopolamina; Obstrução Urinária ou Intestinal;

pessoas do sexo masculino com Hipertrofia Benigna da Próstata; Doenças Cardiovasculares Graves (Deglin & Vallerand, 2009).

Indicações para a prática de enfermagem: O uso da Butilescopolamina implica a monitorização constante dos sinais vitais, a educação da pessoa e/ou cuidador sobre o uso correto do medicamento e possíveis reações adversas. A individualidade do cuidado é crucial, especialmente em pessoas com condições preexistentes.

Potenciais reações adversas e efeitos secundários: Os efeitos secundários deste fármaco estão associados às suas propriedades anticolinérgicas, sendo geralmente moderados e limitados. São eles, a secura da mucosa oral, taquicardia e dificuldade a urinar (Infarmed, 2024).

Relevância para o caso Clínico: No caso clínico em análise, a Butilescopolamina foi utilizada, essencialmente, para gestão da dor abdominal.

### **Paracetamol** (1gr via retal: analgésico/antipirético)

Indicações clínicas: O paracetamol pertence ao grupo dos analgésicos antipiréticos. É um analgésico não opióide utilizado para a dor leve a moderada (Deglin & Vallerand, 2009).

Mecanismos de ação/ Pico de ação: O mecanismo de ação do Paracetamol não é totalmente conhecido. Este fármaco pode atuar predominantemente por inibição da síntese das prostaglandinas ao nível do sistema nervoso central e, em menor grau, por bloqueio da geração de impulsos nervosos da dor no sistema periférico. A ação periférica pode também resultar da inibição da síntese das prostaglandinas ou da inibição da síntese ou das ações de outras substâncias que sensibilizam os recetores da dor à estimulação mecânica ou química. O paracetamol produz, provavelmente, ação antipirética por atuar a nível central do centro termorregulador hipotalâmico produzindo vasodilatação periférica, causando aumento de sudoreção e do fluxo sanguíneo através da pele e perda de calor (Deglin & Vallerand, 2009).

Contra Indicações: Hipersensibilidade ao Paracetamol; Doenças Hepáticas Graves; uso Prolongado ou Excesso de Doses (Deglin & Vallerand, 2009).

Indicações para a prática de enfermagem: Em especial em pessoas com doença hepática, abuso de álcool, doenças renais ou uso prolongado do medicamento o enfermeiro deve ter especial atenção. O enfermeiro deve realizar uma avaliação continua da eficácia do tratamento, vigiar possíveis efeitos adversos e educar a pessoa e/ ou cuidador sobre o uso seguro do medicamento.

Potenciais reações adversas e efeitos secundários: Os seus efeitos secundários são muito raros, podendo ocorrer a nível sanguíneo e do sistema linfático: trombocitopenia, agranulocitose,

leucopenia, neutropenia, anemia hemolítica (Infarmed, s..d.).

Relevância para o caso Clínico: A prescrição de paracetamol por via retal e os respetivos ensinamentos ao cuidador da forma de administração é uma intervenção antecipatória do enfermeiro especialista a possíveis situações que possam ocorrer nesta fase da vida da pessoa. Desta forma, foi explicado à cuidadora do Sr<sup>o</sup> Z que o paracetamol retal devia ser administrado com temperatura igual ou superior aos 37,5, sendo que a introdução do supositório deveria ser feita preferencialmente após a defecação.

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

##### Sondas, Drenos e Cateteres

06-01-2025 11:00

##### **06-01-2025 11:00 - Cateter subcutâneo**

06-01-2025 11:00 - Localização do cateter subcutâneo

06-01-2025 11:00 - Braço Direita(o)

##### **06-01-2025 11:00 - Assegurar funcionamento do cateter**

*06-01-2025 11:00 - Otimizar cateter subcutâneo [sem horário]*

##### **06-01-2025 11:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter subcutâneo**

*06-01-2025 11:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo [sem horário]*

08-01-2025 10:00 - Localização do cateter subcutâneo

08-01-2025 10:00 - Braço Direita(o)

08-01-2025 10:00 - Ausência de dor.

08-01-2025 10:00 - Ausência de calor.

08-01-2025 10:00 - Ausência de rubor.

08-01-2025 10:00 - Ausência de tumefação.

08-01-2025 10:00 - Ausência de exsudado.

##### **06-01-2025 11:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter subcutâneo**

*06-01-2025 11:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter subcutâneo [sem horário]*

*06-01-2025 11:00 - Trocar cateter subcutâneo [SOS]*

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

##### **Cateter subcutâneo**

A via subcutânea é uma via preferencial em CP quando a via oral não é segura ou não está disponível, tal como é a situação do caso clínico em análise, em que o Sr<sup>o</sup> Z apresentava alteração do estado de consciência e descontrolo sintomático, pelo que era essencial uma via de administração de medicação segura (Pontalti et al., 2012).

O uso da hipodermóclise permite um melhor controlo sintomático, possibilitando o uso em contexto de domicílio através de ensinamentos ao cuidador/famíliares e com apoio de profissionais capacitados. Muitas vezes, o seu uso coincide com a integração em CP (Cardoso et al., 2024).

A escolha de colocação do cateter subcutâneo no braço deve -se ao facto de o Sr<sup>o</sup> Z estar queixoso na região abdominal e dado a patologia apresentar ligeira ascite. Uma vez que não havia incompatibilidade na administração dos fármacos, todos eles eram administrados em infusão contínua pelo mesmo cateter subcutâneo (Deglin & Vallerand, 2009).

##### **Infusor elastométrico (DIB)**

O DIB é um dispositivo descartável utilizado para administração contínua de medicação. Apresenta um depósito elastométrico e funciona através de uma pressão interna constante, o que permite um fluxo contínuo de medicação. O seu reservatório é preenchido através de uma válvula unidirecional. A introdução da medicação expande o reservatório e quando este é preenchido com o volume desejado de cada dispositivo a medicação é libertada a uma pressão constante (Pereira et al., 2003). De acordo com o modelo utilizado, a capacidade do reservatório varia entre 50 ml e os 275 ml (Pereira et al., 2003), existindo infusores na equipa para 24h, 48h, 72h, 5 dias e 7 dias.

Neste caso clínico, dado o descontrolo sintomático, foi utilizado o dispositivo de 24h, para a possibilidade de ajuste diário da medicação.

A principal desvantagem do uso de infusores é a inexistência de alarmes. O facto de a variação de fluxo estar intimamente relacionada com a temperatura e a viscosidade da mistura a administrar também pode influenciar o ritmo de administração; por este motivo, a cuidadora foi alertada para vigiar sinais de má absorção cutânea e possíveis reações da pele (Pereira et al., 2003).

## 4.5. Domínios

| Início           | Domínios                   | Fim |
|------------------|----------------------------|-----|
| 06-01-2025 11:00 | Consciência                |     |
| 06-01-2025 11:00 | Sensações somáticas        |     |
| 06-01-2025 11:00 | Apetite                    |     |
| 06-01-2025 11:00 | Sondas, Drenos e Cateteres |     |
| 06-01-2025 11:00 | Pele e mucosas             |     |
| 06-01-2025 11:00 | Emoção                     |     |

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

#### Domínio Consciência:

Segundo a ICNP (2019), código 10004975, p. 33, a consciência é a “resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos, mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente externo”. Nesta situação em análise, o Sr<sup>o</sup> Z apresentava alteração do estado de consciência (consciência comprometida) e períodos de sonolência, pelo que a avaliação da evolução da consciência foi determinante para o ajuste das intervenções às necessidades da pessoa.

A avaliação do estado da consciência é efetuada, na maior parte das vezes, através da utilização da Escala de Coma de Glasgow. Esta escala avalia a resposta a três parâmetros: abertura espontânea dos olhos, resposta verbal e resposta motora (Ordem dos Enfermeiros, 2021). O Score varia entre 3 e 15 pontos, sendo aplicado o valor mínimo quando não exista qualquer resposta nem abertura dos olhos e o valor máximo quando existe abertura espontânea dos olhos e uma resposta, quer física, quer verbal, consciente e orientada (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

O Sr<sup>o</sup> Z, durante a visita, oscilava o seu estado de consciência, variando segundo a escala de coma de Glasgow entre 12 e 14 pontos.

Esta avaliação permitiu identificar a cronologia da evolução da doença, facilitando uma tomada de decisão conjunta, respeitando a evolução, prognóstico e expectativas de todos os envolvidos no processo de cuidar.

#### Domínio Appetite:

Segundo a ICNP (2019) código 10002455, p.7, o apetite é a “sensação de desejo de satisfazer as

necessidades orgânicas em nutrientes ou de um tipo particular de alimentos”.

O apetite comprometido em CP é um diagnóstico comum, pelo facto de ser um sinal de progressão da doença. A diminuição da aceitação da alimentação, e até mesmo a recusa alimentar, são muito frequentes em pessoas em fim de vida (Modesto et al., 2020).

A anorexia induzida por neoplasias pode explicar-se por efeitos locais do tumor, alterações do paladar, disfunção hipotalâmica, alterações dos mecanismos da saciedade e/ou aversão à comida (Gonçalves et al., 2010).

A diminuição do apetite pode estar relacionada com a perda de peso, conduzindo à síndrome de anorexia-caquexia. Segundo ICN 2019, código 10003802 p. 24, caquexia define-se como “malnutrição: condição de magreza; perda muscular; falta de forças e enfraquecimento habitualmente associada com mau estado geral ou a doenças como o cancro e a tuberculose”.

A caquexia caracteriza-se pela perda de peso irreversível, devido à perda de massa muscular e consequentemente à deterioração funcional progressiva, diminuição da tolerância ao tratamento e diminuição da qualidade de vida e sobrevida da pessoa (Serna, et al., 2022).

Pode tentar controlar-se a diminuição do apetite com recurso a fármacos e a aconselhamento alimentar (Ehret & Jatou, 2021). No entanto, numa fase avançada da doença, a anorexia é protetora, porque o organismo não consegue gerir a ingestão alimentar (Fernandes et al., 2017). Nestas situações, é essencial otimizar a comunicação entre pessoa, cuidador e profissionais de saúde, de forma a explicitar a importância de pequenas refeições, desviando o foco da quantidade de alimentos ingeridos e perda de peso e direcionando o foco para o conforto da pessoa e tempo significativo gasto com os membros da família (Ehret & Jatou, 2021).

A avaliação do apetite torna-se um foco do enfermeiro especialista com vista a identificar as necessidades atuais da pessoa, bem como do seu cuidador/familiar. O conhecimento de todos os envolvidos no processo de tal facto permite a tomada de decisão compartilhada, com vista ao mínimo sofrimento de todos.

### **Domínio sensação somática:**

Esta informação já foi detalhada anteriormente (p. 50 e 51).

O controlo sintomático em CP, nomeadamente a dor, é um foco de atenção do enfermeiro especialista. As escalas de mensuração da dor são os instrumentos de avaliação mais válidos para aplicação em todas as pessoas, sejam elas capazes de fazer uma autoavaliação da dor ou não (Oliveira et al., 2019).

A avaliação da dor no caso clínico em análise difere do primeiro caso analisado, pelo facto de, neste caso, o Sr<sup>o</sup> Z apresentar consciência comprometida. Por este motivo, não era possível

realizar a autoavaliação da dor em todos os momentos.

A escala Pain Assessment in Advanced Dementia - PAINAD é um instrumento que mensura a dor a partir da observação de demonstrações que expressam dor (Oliveira et al., 2019) (Anexo VII).

Assim, utilizou-se PAINAD, pelo facto de ser um instrumento validado, que identifica as variações da dor em pessoas com comprometimento cognitivo. Esta escala avalia o estado fisiológico e comportamentos como respiração, vocalização, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade, com pontuação que varia de 0 a 2 para cada uma das cinco áreas avaliadas. A pontuação total varia de 0 a 10, onde 1 a 3 refere-se a dor leve; 4 a 6 é uma dor moderada e 7 a 10 representa dor forte (Lino, 2024). Durante a visita, o Sr<sup>o</sup> Z oscilava o seu estado de consciência, variando segundo a escala de coma de Glasgow entre 12 e 14, pelo que se optou pelo uso desta escala em todos os momentos, como forma de se utilizar sempre o mesmo instrumento.

No caso clínico em análise na categoria respiração independente da vocalização o Sr<sup>o</sup> Z apresentava pontuação 1 (respiração ocasionalmente difícil, com curtos períodos de hiperventilação); quanto à vocalização negativa a pontuação era de 2 (chamamento perturbado repetitivo, com queixas ou gemidos altos e choro); a expressão facial era de esgar fácil, sendo a pontuação de 2; a linguagem corporal era rígida, com punhos fechados, joelhos fletidos, com resistência à aproximação ou ao cuidado, sendo a pontuação de 2, quanto à consolabilidade o Sr<sup>o</sup> Z ficava mais tranquilo com a voz e com o toque, sendo a pontuação nesta categoria de 1. Sendo a pontuação final de 8, correspondendo a uma dor forte como referido anteriormente.

A utilização desta escala, nesta situação clínica, permitiu um cuidado mais humanizado, uma vez que facilitou a implementação de intervenções, de forma a gerir adequadamente a dor.

### **Domínio pele e mucosas:**

Segundo o ICNP (2019), Código 10012288 p. 85, membrana mucosa é uma “[c]omponente do sistema tegumentar: camadas de revestimento natural, sem queratina, na superfície interna do corpo, forrando cavidades ou canais que abrem para o exterior do corpo; incluem as mucosas da boca, nariz, vagina, tubo digestivo, vias respiratórias e tracto genito-urinário; as mucosas protegem as estruturas subjacentes, segregam muco que lubrifica as estruturas associadas, absorvem água, sais e outros solutos”.

O Sr<sup>o</sup> Z apresentava alteração da mucosa oral, xerostomia. Este é um problema muito comum em pessoas com neoplasias, estando intimamente relacionado com a morbilidade e comprometimento da qualidade de vida; por este motivo foi foco da nossa atenção (Walsh et al., 2023).

Para este diagnóstico é crucial identificar se a pessoa sente secura na boca. No caso em análise,

o Sr<sup>o</sup> Z procurava a garrafa de água e dava pequenos golos ao longo da visita. Apresentava também mucosa seca, com placas aderentes.

A xerostomia normalmente resulta de uma diminuição do volume da saliva excretada, ou de uma alteração na composição da saliva (Walsh et al., 2023), sendo um dos diagnósticos mais frequentes na pessoa em situação paliativa. As suas causas podem estar associadas à doença de base e/ou tratamentos e fármacos utilizados e o seu tratamento pode incluir estratégias farmacológicas e não farmacológicas (Carneiro, 2017).

Nos casos em que a xerostomia tem na sua causa fármacos utilizados, deve procurar rever-se a terapêutica, com o objetivo de diminuir os efeitos iatrogénicos (Walsh et al., 2023). Nos casos em que a sua causa se deve à doença de base, pode não ser possível o seu controlo, dado que muitas das doenças que causam xerostomia não são curáveis (Walsh et al., 2023).

É importante observar a mucosa oral, o seu estado de hidratação, o seu aspeto macroscópico e verificar a existência ou não de lesões eritematosas da mucosa (Feio & Sapeta, 2005). Neste caso em análise ainda mais pertinente era, uma vez que o Sr<sup>o</sup> Z nem sempre tinha capacidade de expressar as suas necessidades.

Em situações como as descritas, e dado o estado clínico do Sr<sup>o</sup> Z, a hidratação oral a nível local e tópico é imprescindível. Por este facto, uma das prioridades foi capacitar os cuidadores para a hidratação da mucosa oral topicamente (Carneiro, 2017).

### **Domínio emoção / ansiedade:**

Segundo a ICNP (2019) código 10006765, p. 50, a emoção é o “[p]rocesso psicológico: sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados; podem aumentar com o stresse ou com a doença”. Por sua vez, a ansiedade segundo a ICNP (2020) 10002429, p. 7, é uma “emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia”.

A ansiedade não se constitui como um sintoma isolado e independente dos restantes sintomas referidos pela pessoa em situação paliativa, mas está intimamente relacionada com outros sintomas vivenciados pela pessoa, nomeadamente a pessoa com doença oncológica. São sintomas preditores da ansiedade a dor, a náusea e o vómito (Brekel et al., 2020).

Muitas vezes, a ansiedade da pessoa em situação paliativa é descurada pelos profissionais, pelo facto de estar intimamente relacionada com o diagnóstico de uma doença incurável e nada haver a fazer quanto a tal situação, não respondendo às necessidades da pessoa, aumentando o seu sofrimento físico, psicossocial e espiritual (Zweers et al., 2020).

Muitas vezes a pessoa fica em estado agónico, que se caracteriza como o estado que precede a morte e que surge na sequência da progressão de uma doença crónica avançada. A duração

deste estado pode variar de horas a dias, podendo ir de um a catorze dias. Este estado implica a ausência de causas reversíveis para o processo de deterioração da pessoa e apresenta sintomas psicoemocionais como a ansiedade (Francisco & Barbedo, 2017).

Apesar da oscilação do estado de consciência do Sr<sup>o</sup> Z, a manifestação de ansiedade estava presente e associada à sua situação atual de últimos dias/horas de vida. Nos momentos de maior consciência tinha expressões como: “Vou morrer... Está a chegar o fim.... O que vai ser da minha mulher?”. Isto exigiu, por parte da equipa, uma rápida atuação, nomeadamente através do ajuste de intervenções farmacológica, nomeadamente a prescrição de Midazolam e não farmacológicas, como gestão do ambiente e otimização da comunicação (Zweers et al., 2020).

#### 4.6. Conceção de Cuidados

##### Consciência

06-01-2025 11:00

06-01-2025 11:00 - Com indícios de compromisso da consciência.

##### **06-01-2025 11:00 - Consciência comprometida**

06-01-2025 11:00 - Abertura dos olhos: ao estímulo verbal.

06-01-2025 11:00 - Resposta verbal: confusa.

06-01-2025 11:00 - Resposta motora: movimento de retirada à dor.

##### **06-01-2025 11:00 - Determinar evolução da consciência**

*06-01-2025 11:00 - Avaliar evolução da consciência [sem horário]*

08-01-2025 10:00 - Abertura dos olhos: ao estímulo verbal [MANTEVE].

08-01-2025 10:00 - Resposta verbal: incompreensível [PIOROU].

08-01-2025 10:00 - Resposta motora: localiza a dor [MELHOROU].

##### **06-01-2025 11:00 - Promover papel do cuidador: detetar alterações da consciência**

06-01-2025 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre vigilância face ao compromisso da consciência: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

##### **06-01-2025 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância face ao compromisso da consciência [RESOLVIDO]**

08-01-2025 10:00

*06-01-2025 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre*

*vigilância face ao compromisso da consciência [sem horário] [FIM] 08-01-2025 10:00*

08-01-2025 10:00 - Conhecimento do cuidador sobre vigilância face ao compromisso da consciência: facilitador [MELHOROU].

*06-01-2025 11:00 - Ensinar cuidador sobre vigilância face ao compromisso da consciência [sem horário] [FIM] 08-01-2025 10:00*

*06-01-2025 11:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: detetar alterações da consciência [sem horário]*

08-01-2025 10:00 - O cuidador adota comportamentos de deteção de alterações da consciência.

### **Sensações somáticas**

06-01-2025 11:00

06-01-2025 11:00 - Manifesta dor.

#### **06-01-2025 11:00 - Dor**

06-01-2025 11:00 - Expressão facial: Caretas ou esgar facial .

06-01-2025 11:00 - Movimento dos membros: Membros superiores retraídos ou resistência aos cuidados.

06-01-2025 11:00 - Choro/vocalização: Grita ou queixa-se verbalmente ou sustém a respiração.

#### **06-01-2025 11:00 - Determinar evolução da dor**

*06-01-2025 11:00 - Avaliar evolução da dor [sem horário]*

08-01-2025 10:00 - Expressão facial: Parcialmente contraída ou sobrancelhas franzidas [MELHOROU].

08-01-2025 10:00 - Movimento dos membros: Membros superiores parcialmente fletidos [MELHOROU].

08-01-2025 10:00 - Choro/vocalização: Gemidos não frequentes nem prolongados [MELHOROU].

08-01-2025 10:00 - Localização da dor

08-01-2025 10:00 - Abdómen

08-01-2025 10:00 - Intensidade da dor - 4.

#### **06-01-2025 11:00 - Diminuir dor**

*06-01-2025 11:00 - Gerir analgesia [sem horário]*

*06-01-2025 11:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [sem horário]*

#### **06-01-2025 11:00 - Promover papel do cuidador: gestão da dor**

06-01-2025 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

#### **06-01-2025 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas**

[RESOLVIDO] 08-01-2025 10:00

*06-01-2025 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [sem horário] [FIM]*

08-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas: facilitador [MELHOROU].

06-01-2025 11:00 - *Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor [sem horário] [FIM]* 08-01-2025 10:00

06-01-2025 11:00 - *Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da dor [sem horário]*

08-01-2025 10:00 - O cuidador adota comportamentos de gestão da dor.

### **Apetite**

06-01-2025 11:00

06-01-2025 11:00 - Ingeriu parte das refeições.

06-01-2025 11:00 - Apetite diminuído.

#### **06-01-2025 11:00 - Apetite comprometido**

##### **06-01-2025 11:00 - Determinar evolução da ingestão de alimentos às refeições**

06-01-2025 11:00 - *Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições [sem horário]*

08-01-2025 10:00 - Ingeriu parte das refeições.

##### **06-01-2025 11:00 - Promover papel do cuidador: gestão do regime dietético**

06-01-2025 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

##### **06-01-2025 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético** [RESOLVIDO] 08-01-2025 10:00

06-01-2025 11:00 - *Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético [FIM]* 08-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: facilitador [MELHOROU].

06-01-2025 11:00 - *Ensinar cuidador sobre ajuste da dieta de acordo com resultados de vigilância [sem horário] [FIM]* 08-01-2025 10:00

06-01-2025 11:00 - *Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do regime dietético [sem horário]*

08-01-2025 10:00 - O cuidador adota comportamentos de gestão do regime dietético.

### **Pele e mucosas**

06-01-2025 11:00

06-01-2025 11:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

#### **06-01-2025 11:00 - Membrana mucosa comprometida**

06-01-2025 11:00 - Localização do compromisso da membrana mucosa

06-01-2025 11:00 - Cavidade oral

06-01-2025 11:00 - Coloração da mucosa: pálidas.

06-01-2025 11:00 - Mucosa seca.

06-01-2025 11:00 - Mucosa com placas aderentes.

##### **06-01-2025 11:00 - Determinar evolução da integridade das membranas mucosas**

06-01-2025 11:00 - Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas [sem horário]

08-01-2025 10:00 - Localização do compromisso da membrana mucosa

08-01-2025 10:00 - Cavidade oral

08-01-2025 10:00 - Coloração da mucosa: pálidas.

08-01-2025 10:00 - Mucosa seca.

08-01-2025 10:00 - Mucosa com placas aderentes.

**06-01-2025 11:00 - Promover papel do cuidador: gestão da cicatrização da membrana mucosa**

06-01-2025 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**06-01-2025 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa**

06-01-2025 11:00 - Ensinar cuidador sobre tratamento do compromisso da membrana mucosa

**Emoção**

06-01-2025 11:00

06-01-2025 11:00 - Manifestação de inquietação.

**06-01-2025 11:00 - Ansiedade**

**06-01-2025 11:00 - Determinar evolução da ansiedade**

06-01-2025 11:00 - Avaliar evolução da ansiedade [sem horário]

08-01-2025 10:00 - Sem manifestação de inquietação [MELHOROU].

**06-01-2025 11:00 - Diminuir ansiedade**

**06-01-2025 11:00 - Promover papel do cuidador: gestão da ansiedade**

06-01-2025 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-01-2025 11:00 - Capacidade do cuidador para usar estratégias de controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**06-01-2025 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade** [RESOLVIDO] 08-01-2025 10:00

06-01-2025 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade [sem horário] [FIM] 08-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Conhecimento do cuidador sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitador [MELHOROU].

06-01-2025 11:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade [sem horário] [FIM] 08-01-2025 10:00

06-01-2025 11:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias de relaxamento [sem horário] [FIM] 08-01-2025 10:00

06-01-2025 11:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da ansiedade [sem horário]

08-01-2025 10:00 - O cuidador adota comportamentos de gestão da

ansiedade.

#### 4.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da consciência

- Avaliar oscilações da Escala de Coma de Glasgow (2620 NIC).

Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas

- Visualizar a mucosa oral regularmente (NIC 1720)

Ensinar cuidador sobre vigilância face ao compromisso da consciência

- Ensinar o cuidador sobre vigiar o nível de consciência (3200 NIC)

Ensinar cuidador sobre ajuste da dieta de acordo com resultados de vigilância

- Ensinar o cuidador a vigiar a consciência antes de alimentar a pessoa (3200 NIC).
- Ensinar o cuidador a alimentar a pessoa em pequenas quantidades se adequado (3200 NIC).

Avaliar evolução da dor

- Observar a ocorrência de indicadores não verbais de dor(1400 NIC)

Gerir analgesia

- Assegurar que a pessoa recebe cuidados precisos de analgesia (1400 NIC)
- Usar medidas de controlo da dor antes do seu agravamento (1400 NIC)
- Monitorizar número de SOS administrados para a dor (1400 NIC)
- Avaliar com o cuidador e a equipe de cuidados de saúde a eficácia de medidas utilizadas para controlar a dor (1400 NIC)

Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor

- Ensinar o cuidador sobre o impacto da experiência de dor na qualidade de vida (Vieira et al., 2019).
- Ensinar o cuidador sobre posicionamento (dorsal) para alívio da dor (1400 NIC)
- Ensinar o cuidador a controlar fatores ambientais capazes de influenciar a resposta da pessoa à dor ( 1400NIC).

Avaliar evolução da ansiedade

- Avaliar a ocorrência de aumento da inquietação (3350 NIC)
- Observar sinais não verbais de ansiedade (5820 NIC)

Ensinar cuidador sobre estratégias de relaxamento

- Ensinar o cuidador a limitar estímulos ambientais (p. ex., iluminação e ruídos) para facilitar o relaxamento.(0180NIC).
- Ensinar o cuidador sobre os benefícios da aromaterapia para o relaxamento (1330 NIC).

Ensinar cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade

- Ensinar o cuidador que a presença proporciona segurança e proteção durante períodos de ansiedade (5340 NIC)
- Ensinar o cuidador sobre a necessidade de administrar medicamentos para ansiedade ou agitação
- Ensinar o cuidador sobre a criação de um ambiente calmo , com iluminação difusa e temperatura confortável (6040 NIC)

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

- Identificar endurecimento, hemorragia , prurido e déficit de absorção (Siqueira et al., 2021).

Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

- Controlar fatores ambientais capazes de influenciar a resposta da pessoa ao desconforto (1400 NIC)
- Assegurar estratégias não farmacológicas, nomeadamente o posicionamento em decúbito dorsal, antes dos procedimentos dolorosos (1400NIC)

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

A elaboração do PICC para o Srº Z teve como finalidade primacial que este vivesse os seus últimos dias de vida sem sofrimento e com a máxima qualidade de vida, bem como a sua família, nomeadamente a filha cuidadora.

Tal como no primeiro caso analisado neste relatório, para se atingir os objetivos estabelecidos foram adotadas intervenções autónomas e interdependentes.

No anexo VIII, encontra-se sob a forma de tabela a relação entre os diagnósticos, objetivos, indicadores de resultado e intervenções no cliente e no cuidador para cada domínio identificado no presente caso clínico.

A intervenção no domínio da sensação somática teve um impacto positivo, uma vez que, da primeira para a segunda sessão, a cuidadora do Srº Z adquiriu conhecimento de gestão da medicação *pro re nata* prescrita para a dor. Verificou-se também aplicação de intervenções não farmacológicas para a gestão da dor, como o posicionamento em decúbito dorsal, posição de conforto para o SrºZ e o controlo de fatores externos como luz e ruído, traduzindo-se na diminuição do esgar facial de dor e dos gemidos. Aplicando a PAINAD, o valor passou de 8 para 4.

A intervenção no domínio da consciência teve impacto positivo, uma vez que a cuidadora do Srº Z vigiava o estado de consciência do mesmo e adquiriu conhecimento sobre como gerir os cuidados de acordo com a sua vigilância, bem como a sua relação com a fase da doença em que

o seu pai se encontrava, tendo-se traduzido, para a mesma, numa diminuição do sofrimento em todo este processo.

A intervenção no domínio do apetite teve impacto positivo, uma vez que a cuidadora do Srº Z adquiriu conhecimento da fase da doença do pai e a quantidade de alimentos ingeridos deixou de ser foco de preocupação, passando a valorizar a ingestão de pequenas quantidades de alimentos, de acordo com a manifestação de desejo do mesmo.

A intervenção no domínio da pele e mucosas teve impacto positivo, pois, apesar de não se ter conseguido reverter as placas aderentes na mucosa oral, a cuidadora dedicou atenção à hidratação da mesma, tendo, aquando da segunda visita da equipa, um frasco borrifador com água junto à mesinha de cabeceira do Srº Z.

A intervenção no domínio da emoção/ ansiedade teve impacto positivo, pois a cuidadora demonstrou conhecimento a identificar sinais de ansiedade e gerir a medicação prescrita para o efeito. Verificou-se, também, que a cuidadora identificava os momentos de maior ansiedade e permanecia junto do Srº Z, proporcionando segurança e proteção e adotava uma comunicação eficaz com o mesmo nestes momentos, que era facilitada também com a presença da esposa. Aquando da segunda visita, verificou-se um ambiente mais calmo, com menos ruído, iluminação difusa e temperatura confortável.

A identificação de domínios de enfermagem, tendo por base a teoria do conforto de Kolcaba, auxiliou na identificação das necessidades de conforto da pessoa. Desta forma, a teoria funciona como um guia para a sistematização dos cuidados de enfermagem e para o processo de enfermagem, sendo um valioso referencial teórico. Assim, as intervenções realizadas permitiram alcançar conforto na dimensão física e psicoespiritual e no tipo de conforto alívio e tranquilidade. Verificando-se uma dor 4, segundo a PAINAD e segundo a ESAS, o Srº Z, apresentava: Dor - 4; Cansaço -3; Náusea - 0; Depressão - 2; Ansiedade - 3; Sonolência - 4; Apetite - 8; Sensação de Bem- Estar - 3; Falta de Ar - 1. Destaca-se, no caso clínico em análise, a importância da presença, nomeadamente da esposa e a comunicação e o acompanhamento contínuo por parte da equipa, para que o Srº Z vivesse esta fase de forma serena e com dignidade até ao momento da morte. O conforto é ainda difícil de mensurar, principalmente em pessoas em situação paliativa, tendo-se identificado a necessidade de instrumentos disponíveis, principalmente em Portugal, para o efeito.

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

Os cuidados de saúde, em geral, e os cuidados de enfermagem, em particular, assumem grande importância e exigem técnica científica diferenciada e especializada. Este facto exige aos enfermeiros um conhecimento científico e técnico cada vez mais sólido e atualizado, de forma a prestarem os melhores cuidados de saúde à pessoa, alicerçados numa enfermagem de qualidade. A Ordem dos Enfermeiros respondeu a esta exigência com a criação do título de enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019, 2019).

O Preâmbulo do Regulamento nº 140/2019, define o enfermeiro especialista como sendo “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4744).

Para além da verificação das competências específicas de cada especialidade, a atribuição do título de enfermeiro especialista exige o domínio de um conjunto de competências comuns, aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de enfermagem. Assim, um enfermeiro especialista é um enfermeiro generalista com competências diferenciadas (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Por competência comum entende-se: “as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4745).

Em todos os contextos de prestação de cuidados, os enfermeiros especialistas partilham quatro domínios comuns: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019, 2019).

As competências específicas do EEEMCAEPSP, enunciam-se da seguinte forma: “1 - cuida[r] 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.” [sic] 2 - estabelece[r] relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19365).

Como o próprio nome da unidade curricular indica (“Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final”), o EC representa um marco no processo dinâmico de desenvolvimento de competências. Este estágio constitui uma imersão na prática profissional e um processo contínuo de aprofundamento de competências, permitindo a aplicação de conhecimentos ao longo da aprendizagem, com base na metodologia reflexiva para a conceção e prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa.

Nos subcapítulos seguintes, será descrito detalhadamente o percurso no EC, destacando como essa experiência contribuiu decisivamente para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEMCAEPSP.

## **5.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

No presente capítulo, propõe-se realizar uma análise crítico reflexiva das atividades desenvolvidas durante o EC e do modo como essas atividades contribuíram para a aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista, em contexto de prática clínica.

### **5.1.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o exercício da Enfermagem é alicerçado nos documentos que regem a profissão, nomeadamente no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996), no Código Deontológico (Lei n.º 104/1998, 1998) e nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Ao longo do EC, o respeito pela individualidade de cada pessoa em situação paliativa, assim como dos seus cuidadores/familiares, constituiu um esteio orientador da prática desenvolvida pela mestranda. O respeito pelos direitos humanos, valores e crenças de todos os intervenientes envolvidos no processo de cuidar, incluindo a equipa interdisciplinar, foi a base da sua atuação, tendo as decisões tomadas sido guiadas por preocupações de adoção de uma prática segura, sustentada nos princípios éticos e deontológicos.

A prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa em situação paliativa, bem como aos seus cuidadores/familiares, exige que as decisões tomadas salvaguardem os princípios básicos da autonomia, beneficência, justiça e não maleficência (Oliveira et al., 2021). Ao longo do EC, procurou-se sempre integrar a pessoa em situação paliativa e seus cuidadores/familiares na elaboração do PIIC, garantindo que as decisões fossem tomadas de forma compartilhada. A atuação esteve sempre orientada para o bem-estar da pessoa, de forma personalizada e individualizada.

As condições estruturais dos serviços e os modelos de organização são fatores que influenciam a observância dos princípios éticos supramencionados (Oliveira et al., 2021). O EC foi realizado em ECSCP, o que implica que o contexto de prestação de cuidados seja o domicílio da pessoa em situação paliativa. Preservar o direito à intimidade da pessoa em contexto domiciliário nem sempre é uma tarefa fácil: frequentemente, os cuidadores/familiares estão presentes durante toda a visita, o que dificulta a privacidade durante a prestação de cuidados diretos. Em várias ocasiões, foi exigido à equipa que se dividisse durante a visita, de forma que um dos elementos ficasse sozinho com a pessoa em situação paliativa, criando assim um momento mais adequado ao respeito por essa privacidade. A vivência, em EC, de experiências como esta permitiu à mestranda aumentar o seu conhecimento e sensibilidade para a importância da adoção de estratégias que, no respeito por todos os envolvidos, permitem assegurar e promover um mais pleno cumprimento dos princípios éticos e legais aplicáveis durante a prestação de cuidados.

O enfermeiro especialista tem um papel fundamental na educação e sensibilização da equipa interdisciplinar, da pessoa e da sua família, especialmente em temas como o consentimento informado, o princípio da autonomia e os limites da intervenção terapêutica; a promoção do diálogo e da reflexão conjunta permitem reduzir conflitos, garantindo que as intervenções são eticamente fundamentadas (Pulga et al., 2019).

Ademais, o enfermeiro especialista contribui para a identificação precoce de dilemas éticos, reconhecendo sinais de conflito e facilitando a sua discussão em equipa. Esta atuação preventiva favorece a tomada de decisões ponderadas e evita situações que possam comprometer os direitos, ou a dignidade da pessoa doente (Oliveira et al., 2021).

Durante o EC, uma pessoa em situação paliativa, a quem foram prestados cuidados e com a capacidade de decisão preservada, expressou a sua vontade de não ser sujeita a ventilação mecânica contínua como uma medida de prolongamento da vida. Durante uma das visitas domiciliárias posteriores, em momento em que a pessoa já tinha perdido capacidade de expressar a sua decisão, a sua família manifestou o desejo de que a ventilação mecânica fosse mantida até ao momento da morte. O enfermeiro especialista, atento aos sinais de conflito entre a vontade da pessoa e o pedido da família, identificou o dilema ético. Em reunião interdisciplinar, foi proposta uma estratégia de cuidados que salvaguardasse a dignidade da pessoa, os seus direitos e decisões previamente expressas. Para operacionalizar uma decisão conjunta e ponderada, os profissionais devem possuir atributos de comunicação e reflexão ética, evitando assim a imposição de tratamentos que possam contrariar os princípios de autonomia e qualidade de vida da pessoa (Oliveira et al., 2021). Este exemplo convoca ainda um outro aspeto fundamental do papel do enfermeiro: a defesa dos direitos da pessoa doente. Compete aos enfermeiros, como profissionais de saúde, assegurar que as intervenções respeitam os direitos, valores e preferências da pessoa, mesmo em situações de incapacidade ou vulnerabilidade; esta postura é fundamental para garantir que as decisões clínicas são tomadas de forma ética e humanizada (Carneiro et al., 2019).

A formação contínua e a atualização legal são componentes essenciais da atuação do enfermeiro especialista, permitindo que o profissional atue de forma ética, informada e em conformidade com as normas vigentes (Oliveira et al., 2021).

Nos termos do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996), a informação relativa a cada pessoa só deve ser partilhada com os envolvidos no processo de cuidar, tendo o enfermeiro especialista um importante papel em garantir o sigilo e a confidencialidade da informação. Em contexto de ECSCP, surgiu várias vezes a confrontação com essa responsabilidade, concretamente entre domicílios, quando a deslocação era feita em veículo conduzido por um motorista externo à equipa, o que obrigava a aguardar até à chegada à sede para partilhar e refletir sobre as situações concretas da prática clínica.

A coordenação do cuidado em equipa interdisciplinar é fundamental, tendo o enfermeiro especialista um papel central, articulando as ações dos diversos profissionais para garantir um cuidado integrado e alinhado com as necessidades da pessoa (Campos et al., 2019).

### **5.1.2. Melhoria Contínua de Qualidade**

A dinamização de programas de melhoria contínua é um aspeto preponderante no domínio da melhoria contínua da qualidade, fazendo parte das competências do enfermeiro especialista.

Ao longo do EC, a análise comparativa entre a realidade vivida no contexto do estágio e o que é descrito na literatura proporcionou frequentemente à mestranda a oportunidade de identificar e partilhar com o enfermeiro-tutor, assim como com a restante equipa interdisciplinar, possíveis áreas para melhoria contínua.

Como estudante, o desenvolvimento desta competência foi uma constante na iniciativa de se colaborar e discutir com o enfermeiro-tutor aspetos relacionados com a organização do trabalho, nomeadamente gestão de recursos humanos e materiais, gestão de prioridades, particularmente a integração da equipa no sistema da pessoa, e as medidas de prevenção e controlo de infeções.

Em contexto domiciliário, é comum encontrar a pessoa em situação paliativa com dispositivos médicos colocados. Esses dispositivos, embora necessários, são também pontos de entrada para micro-organismos causadores de infeção. Ao longo do EC, seguiu-se sempre os protocolos rigorosos de controlo de infeções, nomeadamente ao manusear dispositivos como os cateteres subcutâneos, garantindo que sejam mantidos limpos e estéreis, dado que a desinfeção adequada das mãos e dos equipamentos é essencial para minimizar o risco de infeção (Pereira et al., 2024). Destaque-se aqui a necessidade identificada ao longo do EC do uso de desinfetante de mãos, uma vez que o contexto de atuação da equipa é o ambiente domiciliário, que nem sempre permite o acesso rápido a água corrente durante as visitas.

Embora o tema da melhoria de qualidade seja amplamente associado com exigências formais e de estruturação, ao longo do EC foi perceptível que, muitas vezes, as estratégias informais - como a discussão de casos clínicos e o esclarecimento de dúvidas - desempenham um papel fundamental na promoção da qualidade dos cuidados prestados (Carneiro et al., 2019). A dinâmica da equipa já proporciona momentos cruciais para que isso ocorra, como a reunião semanal, onde todos os casos clínicos são abordados, permitindo a reflexão e a tomada de decisão conjunta, sempre em colaboração com a pessoa e a família.

A melhoria contínua não pode ser dissociada do recurso a medidas e indicadores (Capelas et al., 2018). Ao longo desta experiência, identificou-se que a utilização sistemática e regular de indicadores no contexto da promoção da qualidade é, por vezes, inferior ao preconizado pelos textos científicos especializados. Ao longo do EC foram diversas as reflexões realizadas sobre esta temática e sobre os desafios da documentação de cuidados neste contexto.

Ao longo da prática, foi evidente que a documentação de cuidados em contexto paliativo apresenta desafios específicos. Os CP envolvem pessoas com múltiplos sintomas complexos e mudanças rápidas no estado clínico, o que torna difícil realizar uma documentação eficaz e precisa. A adaptação das ferramentas de registo às necessidades particulares dessas pessoas é fundamental, mas também é necessária a implementação de um sistema integrado, que permita registar adequadamente essas variáveis (Capelas et al., 2018). Além disso, ao longo de todo o percurso foi sentida a dificuldade em manter registos completos sem prejudicar o tempo que poderia ser dedicado ao contacto direto, o que levantou a questão sobre o equilíbrio entre a necessidade de documentação e a qualidade da interação direta dos cuidados.

A comunicação e a continuidade dos cuidados representam aspetos fundamentais na garantia da qualidade assistencial. A segurança da pessoa está intrinsecamente relacionada com os momentos de transição de cuidados e a transmissão de informação entre profissionais (DGS, 2017). A realidade observada no contexto do EC evidencia que esta questão constitui um desafio significativo. Para além das visitas domiciliárias diárias realizadas pela equipa, os contactos telefónicos estabelecidos pelos cuidadores e familiares, frequentemente contendo informações cruciais sobre a pessoa em situação paliativa, fazem parte integrante da prática assistencial. Assim, a eficácia da comunicação assume um papel central na coordenação dos cuidados e na minimização de riscos associados à fragmentação da informação. Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) (2017), "a prestação de cuidados seguros para a pessoa com necessidade de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, devendo ser normalizada pela técnica ISBAR - Identify (identificação), Situation (situação atual), Background (antecedentes), Assessment (avaliação) e Recommendation (recomendações)" (DGS, 2017, p.4). Esta mnemónica é definida pela DGS como um "auxiliar de memória que permite, através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal" (DGS, 2017, p. 4). Cabe ao enfermeiro especialista conhecer e dominar a aplicação destas orientações,

ajustando o necessário para a sua integração sólida no quotidiano dos cuidados.

Recentemente, no serviço onde desempenho funções, foi implementada esta metodologia nas passagens de turno de enfermagem e surgiu a oportunidade de participar ativamente como membro do grupo de trabalho responsável pela sua implementação, além de colaborar na sua amplificação para outros serviços do hospital. Assim, foi possível partilhar na ECSCP a metodologia utilizada na implementação, destacando as principais dificuldades e facilidades encontradas ao longo do projeto. Para familiarizar melhor a equipa com esta metodologia, foi utilizada a técnica em todos os momentos de transição de cuidados em que se registou a participação da mestrand. A equipa mostrou-se bastante recetiva à implementação da técnica, pelo que ela será integrada num projeto de melhoria a implementar no serviço.

### **5.1.3. Gestão de Cuidados**

No domínio da gestão de cuidados, destaca-se a importância da adaptação da liderança, gestão de recursos e da gestão eficaz dos cuidados de enfermagem (Siqueira et al., 2023). Ao longo do EC, foram partilhados alguns momentos com o enfermeiro gestor, o que permitiu desenvolver competências nesta área. O enfermeiro gestor desempenha um importante papel na gestão de recursos, sejam eles materiais, físicos ou humanos (Siqueira et al., 2023). Durante o EC, houve a oportunidade de, juntamente com o enfermeiro gestor, participar na reorganização do armazém de material para um novo espaço, com o objetivo de facilitar a sua gestão por toda a equipa. Este processo exigiu uma reflexão conjunta sobre como ajustar o espaço físico às reais necessidades da equipa.

O enfermeiro gestor desempenha também um papel essencial como gestor de caso, tendo um papel preponderante na coordenação do cuidado integral da pessoa e sua família/cuidador; com frequência, esse cuidado vai além do cuidado prestado pela equipa, agindo como elo de ligação com outras equipas de saúde incorporadas no processo de cuidar daquela pessoa (Siqueira et al., 2023).

A equipa onde o EC foi realizado enfrenta escassez de recursos humanos, o que exige grande flexibilidade e adaptação na gestão. Dada a diversidade de situações e profissionais verificou-se que foi necessário, em alguns momentos, que o enfermeiro gestor adotasse uma abordagem mais diretiva, enquanto noutros foi preferível um estilo de orientação ou mesmo de delegação.

Promover a qualidade e segurança de cuidados à pessoa em situação paliativa e seus cuidadores/familiares deve também incentivar os enfermeiros especialistas a cuidar dos pares, da equipa interdisciplinar e de todos os envolvidos no processo de cuidar (Rodrigues et al., 2021).

Em CP, o papel do enfermeiro vai além da prestação de cuidados diretos à pessoa, abrangendo

também a gestão dos desafios emocionais e psicológicos inerentes a esse contexto (Rodrigues et al., 2021). A fadiga por compaixão é uma realidade de grande relevância para os profissionais de saúde que atuam nesta área, uma vez que lidam frequentemente com o sofrimento humano, a dor e a morte, o que pode levar ao esgotamento emocional e à exaustão física. Este fenómeno, resultado do intenso envolvimento emocional com a pessoa em situação paliativa e seus cuidadores/familiares, pode comprometer não só o bem-estar dos enfermeiros, mas também a qualidade dos cuidados prestados (Rodrigues et al., 2021).

A prevenção da fadiga por compaixão tornou-se, assim, um dos principais focos de gestão no contexto dos CP. O enfermeiro gestor desempenha um papel fundamental na criação de um ambiente de trabalho que favoreça o bem-estar da equipa de enfermagem e de todos os profissionais envolvidos nos cuidados (Siqueira et al., 2023).

Durante o EC, algumas das funções essenciais do enfermeiro gestor incluíam a promoção de espaços para que a equipa pudesse partilhar experiências, emoções e desafios relacionados com cada situação clínica, tanto durante as reuniões semanais de serviço como nas passagens de turno, sempre que surgia oportunidade. Estes momentos permitiam que os profissionais falassem sobre as suas vivências sem receio de julgamento, promovendo a expressão emocional de forma saudável. Além disso, o enfermeiro gestor teve um papel crucial na promoção de uma cultura de apoio mútuo, incentivando os profissionais a partilhar as suas dificuldades e a receber apoio dos colegas, criando assim uma rede de suporte dentro da equipa; esta rede foi expandida à mestrandia ao longo de todo o EC. Outra estratégia adotada foi a organização de almoços mensais com toda a equipa, reforçando o espírito de grupo e promovendo a criação de laços sólidos entre todos os profissionais.

Durante o EC, a equipa do serviço responsável pela prevenção de burnout realizou uma formação em serviço sobre o impacto do burnout nos profissionais de saúde, destacando a importância do autocuidado e da identificação precoce de sinais de esgotamento, fatores-chave na sua prevenção. A abordagem desta temática em equipa, por meio da formação em serviço, favoreceu a consciencialização coletiva sobre a importância do autocuidado, promovendo uma cultura de apoio e cuidado mútuo entre profissionais. Este momento de reflexão conjunta fortaleceu o espírito de apoio e confiança dentro da equipa, contribuindo para um ambiente de trabalho mais saudável e resiliente, essencial para a manutenção da qualidade dos cuidados prestados.

#### **5.1.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

O último domínio abordado neste capítulo, relativo às competências comuns do enfermeiro especialista, é o do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, abrangendo o

autoconhecimento e a prática baseada na evidência (PBE).

O conhecimento técnico e científico é dinâmico, mutável e está em constante atualização. Neste sentido, foi sentida pela mestranda a necessidade de ingressar neste mestrado como forma de prestar cuidados fundamentados na PBE, com a motivação de continuar a evoluir profissionalmente. Ao longo do EC, houve a preocupação de aproveitar todas as oportunidades proporcionadas para reforçar o desenvolvimento das aprendizagens profissionais da mestranda, consciente de que o processo de desenvolvimento profissional é um continuum.

Uma das grandes vantagens do estágio foi o trabalho integrado com uma equipa interdisciplinar altamente especializada. Esta colaboração estreita proporcionou uma visão holística do cuidado à pessoa, permitindo aprender com diferentes perspetivas profissionais; em particular, como as partilhas em equipa enriquecem a abordagem à pessoa e seus cuidadores/familiares, garantindo que todos os aspetos da sua vida sejam considerados, desde o conforto físico até às dimensões sociais.

Ter a oportunidade de prestar cuidado no domicílio da pessoa permitiu à mestranda compreender melhor a dinâmica familiar e as necessidades da pessoa no seu próprio ambiente. Durante este período, foi possível aprender a importância da personalização do cuidado, tendo em conta os valores, as crenças e os desejos da pessoa e da família, tornando as intervenções verdadeiramente centradas na pessoa, e indo, assim, de encontro ao propugnado na literatura científica especializada sobre este tema.

O estágio proporcionou importantes momentos de reflexão sobre a prática e de receção de supervisão clínica. Esses momentos foram fundamentais para o desenvolvimento de competências, permitindo a discussão de casos, a exploração de diferentes abordagens e a obtenção de retorno sobre o desempenho das tarefas em análise. A troca de informação com o enfermeiro-tutor e outros membros da equipa revelou-se crucial para o crescimento profissional, pois proporcionou um espaço para identificar áreas de melhoria e aperfeiçoamento das competências clínicas e interpessoais ao longo do EC.

A Ordem dos Enfermeiros (2019, p. 4749) refere que: “[o] enfermeiro especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação”. Assim, não podemos deixar de refletir sobre o importante papel que o enfermeiro especialista desempenha também nos processos de aprendizagem dos restantes profissionais, destacando a necessidade de propor e realizar, frequentemente, formações em contexto de trabalho, alinhadas com as necessidades identificadas a partir das reflexões.

Neste contexto, a mestranda foi desafiada a dinamizar uma formação em serviço no local de estágio com a temática: “Importância da Comunicação no Processo de Cuidar da Pessoa em Situação Paliativa: uma abordagem de enfermagem especializada”. A realização desta formação

teve também o intuito de promover a implementação de um projeto de melhoria, através do uso do Pallium Game como ferramenta inovadora de comunicação (Anexo IX).

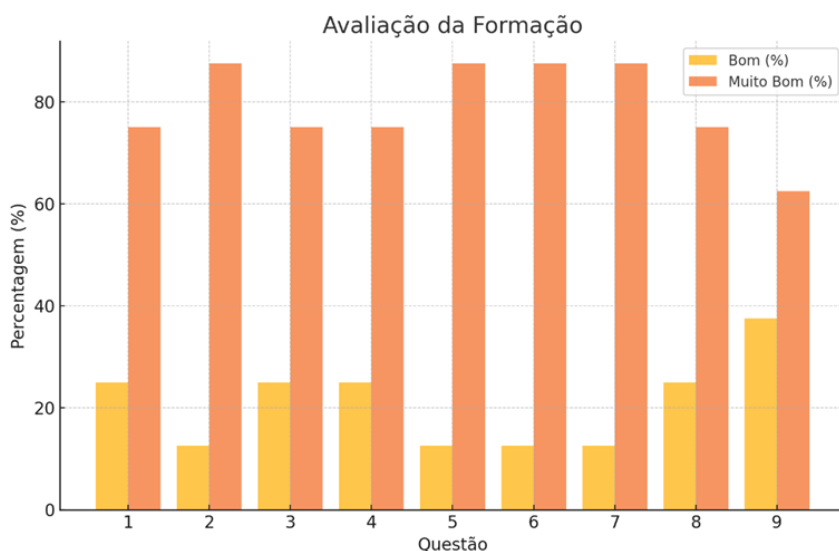
Para a obtenção do jogo, foram contactados os investigadores principais do projeto, que prontamente se disponibilizaram para, junto do laboratório, adquirirem o jogo para a equipa, enviando-o posteriormente por correio. O principal objetivo da criação deste jogo foi utilizá-lo como estratégia inovadora de comunicação estruturada e organizada, permitindo ao profissional de saúde, nomeadamente ao enfermeiro especialista, avaliar e intervir em múltiplas necessidades da pessoa e cuidador/familiar em situação paliativa e de fim de vida, de forma ética e viável na utilização da prática clínica (Lourenço et al., 2023). Infelizmente, a obtenção do jogo apenas foi possível na parte final do estágio, pelo que a mestranda não estará já em contexto de estágio no momento da sua efetiva implementação pela equipa. Fica, não obstante, a imensa realização de ter estado na origem e colaborado no início da implementação deste projeto, que se espera venha a resultar numa melhoria nos cuidados prestados pela equipa.

Após o preenchimento do questionário de avaliação da formação (anexo X), verificou-se que, em média, 20,8% dos participantes classificaram os aspetos avaliados como "Bom" e 79,2% atribuíram a classificação de "Muito Bom". Estes resultados indicam um retorno globalmente muito positivo sobre a formação, com uma predominância expressiva de avaliações na categoria "Muito Bom" (Figura 1). No campo dos comentários foi ainda referido: "muito gratificante pela oferta do jogo Pallium Game, que pode ser uma ferramenta muito útil".

Tabela 1 - Resultados de avaliação da formação.

| QUESTÃO | BOM (%) | MUITO BOM (%) |
|---------|---------|---------------|
| 1       | 25,0    | 75,0          |
| 2       | 12,5    | 87,5          |
| 3       | 25,0    | 75,0          |
| 4       | 25,0    | 75,0          |
| 5       | 12,5    | 87,5          |
| 6       | 12,5    | 87,5          |
| 7       | 12,5    | 87,5          |
| 8       | 25,0    | 75,0          |
| 9       | 37,5    | 62,5          |

Figura 1 - Gráfico de avaliação da formação.



## 5.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

A realidade específica associada à pessoa em situação paliativa envolve uma elevada complexidade, exigindo da parte dos enfermeiros a aquisição e desenvolvimento de um conjunto de competências específicas, como reconhecido, identificado e regulamentado no Regulamento n.º 429/2018, 2018.

O desenvolvimento dessas competências assenta nos quatro pilares dos CP: controlo de sintomas, comunicação, apoio à família/cuidador e trabalho em equipa (Carneiro et al., 2019).

Nos CP, promove-se a qualidade de vida, oferecendo suporte à pessoa em situação paliativa, assim como aos seus familiares/cuidadores, por meio do controlo de sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais (Silva et al., 2020b). Quando não há possibilidade de tratamento curativo, o foco recai sobre o controlo de sintomas, sendo alguns destes de difícil controlo como a dor, náusea, anorexia, sofrimento existencial, entre outros. A abordagem dos CP é, assim, indicada desde o diagnóstico de uma doença grave, progressiva e incurável, com o objetivo de promover a qualidade de vida até ao momento da morte (Silva et al., 2020b).

Para fornecer informações claras e precisas à pessoa em situação paliativa e aos seus cuidadores ou familiares, é essencial que o enfermeiro identifique as suas necessidades e ofereça apoio com empatia (Carneiro et al., 2019). A comunicação eficaz é fundamental para

explicar quaisquer mudanças nos objetivos do cuidado, garantindo que sejam compreendidas e aceites pela pessoa e seus cuidadores/familiares. Muitas vezes, é necessário repetir essas explicações para que todos os envolvidos no processo de cuidado compreendam que essas alterações não indicam abandono, mas sim uma forma de maximizar a qualidade de vida durante todo o percurso (Lee et al., 2021).

Outro pilar em CP é o apoio à família, que é parte integrante do cuidado à pessoa em situação paliativa. Muitos cuidadores/familiares têm dificuldade em enfrentar a doença terminal do seu ente querido, o que pode gerar alterações emocionais que merecem a atenção da equipa (Carneiro et al., 2019). O trabalho da equipa consiste, em conjunto com a família, na descoberta de recursos e estratégias que promovam o equilíbrio de todos os envolvidos no processo de cuidar, considerando que cada pessoa e sua família são únicas e esse facto exige que o profissional de saúde em CP adeque os cuidados à singularidade de cada situação (Ribeiro & Martinez, 2016).

O trabalho em equipa multiprofissional torna-se crucial para a prestação de CP de qualidade, dada a diversidade de necessidades da pessoa em situação paliativa, bem como dos seus cuidadores/familiares (Carneiro et al., 2019). A pessoa em situação paliativa deve ser cuidada em todos os seus aspetos: físico, psicológico, espiritual e social. A consciência de que quando uma das esferas funciona mal todas as outras são afetadas implica a complementaridade de saberes e a partilha de responsabilidades entre todos os profissionais da equipa, de modo a ser encontrada a resposta a cada necessidade, da forma mais adequada (Ribeiro & Martinez, 2016).

O estágio realizado na ECSCP proporcionou à mestranda o acompanhamento de inúmeras pessoas em situação paliativa e seus familiares/cuidadores em contexto de domicílio e também de ERPI, com uma grande variedade de diagnósticos, entre os quais se destacam patologia oncológica, insuficiência de órgãos e patologia neurológica.

Toda a parte letiva do curso, bem como as atividades desenvolvidas no EC, contribuíram para a consolidação de conceitos, conhecimentos e desenvolvimento das competências mencionadas no Regulamento nº 429/2018 (2018) na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, em especial no que respeita a: “1 - cuida[r] 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.” [sic] 2 - estabelece[r] relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19365).

Seguidamente, será abordado o trabalho desenvolvido na aquisição e aprofundamento de cada uma destas competências, aquando da realização do EC.

### **5.2.1. Prestação de Cuidados Holísticos para Maximização do Bem-Estar, Conforto e Qualidade de Vida**

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

A pessoa em situação paliativa confronta-se e confronta-nos com a inevitabilidade da morte. Nesta realidade, e perante a premência de cuidar da pessoa com doença incurável ou grave, cabe ao enfermeiro desenvolver um PIIC que atenda às necessidades específicas de cada pessoa, fazendo os ajustes necessários conforme a evolução clínica (Carneiro et al., 2019). O foco principal desse plano é sempre proporcionar a melhor qualidade de vida possível à pessoa em situação paliativa, tornando-se crucial que seja realizada uma colheita de dados abrangente e personalizada de cada pessoa, o que nos permite identificar as necessidades, preferências, desejos e vontades específicas daquela pessoa em situação paliativa e dos seus familiares/cuidadores (Carneiro et al., 2019).

Por razões de sistematização, proceder-se-á à apresentação e enquadramento das atividades desenvolvidas no âmbito da aquisição e desenvolvimento de cada unidade de competência, tal como identificadas no Anexo III do Regulamento n.º 429/2018 (2018, p.19365). O enquadramento das diferentes experiências e atividades desenvolvidas pela mestranda no contexto do EC dentro de cada unidade de competência tem por base os critérios de avaliação consagrados no Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19365, para cada unidade de competência específica.

#### **Identificar as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores e/ou familiares (Regulamento nº 429/2018, 2018)**

O EEEMCAEPSP desempenha um papel fundamental não apenas no cuidado direto à pessoa, mas também no acompanhamento do seu cuidador e/ou familiar, sendo que este envolvimento é crucial para garantir uma abordagem holística e efetiva, permitindo que o PIIC seja devidamente implementado e ajustado às necessidades específicas de todos os intervenientes (Ribeiro & Martinez, 2016).

À medida que a doença limitante de vida (DLV) evolui, independentemente da sua origem ou fisiopatologia, as necessidades da pessoa e dos cuidadores sofrem alterações significativas, cabendo ao enfermeiro especialista identificar essas mudanças, antecipar dificuldades e implementar intervenções que minimizem os impactos negativos na qualidade de vida, tanto da pessoa em situação paliativa como dos cuidadores. Todo este processo de adaptação contínua é

essencial para promover uma experiência mais humanizada durante todo o percurso da doença (Moraes & Santana, 2024).

Durante a realização do estágio na ECSCP, foi necessário capacitar frequentemente os cuidadores em diversas temáticas, com destaque para a gestão da terapêutica, especificamente na administração de medicação por via subcutânea, na gestão de expectativas em relação ao processo de fim de vida e na adequação de todo o processo à singularidade de cada pessoa. Se, por um lado, a experiência em algumas situações se traduziu numa grande tranquilidade por parte do cuidador, noutras situações foi um desafio conjugar a adequação do cuidado às variáveis psicoemocionais e crenças dos mesmos.

O confronto com questões complexas é frequente, tornando imprescindível uma reflexão contínua, quer individual quer em equipa interdisciplinar (Carneiro et al., 2019). Embora pudessem ser exploradas várias questões, destaca-se, para efeitos do presente relatório, a perda da via oral na pessoa em situação paliativa, por se ter revelado uma situação recorrente. Esta e outras perdas podem ter impacto nos cuidadores, gerando uma perceção de ineficácia no desempenho do seu papel e evidenciando a necessidade de refletir, individualmente e em equipa, sobre a melhor forma de gerir expectativas e ajustar as intervenções às especificidades de cada situação (Carneiro et al., 2019).

Durante o EC, uma pessoa com cerca de 82 anos, com diagnóstico de insuficiência cardíaca avançada e múltiplas comorbidades, incluindo demência, encontrava-se em estado terminal, com sintomas de desconforto progressivo e perda de apetite, o que levou à perda de peso significativa. A pessoa em situação paliativa tinha reflexo de deglutição comprometido, devido à sua condição. Perante tal situação, foi privilegiado o alívio dos sintomas e suporte emocional, mas a família insistia na colocação de uma sonda nasogástrica. A família encontrava-se relutante, preocupada com a ideia de "não fazer tudo o que é possível". No entanto, após uma conversa detalhada sobre os benefícios e os riscos da sonda e o reforço de que a prioridade era o conforto, a família alterou a sua opinião. A decisão final assentou no plano de cuidados que visou promover o conforto, alívio da dor e suporte emocional, sem intervenções invasivas.

Em contexto domiciliário, o cuidado à pessoa em situação paliativa carece da presença de um cuidador capacitado, que pode ser um familiar ou outro elemento designado. O enfermeiro especialista deve considerar o cuidador não apenas como um parceiro nos cuidados, mas também como um foco da sua atenção (Moraes & Santana, 2024). O papel de cuidador de uma pessoa em situação paliativa envolve a realização de diversas tarefas, entre as quais a gestão de sintomas, administração de medicação, execução de tarefas domésticas e apoio emocional e físico à pessoa doente. Esse conjunto de responsabilidades exige que este tenha múltiplas habilidades, tornando essencial o acompanhamento por parte do enfermeiro especialista (Moraes & Santana, 2024). Este acompanhamento deve incluir a identificação de dificuldades emocionais, físicas ou sociais que possam surgir, bem como a criação de estratégias que

promovam o bem-estar do cuidador, para tornar possível assegurar uma melhor qualidade de vida para todos os intervenientes, reconhecendo a complexidade e a interdependência entre pessoa em situação paliativa e os cuidadores (Moraes & Santana, 2024).

Um momento ao longo do EC que realçou a relação crucial entre profissionais e o cuidador foram os contactos telefónicos por parte destes, frequentemente como um momento de validação de cuidados. Em situações de últimas horas/dias de vida, os contactos telefónicos tornavam-se mais frequentes, não só pelo agravamento clínico repentino expectável nessa fase, mas também por ser um momento determinante na gestão de expectativas do cuidador.

O enfermeiro especialista desempenha um papel importante de cariz preventivo e antecipatório, participa ativamente no planeamento antecipado de cuidados, promovendo a discussão sobre diretivas antecipadas de vontade e assegurando que as preferências e valores da pessoa em situação paliativa sejam respeitados, especialmente em contextos de fim de vida (Carneiro et al., 2019). Esta prática, durante a elaboração do PIIC, favorece a tomada de decisões partilhada e contribui para intervenções mais alinhadas com as necessidades da pessoa (Carneiro et al., 2019).

Em situações de primeiro contacto, em que a pessoa ainda apresentava capacidade de tomada de decisão, era perguntado se, em caso de perda da via oral, a pessoa desejava que lhe fosse colocada uma sonda nasogástrica para alimentação. Essa informação era registada no processo, garantindo que as intervenções, presentes e futuras, respeitassem a vontade da pessoa. Também eram colocadas questões sobre o local preferencial de morte, o que permitia a elaboração do PICC de forma personalizada e ajustada à vontade expressa da pessoa e dos seus cuidadores.

Esta prática vai de encontro ao descrito por Carneiro e os seus colaboradores (2019), que afirma que as questões relacionadas com o fim de vida devem ser abordadas numa fase precoce e que as mesmas devem ser registadas no processo individual, de forma a serem consideradas quando a pessoa deixar de estar com capacidade para se exprimir.

A pessoa em situação paliativa é particularmente vulnerável, o que representa um desafio para o enfermeiro especialista, que deve agir de forma profissional e responsável. Esta vulnerabilidade resulta não apenas das circunstâncias físico-patológicas da doença, mas também das dimensões emocional, social e espiritual. Desta forma, o papel do enfermeiro especialista torna-se essencial para garantir cuidados integrais e humanizados (Carneiro et al., 2019). Com a sua formação avançada, o enfermeiro especialista deve ser capaz de identificar os diversos sintomas que possam surgir, intervir adequadamente e proporcionar diminuição do sofrimento, promovendo, assim, a qualidade de vida (Oliveira et al., 2021).

Mesmo durante a fase avançada da doença, o princípio da autonomia da pessoa doente deve ser respeitado, privilegiando as suas preferências e decisões. O enfermeiro atua como defensor

desses direitos, assegurando que as vontades da pessoa sejam cumpridas, conforme os princípios éticos e legais (Lima & Manchola-Castillo, 2021). Esta questão fez-nos refletir sobre a importância da referenciação precoce, de forma a dar tempo à equipa para todo este processo.

A gestão do sofrimento é um desafio importante da prática de cuidados de enfermagem especializados. O enfermeiro, além de aliviar o sofrimento físico, também oferece suporte emocional e espiritual à pessoa, à sua família e ao cuidador, tornando-se o acolhimento e a escuta ativa ferramentas essenciais para lidar com o medo, a angústia e a incerteza que envolvem o processo de finitude (Campos et al., 2019). Desta forma, a calendarização, o planeamento e a gestão do tempo das visitas domiciliárias não podem ser rígidos, devendo ter em conta que, muitas vezes, o cuidador/familiar requer disponibilidade por parte da equipa para gerir expectativas e sentimentos.

À família, que vive o processo de luto antecipado e necessita de suporte e orientação, o enfermeiro especialista deve proporcionar acompanhamento contínuo, ajudando os familiares a compreenderem a evolução da doença e a encontrarem serenidade nesse momento (Carneiro et al., 2019).

### **Promover intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, seus cuidadores e/ou familiares respeitando as suas preferências (Regulamento nº 429/2018, 2018)**

A pessoa em situação paliativa apresenta uma elevada complexidade sintomática, com múltiplos sintomas que comprometem a qualidade de vida e o conforto (Silva et al., 2020b). Entre eles, a dor destaca-se como um dos principais desafios (Viana et al., 2023), sendo o foco deste relatório o seu controlo assente no princípio da autonomia.

Para objetivar os sintomas e avaliar as suas repercussões são utilizados diversos instrumentos de avaliação validados. Um dos instrumentos que merece destaque é a Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), que permite a avaliação e monitorização de nove sintomas físicos e psicológicos da pessoa em situação paliativa: dor, cansaço, sonolência, náusea, apetite, falta de ar, depressão, ansiedade e bem-estar (Monteiro et al., 2010). A ESAS permite planear intervenções específicas e individualizadas, dirigidas aos sintomas apresentados, além de possibilitar o acompanhamento dos resultados em relação à terapêutica aplicada (Monteiro et al., 2010).

A identificação dos sintomas presentes em cada caso clínico levou a mestrandas a elaborar PIICs, combinando técnicas farmacológicas e não farmacológicas. Num caso concreto, um homem com adenocarcinoma pulmonar apresentava dispneia como principal sintoma. Durante a visita da ECSCP, as suas queixas incluíam sensação de falta de ar, incapacidade para as atividades de vida diária e perda de qualidade de vida. A dispneia é um quadro comum em DLV avançadas,

variando em intensidade ao longo da evolução da doença. Trata-se de uma experiência subjetiva de desconforto respiratório, muitas vezes descrita como de sufoco e de asfixia (Severino, 2020).

Na elaboração do PIIC para este caso clínico, foram articuladas intervenções farmacológicas, como o uso de opióides, que a literatura destaca como sendo o *standard of care* no alívio da dispneia, devendo ser instituídos como primeira linha de tratamento (Severino, 2010), em conjunto com intervenções não farmacológicas.

Uma intervenção não farmacológica implementada foi a otimização da ventilação pelo posicionamento: sentado com apoio de almofadas, de forma a elevar o tronco; sentado com ligeira inclinação para a frente e os braços apoiados nas pernas; deitado de lado com elevação da cabeceira e braços e pernas apoiados em almofadas; e de pé, inclinado para a frente a apoiar as mãos numa superfície (Severino, 2020). O cuidador foi capacitado para participar nestes procedimentos. Outras intervenções não farmacológicas utilizadas foram: o uso de ventoinhas dirigidas ao rosto da pessoa e o reforço da ventilação natural dos espaços interiores da habitação (Severino, 2020).

A sensação de falta de ar pode ser angustiante e ter impacto na qualidade de vida da pessoa. Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na orientação da pessoa para o uso eficaz da sua energia, aplicando o princípio da conservação de energia. Neste contexto, foram realizados ensinamentos para ajudar a pessoa a otimizar os seus níveis de energia e realizar as tarefas diárias de forma mais eficiente e sem sobrecarga (Severino, 2020). Ao planear o seu dia, a pessoa foi incentivada a adaptar as atividades, priorizando as mais significativas; também se recomendou a divisão das atividades em etapas mais curtas, pausas regulares e a evicção de esforços físicos excessivos (Severino, 2020). Sugeriu-se a realização de tarefas mais exigentes nos momentos do dia em que a pessoa se sente mais disposta e reservar o restante tempo para descansar ou realizar atividades menos desgastantes. Estes ensinamentos englobam não só o aspeto físico, mas também o emocional, ajudando a pessoa a perceber que o autocuidado e a adaptação à sua condição são essenciais para manter sua autonomia e bem-estar (Severino, 2020).

Na abordagem à pessoa em situação paliativa e seus cuidadores/familiares foi comprovado que a comunicação eficaz traz benefícios para todos os envolvidos no processo de cuidar.

Uma das pessoas alvo de cuidados, com o diagnóstico de neoplasia espinocelular com recidiva da região cervical, teve um agravamento rápido dos sintomas, especialmente da dor, durante a abordagem por parte da ECSCP. Isso exigiu a adaptação do regime terapêutico, incluindo a mudança da medicação *pro re nata* de via oral para via subcutânea. A administração de medicação por via subcutânea na pessoa em situação paliativa é uma boa opção para o controlo de sintomas: a via subcutânea é uma via preferencial em CP, quando a via oral não é segura ou não está disponível (Pereira et al., 2024). Além disso, permite um controlo sintomático mais

eficaz e, com apoio e capacitação por parte de profissionais habilitados, pode ser utilizada pelos familiares/cuidadores em domicílio. Sendo de fácil acesso, baixo custo e adequada a diferentes contextos de cuidados, a via subcutânea é uma opção vantajosa (Pereira et al., 2024).

A filha, cuidadora principal, expressava ambivalência de sentimentos em relação aos momentos de administração de medicação subcutânea à mãe, pois, por um lado, reconhecia a necessidade da medicação para o controlo sintomático e para o bem-estar da mãe; por outro lado, sentia estar a contribuir para que a mãe “morresse mais depressa” [SIC].

A desmistificação de preconceitos negativos acerca dos opióides foi uma constante junto desta cuidadora. A comunicação estratégica permitiu a explicação de aspetos cruciais dos fármacos e do objetivo da sua implementação no regime terapêutico. O controlo sintomático está interligado com a gestão das expectativas dos cuidadores. A presença de sintomatologia grave e a necessidade de controlo geram frequentemente expectativas irrealistas, tanto para o cuidador/familiar, quanto para a pessoa em situação paliativa, sendo a comunicação um elemento essencial para discutir os objetivos dos cuidados e a gestão de expectativas (Campos et al., 2019).

Nesta situação, como noutras situações que ocorreram ao longo do EC, ficou claro que a comunicação honesta, aberta e franca ajuda a desmistificar preconceitos, contribuindo para uma relação eficaz entre todos os intervenientes e para que todos se rejam pelos mesmos objetivos do PIIC, permitindo atingir objetivos estabelecidos em conjunto (Carneiro et al, 2019).

A principal dificuldade neste processo é a adaptação à singularidade da pessoa em situação paliativa e dos seus cuidadores ou familiares, requerendo por parte do profissional, além de uma abordagem técnica, sensibilidade acrescida para compreender e respeitar as particularidades emocionais, sociais e culturais envolvidas (Carneiro et al., 2019).

### **Envolver os cuidadores e/ou familiares da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades (Regulamento nº 429/2018, 2018)**

Ao longo do EC, houve a oportunidade de acompanhar diversos casos de pessoas em situação paliativa, sendo crucial, em todo o processo, a realização de conferências familiares (CF).

Em CP, a CF é uma ferramenta valiosa, que pode ser utilizada com múltiplos objetivos, entre os quais: esclarecer objetivos de cuidados; interpretar novos sintomas e dados clínicos; auxiliar na tomada de decisão; abordar expectativas; contribuir para a resolução de problemas; identificar necessidades não satisfeitas, tanto da pessoa como do cuidador/familiar; ensinar estratégias de controlo sintomático; dar apoio e aconselhamento, criando um ambiente adequado à expressão de preocupações, medos e sentimentos; ajudar à resolução de problemas e mobilizar recursos

(Cunha et al., 2024).

A CF permite ao enfermeiro especialista construir e atualizar o PIIC, em parceria com os cuidadores/familiares, constituindo uma forma estruturada de intervenção, que visa diversas finalidades, nomeadamente a partilha de informações e sentimentos, para além de auxiliar a alteração de padrões de interação familiar (Cunha et al., 2024).

Em algumas situações, a transmissão de informação de forma aberta e honesta durante a CF pode gerar medo e stress na pessoa em situação paliativa e nos seus cuidadores/familiares, devido à dificuldade em assimilar toda a informação transmitida (Engel et al., 2023). Além disso, a rotatividade da equipa de profissionais nas visitas domiciliárias pode representar um obstáculo adicional a este processo.

Durante a realização do EC, foi acompanhado um caso de um homem de 66 anos em situação de últimos dias/horas de vida. A sua principal cuidadora era a esposa, mas também tinham dois filhos: um a viver no estrangeiro e outro noutra localidade do país. Esta situação dificultava a elaboração de um plano estratégico em conjunto. Diante desse desafio, foi decidido em equipa agendar uma CF com todos os envolvidos no processo de cuidar. Esta intervenção permitiu fortalecer a confiança na equipa e facilitou a escolha de estratégias conjuntas para a abordagem dos cuidados.

As CF ocorrem em diferentes momentos do processo. No entanto, um dos momentos cruciais para a sua realização é durante os primeiros contactos, quando se estabelece uma relação de confiança entre todos os envolvidos. Nesse momento, o enfermeiro especialista deve apresentar brevemente todos os membros da equipa, explicar a filosofia e os objetivos dos CP, bem como disponibilizar, por escrito, os contactos da equipa e o seu horário de funcionamento (Campos et al., 2019). A experiência decorrente deste estágio confirmou isto mesmo: este é um momento fundamental para fortalecer a confiança e a segurança na equipa, o que facilita a definição de estratégias para um cuidado eficaz.

Um dos principais desafios sentidos em EC foi a adaptação ao processo de gestão da informação nos diferentes casos clínicos. Esse desafio tornou-se especialmente relevante devido às formas distintas como a pessoa em situação paliativa, e os seus cuidadores/familiares e profissionais de saúde recebem, interpretam e processam as informações. Essas diferenças resultam de múltiplos fatores que influenciam diretamente a compreensão e a tomada de decisão no contexto clínico (Engel et al., 2023).

Além disso, o impacto emocional também desempenha um papel fundamental na interpretação da informação: sentimentos como medo, ansiedade, negação ou choque podem interferir na capacidade de compreensão clara, levando a pessoa e os seus cuidadores/familiares a reterem apenas partes do que foi comunicado (Engel et al., 2023).

Outro fator determinante identificado ao longo do EC é a variação no nível de conhecimento e

entendimento sobre termos médicos, que influenciam diretamente a forma como as informações são recebidas e processadas. O que pode parecer claro e objetivo para o enfermeiro pode ser complexo e confuso para os familiares, evidenciando a necessidade de uma comunicação simples e adaptada ao público. Neste contexto, destaca-se uma situação concreta em que a cuidadora principal não sabia ler nem escrever, o que dificultava a adesão ao regime terapêutico, especialmente na administração de medicação *pro re nata*. Para contornar essa dificuldade, decidiu-se adotar a estratégia de utilizar símbolos que permitissem à cuidadora identificar corretamente a medicação a administrar consoante os sintomas apresentados pelo seu marido.

Por fim, o tipo de comunicação adotada pelo enfermeiro é determinante para garantir que a informação seja compreendida de forma clara e eficaz. O uso de uma linguagem empática, acessível e adaptada ao nível de entendimento da família contribui para minimizar dúvidas, reduzir a ansiedade e promover um melhor alinhamento entre todos os envolvidos no processo de cuidar (Engel et al., 2023).

Estes fatores tornam evidente que a gestão da informação no contexto clínico é um processo complexo, que exige do enfermeiro competências técnicas e interpessoais, além de sensibilidade para ajustar a sua abordagem conforme o perfil e as necessidades de cada interlocutor (Campos et al., 2019).

### **Desenvolver a sua intervenção numa perspectiva interdisciplinar e em articulação com os serviços de apoio (Regulamento nº 429/2018, 2018)**

A pessoa em situação paliativa é particularmente vulnerável, o que representa um desafio para o enfermeiro especialista, que deve agir de forma profissional e responsável. Esta vulnerabilidade resulta não apenas das circunstâncias fisiopatológicas da doença, mas também das dimensões emocional, social e espiritual. Desta forma, o papel do enfermeiro especialista torna-se essencial para garantir cuidados integrais e humanizados (Carneiro et al., 2019).

Na sua atuação, o enfermeiro visa assegurar a qualidade dos cuidados, bem como o bom funcionamento dos serviços de saúde, exigindo esta tarefa um constante dinamismo, capacidade reflexiva e comunicação entre todos os elementos da equipa (Siqueira et al., 2023).

Ao longo do EC, a articulação dos saberes de todos os profissionais foi um desafio sentido pela mestranda. Tal como já referido anteriormente, o enfermeiro gestor teve um papel preponderante em todo este processo, proporcionando momentos de partilha de experiências individuais entre todos os profissionais da equipa, sem julgamentos.

Além disso, a formação contínua dos profissionais de saúde, também já referida, promoveu a ocorrência de momentos essenciais de partilha sobre a diversidade de crenças, valores e formas

de vivenciar a dor e o sofrimento. Acresce que a integração de uma rede de apoio psicossocial, com profissionais especializados, permitiu garantir que as questões emocionais e sociais de cada pessoa fossem devidamente atendidas ao longo de todo o processo.

Como mestrandas foram várias as oportunidades para discutir com os restantes profissionais a necessidade de alterações terapêuticas, assim como o apoio de outros profissionais, nomeadamente o psicólogo, que estava a tempo parcial na equipa.

Descreva-se a situação de uma pessoa com neoplasia do pulmão metastizada, com agravamento sintomático, incluindo dor não controlada e dispneia. Juntamente com a equipa médica, foi tomada a decisão de ajustar os opióides e a introdução de benzodiazepinas ao regime terapêutico. Contudo, a discussão não se limitou à parte médica. Durante essa troca de experiências, o psicólogo da equipa trouxe à tona o impacto psicológico da progressão da doença na pessoa e na sua família, sugerindo, além das alterações terapêuticas, início de apoio emocional à família, que estava a viver um grande sofrimento devido à deterioração rápida do seu ente querido. O apoio psicológico à família tornou-se uma parte integrante do plano de cuidados, ajudando todos os intervenientes a lidar com as suas expectativas e com o processo de aceitação da fase terminal.

Este tipo de colaboração interprofissional não só fortaleceu a abordagem holística que caracterizou o cuidado, como também reforçou a importância de trabalhar em equipa, considerando os diferentes pontos de vista e especialidades de cada profissional. O trabalho conjunto com o psicólogo, mesmo em tempo parcial, fez com que os cuidados à pessoa fossem mais completos e sensíveis às suas necessidades emocionais e existenciais.

### **5.2.2. -Relação Terapêutica e Suporte no Processo de Luto**

A segunda competência corresponde a : “Estabelece[r] relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19365)

A ECSCP desenvolve a sua atividade maioritariamente em contexto domiciliário, o que proporcionou a oportunidade de acompanhar diversas famílias ao longo do EC. O processo de fim de vida implica mudanças significativas na organização familiar, refletindo-se na redistribuição de papéis entre os seus membros. A inclusão da família na planificação dos CP assume um papel essencial, permitindo prepará-la para enfrentar e aceitar a proximidade da morte, minimizando o sofrimento físico, psicossocial e espiritual (Espíndola, 2018).

**Respeitar a singularidade e autonomia da pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores e/ou familiares no acompanhamento de vivências individuais específicas, no processo de morrer e de luto (Regulamento nº 429/2018, 2018)**

Ao longo do processo de doença, ocorrem não apenas perdas reais, como a morte iminente de um membro da família, mas também perdas simbólicas, como a alteração de papéis sociais, a redução da autonomia e a redefinição da identidade. Para minimizar os impactos destas perdas, a ECSCP deve garantir uma comunicação transparente e honesta e promovendo a manutenção da autonomia e da dignidade da pessoa e da sua família (Espíndola, 2018).

Num dos casos acompanhados pela mestranda, um homem de 67 anos, dono de uma empresa, recebeu a informação relativa ao seu estado de saúde de forma clara e honesta, o que lhe permitiu resolver os assuntos relacionados com a sua atividade empresarial antes do agravamento do seu estado clínico. Inicialmente, as filhas negaram o estado clínico do pai e rejeitaram a informação, mas quando ele faleceu reconheceram que foi importante que a informação não fosse ocultada dos envolvidos no processo de cuidar.

Antes da perda efetiva da pessoa em situação paliativa, os familiares e cuidadores podem viver um luto antecipatório. Este período pode ser encarado como uma oportunidade para a resolução de conflitos e de questões pendentes, sendo a comunicação um elemento fundamental na promoção do bem-estar emocional dos envolvidos (Reis et al., 2023). Uma comunicação aberta e empática nesta fase permite abordar temas sensíveis, mas de grande relevância para a aceitação e preparação para o desfecho inevitável (Reis et al., 2023). Os familiares e/ou cuidadores vivem este processo de forma singular, devendo o processo de assimilação e aceitação respeitar a singularidade de cada pessoa (Carneiro et al., 2019). Assim, cabe ao EEMCAEPSP respeitar o tempo e os recursos de cada pessoa, através de uma relação de ajuda fortalecida por uma comunicação eficaz, devendo o enfermeiro reconhecer os recursos de que o familiar/cuidador dispõe e as suas estratégias de enfrentamento, pois permitir-lhe-á direcionar as intervenções de enfermagem durante este período (Moraes & Santana, 2024).

Apesar de as visitas domiciliárias na ECSCP onde o EC foi realizado não serem sempre efetuadas pelos mesmos profissionais, a comunicação eficaz e transversal entre os elementos que constituem a equipa permitiu que todos os elementos tenham um conhecimento aprofundado dos familiares e/ou cuidadores da pessoa em situação paliativa seguida pela equipa. Tal facto também é beneficiado pelos contactos telefónicos por parte dos mesmos, permitindo um contacto mais estreito entre todos os profissionais.

A necessidade de uma adaptação constante por parte dos familiares à organização, bem como às exigências dos cuidados, torna imprescindível a atuação da equipa interdisciplinar (Ribeiro & Martinez, 2016).

Todos os profissionais envolvidos no processo de cuidar desempenham um papel fundamental na validação das emoções experienciadas pelos familiares e cuidadores, bem como na identificação de estratégias que os auxiliem a enfrentar todo o percurso da doença da pessoa em situação paliativa (Ribeiro & Martinez, 2016). Neste contexto, o psicólogo assume um papel de grande relevância. Para além das visitas domiciliárias, que visam facilitar e apoiar o processo de cuidar, o seu contributo estende-se também aos próprios elementos da equipa (Ferreira et al., 2011). A sua participação regular nas reuniões semanais constitui uma mais-valia na aquisição de estratégias coletivas para a gestão emocional e na promoção de práticas eficazes de autocuidado.

O protocolo de luto, ativado após o falecimento da pessoa em situação paliativa, inclui apoio psicológico aos familiares e cuidadores, para permitir o acompanhamento nesta fase particularmente sensível (Ferreira et al., 2011).

O assistente social desempenha, igualmente, um papel crucial na análise psicossocial, ajustando as respostas às necessidades das famílias. Na ECSCP, o assistente social participa na integração de uma nova pessoa em situação paliativa, identificando, desde o primeiro contacto, as necessidades específicas da situação e garantindo o acesso à informação sobre os recursos sociais disponíveis (Tavares et al., 2017). Entre estes, destaca-se a obtenção do atestado multiusos, documento que certifica a incapacidade temporária ou permanente da pessoa, permitindo-lhe aceder a benefícios da Segurança Social, isenções fiscais no IRS e outras isenções tributárias (Tavares et al., 2017).

Além disso, o assistente social desempenha um papel determinante na resolução de necessidades relacionadas com material de apoio (Tavares et al., 2017). A equipa dispõe de equipamentos como camas articuladas, andarilhos e cadeiras sanitárias, que são disponibilizados temporariamente aos familiares, evitando esperas prolongadas ou despesas desnecessárias.

### **Promover parcerias terapêuticas com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores e/ou familiares ( Regulamento nº 429/2018, 2018)**

A atuação, ao longo do EC, pode ser categorizada em três pilares fundamentais: educação/capacitação, apoio emocional e planeamento dos cuidados.

Durante as visitas domiciliárias, houve oportunidade de esclarecer dúvidas relacionadas com o controlo sintomático, administração e gestão do regime terapêutico e identificação de sinais de agravamento. Neste último, foi necessário muitas vezes intervir na antecipação de acontecimentos, como por exemplo nos procedimentos post-mortem, com o intuito de tornar o momento o mais sereno possível, minimizando a ansiedade do cuidador sobre como proceder

após a morte do seu ente querido.

O apoio emocional também foi uma parte significativa da prática ao longo do EC. Foi demonstrada disponibilidade para escutar as angústias e medos da pessoa em situação paliativa e dos seus familiares/cuidadores, oferecendo apoio em todas as situações (Moraes&Santana, 2024). Refere-se o exemplo de uma cuidadora que apresentava sinais de estar a viver um processo de luto antecipatório. Durante os contactos, mostrava-se ansiosa, lábil e com choro fácil, além de manifestar dificuldade em gerir as suas expectativas face ao momento que vivia. Nesta situação, foi reforçada a importância da expressão de emoções, proporcionando momentos a sós e ajustando os cuidados, assim como a frequência e duração das visitas, ao seu ritmo. Além disso, foram disponibilizados recursos de apoio psicológico para a ajudar a enfrentar o processo da forma mais serena possível.

Por medo de não prestarem cuidados adequados, ou de provocarem danos à pessoa cuidada, o envolvimento da família/cuidador na prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa, nem sempre é total (Moraes&Santana, 2024).

Destacam-se duas situações do EC: o receio dos cuidadores/familiares na administração de medicação por via subcutânea - um número expressivo de cuidadores/familiares refere ter medo de administrar uma dose errada de fármaco ou de causar desconforto à pessoa; nestes casos, o ensino e capacitação dos cuidadores/familiares foram determinantes. Outro exemplo comum é o receio em mobilizar a pessoa em situação paliativa, com medo de causar lesões e desconforto. Para capacitar o cuidador/familiar, foram demonstradas as técnicas de posicionamento adequado, reforçando a segurança e confiança nos cuidadores/familiares.

Todas as ações descritas, sejam ensino, instrução ou treino, foram facilitadas pela realização de CF, um momento facilitador de reflexão e partilha conjuntas, que possibilita o ajuste dos cuidados às necessidades e expectativas de todos os envolvidos no processo de cuidar (Cunha et al., 2024).

Constatou-se que, em regra, a adesão e confiança na realização dos cuidados por parte do familiar/cuidador aumenta após estes encontros.

### **Negociar objetivos/metas de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico (Regulamento nº 429/2018, 2018)**

A prestação de cuidados centrados na pessoa exige, por parte da equipa, o desenvolvimento de competências comunicacionais, para privilegiar a autonomia da pessoa. Uma pessoa informada, consciente da sua patologia e da provável trajetória da sua DLV adquire um maior poder de decisão, nomeadamente na realização dos últimos desejos de vida e do legado que pretende deixar (Carneiro et al., 2019).

Durante o EC, foi acompanhado um homem com diagnóstico de neoplasia gástrica. Numa das últimas visitas, o Sr. V., em situação de últimas horas e/ou dias de vida, pediu que o filmasse num vídeo de agradecimento pelos cuidados recebidos, onde refletiu acerca da importância da ECSCP para si, por lhe ter permitido cumprir a sua vontade de morrer em casa, confortável, junto dos seus entes queridos e desejando que mais pessoas possam usufruir do mesmo.

Ao longo do EC, surgiu a oportunidade de ajudar a concretizar os últimos desejos da pessoa em situação paliativa, no caso uma mulher com diagnóstico de Linfoma não Hodgkin, com invasão medular, e suspeita de invasão do sistema nervoso central, que, através da otimização do regime terapêutico, cumpriu o desejo de ir a Fátima na companhia do marido, filhos e netos. Situações como esta permitem que a pessoa viva o fim de vida de forma mais tranquila e serena e facilitando o processo de luto dos familiares/cuidador.

**Reconhecer os efeitos da natureza do cuidar na pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, nos seus cuidadores e/ou familiares, sobre si, outros membros da equipa, respondendo de forma eficaz (Regulamento nº 429/2018, 2018)**

A tipologia de doentes acompanhados pela equipa leva a que os profissionais reflitam, muitas vezes, sobre a sua própria fragilidade e vulnerabilidade (Rodrigues et al., 2021). A morte de uma pessoa em situação paliativa acompanhada há muito tempo ou a morte de pessoas com faixa etária semelhante à de algum elemento abalavam de forma significativa a equipa, sendo acompanhadas de sentimentos de maior pesar. Com frequência, os momentos de pausa, as passagens de turno e as reuniões de serviço eram também oportunidade para partilhar experiências e sentimentos, uma estratégia de *coping* que ajuda a prevenir o *burnout*/fadiga por compaixão.

O uso do humor em CP é uma estratégia de comunicação que permite aliviar a ansiedade, a tensão e a insegurança em contexto de dor e sofrimento, muitas vezes presente neste contexto (Araújo & Silva, 2007). O humor permite a todos os envolvidos no processo de cuidar distanciarem-se do stress inerente do percurso e demonstrar sentimentos que geralmente são difíceis de expressar, como o medo e a impotência. O uso do humor permite a criação de relações terapêuticas que privilegiam o alívio da tensão inerente a todo o processo de morte, sendo que muitas vezes a própria pessoa em situação paliativa utiliza o humor para partilhar preocupações sobre a morte e o morrer (Araújo & Silva, 2007).

Contudo, o uso do humor deve ser utilizado com precaução; este não deve ferir a dignidade humana, exigindo da pessoa que o usa muita mestria (Araújo & Silva, 2007).

Assim, por exemplo, relembra-se que, durante a preparação de medicação numa visita

domiciliária, os profissionais conversavam e riram sobre um tema alheio à situação clínica. Entretanto, a filha, que estava em conversa com a médica numa divisão adjacente, ouviu as risadas e interpretou que estavam a rir-se da sua conversa, o que gerou constrangimento e mal-estar, havendo necessidade de otimizar a comunicação para esclarecer o ocorrido.

Noutra situação, que se destaca pelo sucesso, durante uma visita, um cuidador, enquanto assiste a pessoa no posicionamento na cadeira comenta com bom humor: "Vamos fazer a dança das cadeiras hoje!". Ao que a pessoa em situação paliativa sorriu e respondeu: "Se calhar hoje não é um bom dia, que temos as cadeiras todas ocupadas", aliviando a tensão e conferindo leveza ao momento.



## 6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O presente relatório teve como propósitos principais apresentar, de forma crítico reflexiva, as atividades desenvolvidas pela mestranda em contexto de EC, realizado entre 19 de setembro de 2024 e 9 de abril de 2025, numa ECSCP e demonstrar o modo como estas atividades, devidamente enquadradas com os conhecimentos científicos adquiridos ao longo do curso de mestrado, contribuíram, de forma decisiva, para a aquisição, desenvolvimento e reforço, pela mestranda, das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na pessoa em situação paliativa em contexto de EC.

Como amplamente demonstrado ao longo do relatório, o contexto onde o EC foi realizado revelou-se de extrema relevância para a concretização dos objetivos delineados inicialmente, tendo proporcionado à mestranda uma experiência muito diversa da experiência hospitalar onde tem desenvolvido, até à data, a sua atividade profissional e tendo contribuído, decisivamente, para o alargamento do seu conhecimento e compreensão sobre o papel do enfermeiro especialista, para a aprendizagem de novas estratégias de prestação de cuidados de saúde em contexto domiciliário e para a sensibilização para a integração harmoniosa dos cuidados de saúde no ambiente pessoal, familiar e social que integra o núcleo de identidade da pessoa em situação paliativa. Tratou-se, como se procurou demonstrar ao longo do relatório, de uma experiência profundamente enriquecedora e abrangente, pautada pela integração e acompanhamento por uma equipa interdisciplinar diferenciada, com uma larga cultura e tradição de ensino pós-graduado. Os tutores do EC frequentado pela mestranda são enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica com formação avançada em CP, com uma ampla experiência de supervisão de estudantes, o que facilitou todo o processo de aprendizagem, as oportunidades e a superação de desafios que foram surgindo.

Das aprendizagens feitas ao longo deste percurso ficou, sobretudo, claro para a mestranda que a singularidade e complexidade da situação paliativa, para a pessoa que nela se encontra e também para a sua família/cuidador, requerem que os enfermeiros desenvolvam competências específicas, que permitam a prestação de cuidados individualizados, humanizados e especializados. Na base do desenvolvimento destas competências é fundamental que estejam sempre presentes os quatro pilares fundamentais dos CP : o controlo de sintomas, a comunicação, o apoio à família/cuidador e o trabalho em equipa.

A pessoa em situação paliativa não pode ser vista de forma isolada, sendo a família/cuidador e a equipa interdisciplinar pilares essenciais para que a comunicação entre todos os intervenientes seja eficaz e a gestão de sintomas seja uma realidade.

O relatório realça a necessidade de uma abordagem holística e individualizada na prática de enfermagem à pessoa em situação paliativa, nomeadamente na gestão sintomática e em particular, na gestão da dor, enquanto vertentes fundamentais da promoção do conforto da pessoa em situação paliativa. Nesta matéria, sublinha-se ainda a necessidade de estudos futuros centrados em potenciais instrumentos de avaliação do conforto na pessoa em situação paliativa.

A conceção dos planos individuais de cuidados e dos estudos de caso usados como ilustrativos no presente documento, com o recurso à plataforma educacional que mimetiza um aplicativo de enfermagem, de suporte à documentação e decisão clínica, incorporada na Ontologia de Enfermagem aprovada pela OE, foi igualmente uma relevante mais-valia e constituiu uma antecipação do real. A metodologia utilizada possibilita a reflexão, discussão e fundamentação das decisões clínicas, sendo crucial para a qualidade dos cuidados, uma vez que, a partir de um cenário, decide-se sobre as áreas de atenção. Após a identificação dos diagnósticos de enfermagem, segue-se a definição de objetivos e o planeamento de intervenções, de acordo com as prioridades, cujo foco é a natureza e fundamento das intervenções que importa mobilizar.

Na reflexão supra realizada acerca dos contributos do EC para o desenvolvimento de competências, procurou-se explorar os contributos que se consideram mais expressivos, tendo como referência a matriz adotada pela OE. Numa análise crítico-reflexiva, conclui-se que o balanço desta etapa é positivo, visto que os objetivos traçados foram cumpridos e a aquisição de competências comuns aos enfermeiros especialistas, bem como as competências específicas do enfermeiro especialista na pessoa em situação paliativa foram alcançadas.

Todo este percurso teve desafios e exigências permanentes, nomeadamente na compatibilização da atividade profissional com o papel de estudante de mestrado, na elaboração do presente documento e na conciliação com a vida social e familiar.

Sendo um processo dinâmico, contínuo e permanentemente inacabado, é convicção da mestranda que este é um percurso que não termina com a aquisição do título de enfermeiro especialista. Os próximos desafios imediatos passam pela integração crescente dos saberes aprendidos na prática diária, contribuindo para a disseminação do conhecimento junto da equipa de enfermagem do serviço onde a mestranda presta cuidados, de forma a contribuir para a melhoria contínua da assistência à pessoa em situação paliativa, promovendo cuidados de enfermagem com segurança e qualidade, numa intervenção individualizada e holística.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alencar, M. (2019). Autonomia e cuidados paliativos. *Revista Científica HSI*. 3(4): 226-228. <https://doi.org/10.35753/rchsi.v3i4.59>
- Almeida, V. C. F., Lopes, M. V. O. & Damasceno, M. M. C. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: Análise fundamentada em Barnaum. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 39(2): 202-210. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200010>
- Alves, R. S. F., Cunha, E. C. N., Santos, G. C. & Melo, M. O. (2019). Cuidados paliativos: Alternativa para o cuidado essencial no fim da vida. *Psicologia, Ciência e Profissão*. 39: e3185734. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003185734>
- Amico, E. C., Barreto, E. J. S. S., Dantas-Filho, A. M. & Araújo-Filho, I. (2008). Diagnóstico, estadiamento e tratamento cirúrgico do adenocarcinoma de pâncreas. *ABCD: Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*. 21(4): 192-200. <https://doi.org/10.1590/S0102-67202008000400008>
- Araújo, M. M. T. & Silva, M. J. P. (2007). A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: Valorizando a alegria e o otimismo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 41(4): 659-664. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000400018>
- Artifon, E. L. A., Couto Júnior, D. S. & Sakai, P. (2010). Tratamento endoscópico das lesões biliares. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 37(2): 143-148. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912010000200012>
- Barbosa, C. C., Costa Perinote, L. C. S., Gomes, R. C., Oliveira, F. T. & Costa, J. S. (2024). Cuidados de enfermagem no paciente com insuficiência cardíaca congestiva descompensada. *Brazilian Journal of Health Review*. 7(2):01-12. <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n2-442>
- Brekel, L., Baan, F., Zweers, D., Koldenhof, J., Vos, J., Graeff, A., Witteveen, P. & Teunissen, S. (2020). Predicting anxiety in hospitalized cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 60(3): 522-530. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.005>
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K. & Dochterman, J. M. (2010). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC) (5th ed.)*. Mosby.
- Calzada, J. V. D., Melo, I. L. G. N., Souza, T. R., Souza, T. R., Martins, L. R. S., Assis, Á. G. C., Bordin, C. R., Felizari Junior, V., Partata, I. F. & Chahla, S. M. (2024). Uma revisão de literatura acerca do câncer de pâncreas. *Periódicos Brasil: Pesquisa Científica*. 5(3): 1552-1559. <https://doi.org/10.36557/pbpc.v3i2.207>

- Campos, V. F., Silva, J. M., & Silva, J. J. (2019). Comunicação em cuidados paliativos: Equipe, paciente e família. *Revista Bioética*. 27(4): 670-678. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274354>
- Capelas, M. L., Silva, S. C. F. S., Alvarenga, M. I. S. F., & Coelho, S. P. (2014). Desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos: Visão nacional e internacional. *Cuidados Paliativos*. 1(2): 7-13. <http://hdl.handle.net/10400.14/19801>
- Capelas, M. L., Simões, A. S., Teves, C., Durão, S., Coelho, S., Silva, S. C., Silva, A., & Afonso, T. (2018). Indicadores de qualidade prioritários para os serviços de cuidados paliativos em Portugal. *Cadernos de Saúde*. 10(2): 11-24. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7245>
- Cardoso, S. F., Teló, F. C., Vanini, S. M., Mascarelo, A., Gallon, T. R., & Eberhardt, T. D. (2024). Hipodermóclise como estratégia de conforto aos pacientes em cuidados paliativos. *Brazilian Journal of Health Review*. 7(1): 2679-2697. <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n1-216>
- Carneiro, R. (2017). Sintomas cutâneos e das mucosas. In E. Freire (Ed.). *Guia prático de controlo sintomático*. 141-145. <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>
- Carneiro, R., Simões, C., & Carneiro, A. H. (2019). Plano individual e integrado de cuidados como objetivo da relação clínica. *Medicina Interna*. 26(2): 147-152. <https://doi.org/10.24950/rspm/PV/284/18/2/2019>
- Carvalho, R. T., & Parsons, H. A. (Eds.). (2012). *Manual de cuidados paliativos (2nd ed.)*. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>
- Castro, M. C. F., Fuly, P. S. C., Santos, M. L. S. C., & Chagas, M. C. (2021). Dor total e teoria do conforto: Implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 42: e20200311. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200311>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2023). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal continental: Biénio 2023-2024*. Ministério da Saúde.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) - Versão 2019*. <https://www.icn.ch/>
- Coveler, A. L., Mizrahi, J., Eastman, B., Apisarnthanarax, S. J., Dalal, S., McNearney, T., & Pant, S. (2021). Pancreas cancer-associated pain management. *The Oncologist*. 26(6): e971-e982. <https://doi.org/10.1002/onco.13796>
- Cunha, D., Carvalho, P., & Anastácio, Z. C. (2024). Diretrizes práticas na conferência familiar em cuidados paliativos: Uma revisão integrativa. *Revista INFAD de Psicología*. *International Journal*

of *Developmental and Educational Psychology*. 2(1): 39–48.  
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2024.n1.v2.2706>

Decreto-Lei n.º 101/2006 do Ministério da Saúde: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2006). Diário da República n.º 109/2006, Série I-A de 2006-06-06.  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>

Decreto-Lei n.º 104/1998 do Ministério da Saúde: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. (1998). Diário da República n.º 93/1998, Série I-A de 1998-04-21. Versão consolidada disponível em  
<https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1998-70937797>

Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. (1996). Diário da República n.º 205/1996, Série I-A de 1996-09-04. Versão consolidada disponível em  
<https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1996-221642391>

Deglin, J., & Vallerand, A. H. (2009). Guia farmacológico para enfermeiros (10th ed.). Lusociência.

Dias, D., Santos, J., Raposo, C., Batalha, L., Ribeiro, A. L., & Ferreira, A. C. (2017). Obstipação induzida pelos opióides em doentes oncológicos adultos. *Revista Onco.News*. 35, 32-40.  
<https://onco.news/index.php/journal/article/view/86>

Direção-Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa nº 9/DGCG: A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor.  
[https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor\\_como\\_5\\_sinal\\_vital\\_-\\_2003.pdf](https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.  
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Dowd, T. (2004). Katherine Kolcaba, teoria do conforto. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)*. 481–485. Lusociência – Edições Técnicas e Científica.

Ehret, C., & Jatoi, A. (2021). Should loss of appetite be palliated in patients with advanced cancer. *Current Treatment Options in Oncology*. 22(3): 1–7.  
<https://doi.org/10.1007/s11864-021-00829-0>

Engel, M., Kars, M. C., Teunissen, S. C. C. M., & Van der Heide, A. (2023). Effective communication in palliative care from the perspectives of patients and relatives: A systematic review. *Palliative and Supportive Care*. 21(5): 890–913.  
<https://doi.org/10.1017/S1478951523001165>

- Espindola, A., Quintana, A., Farias, C., & München, A. (2018). Relações familiares no contexto dos cuidados paliativos. *Revista Bioética*. 26(3): 371-377. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-958274>
- Feio, M., & Sapeta, P. (2005). Xerostomia em cuidados paliativos. *Acta Médica Portuguesa*. 18(6): 459-466. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1064>
- Fernandes, R., Ramos, A., & Monteiro, P. (2017). Síndrome Anorexia - Caquexia/Astenia. In E. Freire (Ed.), *Guia prático de controlo sintomático*. 81-94. <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>
- Ferreira, A. P. Q., Lopes, L. Q. F., & Melo, M. C. B. (2011). O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. *Revista da SBPH*. 14(2): 127-147. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.14.430>
- Francisco, J., & Barbedo, I. (2017). Agonia. In E. Freire (Ed.), *Guia prático de controlo sintomático*. 143-149. <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>
- Franzoi, M. A. H., Lemos, K. C., Jesus, C. A. C., Pinho, D. L. M., Kamada, I., & Reis, P. E. D. (2016). Teoria das relações interpessoais de Peplau: Uma avaliação baseada nos critérios de Fawcett. *Revista Enfermagem UFPE Online*: 10(Suppl. 4): 3653-3661. <https://doi.org/10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201617>
- Gomes, M. A., Priolli, D. G., Tralhão, J. G., & Botelho, M. F. (2013). Carcinoma hepatocelular: Epidemiologia, biologia, diagnóstico e terapias. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 59(5): 514-524. <https://doi.org/10.1016/j.ramb.2013.03.005>
- Gonçalves, M. J., Rosado, J., & Custódio, M. P. (2010). Anorexia/caquexia. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (2nd ed). 181-189. Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Guerra, G., Corbellini, L. G. L. M., Lucchese, A. M., & Baú, P. C. (2014). Diagnóstico diferencial da icterícia obstrutiva na emergência. *Acta Médica (Porto Alegre)*. 35(6). <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-882609>
- Herrera, F. A., Alcalde, T. R., Martinez, A. I. V., Camacho, M. J. G., Calvo, A. C., & Merino, C. G. (2020). Desmontando mitos em cuidados paliativos. *Revista Clínica de Medicina de Família*. 13(2): 139-142. <https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2020000200006>
- INFARMED. (n.d.). Infomed: Base de dados de medicamentos de uso humano. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>
- Jamarim, M. F. M., Saidel, M. G. B., Leite, R. C., & Campos, C. J. G. (2023). A comunicação não verbal dos profissionais de saúde de um serviço de atenção domiciliar. *Contemporary Journal*.

3(12): 26145-26182. <https://doi.org/10.56083/RCV3N12-074>

Jardim, P. P., Cavalcanti, A. C. D., Borges, A. S., Flores, P. V. P., & Rosa, C. A. (2022). Sinais e sintomas de pacientes com insuficiência cardíaca em cuidados paliativos: Revisão de escopo. *Escola Anna Nery*. 26. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0064pt>

Kolcaba, K. Y. (1994). A Theory Of Holistic Comfort for Nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 19: 1178-1184

Lee, E. K., Jeong, H. Y., & Kim, K. W. (2021). End-of-life assessments and communication for dying patients and their families. *Journal of Hospice and Palliative Care*. 24(3): 194-197. <https://doi.org/10.14475/jhpc.2021.24.3.194>

Lei n.º 25/2012 da Assembleia da República: Regula as Diretivas Antecipadas de Vontade. (2012). *Diário da República n.º 136/2012, Série I de 2012-07-16*. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2012-116052607>

Lei n.º 52/2012 da Assembleia da República: Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. (2012). *Diário da República n.º 172/2012, Série I de 2012-09-05*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/52-2012-174841>

Lima, M. A., & Manchola-Castillo, C. (2021). Bioética, cuidados paliativos e libertação: Uma contribuição para o “bom morrer”. *Revista Bioética*. 29(2): 326-334. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021292464>

Lino, A. C. (2024). Importância da implantação da escala de avaliação de dor PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) em pacientes com comprometimento cognitivo e/ou demência. *Revista Multidisciplinar em Saúde*. 5(3). DOI: 10.51161/urgencicon2024/36922

Lira, F. E. A., Lira, E. A., Silva, I. A., Olegário, B. A., Silva, M. F. T., Rodrigues, G. L., Queiroga, N. C. F. L., Batista, J. I. L., & Sousa, M. N. A. (2024). Uso, eficácia e efeitos adversos dos opioides na dispneia em pacientes com DPOC. *European Journal of Health Research*. 5(2): 01-19. <https://doi.org/10.54747/ejhrv5n2-067>

Lourenço, M., Fernandes, C., Magalhães, B., & Vale, B. (2023). Pallium Game: Estratégia de comunicação inovadora em cuidados paliativos. *RevSALUS - Revista Científica Internacional Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*. 5(Sup): 39. <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5iSup.552>

Lucena, V. L., Almeida, T. L. C., Cruz, R. L., Souto, P. A. N. G., Wanderley, J. P. M., & Filho, C. E. G. S. (2020). Influência da disfagia na qualidade de vida de pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Revista Fun Care Online*. 12: 1329-1333. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9442>

Marques, A. L. (2014). História dos cuidados paliativos em Portugal: Raízes. *Cuidados Paliativos*.

1(1): 7-12.

Marques, A. L., Gonçalves, E., Salazar, H., Neto, I. G., Capelas, M. L., Tavares, M., & Sapeta, P. (2009). O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. *Patient Care (Edição Portuguesa)*. 14(152): 32-38. <https://www.apcp.com.pt/uploads/cp.pdf>

Martins, R. T., Almeida, D. B., Monteiro, F. M. R., Kowacs, P. A., & Ramina, R. (2012). Receptores opioides até o contexto atual. *Revista Dor*. 13(1): 58-64. <https://doi.org/10.1590/S1806-00132012000100014>

Modesto, M. L. A., Machado, W. C. A., & Figueiredo, N. M. A. (2020). Aspectos clínicos que interferem na deglutição em cuidados paliativos: Um foco na disfagia orofaríngea. In E. Silva (Ed.), *Estudos em ciências da saúde 2*. <https://doi.org/10.22533/at.ed.2492006037>

Monteiro, D., Kruse, M., & Almeida, M. (2010). Avaliação do instrumento Edmonton Symptom Assessment System em cuidados paliativos: Revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 31(4): 785-793. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/99081>

Moraes, A. C. S. G., & Santana, M. E. (2024). Necessidades de familiares cuidadores e atuação do enfermeiro nos cuidados paliativos oncológicos: Revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 70(2): e4560. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n2.4560>

Neto, I. G. (2008). Utilização da via subcutânea na prática clínica. *Medicina Interna: Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. 15(4): 277-283. <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/1496>

Nobeschi, L., Bernardes, W., & Favero, N. (2012). Diagnóstico e prevenção do câncer de pâncreas. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*. 16(1): 167-175. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26025372013>

Oliveira, D. S. S., Roque, V. A., & Maia, L. F. S. (2019). A dor do paciente oncológico: As principais escalas de mensuração. *Revista Recien*. 9(26): 40-59. <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2019.9.26.40-59>

Oliveira, L. M., Almeida, M. L., Silva, C. P., Rosa, D. O., Gomes, N. P., & Pedreira, L. C. (2021). Aspectos éticos do cuidado de enfermagem ao idoso em cuidados paliativos. *Enfermagem em Foco*. 12(2): 393-399. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3321>

Olsson, M. M., Windsor, C., Chambers, S., & Green, T. L. (2021). A scoping review of end-of-life communication in international palliative care guidelines for acute care settings. *Journal of Pain and Symptom Management*. 62(2): 274-290. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.03.012>

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia orientador de boas práticas*. 1(1). Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor>.

pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Ontologia de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.

Pacheco, L. S. P., Santos, G. S., Machado, R., Granadeiro, D. S., Melo, N. G. S., & Passos, J. P. (2020). O processo de comunicação eficaz do enfermeiro com o paciente em cuidados paliativos. *Research, Society and Development*. 9(8): e652986524. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6524>

Paiva, C. F., Santos, T. C. F., Aperibense, P. G. G. S., Martins, G. C. S., Ennes, L. D., & Almeida Filho, A. J. (2021). Aspectos históricos no manejo da dor em cuidados paliativos em uma unidade de referência oncológica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 74(5): e20200761. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0761>

Pedro, A., & Silva, M. P. (2017). Manual de rotação de opióides. Laboratórios Vitória. [https://www.apeddor.org/images/diversos/flip/manual\\_rotacao\\_opioides\\_3\\_edicao\\_mai2017/inicio.html](https://www.apeddor.org/images/diversos/flip/manual_rotacao_opioides_3_edicao_mai2017/inicio.html)

Pereira, C., Freitas, D., Vieira, F., Bralão, I., & Ferreira, T. (2003). Infusor elastomérico I DIB IV [Paper presentation]. Fórum de Dor das Ilhas Atlânticas, Unidade de Terapêutica de Dor, Hospital Central do Funchal.

Pereira, D. B., Soares, A. P., Montezano, R. M., Martins, S. B., Fernandes, V. P., Kutter, L. I. S. S., Feijó, A. M., & Barbosa, L. F. (2024). A terapia subcutânea no contexto dos cuidados paliativos. *Revista Foco*. 17(8): 1-16. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n8-151>

Pimenta, J. R., & Massabki, P. S. (2010). Carcinoma hepatocelular: Um panorama clínico. *Revista Brasileira de Clínica Médica*. 8: 59-67.

Pontalti, G., Rodrigues, E. S. A., Firmino, F., Fábris, M., Stein, M. R., & Longaray, V. K. (2012). Via subcutânea: Segunda opção em cuidados paliativos. *Revista HCPA*. 32(2): 199-207.

Pulga, G., Cassol, L., Amaral, M., Januário, A. G., Feldkercher, N., & Noradi, T. M. (2019). O trabalho da equipe multidisciplinar na melhoria da qualidade de vida de pacientes em estágio terminal com foco nos cuidados paliativos. *Unoesc & Ciência - ACBS Joaçaba*. 10(2): 163-168. <https://periodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/view/21295>

Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de

Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. (2018). Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Regulamento 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Reis, C. G. C., Moré, C. L. O. O., & Menezes, M. (2023). O luto antecipatório e as estratégias de enfrentamento de familiares nos cuidados paliativos. *Psico*. 54(1): 1-13. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2023.1.39961>

Ribeiro, C. M., & Martinez, M. J. V. (2016). Cuidados paliativos: A importância do trabalho em equipa e aliança terapêutica. *Revista Portuguesa de Oncologia*. 2(1): 13-18. <https://rponcologia.com/index.php/rpo/article/view/13>

Rodrigues, M. S. D., Lucena, P. L. C., Lordão, A. V., Costa, B. H. S., Batista, J. B. V., & Costa, S. F. G. (2021). Fadiga por compaixão em profissionais de enfermagem no contexto dos cuidados paliativos: Revisão de escopo. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*. 25: e-1386. <https://doi.org/10.5935/1415.2762.20210034>

Rolo, D. F., D'Alessandro, M. P. S., Cassefo, G., Anagusko, S. S., & Maiello, A. P. M. V. (2023). Objetivo: Compreender o conceito, classificação e manejo básico da dor. In *Manual de cuidados paliativos (2nd ed)*. 137-167

Roque, F. P., & Ferreira, M. E. J. (2023). Qualidade de vida de pessoas com doenças não oncológicas, disfagia e necessidade de cuidados paliativos. *Distúrbios da Comunicação*. 35(4): 01-12. <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2023v35i4e64971>

Santos, L. B., Mituuti, C. T., & Luchesi, K. F. (2020). Atendimento fonoaudiológico para pacientes em cuidados paliativos com disfagia orofaríngea. *Audiology Communication Research*. 25. <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2019-2262>

Santos, L. N., Rigo, R. S., & Almeida, J. S. (2023). Manejo em cuidados paliativos. *Research, Society and Development*. 12(2): e40028. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i2.40028>

Santos, S. S. C., & Nóbrega, M. M. L. (1996). Teoria das relações interpessoais em enfermagem de Peplau: Análise e evolução. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 49(1): 55-64. <https://doi.org/10.1590/S0034-71671996000100007>

Sequeira, C., & Coelho, T. (2016). Técnicas/competências de comunicação. In C. Coelho (Ed.), *Comunicação clínica e relação de ajuda* (pp. 103-131). Lidel - Edições Técnicas.

Sereno, S., Matias, D., Trindade, I. I. D., Ressurreição, J. I. D., Araújo, R. J. C. S., Fernandes, S. L. T., & Capelas, M. L. (2022). PPS PT escala de avaliação do desempenho do doente em cuidados paliativos. *Observatório Português dos Cuidados Paliativos*.

- Serna, M., López, D., García, Y., & Restrepo, M. (2022). Nutritional assessment of cancer patients in palliative care is a key element for comprehensive care and survival. *Nutricion Hospitalaria*, 39(4), 814–823. <https://doi.org/10.20960/nh.03828>
- Severino, R. (2020). Gestão da dispneia em cuidados paliativos: Intervenções farmacológicas e não farmacológicas. *Revista Investigação em Enfermagem*. 31(2): 9–23. [https://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE31\\_s2.pdf](https://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE31_s2.pdf)
- Silva, A. D., & Nascimento, S. S. (2023). Teoria do conforto de Kolcaba no cuidado de enfermagem: Uma revisão integrativa. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*. 6(13): 946- 969. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8065092>
- Silva, G. R., Freitas, E. C., Silva, R. S., Milagres, M. P., & Boery, R. N. S. O. (2020a). Constipação induzida por opioides em cuidado paliativo: O estado da arte. *Revista Pesquisa: Cuidados Fundamentais Online*. 12: 1116–1124. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8008>
- Silva, I. B. S., Lima Júnior, J. R. M., Almeida, J. S., Cutrim, D. S. P., & Sardinha, A. H. L. (2020b). Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 66(3): e1122. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n3.1122>
- Siqueira, A. C., Vazzoler, C. A., & Moura, L. L. (2021). O uso da via subcutânea em cuidados paliativos: Elaboração de um protocolo institucional. *Arquivos Brasileiros de Medicina Naval*. 82(1): 30–45. <https://doi.org/10.70293/2764-2860.2021.2678>
- Siqueira, D. S., Padilha, C. D. M., & Silva, E. F. (2023). O papel do enfermeiro na gestão em enfermagem: Uma revisão integrativa. *Recisatec – Revista Científica Saúde e Tecnologia*. 3(3): e262. <https://doi.org/10.53612/recisatec.v3i3.262>
- Tavares, A. M. O., Sousa, D. M., & Santos, C. T. (2017). A prática do assistente social em cuidados paliativos. VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas.
- Tradounsky, G. E. (2024). Gastro-intestinal symptoms in palliative care patients. *Current Oncology*. 31(4): 2341–2352. <https://doi.org/10.3390/curroncol31040174>
- Viana, V. V. P., Cabral, M. E. G., Oliveira, H. D., Rocha, R. V. S., Reis, J. F., Carmo, D. M., Azevedo, P. H. L., Lopes, N. V. O., Carvalho, G. O., & Braga, V. G. R. (2023). Importância do manejo adequado da dor para pacientes em cuidados paliativos. *Brazilian Journal of Health Review*. 6(3): 1190–1202. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-190>
- Vicente, A., Coelho, A. N., Lobão, C., Gonçalves, R., & Parola, V. (2022). Intervenções não farmacológicas implementadas por enfermeiros no controlo da dor em cuidados paliativos: Protocolo scoping review. *Enfermería Actual de Costa Rica*. 43. <https://doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.v0i43.47876>

Vieira, C., Brás, M., & Fragoso, M. (2019). Opióides na dor oncológica e o seu uso em circunstâncias particulares: Uma revisão narrativa. *Acta Médica Portuguesa*. 32(5): 388-399. <https://doi.org/10.20344/amp.10500>

Walsh, M., Fagan, N., & Davies, N. (2023). Xerostomia in patients with advanced cancer: A scoping review of clinical features and complications. *BMC Palliative Care*. 22: 178. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01276-4>

Zweers, D., Graaf, E., & Teunissen, S. (2020). Suitable support for anxious hospice patients: What do nurses 'know', 'do' and 'need'? An explanatory mixed method study. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 10(2). <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2016-001187>

## **8. ANEXOS**



## **Anexo I**





2º Ciclo de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área  
de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

2º ano 3º Semestre

IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NO PROCESSO DE CUIDAR DA PESSOA  
EM SITUAÇÃO PALIATIVA: UMA ABORDAGEM DE ENFERMAGEM  
ESPECIALIZADA

**Elaborado por:** Mafalda Fontes da Costa

Oliveira de Azeméis

Janeiro 2025



2º Ciclo de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área  
de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

2º ano 3º Semestre

IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NO PROCESSO DE CUIDAR DA PESSOA  
EM SITUAÇÃO PALIATIVA: UMA ABORDAGEM DE ENFERMAGEM  
ESPECIALIZADA

**Autora:** Mafalda Fontes da Costa, N.º 2023103185

**Regente da Unidade Curricular:** Professora Doutora Sónia Novais

**Orientadora:** Professora Mestre Daniela Cunha

Oliveira de Azeméis

Janeiro de 2025

## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | 4  |
| <b>1. CUIDADOS PALIATIVOS E A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO</b> .....  | 6  |
| <b>2. CUIDADO INTEGRAL NA MULTIDIMENSIONALIDADE DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA</b> .....                   | 7  |
| 2.1. A INDIVIDUALIDADE DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA.....   | 7  |
| <b>3. RELEVÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NO PICC</b> .....   | 8  |
| 3.1. COMUNICAÇÃO COMO FERRAMENTA .....  | 8  |
| 3.2. COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL EM CP .....   | 9  |
| 3.3. O PAPEL DA COMUNICAÇÃO NA TOMADA DE DECISÃO .....  | 10 |
| <b>4. A TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE PEPLAU</b> .....   | 11 |
| <b>5. COMUNICAÇÃO NA INTEGRAÇÃO EM CP</b> .....   | 12 |
| 5.1. A IMPORTÂNCIA DO PRIMEIRO CONTACTO .....   | 13 |
| 5.2. O PAPEL DO SILÊNCIO NA COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS: ....  | 14 |
| <b>6. FERRAMENTAS INOVADORAS DE COMUNICAÇÃO EM CP</b> .....   | 17 |
| <b>7. IMPORTÂNCIA DA REFLEXÃO EM EQUIPA TRANSDISCIPLINAR ACERCA DOS DESAFIOS DA COMUNICAÇÃO EM CP</b> ..... | 18 |
| <b>CONCLUSÃO</b> .....  | 20 |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....   | 22 |

## INTRODUÇÃO

O presente documento foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular “Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final”, do 2º Ciclo de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa da Escola Superior de Saúde Norte Cruz Vermelha Portuguesa. O estágio decorreu numa Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, daí o foco da exploração do desenvolvimento de competências ser em contexto domiciliário.

A unidade curricular “Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final” visa contribuir para a aquisição de competências práticas essenciais para a tomada de decisão e conceção de cuidados para intervenção junto da pessoa em situação paliativa, no âmbito da especialidade Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Paliativa.

O presente documento irá explorar o desenvolvimento de competências no âmbito da comunicação em cuidados paliativos, nomeadamente a importância da comunicação no processo de cuidar da pessoa em situação paliativa: uma abordagem de enfermagem especializada. Com a exploração desta temática pretendo atingir o objetivo específico que me propus no início do estágio clínico que foi: “Desenvolver competências comunicacionais no âmbito do estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa em situação paliativa, salvaguardando as preferências e vontades da pessoa, na Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, ao longo do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final.

A formulação deste objetivo baseia-se no desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, especificamente na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa: “2 — *Estabelece uma relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e os seus cuidadores/familiares, proporcionando apoio no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento do luto*”. Além disso, enquadra-se na unidade de competência “2.1 — *Respeita a singularidade e a autonomia da pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e dos seus cuidadores/familiares, no acompanhamento das vivências individuais específicas no processo de morrer e de luto*”, em particular o ponto “2.1.3 — *Demonstra resultados qualificados de comunicação entre os diversos intervenientes no processo de cuidar, salvaguardando as preferências e vontades da pessoa*”.

(Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, anexo III, 2.1, Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16, p. 19365).

A metodologia utilizada para a elaboração deste documento é crítica-reflexiva, expositiva e descritiva, sendo o mesmo concebido maioritariamente por pesquisas autónomas e reflexões pessoais, enriquecidas com evidência científica.

Assim, os primeiros dois capítulos deste trabalho terão como finalidade a abordagem dos Cuidados Paliativos (CP) e a importância da comunicação e o cuidado integral na multidimensionalidade da pessoa em situação paliativa, nomeadamente a individualidade da pessoa em situação paliativa. No terceiro capítulo será abordada a relevância da comunicação no Plano Individual Integrado de Cuidados (PIIC), em especial o papel da comunicação na tomada de decisão e a comunicação não verbal em cuidados paliativos. Será abordada seguidamente a Teoria das Relações Interpessoais Hildegard Peplau (TRIHP). No quinto capítulo, explorar-se-á a comunicação na integração em cuidados paliativos, particularmente a importância do primeiro contacto e o papel do silêncio na comunicação, através de uma revisão narrativa. Por último, mas não menos importante, será feita uma exploração de ferramentas inovadoras de comunicação em CP.

## 1. CUIDADOS PALIATIVOS E A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO

O Enfermeiro Especialista (EE) cria e cultiva elos através da comunicação, privilegiando o diálogo e utilizando, assim, a comunicação como estratégia primordial na arte do cuidar. Uma comunicação eficaz promove cuidados de qualidade, qualificados e humanizados, minimizando o sofrimento da pessoa em situação paliativa e dos seus cuidadores/familiares, procurando alcançar sempre a máxima qualidade de vida de todos os envolvidos no processo (Pacheco et al., 2020).

O vocábulo paliativo deriva do latim *pallium*, que significa manto. Esta terminologia coloca o foco na ideia principal desta filosofia de proteger, amparar, cobrir, abrigar quando, como profissionais, nos deparamos no cuidado à pessoa com doença incurável (Andrade et al., 2013).

O verbo “comunicar” deriva do latim e significa “suportar juntos um dever” (das palavras “*cum*” que significa “com”, e “*munus*” que significa “dever”), tratando-se de uma ação recíproca e solidária (Bellieni, 2022).

De modo a fornecer informações precisas à pessoa em situação paliativa e/ou cuidadores/familiares sempre que estes manifestem dúvidas, é necessário que o enfermeiro identifique esta mesma necessidade e demonstre empatia e apoio. Através da comunicação ocorre a explicação de qualquer mudança quanto às metas de cuidado, com o propósito de que estas sejam entendidas e aceites pela pessoa e seus cuidadores/familiares. As explicações repetidas são, também, muitas vezes necessárias para que os envolvidos no processo de cuidar possam aceitar e entender que as mudanças não significam abandono, mas que maximizam a qualidade de vida ao longo de todo o processo (Lee et al., 2021).

A comunicação em CP compreende conversas altamente individualizadas e complexas sobre a morte e o morrer, tornando a comunicação eficaz crucial para a prestação de cuidados holísticos que abordam desconforto emocional e físico, bem como necessidades espirituais, psicológicas e sociais, tal como a tomada de decisão compartilhada (Olsson et al., 2021).

## **2. CUIDADO INTEGRAL NA MULTIDIMENSIONALIDADE DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA**

Na prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa esta deve ser considerada como ser único, complexo e multidimensional (biológico, emocional, social e espiritual). O uso adequado de uma comunicação eficaz permite um cuidado integral e humanizado (Engel et al., 2023).

O cuidar da pessoa em situação paliativa exige, por parte do profissional, que o mesmo valorize e dê ênfase a CP humanizados, com o intuito de preservar a qualidade de vida durante todo o processo, até ao fim da vida (Vasconcellos et al., 2020).

A comunicação no contexto dos CP não se restringe apenas à transmissão de informação, mas também se baseia na forma como a mesma é transmitida. A adequação de uma comunicação verbal e não verbal, adaptada a cada contexto e dinâmica familiar, permite que a transmissão e assimilação de informação sejam efetuadas com cuidado e atenção através de palavras, posturas e atitudes (Silva et al., 2020).

Por outro lado, a comunicação se for usada de forma inadequada, bloqueia a relação terapêutica, tornando-se prejudicial para o potencial terapêutico da comunicação (Sequeira & Coelho, 2016) e dificultando a relação de ajuda.

### **2.1. A INDIVIDUALIDADE DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA**

A atualidade é marcada por mudanças extremas na forma como comunicamos, tornando a comunicação uma ferramenta valiosíssima de transformação. O profissional deve privilegiar as relações, pautando-se pela ética, no respeito da autonomia, e focar a sua atenção na pessoa e não na doença (Jamarim et al., 2023).

A prestação de CP em contexto domiciliário permite que a pessoa morra no local onde sempre viveu a sua vida, junto dos seus entes queridos, com o mínimo de aparato tecnológico proporcionando uma morte digna. O morrer no domicílio permite ir ao encontro da individualidade da pessoa, o que pode significar receber cuidados mais humanizados, com a família e no conforto do lar (Vasconcellos et al., 2020).

Uma comunicação ineficaz influencia negativamente a integridade e a humanização dos cuidados. Muitas vezes, traduz-se na dificuldade por parte do cuidador/familiar na adesão às orientações dadas pelos profissionais, apresentando resistências no estabelecimento da relação e optando por um modelo assistencial, voltado para o tecnicismo (Jamarim et al., 2023).

### **3. RELEVÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NO PICC**

O PICC caracteriza-se pela junção entre os objetivos do cuidar e a melhor forma de operacionalizar no espaço e no tempo, tendo em atenção todos os envolvidos no processo de cuidar e as suas responsabilidades. Os diversos valores relacionais estão na base da operacionalização do PICC, sendo que a comunicação constitui um pilar fundamental, base do sucesso da relação terapêutica entre todos os envolvidos (Carneiro et al., 2019).

O estabelecimento de uma relação empática, assente na multidisciplinaridade, ajuda o profissional de saúde a combater o desafio que é o cuidado total da pessoa, em todas as suas fases, nomeadamente na fase final de vida (Carneiro et al., 2019).

#### **3.1. COMUNICAÇÃO COMO FERRAMENTA**

O profissional de saúde em CP deve alinhar-se no processo de absorção e gestão da informação por parte da pessoa em situação paliativa e dos seus cuidadores/ familiares, dada a dicotomia por vezes existente. Se, por um lado, a transmissão da informação aberta e honesta num momento único sobre a situação traz uma sensação de segurança, por outro lado, informações honestas transmitidas num só momento podem induzir medo, stress e perturbações existenciais, por dificuldade em assimilar a informação ou até pelo excesso de informação transmitida. Desta forma, é essencial que o profissional preste cuidados de forma empática, com linguagem clara e compreensiva, deixando espaço para estratégias positivas para enfrentar as adversidades (Engel et al., 2023).

Em contexto domiciliário, os profissionais de saúde estabelecem uma relação muito próxima com a pessoa em situação paliativa e seus cuidadores/ familiares. Desta forma, o uso de uma comunicação eficaz permite conhecer a realidade e a dinâmica, permitindo uma melhor organização das intervenções (Jamarim et al., 2023).

A comunicação verbal e não-verbal torna-se, assim, uma ferramenta para a prestação de cuidados paliativos de excelência, uma vez que permite à pessoa exteriorizar as suas angústias e medos e permite ao enfermeiro direcionar a sua prática à etapa de vida daquela pessoa em situação paliativa (Silva et al., 2020).

### 3.2. COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL EM CP

A comunicação não-verbal está incorporada nas atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde e pode ser uma importante ferramenta para um cuidado mais integral e humanizado, se estes tiverem consciência dela e a utilizarem de forma ponderada e consciente (Jamarim et al., 2023).

O primeiro contacto dos profissionais em contexto domiciliário é um dos momentos em que a comunicação não verbal se revela de maneira mais clara, por ser o momento em que se estabelece o primeiro contacto com a pessoa e seus cuidadores/ familiares (Jamarim et al., 2023).

Os profissionais devem ter em consideração a forma como o ambiente é estruturado, o espaço e as vistas que a pessoa tem, pois, tal influência a forma como a pessoa se sente bem-vinda ou rejeitada (Bellieni,2022). No ambiente domiciliário esta gestão é realizada muitas vezes por uma mudança de divisão da casa ou a procura de um espaço acolhedor.

Para as pessoas em situação paliativa e seus cuidadores/ familiares o próprio regime terapêutico é uma forma de comunicação não-verbal. Muitas vezes, a introdução, ou exclusão de um determinado medicamento ou tratamento indicia mudança, muitas vezes sem a necessidade do uso de palavras (Bellieni, 2022).

A comunicação não verbal dos profissionais de saúde também pode traduzir a forma como estes se sentem acolhidos, ou não, na prestação de cuidados, nomeadamente em contexto domiciliário. Quando se sentem acolhidos, mostram-se simpáticos e sorridentes; por outro lado, quando não se sentem acolhidos, os profissionais têm tendência para se afastar mais fisicamente e trocam mais olhares e aproximam-se mais entre eles na tentativa de se sentirem mais seguros (Jamarim et al., 2023).

O primeiro contacto é marcado muitas vezes por um distanciamento corporal por parte dos profissionais, por não estarem familiarizados com aquele ambiente domiciliário

próprio e individual, assim como a pessoa e os seus cuidadores/ família, ou por se sentirem desconfortáveis e inseguros devido ainda à ausência de vínculo. É um momento onde, muitas vezes, são nítidos os sinais de constrangimento e um ambiente de reconhecimento de território do outro, tanto por parte dos profissionais, como da pessoa e seus cuidadores/ familiares (Jamarim et al., 2023).

### 3.3. O PAPEL DA COMUNICAÇÃO NA TOMADA DE DECISÃO

A comunicação eficaz em CP inclui a troca de informações, facilitando a tomada de decisão compartilhada e promove, desta forma, um relacionamento de cuidado empático (Engel et al., 2023).

A elaboração do plano individual de cuidados exige, primeiramente, que sejam identificadas as necessidades, para posteriormente se planejar intervenções. Expressar aceitação que estimule a expressão de sentimentos exige ao profissional que o escutar vá muito para além do apenas ouvir: permanecer em silêncio, utilizar gestos de afeto e sorriso tornam-se essenciais no estabelecimento de confiança entre profissionais de saúde e pessoa em situação paliativa e cuidadores/familiares (Pacheco et al., 2020).

A identificação das diferentes dimensões do outro, através das suas experiências, comportamentos, emoções e espiritualidade, permite ao profissional de saúde direcionar a sua intervenção à singularidade da pessoa em situação paliativa (Pacheco et al., 2020).

A comunicação dos profissionais, tanto verbal como não verbal, altera de acordo com o vínculo estabelecido com a pessoa e seus cuidadores/familiares e o tempo é um fator preponderante. Quanto mais contactos se realizarem, a formalidade na comunicação entre profissionais e restantes membros envolvidos no processo de cuidar diminui e torna-se um aspeto preponderante para facilitar a delineação de cuidados (Jamarim et al., 2023).

A relação de confiança que se cria entre o cuidador/ familiar e o enfermeiro/a é de extrema importância para preparar a finitude. Importa a sua compreensão acerca do que acontecerá, o desejo relativamente à obtenção de informações quanto ao processo de fim de vida, bem como a adequação de cuidados a cada fase. Assim, a comunicação permite explorar estratégias para o cuidar nos últimos dias/momentos, nomeadamente em contexto domiciliário (Vasconcellos et al., 2020).

O processo de fim de vida e morrer deve ser o mais sereno possível, onde todos os envolvidos no processo de cuidar manifestem o mesmo objetivo, para minimizar o sofrimento, proporcionando conforto e qualidade de vida à pessoa e seus cuidadores/familiares (Vasconcellos et al., 2020).

O consentimento informado, tradicionalmente associado a uma assinatura formal, deve transformar-se num processo que recorra a todas as formas de comunicação possíveis. Restringir-se apenas à comunicação escrita constitui uma abordagem limitada e arriscada, pois tende a cristalizar as palavras em dicotomias rígidas, como sim/não ou preto/branco. Uma comunicação genuína exige a consideração de nuances e tons de cinzento. Assim, o consentimento informado deve incluir a capacidade de interpretar as dúvidas e hesitações expressas pela pessoa e pelos seus cuidadores ou familiares. Este processo exige a partilha de decisões, considerando toda a história de vida da pessoa e sendo conduzido por uma equipa que já tenha uma relação de proximidade com a mesma (Bellieni, 2022).

#### **4. A TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE PEPLAU**

Neste contexto, é essencial abordar a TRIHP, que trouxe uma mudança paradigmática na relação entre o enfermeiro/a e a pessoa que necessita de cuidados de saúde. Anteriormente, a prática de enfermagem era centrada em ações realizadas sobre, para e pela pessoa, tratando-a como objeto da ação de enfermagem. Contudo, o trabalho de Peplau redefiniu esta dinâmica, ao conceptualizar a pessoa como um parceiro ativo no processo de cuidados.

A teoria de Peplau descreve quatro fases na relação entre o enfermeiro/a e a pessoa, que, embora independentes, se sobrepõem e ocorrem de forma contínua ao longo da interação. Estas fases são: i) orientação, onde se estabelece a relação inicial; ii) identificação, em que a pessoa começa a participar ativamente no processo; iii) exploração, caracterizada pela intensificação da colaboração; e iv) resolução, que marca o término da relação terapêutica, com a satisfação das necessidades da pessoa.

Na fase de orientação, o/a enfermeiro/a ajuda a pessoa a reconhecer e compreender o seu problema e a determinar a sua necessidade de ajuda. Na fase de identificação, o/a enfermeiro/a permite a exploração de sentimentos que ajuda a pessoa a passar pela doença

como uma experiência que reorienta os sentimentos, fortalece as forças positivas da personalidade. Durante a fase de exploração, a pessoa retira toda a valia que lhe é oferecida através da relação, projetando novos objetivos. Na fase de resolução, a pessoa coloca gradualmente de parte os objetivos antigos (Howk, 2002).

Apesar da pertinência na abordagem desta teoria neste contexto, não podemos deixar de referir uma das limitações da mesma, que diz respeito ao facto de se restringir a pessoas conscientes, capazes de se envolverem em interações interpessoais.

Tendo por base esta teoria, Silva e colaboradores criaram um instrumento com ações facilitadoras para a comunicação na integração para os CP. Na fase de orientação, importa ouvir antes de informar. Assim, é a partir das questões da pessoa em situação paliativa que o profissional poderá perceber o que ela sabe sobre o problema de saúde, identificar as necessidades e as expectativas. Na fase de identificação, é necessário estabelecer uma comunicação acolhedora e que transmita confiança; é recomendado que o profissional que conquistou o vínculo seja o condutor, ou esteja presente no momento de transmissão de notícias difíceis. Na fase de exploração, é imperativo que se respeite a autonomia da pessoa; é crucial que se evite o imperativo da verdade e importa promover a participação dos cuidadores/familiares, tendo um papel ativo na tomada de decisão; mostrar disponibilidade para tirar dúvidas quando e se assim o desejarem. Na fase de resolução, é fundamental o uso de uma linguagem clara e acessível, sem tirar a esperança, tendo como foco atender às necessidades e sempre em vista a máxima qualidade de vida (Silva et al., 2020).

## **5. COMUNICAÇÃO NA INTEGRAÇÃO EM CP**

A interação e o diálogo com a pessoa em situação paliativa constituem a base essencial para a elaboração do PIIC. No entanto, é crucial reconhecer que este processo apresenta especificidades práticas, dado que cada pessoa é única. Assim, torna-se necessário avaliar continuamente os desejos, vontades, fracassos e sucessos.

Este processo é, na sua maioria, desenvolvido por uma equipa multidisciplinar, sendo frequente a partilha, no final de cada visita domiciliária, dos aspetos positivos e das áreas a melhorar no âmbito da comunicação. A principal dificuldade identificada reside na

adaptação à singularidade da pessoa em situação paliativa e dos seus cuidadores ou familiares (Carneiro et al, 2019).

### 5.1. A IMPORTÂNCIA DO PRIMEIRO CONTACTO

O momento de admissão da pessoa em situação paliativa na Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) é considerado crucial para o estabelecimento de uma relação de confiança entre os profissionais de saúde, a pessoa em situação paliativa e os seus cuidadores ou familiares. Este primeiro contacto marca o início de um processo relacional essencial, que deve ser conduzido de forma cuidadosa e personalizada.

De acordo com a literatura, é imprescindível que a comunicação seja ajustada à singularidade da situação, adaptando a forma como a informação é transmitida. No entanto, existem informações fundamentais que devem ser partilhadas neste momento inicial, como: apresentação de todos os membros da equipa, explicação da filosofia e objetivos dos CP e da equipa e a disponibilização, por escrito, dos contactos e horários de funcionamento da equipa. Esta abordagem contribui para reforçar a segurança e a confiança das pessoas na equipa, facilitando a definição de estratégias eficazes de cuidado.

Na maioria dos casos, este momento representa a integração no processo paliativo, assumindo a comunicação um papel determinante. A transmissão gradual de informações ao longo da evolução da doença ajuda a pessoa em situação paliativa a aceitar a sua condição, permitindo-lhe tempo para se organizar emocionalmente. Além disso, este processo promove a construção e reconstrução de laços afetivos, auxiliando a pessoa na procura de sentido nesta fase da sua vida. Como destaca Oliveira (2013), não existe um momento rígido para a transição da comunicação curativa para a paliativa, sendo fundamental que esta última valorize a pessoa como um todo, enfatizando o relacionamento humano e reconhecendo a relevância do cuidador e/ou familiar.

Para os cuidadores e familiares, o primeiro contacto com a equipa é frequentemente um momento de alívio, dado que traz a presença de profissionais especializados ao domicílio. Este apoio é essencial para esclarecer dúvidas relacionadas com a dinâmica de cuidar da pessoa no domicílio, promovendo maior segurança e confiança (Jamarim et al., 2023).

Durante o primeiro contacto, a equipa realiza o genograma, uma ferramenta essencial para compreender a estrutura familiar e os recursos de assistência disponíveis. A interação dos profissionais de saúde com a pessoa e os seus cuidadores e familiares é fundamental para o planeamento de cuidados, pois permite identificar pontos de apoio efetivos (Oliveira, 2013).

## 5.2. O PAPEL DO SILÊNCIO NA COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS:

Os momentos de silêncio são uma componente essencial no processo de comunicação, especialmente no contexto de CP. Mais do que a ausência de palavras, o silêncio pode ser utilizado como uma estratégia terapêutica, permitindo ao profissional de saúde criar um espaço de reflexão e compreensão. Para que esta ferramenta seja eficaz, é necessário desenvolver competências específicas que possibilitem utilizá-la de forma adequada. Quando, durante um diálogo, a pessoa demora a responder ou permanece em silêncio, cabe ao profissional avaliar se é necessário intervir com uma questão, uma observação ou um comentário. Contudo, esta intervenção deve ser feita com sensibilidade, respeitando o tempo da pessoa para refletir e organizar o seu discurso, sem que se sinta pressionada (Sequeira & Coelho, 2016).

A compreensão do silêncio como fenómeno comunicacional exige a distinção entre os diferentes tipos de silêncio e o contexto em que ocorrem.

O silêncio aberto é um momento de pausa e reflexão, que promove a escuta e a cumplicidade entre as partes, permitindo que a pessoa se conecte com as suas emoções e com o que o outro exprime. Este tipo de silêncio cria um ambiente de compreensão mútua, dispensando a necessidade de palavras para que a comunicação aconteça (Sequeira & Coelho, 2016).

Em contraste, o silêncio fechado surge quando existe um bloqueio no contacto, gerando desconforto, constrangimento e emoções negativas. Nestas situações, o profissional deve estar atento à reação da pessoa e tentar compreender as razões subjacentes a este comportamento. A identificação precoce destas causas pode ajudar a restaurar a confiança e facilitar a comunicação (Sequeira & Coelho, 2016).

Já o silêncio neutro é caracterizado por uma frieza e distância emocional, que muitas vezes oculta sentimentos negativos. Neste tipo de silêncio, o questionamento por parte do profissional pode ser percebido como invasivo, sendo necessário agir com precaução. No entanto, nem sempre este silêncio traduz algo dramático, podendo apenas indicar um momento transitório de desconforto ou distanciamento (Sequeira & Coelho, 2016).

A Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau (TRIHP) é amplamente reconhecida como um referencial teórico essencial para investigações que analisam a comunicação em cuidados de saúde, especialmente no contexto dos CP. Esta teoria centra-se no processo interpessoal entre o profissional de enfermagem e a pessoa, valorizando a comunicação como um elemento central na construção de uma relação terapêutica e no alcance de objetivos comuns no cuidado (Franzoi et al., 2016; Almeida et al., 2005; Santos & Nóbrega, 1996).

Os pressupostos teóricos da TRIHP são descritos na literatura como claros e aplicáveis em contextos que envolvem interação e comunicação interpessoal, permitindo a sua operacionalização em práticas clínicas complexas. A teoria enfatiza a importância da comunicação como uma ferramenta para compreender necessidades, reduzir inseguranças e desenvolver estratégias conjuntas no cuidado, promovendo a humanização e a qualidade de vida (Franzoi et al., 2016; Santos & Nóbrega, 1996). A consistência interna dos seus conceitos, interligados e fundamentados na prática, torna-a particularmente adequada para enquadrar fenómenos comunicacionais, como o silêncio, numa perspetiva terapêutica (Almeida et al., 2005).

Foi realizado um estudo de revisão narrativa com o objetivo de analisar o papel do silêncio na comunicação em cuidados paliativos (CP), explorando as suas diferentes manifestações e compreendendo como pode ser utilizado como estratégia terapêutica pelos profissionais de saúde para melhorar a interação com a pessoa em situação paliativa e os seus cuidadores ou familiares. Esta revisão procurou identificar os diversos tipos de silêncio, avaliar o seu impacto na comunicação e explorar o seu contributo para a promoção de conforto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. O presente estudo foi realizado com o propósito de aprofundar o conhecimento sobre o papel do silêncio na comunicação em CP, um tema que apesar da sua relevância é frequentemente negligenciado na prática clínica. A escolha desta temática prende-se com a necessidade de compreender como o silêncio enquanto ferramenta de comunicação não verbal, pode ser utilizado de forma terapêutica pelos profissionais de saúde para melhorar a interação

com a pessoa em situação paliativa e os seus cuidadores ou familiares. a finalidade deste estudo consiste em contribuir para o enriquecimento das práticas comunicacionais em CP, promovendo uma abordagem mais humanizada e centrada na pessoa. O principal objetivo é identificar as diferentes manifestações do silêncio analisar a sua influência na relação terapêutica e propor estratégias que permitam a sua utilização adequada e eficaz, promovendo o conforto, o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa em situação paliativa.

A TRIHP foi adotada como referencial teórico, valorizando a comunicação como um elemento central na construção de uma relação terapêutica e na humanização dos cuidados em CP. Foram analisados diferentes tipos de silêncio, nomeadamente o silêncio aberto que promove reflexão e confiança, o silêncio neutro, que pode indicar desconforto ou distanciamento e o silêncio fechado, associado a bloqueios na comunicação (Sequeira & Coelho, 2016).

A revisão demonstrou que o silêncio, quando utilizado de forma consciente e adequada, pode ser uma ferramenta valiosa para facilitar a introspeção, promover o conforto e fortalecer a relação interpessoal entre profissional e a pessoa. Os resultados evidenciam que o silêncio desempenha papéis distintos em cada fase da relação terapêutica, adaptando-se às necessidades emocionais, psicológicas e culturais da pessoa.

Durante a fase inicial, o silêncio permite criar um espaço seguro e facilitar a organização de pensamentos e emoções, promovendo a construção de confiança mútua (Cunha,2001; Bassett,2016). Nas fases subsequentes, contribui para a autoexploração e reflexão da pessoa, facilitando a expressão de sentimentos complexos como medo e esperança (Sapeta & Simões, 2018). Na fase de resolução, especialmente em situações de fim de vida, o silêncio oferece suporte emocional respeitando o ritmo individual da pessoa e promovendo aceitação e serenidade (Cunha, 2001).

A utilização do silêncio em CP é influenciada por fatores culturais, devendo o profissional considerar estas nuances para evitar mal-entendidos e promover um cuidado sensível e respeitador. Além disso, o silêncio pode ser uma ferramenta de autorreflexão para o profissional, permitindo-lhe ajustar a sua abordagem e responder de forma mais adequada às necessidades da pessoa (Duarte &Leitão, 2014; Chaturvedi, 2024).

Os resultados obtidos demonstram que o silêncio, enquanto ferramenta de comunicação não verbal, é essencial na prática em CP, destacando-se como um elemento central na

promoção de uma relação terapêutica humanizada. Este estudo reforça a importância de utilizar o silêncio de forma intencional e consciente, considerando as suas múltiplas dimensões e os diferentes contextos em que ocorre.

## **6. FERRAMENTAS INOVADORAS DE COMUNICAÇÃO EM CP**

O início de uma conversa em CP sobre determinados temas é reconhecido por diversos profissionais como um momento difícil. Os profissionais de saúde devem utilizar estratégias inovadoras para o estabelecimento da relação com a pessoa e seus cuidadores/familiares.

O “*Pallium Game*” é um jogo de cartas, cuja finalidade é ajudar a eliminar constrangimentos e potencializar a comunicação entre todos os envolvidos no processo de cuidar. Este jogo pode ser utilizado como passo inicial para esclarecer metas de cuidados, através da criação de um ambiente propício ao debate dos valores e preferências de cuidados da pessoa e seus cuidadores/ familiares (Fernandes et al., 2022).

Este jogo é composto por noventa e três cartas: duas cartas “*Start*”, vinte e três cartas “*Família*”, dezasseis cartas “*Suporte*”, dez cartas “*Impacto*”, vinte e três cartas “*Significado*”, onze cartões “*Crenças*”, oito cartões “*Intervenção*”.

O principal objetivo da criação deste jogo foi ser utilizado como estratégia inovadora em saúde, de forma ética e ser viável na utilização da prática clínica, uma vez que se trata de uma estratégia de comunicação estruturada e organizada, que permite ao profissional de saúde, nomeadamente ao/à enfermeiro/a especialista, avaliar e intervir em múltiplas necessidades da pessoa, cuidador/familiar em situação paliativa e de fim de vida (Lourenço et al., 2023).

O “*Pallium Game*” é considerado um jogo colaborativo, uma vez que é uma intervenção colaborativa em que a procura de soluções é realizada através da mobilização das competências da pessoa e seus cuidadores/familiares. Não há uma postura hierárquica de quem modera, pois quem realiza as perguntas é o jogo e não o moderador (Fernandes et al., 2022).

A utilização deste jogo foi considerada uma estratégia inovadora, útil e eficaz em cuidados paliativos, uma vez que permite criar um espaço para que a pessoa em situação

paliativa e respetivos cuidadores/ familiares explicitem sentimentos e vivências, atendendo às necessidades físicas, psicossociais e espirituais. (Lourenço et al., 2023).

De acordo com informações do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, o jogo será disponibilizado gratuitamente a todas as unidades e equipas de Cuidados Paliativos do país, numa parceria com outras entidades, como o Laboratório Angelini Pharma e a associação ADITGameS. Durante o meu estágio clínico, constatei que a equipa não possuía o referido jogo. Considerando que esta ferramenta poderia ser uma mais-valia como estratégia comunicacional na equipa, estabeleci, em conjunto com a minha orientadora, contacto com os investigadores responsáveis, com o objetivo de obter o jogo para a equipa, tendo conseguido obter o mesmo.

## **7. IMPORTÂNCIA DA REFLEXÃO EM EQUIPA TRANSDISCIPLINAR ACERCA DOS DESAFIOS DA COMUNICAÇÃO EM CP**

As relações humanas estão intrinsecamente ligadas à capacidade de comunicação, sendo esta essencial para a interação em diversos contextos. As pessoas adaptam as suas expressões verbais e não verbais consoante as circunstâncias, o que reforça a comunicação como um dos pilares fundamentais no processo de cuidar em CP.

Em CP, a comunicação assume um papel crucial na interação da equipa com a pessoa em situação paliativa e os seus cuidadores ou familiares. Esta deve ser encarada como uma ferramenta estratégica e alvo de reflexão constante e partilhada entre os membros da equipa, promovendo uma abordagem ajustada e humanizada (Pacheco et al., 2020).

A formação dos profissionais de saúde tem tradicionalmente privilegiado a preservação da vida e a prevenção da morte, muitas vezes percecionada como um fracasso. Este paradigma destaca a necessidade de uma reflexão profunda sobre o processo de morte, de morrer e de luto, integrando a compreensão de que a morte é uma parte natural da vida. Esta mudança de perspetiva é essencial para que os profissionais de saúde possam oferecer cuidados mais sensíveis e alinhados com as necessidades da pessoa em situação paliativa e dos seus familiares (Vasconcellos et al., 2020).

Adicionalmente, uma comunicação eficaz não se limita à troca de informações, mas envolve também escuta ativa e empatia. Este processo contribui para a criação de relações de confiança, essenciais para apoiar as pessoas em situações complexas e

emocionalmente exigentes, como o final de vida. Assim, cabe às equipes multidisciplinares fomentar um ambiente de partilha e aprendizagem contínua, que promova a humanização dos cuidados e a valorização da singularidade de cada pessoa (Pacheco et al., 2020).

## CONCLUSÃO

O presente documento é uma demonstração do percurso por mim desenvolvido para a aquisição de competências no âmbito da especialidade Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Paliativa, nomeadamente na importância da comunicação no processo de cuidar da pessoa em situação paliativa: uma abordagem de enfermagem especializada, apresentando um carácter crítico-reflexivo do meu desenvolvimento, enquanto mestrande.

O desenvolvimento desta competência específica foi expandido, tendo por base os documentos orientadores, fontes científicas, bem como a prestação de cuidados de enfermagem diferenciados em contexto domiciliário numa Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, que me permitiram uma tomada de decisão compartilhada, mais informada e adequada, visando a qualidade de vida e a diminuição do sofrimento de todos os envolvidos no processo de cuidar.

A integração numa equipa comunitária permitiu-me observar e participar ativamente no planeamento e execução de planos de cuidados individualizados, sempre com o objetivo de promover a qualidade de vida e o alívio do sofrimento da pessoa em situação paliativa. A troca de experiências e saberes com outros profissionais de saúde foi crucial para ampliar a minha visão sobre a importância da humanização e da comunicação empática no cuidado à pessoa em situação paliativa e seus cuidadores/ familiares.

O ambiente do campo de estágio proporcionou vários elementos facilitadores que contribuíram para um percurso de aprendizagem efetivo e enriquecedor no desenvolvimento de competências a nível da comunicação. A disponibilidade de uma equipa interdisciplinar experiente e colaborativa facilitou a troca de conhecimentos e práticas. Além disso, as supervisões contínuas, por parte de profissionais especializados, permitiram uma aplicação prática dos conhecimentos adquiridos ao longo do meu percurso.

No entanto, deparei-me com algumas limitações para o desenvolvimento desta competência específica, nomeadamente a complexidade dos casos clínicos e a escassez de recursos humanos, o que impôs, muitas vezes, desafios à gestão do tempo e ao atendimento das necessidades de todas as pessoas em situação paliativa e a necessidade de lidar com a carga emocional associada aos cuidados paliativos exigiu um esforço

adicional para manter o equilíbrio e a resiliência. Considero que a prática e a continuidade de treino de comunicação com a pessoa em situação paliativa e seus cuidadores/familiares me irá permitir continuar a aprimorar esta competência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, V. C. F., Lopes, M. V. O., & Damasceno, M. M. C. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnum. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(2), 202-210. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200010>
- Andrade, C. G., Costa, S. F. G., & Lopes, M. E. L. (2013). Cuidados paliativos: A comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900006>
- Bellieni, C. V. (2022). Verbal communication with the patient is not enough: The six languages of the sick. *Nursing Reports*, 12(4), 726–732. <https://doi.org/10.3390/nursrep12040072>
- Carneiro, R., Simões, C., & Carneiro, A. H. (2019). Plano individual e integrado de cuidados como objetivo da relação clínica. *Medicina Interna*, 26(2), 147–152. <https://doi.org/10.24950/rspmi/PV/284/18/2/2019>
- Chaturvedi, S. K. (2024). Embracing the sound of silence in clinical practice. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 11, 289–291.
- Cunha, T. C. (2001). O silêncio na comunicação. BOCC – Biblioteca Online de Ciências e Comunicação.
- Duarte, I. V., & Leitão, B. F. B. (2014). Descobrimo o silêncio como possibilidade de comunicação. *Psicologia Argumento*, 32(79), Supl. 2, 57–64.
- Engel, M., Kars, M. C., Teunissen, S. C. C. M., & Van der Heide, A. (2023). Effective communication in palliative care from the perspectives of patients and relatives: A systematic review. *Palliative and Supportive Care*, 21, 890–913. <https://doi.org/10.1017/S1478951523001165>
- Fernandes, C., Lourenço, M., Magalhães, B., & Vale, B. (2022). Jogo de cartas Pallium Game: Integrar inovação tecnológica e jogos em saúde. In *Actas do Congresso*

*Internacional de Inovação e Tecnologia em Saúde* (pp. 86-91). ISBN: 978-989-33-3416-4.

- Franzoi, M. A. H., Lemos, K. C., Jesus, C. A. C., Pinho, D. L. M., Kamada, I., & Reis, P. E. D. (2016). Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: uma avaliação baseada nos critérios de Fawcett. *Revista Enfermagem UFPE Online*, 10(Supl. 4), 3653-3661. <https://doi.org/10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201617>
- Howk, C. (2002). Hildegard E. Peplau: Enfermagem Psicodinâmica. In A.M. Tomey A. M. & M. R. Alligoog (Coord.), *Teóricas de Enfermagem e sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (Cap.21, pp. 423 - 444) (5ª ed.). LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 972-8383-74-6
- Jamarim, M. F. M., Saidel, M. G. B., Leite, R. C., & Campos, C. J. G. (2023). A comunicação não verbal dos profissionais de saúde de um serviço de atenção domiciliar. *Contemporary Journal*, 3(12), 26145-26182. <https://doi.org/10.56083/RCV3N12-074>
- Lee, E. K., Jeong, H. Y., & Kim, K. W. (2021). End-of-life assessments and communication for dying patients and their families. *Journal of Hospice and Palliative Care*, 24(3), 194–197. <https://doi.org/10.14475/jhpc.2021.24.3.194>
- Lourenço, M., Fernandes, C., Magalhães, B., & Vale, B. (2023). Pallium Game: Estratégia de comunicação inovadora em cuidados paliativos. *RevSALUS - Revista Científica Internacional Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 5(Sup), 39. <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5iSup.552>
- Oliveira, J. B. A. (2013). Comunicação em cuidados paliativos – A informação como um processo e não como um ato. *Revista Ciências em Saúde*, 3(3). <https://doi.org/10.21876/rcsfmit.v3i3.241>
- Olsson, M. M., Windsor, C., Chambers, S., & Green, T. L. (2021). A scoping review of end-of-life communication in international palliative care guidelines for acute care settings. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(2), 274-290. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.03.012>
- Pacheco, L. S. P., Santos, G. S., Machado, R., Granadeiro, D. S., Melo, N. G. S., & Passos, J. P. (2020). O processo de comunicação eficaz do enfermeiro com o paciente em

cuidados paliativos. *Research, Society and Development*, 9(8).  
<https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6524>

Santos, S. S. C., & Nóbrega, M. M. L. (1996). Teoria das relações interpessoais em enfermagem de Peplau: análise e evolução. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 49(1), 55-64. <https://doi.org/10.1590/S0034-71671996000100007>

Sequeira, C., & Coelho, T. (2016). Técnicas/competências de comunicação. In C. Coelho (Coord.), *Comunicação clínica e relação de ajuda* (1ª ed., Cap. 15, pp. 103-131). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Silva, J. L. R., Cardozo, I. R., Souza, S. R., Alcântara, L. F. F. L., Silva, C. M. C., Espírito Santo, F. H., Chagas, M. C., & Pinto, A. C. S. (2020). Transição para os cuidados paliativos: Ações facilitadoras para uma comunicação centrada no cliente oncológico. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, 24, e20200070. <https://doi.org/10.5935/1415.2762.20200070>

Vasconcellos, S. A., Viegas, A. C., Muniz, D. H. C., Azevedo, N. A., & Amaral, D. E. D. (2020). Experiências vividas por enfermeiros sobre os cuidados paliativos no ambiente domiciliar. *Journal Health NPEPS*, 5(2), 274-290. <https://doi.org/10.30681/252610104728>

**Anexo II**



# CERTIFICADO

DE COMUNICAÇÃO

PARA OS DEVIDOS EFEITOS CERTIFICAMOS QUE

**Mafalda Costa, Anabela Silva, Catarina Santos, Daniela Cunha**

APRESENTARAM A COMUNICAÇÃO INTITULADA **O PAPEL DO SILÊNCIO NA COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO NARRATIVA** NO I CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE PROJETOS DE INTERVENÇÃO NO ENVELHECIMENTO, REALIZADO EM FORMATO ONLINE NOS DIAS 23 E 24 DE JANEIRO.

POMBAL, 25 DE JANEIRO DE 2025



Associação  
Nacional de  
Gerontologia  
Social

PROFESSOR DOUTOR RICARDO POCINHO  
PRESIDENTE DA ANGES





## **Anexo III**





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

2º ano / 3º Semestre

Princípio da Autonomia na Gestão da Dor Física da Pessoa em Situação  
Paliativa

**Elaborado por:** Mafalda Fontes da Costa

**Oliveira de Azeméis**

**Outubro 2024**

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

2º ano / 3º Semestre

Princípio da Autonomia na Gestão da Dor Física da Pessoa em Situação  
Paliativa

Trabalho desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, do 1º semestre do 2º ano do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico – Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

**Elaborado por:** Mafalda Fontes da Costa

**Enfermeiro Orientador:** Mestre Daniela Cunha

**Coordenadora:** Prof. Dra. Sónia Novais

**Oliveira de Azeméis**

**Outubro 2024**

# ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS.....                             | 4  |
| INTRODUÇÃO.....  | 5  |
| 1 OBJETIVOS E ATIVIDADES.....  | 9  |
| 1.1 OBJETIVO I.....  | 9  |
| 1.1.1 ESTRATÉGIAS / ATIVIDADES A DESENVOLVER.....                          | 11 |
| 1.1.2 CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO / DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO DO OBJETIVO ..... | 12 |
| 1.2 OBJETIVO II .....  | 14 |
| 1.2.1 ESTRATÉGIAS / ATIVIDADES A DESENVOLVER.....                          | 15 |
| 1.2.2 CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO / DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO DO OBJETIVO ..... | 16 |
| 2 RECURSOS .....   | 18 |
| 3 PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES .....   | 19 |
| 4 MONITORIZAÇÃO, CONTROLO E AVALIAÇÃO .....                                | 23 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....  | 26 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....   | 28 |

## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

CP- Cuidados Paliativos

ECSCP - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

ESSNorteCVP - Escola Superior de Saúde Norte Cruz Vermelha Portuguesa

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

ULS – Unidade Local de Saúde

## INTRODUÇÃO

O presente projeto de estágio detalha a planificação e viabilidade dos objetivos a atingir no Estágio Clínico, inserido no âmbito da Unidade Curricular "Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final", do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (MEMCEPSP), da Escola Superior de Saúde Norte Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP), ano letivo de 2024/2025, realizado na Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) de uma ULS da Região do Norte.

Este estágio tem como principal objetivo o desenvolvimento de competências especializadas, sendo parte integrante do processo formativo exigido pelo Regulamento do Perfil de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A unidade curricular decorre no período de 19 de setembro de 2024 a 9 de abril de 2025, com uma carga horária total de 810 horas, das quais 428 são horas de contacto e 382 horas de trabalho autónomo. Destas, 384 horas serão dedicadas ao estágio clínico, 20 horas aos seminários e 24 horas à orientação tutorial. O relatório final, que será elaborado com base neste projeto, constitui o principal instrumento de avaliação, refletindo o trabalho desenvolvido, os objetivos alcançados e as competências adquiridas ao longo do estágio. Este relatório seguirá as diretrizes estabelecidas no Guia de Orientação do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final da ESSNorteCVP, 2024.

A metodologia adotada será crítica-reflexiva, expositiva e descritiva, baseada predominantemente em pesquisas autónomas e reflexões pessoais, sustentadas por evidência científica, de modo a demonstrar o percurso efetuado durante o estágio.

A escolha deste estágio reflete a necessidade de aprofundar a compreensão das dinâmicas da equipa de CP em contexto domiciliário e o seu impacto no cuidado à pessoa. Para a definição dos objetivos, foi adotada a metodologia SMART, visando a criação de metas claras, mensuráveis, relevantes e exequíveis. Estes objetivos foram delineados em consonância com o artigo 4.º do Regulamento n.º 429/2018, 2018, que especifica as

competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com especial enfoque na Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, bem como com a Lei n.º 52/2012, 2012, que estabelece a Lei de Bases dos CP.

Com a elaboração deste projeto pretende-se promover uma reflexão antecipada do percurso a ser realizado no estágio clínico, bem como o planeamento do mesmo através da delimitação de objetivos específicos, atividades que concretizam os objetivos os critérios de avaliação e demonstração do resultado do objetivo. Este projeto representa uma oportunidade fundamental para o desenvolvimento de competências especializadas, que serão avaliadas e refletidas no relatório final, culminando no aperfeiçoamento do perfil de competências exigido para a prática especializada em CP.

Segundo a Base XVIII da Lei dos Bases de Cuidados Paliativos:

*“A equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos: a) Presta cuidados paliativos específicos a doentes que deles necessitam e apoio às suas famílias ou cuidadores, no domicílio, para os quais seja solicitada a sua atuação; b) Presta apoio e aconselhamento diferenciado, em cuidados paliativos, às unidades de cuidados de saúde primários, nomeadamente às unidades de cuidados na comunidade e às unidades e equipas da rede nacional de cuidados continuados e integrados; c) Assegura formação em cuidados paliativos dirigida às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários. 2 - A equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos pode estar integrada numa unidade funcional de cuidados de saúde primários ou na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, dispondo de recursos específicos.”* (Lei n.º 52/2012, 2012, p. 5122).

Pretende-se desenvolver competências profissionais especializadas, tendo como objetivo primordial o desenvolvimento de competências no processo de diagnóstico e de intervenção diferenciada, com enfoque na importância da comunicação no estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa em situação paliativa e os seus respetivos cuidadores/ familiares e na autogestão da dor por parte da pessoa em situação paliativa.

O tema do relatório final que me proponho desenvolver é o princípio da autonomia na gestão da dor física da pessoa em situação paliativa. A escolha deste tema prende-se com

a conjugação de um interesse pessoal sobre a temática do controlo da dor e com o facto de o estágio estar a ser desenvolvido em contexto comunitário, o que me permite trabalhar com a pessoa em situação paliativa no contexto do seu domicílio e desenvolver com ela estratégias de capacitação para o controlo da dor na sua realidade do dia-a-dia, identificando fatores facilitadores e/ou inibidores da autogestão da dor.

A Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos é composta por médicos, enfermeiros, assistente-social e psicólogo. O horário de funcionamento da mesma é de segunda a sexta-feira das oito às vinte. A equipa presta cuidados paliativos de qualidade à pessoa com doença grave e/ou incurável e progressiva no domicílio, abrangendo os seus familiares/cuidadores e confere também apoio no luto.

Nos termos do projeto de implementação da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos da região Norte onde o estágio se encontra a ser realizado, a mesma tem como objetivos: “contribuir para a melhoria das condições de vida e de bem-estar da pessoa em situação de sofrimento, através da prestação de cuidados paliativos; dar o apoio e acompanhamento tecnicamente adequados à respetiva situação clínica; melhorar continuamente a qualidade da prestação de cuidados; apoiar os familiares e/ou cuidadores informais na prestação de cuidados; articular com outras entidades da rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação”; permitir o acesso atempado e equitativo da pessoa em situação paliativa e seus familiares aos cuidados paliativos abrangidos pela área geográfica de atuação da referida equipa; preservar a pessoa no domicílio desde que seja essa a sua vontade e sempre que o apoio domiciliário possa garantir os cuidados paliativos necessários à manutenção do conforto e qualidade de vida e antecipar as necessidades e planeamento das respostas em matéria de cuidados paliativos.

São critérios cumulativos de admissão na Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos em causa: ter domicílio na área de abrangência da referida equipa; diagnóstico definitivo de doença crónica avançada e progressiva e idade igual ou superior a dezoito anos (até junho de 2020 a referida equipa admitia apenas pessoas com doença oncológica; após junho de 2020 foi realizada a admissão progressiva, de forma faseada, de pessoas com doença não oncológica: primeiramente com demência, depois com falência de órgãos e por ultimo com doenças neurodegenerativas). A pessoa alvo de cuidados por parte da equipa tem de ter um cuidador capaz, o qual não tem de ter necessariamente laços

de parentesco com aquela, mas tem de se responsabilizar e assegurar a prestação de cuidados básicos regulares. A prestação dos cuidados prestados pela equipa tem de ser aceite pela pessoa, tendo esta que assinar um consentimento informado com aceitação da prestação de cuidados presenciais no domicílio e contactos não presenciais. A pessoa em situação paliativa tem de ter grau de dependência elevado e, por último, estar em situação de descontrolo sintomático.

Na primeira parte deste projeto encontra-se uma breve introdução, seguindo-se os objetivos e atividades a desenvolver no estágio de natureza profissional com relatório final. Este capítulo será subdividido em objetivo I e objetivo II. Para cada objetivo serão abordados também os critérios de avaliação e a demonstração dos resultados. Serão abordados, a seguir, os recursos necessários para a elaboração do projeto. Segue-se o planeamento, com o respetivo cronograma das atividades, e também a descrição de como será efetuada a monitorização, controlo e avaliação do projeto. Por último, apresentam-se as considerações finais e a bibliografia utilizada.

## 1 OBJETIVOS E ATIVIDADES

Embora existam competências transversais a todos os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica que regulamentam a sua prática profissional, existem também aquelas que distinguem as diversas *subespecialidades*, particularizando cada ramo da enfermagem médico-cirúrgica. Neste capítulo, pretendo centrar-me na formulação de objetivos para o presente estágio clínico, com o intuito de desenvolver as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

### 1.1 OBJETIVO I

A elaboração deste objetivo cabe no desenvolvimento da competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa “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*” e das seguintes unidades de competência Específica: “1.1. *Identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares*”; nomeadamente os pontos 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 psicoemocionais, valores e crenças na intensidade dos sintomas e do sofrimento, numa abordagem multimodal e multidimensional.*” e “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*” nomeadamente no ponto “1.2.5. *Adota medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas*” e “1.2.6. *Reformula o plano individualizado baseando-se na eficácia das intervenções desenvolvidas*”. (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19365).

Segundo a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, estes definem-se como:

*“os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais.”* (Lei n.º 52/2012, 2012, p. 5119).

A dor é um sintoma prevalente em pessoas com doença limitante de vida, podendo manifestar-se nas dimensões física, emocional, social ou espiritual, tendo um impacto significativo na qualidade de vida da pessoa em situação paliativa. O controlo eficaz da dor influencia diretamente a funcionalidade física, nomeadamente a autonomia da pessoa em CP, assim como o seu bem-estar psicológico e a capacidade de realizar as suas atividades diárias (Viana et al., 2023).

Tendo em conta a definição de CP previamente mencionada, o controlo sintomático torna-se fundamental na prestação de cuidados pelo enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Paliativa. Um controlo adequado da dor pode promover uma melhoria significativa na qualidade de vida; no entanto, a sua gestão é complexa, dado que a dor é um sintoma subjetivo e de origem multifatorial (Viana et al., 2023).

O envolvimento ativo da pessoa no controlo da sua própria dor respeita o princípio da autonomia. Assim, cabe ao enfermeiro especialista, no âmbito das suas funções, sempre que possível, proporcionar à pessoa os conhecimentos necessários sobre a dor e as estratégias para o seu controlo, capacitando-a para a autogestão da dor através de intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Além disso, o enfermeiro deve instruir sobre os potenciais efeitos adversos das terapias instituídas, desmistificar crenças que dificultam o controlo eficaz da dor e sensibilizar para a importância de comunicar qualquer alteração no seu estado aos profissionais de saúde, nomeadamente ao enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Na perspetiva da pessoa em situação paliativa há dois domínios fundamentais de autonomia: a autonomia física e a autonomia na tomada de decisões, sendo ambos avaliados sob duas óticas: a da perceção e a da atividade (Houska & Loučka, 2019).

Apesar da ampla disponibilidade de tratamentos para o controlo eficaz da dor, verifica-se, na prática clínica, que muitas pessoas em situação paliativa continuam a experienciar um controlo inadequado da mesma. Tal facto pode dever-se a vários fatores, como o medo dos efeitos adversos, crenças e atitudes culturais relativamente à dor e à medicação, bem como falhas na avaliação e na adaptação das intervenções à individualidade da pessoa (Viana et al., 2023).

Desta forma, defini para primeiro objetivo **“Desenvolver competências no âmbito do controlo da Dor utilizando estratégias farmacológicas e/ou não farmacológicas através da capacitação da pessoa para a gestão do regime terapêutico, na Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, da ULS (Região Norte), ao longo do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final”**.

#### 1.1.1 ESTRATÉGIAS / ATIVIDADES A DESENVOLVER

Para alcançar o objetivo previamente estabelecido, proponho-me desenvolver um conjunto de estratégias e atividades ao longo do estágio clínico:

- Realizar uma pesquisa bibliográfica sobre a relação entre a autonomia da pessoa em situação paliativa e o controlo eficaz da dor em contexto domiciliário, com foco nas intervenções farmacológicas e não farmacológicas.
- Identificar fatores que possam facilitar ou dificultar a autogestão da dor..
- Praticar, sempre que possível, a capacidade de negociação do plano de cuidados com a pessoa em situação paliativa, implementando intervenções personalizadas, tanto farmacológicas quanto não farmacológicas, para otimizar o controlo da dor.

- Promover de forma contínua a autonomia da pessoa em situação paliativa, incentivando a autogestão da dor e a participação ativa no seu tratamento.
- Refletir conjuntamente com a enfermeira tutora e a enfermeira orientadora sobre a correlação entre o controlo eficaz da dor e a autonomia da pessoa em situação paliativa, integrando essa análise na prática futura.
- Refletir em conjunto com a enfermeira tutora e com a orientadora, a eficácia das intervenções propostas e o desenvolvimento das minhas competências.
- Elaborar um plano de intervenções individualizado tendo por objeto a capacitação da pessoa em situação paliativa para a autogestão da dor.

#### 1.1.2 CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO / DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO DO OBJETIVO

Tendo em vista a apresentação de critérios de avaliação relativamente às atividades / estratégias propostas anteriormente, defini:

- Qualidade da pesquisa bibliográfica:
  - Critério: Relevância e profundidade da pesquisa realizada sobre a relação entre a autonomia da pessoa em situação paliativa e o controlo da dor.
  - Demonstração do Resultado: Apresentação de uma revisão narrativa fundamentada, recorrendo a fontes atuais e aplicadas ao contexto dos cuidados domiciliários em CP.
- Competências de negociação e implementação de intervenções:
  - Critério: Capacidade de negociar e ajustar o plano de cuidados com a pessoa, implementando eficazmente intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o controlo da dor.

- Demonstração do Resultado: Reflexões das oportunidades de negociação e implementação das estratégias de controlo da dor, evidenciando a adaptação contínua às necessidades e preferências da pessoa.
- Promoção da autonomia:
  - Critério: Aumento da autonomia da pessoa na gestão do seu regime terapêutico e controlo da dor.
  - Demonstração do Resultado: Avaliação do progresso da autonomia da pessoa, registada através de autorrelatos ou “feedback” da pessoa e/ou da família e/ou cuidadores, bem como indicadores como a frequência de autogestão da medicação ou uso de estratégias não farmacológicas.
- Qualidade das discussões com a enfermeira tutora e orientadora:
  - Critério: Frequência e profundidade das discussões com a enfermeira tutora e orientadora acerca do desempenho, focadas na aplicação das estratégias de controlo da dor e na promoção da autonomia.
  - Demonstração do Resultado: Relatórios das reuniões de supervisão, destacando o progresso, as áreas a melhorar e a adaptação das intervenções, com base nas orientações.
- Capacidade de reflexão crítica:
  - Critério: Reflexão crítica sobre a relação entre o controlo eficaz da dor e a autonomia da pessoa em situação paliativa, e a integração dessa análise na prática futura.
  - Demonstração do Resultado: Prática reflexiva que demonstre uma análise crítica desta relação, indicando como isso influenciará as intervenções futuras.

## 1.2 OBJETIVO II

A formulação deste objetivo baseia-se no desenvolvimento do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, especificamente na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa: “2 — *Estabelece uma relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e os seus cuidadores/familiares, proporcionando apoio no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento do luto*”. Além disso, enquadra-se na unidade de competência “2.1 — *Respeita a singularidade e a autonomia da pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e dos seus cuidadores/familiares, no acompanhamento das vivências individuais específicas no processo de morrer e de luto*”, em particular o ponto “2.1.3 — *Demonstra resultados qualificados de comunicação entre os diversos intervenientes no processo de cuidar, salvaguardando as preferências e vontades da pessoa*”. (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19365).

A comunicação é uma competência essencial no processo de cuidar em enfermagem, abrangendo não só a linguagem verbal, mas também os gestos, a música, as imagens, ou seja, a linguagem não verbal (Pacheco et al., 2020). Nos cuidados à pessoa em situação paliativa, a comunicação é um elemento fundamental na criação e manutenção de uma relação entre os profissionais de saúde, a pessoa em CP e os seus cuidadores ou familiares. O objetivo é garantir cuidados humanizados, de qualidade e ajustados às necessidades da pessoa. A comunicação eficaz proporciona conforto e bem-estar, devendo ser empática, afetiva e eficiente (Pacheco et al., 2020).

Em CP, a comunicação não se centra apenas na patologia, mas na pessoa, abordada de forma holística. A comunicação eficaz permite que a pessoa em situação paliativa e os seus cuidadores ou familiares possam expressar angústias e medos, ao mesmo tempo que os profissionais de saúde, através de uma linguagem verbal e não verbal simples e acessível, esclarecem dúvidas. Este processo promove a prestação de cuidados centrados na pessoa, visando maximizar a sua qualidade de vida nesta fase (Andrade et al., 2013).

A par da comunicação verbal, também a comunicação não verbal assume grande importância, correspondendo a mais de 90% de cada mensagem ou ato comunicativo. Desta forma, desempenha um papel crucial no comportamento da pessoa e da sociedade.

No contexto da prática de enfermagem, e particularmente em CP, os profissionais devem estar atentos a diversos aspetos da comunicação, seja na mensagem transmitida e nas palavras utilizadas, seja na postura (relaxada ou tensa), o olhar (focado ou desviado), o movimento corporal (informal ou contido), a expressão facial (sorridente ou fechada), o espaço pessoal (aproximação ou distanciamento) e a conduta tátil (com ou sem toque) (Sequeira & Coelho, 2016).

Adicionalmente, a comunicação constitui um elemento essencial para a delimitação e reconhecimento da autonomia da pessoa em situação paliativa, contribuindo para a reestruturação do plano de cuidados e adaptando-o às necessidades individuais (Oliveira & Silva, 2010).

Desta forma, defino o seguinte segundo objetivo **“Desenvolver competências comunicacionais no âmbito do estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa em situação paliativa, salvaguardando as preferências e vontades da pessoa, na Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, da ULS (Região Norte), ao longo do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final”**.

### 1.2.1 ESTRATÉGIAS / ATIVIDADES A DESENVOLVER

Para alcançar o objetivo previamente estabelecido, proponho-me desenvolver um conjunto de estratégias e atividades ao longo do estágio clínico:

- Realizar uma pesquisa bibliográfica centrada na importância da comunicação no estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa em situação paliativa;
- Refletir, em conjunto com a enfermeira tutora e a enfermeira orientadora, sobre as barreiras e os fatores dificultadores das estratégias de comunicação no estabelecimento da relação de ajuda com a pessoa em situação paliativa.
- Refletir em conjunto com a enfermeira tutora e com a orientadora o desenvolvimento das minhas competências em matéria comunicacional, para o

estabelecimento de uma adequada relação terapêutica com a pessoa em situação paliativa;

- Realizar uma formação em serviço sobre a importância da comunicação na relação com a pessoa em situação paliativa, promovendo a capacitação comunicacional com recurso a práticas de simulação.

### 1.2.2 CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO / DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO DO OBJETIVO

Tendo em vista a apresentação de critérios de avaliação relativamente às atividades / estratégias propostas anteriormente, defini:

- Qualidade da pesquisa bibliográfica:
  - Critério: Qualidade e abrangência da pesquisa bibliográfica, focada na comunicação em CP.
  - Demonstração do Resultado: Apresentação de uma revisão narrativa, com referência a estudos e autores relevantes, que abordem a comunicação como elemento-chave na construção da relação de ajuda, refletindo uma análise crítica da literatura, sintetizando os principais conceitos aplicáveis ao contexto da pessoa em situação paliativa.
- Qualidade das discussões com a enfermeira tutora e orientadora:
  - Critério: Capacidade de autorreflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências e a eficácia das intervenções relacionadas com a comunicação.
  - Demonstração do Resultado: Elaboração de uma prática reflexiva que evidencie as discussões com a enfermeira tutora e a orientadora, focando-se na eficácia das intervenções realizadas e no desenvolvimento

progressivo das competências de comunicação. Estes relatórios deverão incluir uma análise das áreas a melhorar, com base no “feedback” recebido e propostas de melhoria.

- Barreiras e fatores dificultadores das estratégias de comunicação:
  - Critério: Identificação e análise das barreiras que dificultam a comunicação no contexto de CP.
  - Demonstração do Resultado: Elaboração de uma prática reflexiva que demonstre a capacidade de identificar, analisar e discutir as barreiras à comunicação, como obstáculos culturais, emocionais ou físicos, que possam comprometer a eficácia da relação de ajuda. Estes documentos deverão propor soluções ou estratégias para superar essas barreiras, baseadas nas discussões com a enfermeira tutora e a orientadora.

## 2 RECURSOS

Para a concretização deste projeto, será imprescindível a mobilização de recursos de natureza humana, material, financeira e tecnológica.

No que alude aos recursos humanos, será necessário o meu envolvimento, o envolvimento da Professora Doutora Sónia Novais na qualidade de coordenadora do curso, bem como a colaboração da Mestre Daniela Cunha, na qualidade de orientadora. Contarei ainda com a participação da enfermeira gestora, cuja função será avaliar a viabilidade da execução do plano no contexto da ECSCP. Adicionalmente, será essencial a participação de uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, que desempenhará o papel de tutora. O projeto contará também com a colaboração de peritos na área, nomeadamente a equipa médica e de enfermagem da referida equipa comunitária, assim como das pessoas em situação paliativa e dos respetivos cuidadores/familiares, que são alvo dos cuidados prestados pela ECSCP.

Relativamente aos recursos materiais, será necessário um computador para a realização da pesquisa bibliográfica e a elaboração do relatório final, bem como material de escritório (papel e canetas) para a recolha e registo de informações pertinentes. Além disso, será imprescindível a disponibilização de um meio de transporte para a deslocação ao domicílio das pessoas em situação paliativa, que estão sob os cuidados da referida ECSCP.

Em termos de recursos financeiros, será necessário prever um orçamento destinado ao custo das deslocações em táxi para as visitas domiciliárias, uma vez que este será o meio de transporte utilizado para garantir a acessibilidade aos domicílios das pessoas.

Finalmente, no que se refere aos recursos tecnológicos, será indispensável o acesso à internet, para garantir a realização das pesquisas e comunicação, bem como o uso da plataforma educativa e-4 Nursing, que permitirá o acompanhamento e partilha de informações necessárias ao desenvolvimento do projeto.



|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>Praticar, sempre que possível, a capacidade de negociação do plano de cuidados com a pessoa em situação paliativa, implementando intervenções personalizadas, tanto farmacológicas quanto não farmacológicas, para otimizar o controle da dor.</p> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>Promover de forma contínua a autonomia da pessoa em situação paliativa, incentivando a autogestão da dor e a participação ativa no seu tratamento.</p>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>Refletir conjuntamente com a enfermeira tutora e a enfermeira orientadora sobre a correlação entre o controle eficaz da dor e a autonomia da pessoa em situação paliativa, integrando essa análise na prática futura.</p>                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>Refletir em conjunto com a enfermeira tutora e com a orientadora, a eficácia das intervenções propostas e o desenvolvimento das minhas competências.</p>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|             |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|             | Elaborar um plano de intervenções individualizado tendo por objeto a capacitação da pessoa em situação paliativa para a autogestão da dor.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Objetivo II | Realizar uma pesquisa bibliográfica centrada na importância da comunicação no estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa em situação paliativa;  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | Refletir em conjunto com a enfermeira tutora e enfermeira orientadora, sobre as barreiras e os fatores dificultadores das estratégias de comunicação no estabelecimento da relação de ajuda com a pessoa em situação paliativa. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | Refletir, em conjunto com a enfermeira tutora e com a orientadora o desenvolvimento das minhas competências em matéria comunicacional, para o estabelecimento de uma adequada relação   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <p>terapêutica com a pessoa em situação paliativa.</p>   | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| <p>Realizar uma formação em serviço sobre a importância da comunicação na relação com a pessoa em situação paliativa, promovendo a capacitação comunicacional com recurso a práticas de simulação.</p> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | ■ |   |   |   |   |   |

#### 4 MONITORIZAÇÃO, CONTROLO E AVALIAÇÃO

Com o intuito de garantir uma monitorização eficaz de todo o processo de desenvolvimento de competências, proponho, ao final de cada dia de estágio, realizar uma reflexão crítica com a enfermeira tutora, focada na análise do trabalho desenvolvido, nas etapas subsequentes a percorrer e na avaliação do meu desempenho. Paralelamente, pretendo agendar reuniões periódicas com a Professora Orientadora de estágio, assegurando um acompanhamento contínuo e rigoroso.

Adicionalmente, planeio programar uma avaliação intermédia para a semana de 2 a 6 de dezembro, envolvendo como recursos a enfermeira tutora e a Professora Orientadora de estágio.

A viabilidade deste projeto individual depende de um conjunto de fatores, tanto internos como externos. Contudo, antecipa-se que a sua execução seja possível, desde que sejam cumpridos os requisitos e condições inicialmente definidos. Eventuais adaptações poderão ser consideradas, sempre que se revelem necessárias para a concretização dos objetivos.

Neste contexto, torna-se relevante realizar uma análise das condições que facilitam e condicionam a implementação do projeto, através de uma análise SWOT. Nesta metodologia, os fatores internos positivos serão considerados forças (Strengths – S), os fatores internos negativos fraquezas (Weaknesses – W), os fatores externos positivos oportunidades (Opportunities – O) e os fatores externos negativos ameaças (Threats – T).

|                  | FATORES POSITIVOS   | FATORES NEGATIVOS   |                |
|------------------|---|---|----------------|
| FATORES INTERNOS | <p><b>Forças</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivação pessoal (20);</li> <li>• Persistência (17);</li> <li>• Resiliência (17);</li> <li>• Capacidade de adaptação a diferentes contextos (18);</li> <li>• Experiência profissional em contexto de medicina interna em contacto com pessoas em situação paliativa e os respetivos cuidadores/familiares (19);</li> </ul> | <p><b>Fraquezas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestão de vários horários (17);</li> <li>• Gestão de prioridades (10);</li> <li>• Pouca experiência na elaboração de trabalhos académicos (19);</li> </ul>   | TOTAL INTERNOS |
|                  | Subtotal:18   | Subtotal:15   |                |
| FATORES EXTERNOS | <p><b>Oportunidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acessibilidade e disponibilidade de toda a equipa multidisciplinar (20);</li> <li>• Apoio de pessoas significativas (18);</li> </ul>   | <p><b>Ameaças</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilidade de não serem frequentes doentes com potencial de resposta de autonomia ao controlo da dor (15);</li> <li>• Não haver oportunidade para realizar momentos reflexivos com a enfermeira tutora e orientadora (13);</li> </ul> | TOTAL EXTERNOS |
|                  | Subtotal:19   | Subtotal:14   |                |
|                  | Total positivo:37   | Total negativo:29   |                |

Para pontuar cada um destes fatores foi utilizada uma escala de zero a vinte, em que zero corresponde a um fator sem peso para a concretização do projeto e vinte a um fator com um peso muito significativo.

Como o número total de fatores que constituem cada uma das dimensões da análise SWOT não é igual, teve de se efetuar uma média dos mesmos, para se obter a pontuação final.

Um projeto é tão mais viável quanto mais peso têm os fatores internos positivos – forças (S), em comparação com os fatores externos negativos – ameaças (T).

Desta análise resultou uma pontuação de 37 para a soma de todos os fatores positivos e de 29 para a soma de todos os fatores negativos. As forças (S) pontuam com 18 e as ameaças (T) com 14.

De forma a colmatar as ameaças considera-se essencial partilhar antecipadamente o meu planeamento do estágio clínico com a enfermeira tutora e com a orientadora de forma a aproveitar todas as oportunidades que se enquadram especificamente nos meus objetivos e planejar antecipadamente e criar momentos durante o estágio clínico que fomentem a reflexão, de forma a promover o investimento e melhoria contínua para o sucesso do presente projeto.

Podemos então dizer que se trata de um projeto com viabilidade.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projeto de desenvolvimento de competências: Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final tem como propósito detalhar a planificação e viabilidade dos objetivos a atingir no Estágio Clínico, sendo de extrema relevância para o desenvolvimento de competências avançadas na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

Pretendeu-se neste projeto abordar os cuidados paliativos segundo uma perspetiva holística, integrada e centrada na pessoa, adequada a dar resposta às diversas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais da pessoa em situação paliativa.

Para esse efeito, selecionaram-se dois objetivos específicos, centrados, respetivamente, no controlo eficaz da dor, como manifestação fundamental do cuidado individualizado e centrado na dignidade da pessoa, e no impacto da comunicação no estabelecimento da relação terapêutica, representando ambos os objetivos dimensões fundamentais para a melhoria da qualidade de vida da pessoa em situação paliativa.

Este projeto, alicerçado numa metodologia rigorosa e complementado por uma análise SWOT, procura identificar com precisão os fatores facilitadores e inibidores da sua execução, garantindo a implementação de intervenções adaptadas, eficazes e sustentáveis. A mobilização de recursos humanos, materiais, financeiros e tecnológicos foi criteriosamente planeada, para assegurar a viabilidade e o sucesso do projeto, proporcionando uma abordagem robusta e orientada para os resultados.

Apesar dos desafios inerentes aos CP, nomeadamente a gestão de situações clínicas e emocionais complexas, o compromisso com uma monitorização contínua, a reflexão crítica regular com a tutora e orientadora, e a capacidade de adaptação às necessidades específicas de cada pessoa, conferem flexibilidade e solidez ao projeto. A avaliação periódica do progresso permitirá ajustar as intervenções, garantindo o desenvolvimento contínuo de competências essenciais para a prestação de cuidados de qualidade.

Este projeto não só contribui para o crescimento profissional e académico dos seus intervenientes, como promove a dignidade e o bem-estar das pessoas em situação

paliativa. Constitui, assim, um contributo valioso para a prática de excelência em enfermagem médico-cirúrgica e de CP, fomentando uma abordagem profundamente humanizada e focada na pessoa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, C.G., Costa, S.F.G., Lopes, M.E.L. (2013) Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciênc. saúde coletiva*, 18(9), 2523-2530. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900006>

Houska, A. & Loučka, M. (2019) Patients' Autonomy at the End of Life: A Critical Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 57(4), 835-845. [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(18\)31487-8/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(18)31487-8/fulltext)

Oliveira, A.C., Silva, M.J.P. (2010) Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. *Acta Paul Enferm*, 23(2), 212-217. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000200010>

Ordem dos enfermeiros. (2008). Guia de Boas Práticas de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro-medular. Serie I (2). ISBN: 978-989-96021-1-2-0

Pacheco, L.S.P., Santos, G.S., Machado, R., Granadeiro, D.S., Melo, N.G.S., Passos, J.P. (2020) O processo de comunicação eficaz do enfermeiro com o paciente em cuidados paliativos. *Research, Society and Development*, 9(8), <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6524>

Regulamento 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. (2018). Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Sequeira, C. & Coelho, T. (2016). Técnicas /Competências de comunicação. In C. Coelho (Coord.), Comunicação Clínica e Relação de Ajuda. (Cap.15, pp. 103-131) (1ª ed.). Lidel-Edições técnicas, Lda.

Viana, V.V.P, Cabral, M.E.G., Oliveira, H.D., Rocha, R.V.S., Reis, J.F., Carmo, D.M., Azevedo, P.H.L., Lopes, N.V.O., Braga, V.G.R. (2023). Importância do manejo adequado da dor para pacientes em cuidados paliativos. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(3), 10813-10824. DOI: 10.34119/bjhrv6n3-190.



## **Anexo IV**



## INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO NA PRÁTICA PALIATIVA: ESCALAS PARA MONITORIZAÇÃO DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

### **Palliative Performance Scale (PPS)**

A pontuação na escala de avaliação do desempenho da pessoa em cuidados paliativos é determinada pela leitura horizontal de cada nível, de forma a identificar aquele que melhor se adapta à mesma. Esta pontuação corresponde a uma percentagem. Deve-se começar pela coluna da esquerda e ler verticalmente até encontrar o nível de deambulação adequado à pessoa. Em seguida, deve-se passar para a coluna seguinte e, de cima para baixo, verificar qual o nível de atividade e doença mais apropriado ao caso. Este processo deve ser repetido ao longo das cinco colunas antes de atribuir uma pontuação final. É importante destacar que as colunas da esquerda são mais determinantes e possuem maior peso em relação às colunas mais à direita (Serenio et al., 2022).

A pontuação na escala aumenta sempre em intervalos de 10%. Em muitos casos, os parâmetros ajustam-se facilmente a um determinado nível, mas podem surgir situações em que há dúvidas sobre a subsunção a um nível superior ou inferior. Nesses casos, deve-se optar pelo nível que melhor se adapta à pessoa em questão (Serenio et al., 2022).

A PPS é uma ferramenta bastante útil em cuidados paliativos. Em primeiro lugar, ela é uma excelente ferramenta de comunicação, permitindo descrever rapidamente o estado funcional atual da pessoa. Em segundo lugar, pode ser importante para avaliar a capacidade de trabalho ou outros parâmetros funcionais e realizar comparações posteriores. Por fim, a PPS parece ter um valor prognóstico significativo, ajudando na previsão da evolução do estado da pessoa (Serenio et al., 2022).

| <b>%</b> | <b>Deambulação</b>                  | <b>Nível de atividade e evidência da doença</b>                  | <b>Auto-cuidado</b>        | <b>Capacidade de ingestão alimentar</b> | <b>Nível de consciência</b>         |
|----------|-------------------------------------|--|----------------------------|---|-------------------------------------|
| 100      | Total                               | Atividades e trabalho normais, sem evidência de doença           | Completo                   | Normal                                  | Completa                            |
| 90       | Total                               | Atividades e trabalhos normais, alguma evidência de doença       | Completo                   | Normal                                  | Completa                            |
| 80       | Total                               | Atividades normais com esforço, alguma evidência de doença       | Completo                   | Normal ou reduzida                      | Completa                            |
| 70       | Diminuída                           | Incapaz para o trabalho, doença significativa                    | Completo                   | Normal ou reduzida                      | Completa                            |
| 60       | Diminuída                           | Incapaz para hobbies ou trabalho doméstico, doença significativa | Assistência ocasional      | Normal ou reduzida                      | Completa ou períodos de confusão    |
| 50       | Maioritariamente sentado ou deitado | Incapacitado para qualquer trabalho, doença significativa        | Assistência considerável   | Normal ou reduzida                      | Completa ou períodos                |
| 40       | Maioritariamente deitado            | Incapaz para a maioria das atividades, doença extensa            | Assistência quase completa | Normal ou reduzida                      | Completa ou sonolência +/- confusão |
| 30       | Acamado                             | Incapaz para qualquer atividade, doença extensa                  | Dependência completa       | Normal ou reduzida                      | Completa ou sonolência +/- confusão |
| 20       | Acamado                             | Incapaz para qualquer atividade, doença extensa                  | Dependência completa       | Mínima a pequenos goles                 | Completa ou sonolência +/- confusão |
| 10       | Acamado                             | Incapaz para qualquer atividade, doença extensa                  | Dependência completa       | Cuidados com a boca                     | Sonolência ou coma +/- confusão     |
| 0        | Morte                               | -  | -                          | -                                       |                                     |

Figura 1: Escala PPS, adaptada de Observatório Português de Cuidados Paliativos, 2022.

**Referências Bibliográficas:**

Sereno, S., Matias, D., Trindade, I. I. D., Ressurreição, J. I. D., Araújo, R. J. C. S., Fernandes, S. L.T. & Capelas, M. L. (2022). PPS PT escala de avaliação do desempenho do doente em cuidados paliativos. *Observatório Português dos Cuidados Paliativos*.



## **Anexo V**



## INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO NA PRÁTICA PALIATIVA: ESCALAS PARA MONITORIZAÇÃO DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

### **Edmonton Symptom Assessment System (ESAS).**

A Edmonton Symptom Assessment System foi criada em 1991, no Canadá, para auxiliar na identificação e monitorização de sintomas em pessoas com cancro em Cuidados Paliativos. Este instrumento foi desenvolvido no Hospital Geral de Edmonton e a sua primeira versão abrange a combinação de oito sintomas físicos e psicológicos. São eles: *pain* (dor), *activity* (atividade), *nausea* (náusea), *depression* (depressão), *anxiety* (ansiedade), *drowsiness* (sonolência), *apetite* (apetite) e *wellbeing* (bem-estar); posteriormente, acrescentou-se a palavra *shortness of breath* (falta de ar) (Monteiro et al., 2013). A aplicabilidade deste instrumento mostrou-se fácil e simples. Em 2010, com o propósito de aperfeiçoamento, o mesmo sofreu algumas alterações, com o objetivo de facilitar a perceção da pessoa, passando a ser denominada ESAS-r (Monteiro et al., 2013).

A ESA-r é um instrumento com mais-valia para o cuidado à pessoa em situação paliativa, sendo um instrumento fácil de preencher, com benefícios para a tomada de decisão a partir dos sintomas apresentados, permitindo cuidados individualizados e humanizados (Monteiro et al., 2013).

Este instrumento ainda se encontra em validação para Português de Portugal.

| Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r)                             |                        |                                |
|--|------------------------|--------------------------------|
| Por favor, circule o número que melhor descreve como você está se sentindo agora |                        |                                |
| Sem Dor  | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior Dor Possível              |
| Sem Cansaço<br>Cansaço = falta de energia  | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior Cansaço Possível          |
| Sem Sonolência<br>Sonolência = sentir-se com sono                                | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior Sonolência Possível       |
| Sem náusea   | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior náusea possível           |
| Com apetite  | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior Falta de Apetite Possível |
| Sem Falta de Ar  | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior Falta de Ar Possível      |
| Sem Depressão<br>Depressão = sentir-se triste                                    | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior Depressão Possível        |
| Sem Ansiedade<br>Ansiedade = sentir-se nervoso                                   | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior Ansiedade Possível        |
| Com Bem-Estar<br>Bem-Estar/Mal-Estar = como você se sente em geral               | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior Mal-estar Possível        |
| Sem _____<br>Outro problema (por exemplo, prisão de ventre)                      | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior _____ possível            |

Figura 1: ESAS, versão brasileira, (retirada de Monteiro et al., 2013, p. 169).

#### Referências Bibliográficas:

Monteiro, D. R., Almeida, M. A. & Kruse, M.H.L. Tradução e adaptação transcultural do instrumento *Edmonton Symptom Assessment System* para uso em cuidados paliativos. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(2):163-171. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000200021>

**Anexo VI**



Relação entre os diagnósticos, objetivos, indicadores de resultado e intervenções no cliente e no cuidador – caso clínico 1

| Relação entre Diagnósticos, objetivos, indicadores e intervenções identificados no cliente.  |   |  |
|--|---|--|
| Domínio: Sensação somática: Dor.   |   |  |
| Diagnóstico:   |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor.</li> <li>• Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas.</li> <li>• Potencial para melhorar conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente.</li> </ul> |   |  |
| Objetivo (s)   | Intervenções  | Indicadores de resultado   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar evolução da dor.</li> <li>• Diminuir dor.</li> <li>• Promover autocontrole: dor.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar evolução da dor.</li> <li>• Gerir analgesia.</li> <li>• Executar técnica não farmacológica de alívio da dor.</li> <li>• Posicionar para aliviar a dor.</li> <li>• Avaliar evolução do autocontrole da dor.</li> <li>• Avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas</li> <li>• Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas.</li> <li>• Avaliar evolução do conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente.</li> <li>• Ensinar sobre uso de analgesia controlada pelo cliente</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que a cliente mencione diminuição da dor, em pelo menos dois níveis;</li> <li>• Que a cliente refira adotar uma posição anti-álgica.</li> <li>• Que a cliente solicite medicação <i>pro re nata</i> sempre que a sua dor suba acima dos 2 na Escala Numérica da Dor.</li> </ul> |

**Tabela 1 – relativa ao diagnóstico Dor/ cliente**

| Relação entre Diagnósticos, objetivos, indicadores e intervenções identificados no cuidador.  |  |   |
|---|--|---|
| Domínio: Sensação somática: Dor.  |  |   |
| Diagnóstico:  |  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas.</li> <li>• Potencial do cuidador para melhorar o conhecimento sobre gestão da dor.</li> </ul> |  |   |
| Objetivo (s)  | Intervenções   | Indicadores de resultado  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover papel do cuidador: gestão da dor.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas.</li> <li>• Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor.</li> <li>• Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da dor.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que a cuidadora referira a importância de a cliente adotar uma posição anti-álgica.</li> <li>• Que a cuidadora demonstre conhecimento sobre gestão do regime terapêutico.</li> </ul> |

**Tabela 2- relativa ao diagnóstico Dor/ Cuidador.**

| Relação entre Diagnósticos, objetivos, indicadores e intervenções identificados no cliente.   |   |   |
|---|---|---|
| Domínio: Deglutição.  |   |   |
| Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deglutição comprometida.</li> <li>• Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração</li> </ul>      |   |   |
| Objetivo (s)  | Intervenções  | Indicadores de resultado  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar evolução da deglutição.</li> <li>• Prevenir aspiração</li> <li>• Promover autogestão: prevenção da aspiração</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar sobre prevenção da aspiração.</li> <li>• Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de aspiração.</li> <li>• Avaliar evolução da deglutição.</li> <li>• Avaliar evolução da autogestão: prevenção da aspiração.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que a cliente mencione diminuição de episódios de tosse após as refeições;</li> <li>• Que a cliente refira adotar uma posição em decúbito de 90 graus ou o mais alto possível quandoingere alimentos.</li> </ul> |

**Tabela 3 - relativa ao diagnóstico Deglutição/ Cliente.**

| Relação entre Diagnósticos, objetivos, indicadores e intervenções identificados no cuidador.  |  |  |
|---|--|--|
| Domínio: Deglutição.  |  |  |
| Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição.</li> <li>• Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração.</li> </ul> |  |  |
| Objetivo (s)  | Intervenções   | Indicadores de resultado   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover papel do cuidador prevenção da aspiração.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar evolução do papel do cuidador prevenção da aspiração.</li> <li>• Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição.</li> <li>• Ensinar cuidador sobre dieta para facilitar a deglutição.</li> <li>• Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração.</li> <li>• Ensinar cuidador sobre prevenção da aspiração.</li> <li>• Ensinar cuidador sobre posicionamento facilitador da deglutição.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que a cuidadora refira a importância da cliente adotar uma posição em decúbito de 90 graus ou o mais alto possível quandoingere alimentos.</li> <li>• Que a cuidadora refira a importância de adaptar a consistência da dieta para consistência néctar para prevenção de aspiração da cliente;</li> </ul> |

**Tabela 4 - relativa ao diagnóstico Deglutição/ Cuidador.**

| Relação entre Diagnósticos, objetivos, indicadores e intervenções identificados no cliente.   |  |   |
|---|--|---|
| Domínio: Eliminação Intestinal.   |  |   |
| Diagnóstico:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstipação.</li> <li>• Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso.</li> </ul> |  |   |
| Objetivo (s)  | Intervenções   | Indicadores de resultado  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover autogestão: obstipação</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar evolução da autogestão da obstipação.</li> <li>• Ensinar sobre regime medicamentoso.</li> <li>• Avaliar evolução do conhecimento sobre regime medicamentoso.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que a cliente apresente uma dejeção diária de fezes moldadas/moles, mesmo que com recurso a laxantes;</li> </ul> |

**Tabela 5 - relativa ao diagnóstico Obstipação/ Cliente.**

| Relação entre Diagnósticos, objetivos, indicadores e intervenções identificados no cuidador.  |  |  |
|---|--|--|
| Domínio: Eliminação Intestinal.   |  |  |
| Diagnóstico:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso.</li> <li>• Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância da eliminação intestinal.</li> </ul> |  |  |
| Objetivo (s)  | Intervenções   | Indicadores de resultado   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover papel do cuidador: gestão da obstipação.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da obstipação.</li> <li>• Ensinar cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal.</li> <li>• Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal.</li> <li>• Ensinar cuidador sobre regime medicamentoso.</li> <li>• Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre regime medicamentoso.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que a cuidadora demonstre conhecimento sobre gestão do regime terapêutico;</li> <li>• Que a cuidadora refira a importância da vigilância da eliminação intestinal;</li> </ul> |

**Tabela 6 - relativa ao diagnóstico Obstipação/ cuidador.**

| Relação entre Diagnósticos, objetivos, indicadores e intervenções identificados no cliente.   |  |   |
|---|--|---|
| Domínio: Volume de líquidos.  |  |   |
| Diagnóstico:  |  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edema</li> <li>• Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos.</li> </ul>  |  |   |
| Objetivo (s)  | Intervenções   | Indicadores de resultado  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar evolução de sinais de edema.</li> <li>• Diminuir edema.</li> <li>• Promover autogestão: prevenção de complicações da retenção de líquidos.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar evolução de sinais de edema.</li> <li>• Ensinar sobre complicações da retenção de líquidos.</li> <li>• Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que a cliente demonstre conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos.</li> </ul> |

**Tabela 7 - relativa ao diagnóstico Edema/ Cliente.**

| Relação entre Diagnósticos, objetivos, indicadores e intervenções identificados no cuidador.   |   |   |
|--|---|---|
| Domínio: Volume de líquidos.   |   |   |
| Diagnóstico:   |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso.</li> </ul>   |   |   |
| Objetivo (s)   | Intervenções  | Indicadores de resultado  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover papel do cuidador: gestão do regime medicamentoso.</li> <li>• Promover papel do cuidador: prevenção de complicações da retenção de líquidos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do regime medicamentoso.</li> <li>• Ensinar cuidador sobre gestão do regime medicamentoso.</li> <li>• Ensinar cuidador sobre regime medicamentoso.</li> <li>• Ensinar cuidador sobre efeitos secundários da medicação.</li> <li>• Ensinar cuidador sobre complicações da retenção de líquidos.</li> <li>• Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de complicações da retenção de líquidos.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que a cuidadora demonstre conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso.</li> <li>• Que a cuidadora refira a importância de vigilância dos edemas para prevenção de complicações.</li> </ul> |

**Tabela 8 – relativa ao diagnóstico Edema/ cuidador**

| Relação entre Diagnósticos, objetivos, indicadores e intervenções identificados no cliente.   |   |   |
|---|---|---|
| Domínio: Autoconceito.  |   |   |
| Diagnóstico:  |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoconceito comprometido.</li> <li>• Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito.</li> </ul>      |   |   |
| Objetivo (s)  | Intervenções  | Indicadores de resultado  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar evolução do autoconceito.</li> <li>• Promover autocontrole: processo de pensamento relacionado com o autoconceito.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar evolução do compromisso no autoconceito.</li> <li>• Avaliar evolução do autocontrole do processo de pensamento relacionado com o autoconceito.</li> <li>• Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito.</li> <li>• Ensinar sobre estratégias promotoras do autoconceito.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que o cliente expresse em conversa as suas experiências emocionais.</li> <li>• Que a cliente demonstre conhecimento da importância de estabelecer relações terapêuticas com as pessoas importantes.</li> </ul> |

**Tabela 9 - relativa ao diagnóstico Autoconceito/ Cliente.**



## **Anexo VII**



INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO NA PRÁTICA PALIATIVA: ESCALAS PARA MONITORIZAÇÃO DA  
PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

**Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD).**

A dor, especificamente na população idosa, associa-se a traumatismos em consequência de acidentes, a alterações da função imunológica, a alterações psicológicas, a comprometimento da função física, a distúrbios no sono, a uma socialização diminuída e a comprometimento da função cognitiva. As dificuldades na autoavaliação da dor afetam tanto o diagnóstico quanto a eficácia no controlo da mesma (Batalha et al., 2012).

Quando os idosos (com ou sem demência) não conseguem relatar a dor por si mesmos, é essencial observar comportamentos típicos associados a este fenómeno, como expressões faciais, verbalizações e vocalizações, movimentos e posturas corporais, alterações nas interações sociais e mudanças no seu estado mental (Batalha et al., 2012).

Apesar da existência de outras escalas que podem ser utilizadas em idosos incapazes de fazerem uma autoavaliação da sua dor, a PAINAD tem a vantagem de requerer tempo de aplicação mais curto. Com exceção das categorias consolabilidade e expressão facial, que requerem um treino de interpretação mais cuidado dada a subtilidade das suas manifestações e fatores que podem influenciar essas manifestações, este instrumento é fácil de utilizar, com instruções claras e requer treino simples para a sua aplicabilidade (Batalha et al., 2012).

| Categoria                              | Item  | Pontuação |
|--|---|-----------|
| Respiração independente da vocalização | Normal.   | 0         |
|  | Respiração ocasionalmente difícil. Curto período de hiperventilação.                            | 1         |
|  | Respiração difícil e ruidosa. Período longo de hiperventilação. Respiração <i>Cheyne-Stok</i> . | 2         |
| Vocalização negativa                   | Nenhuma.  | 0         |
|  | Queixume ou gemido ocasional. Tom de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação.        | 1         |
|  | Chamamento perturbado repetitivo. Queixume ou gemido alto. Choro.                               | 2         |
| Expressão facial                       | Sorridente ou inexpressiva.   | 0         |
|  | Triste. Amedrontada. Sobrancelhas franzidas.  | 1         |
|  | Esgar facial.   | 2         |
| Linguagem corporal                     | Relaxada.   | 0         |
|  | Tensa. Andar para cá e para lá de forma angustiada. Irrequieta.                                 | 1         |
|  | Rígida. Punhos cerrados. Joelhos flectidos. Resistência à aproximação ou ao cuidado. Agressiva. | 2         |
| Consolabilidade                        | Sem necessidade de consolo.   | 0         |
|  | Distraído ou tranquilizado pela voz ou toque.   | 1         |
|  | Impossível de consolar, distrair ou tranquilizar.   | 2         |

Figura 1- versão portuguesa da escala PAINAD, (retirada de Batalha et al., 2012, p.10).

**Referências Bibliográficas:**

Batalha, L. M. C., Duarte, C. I. A., Rosário, R. A. F. do, Costa, M. F. S. P. da, Pereira, V. J. R., & Morgado, T. M. M. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala *Pain Assessment in Advanced Dementia*. *Revista de Enfermagem, III Série, n.º 8*, 7-16. <https://doi.org/10.12707/RIII1294>

## **Anexo VIII**



Relação entre os diagnósticos, objetivos, indicadores de resultado e intervenções no cliente e no cuidador – caso clínico 2

| Relação entre Diagnósticos, objetivos, indicadores e intervenções identificados no cliente.          |  |   |
|--|--|---|
| Domínio: sensação somática: Dor.   |  |   |
| Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> <li>Dor.</li> </ul>                                  |  |   |
| Objetivo (s)   | Intervenções   | Indicadores de resultado  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar evolução da dor.</li> <li>Diminuir dor.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar evolução da dor.</li> <li>Gerir analgesia.</li> <li>Executar técnica não farmacológica de alívio da dor.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Que o cliente tenha uma gestão eficaz da dor através da analgesia prescrita pro re nata.</li> <li>Que sejam adotadas medidas não farmacológicas como o posicionamento e controlo de fatores ambientais para alívio da dor do cliente.</li> </ul> |

**Tabela 1 – relativa ao diagnóstico Dor/ Cliente**

| Relação entre Diagnósticos, objetivos, indicadores e intervenções identificados no cuidador.   |  |   |
|--|--|---|
| Domínio: sensação somática: Dor.   |  |   |
| Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> <li>Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas.</li> <li>Potencial do cuidador para melhorar o conhecimento sobre gestão da dor.</li> </ul> |  |   |
| Objetivo (s)   | Intervenções   | Indicadores de resultado  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Promover papel do cuidador: gestão da dor.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas.</li> <li>Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor.</li> <li>Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da dor.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Que o cuidador demonstre conhecimento sobre o impacto da dor na qualidade de vida do cliente.</li> <li>Que o cuidador demonstre conhecimento sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor, nomeadamente posicionamento e controlo de fatores ambientais.</li> </ul> |

**Tabela 2 - relativa ao diagnóstico Dor/ Cuidador**

| Relação entre Diagnósticos, objetivos, indicadores e intervenções identificados no cliente. |  |  |
|---|--|--|
| Domínio: Consciência.   |  |  |
| Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consciência comprometida.</li> </ul>  |  |  |
| Objetivo (s)  | Intervenções   | Indicadores de resultado   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar evolução da consciência.</li> </ul>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar evolução da consciência.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que sejam ajustados cuidados ao nível de consciência do cliente.</li> </ul> |

**Tabela 3- relativa ao diagnóstico Consciência/ Cliente.**

| Relação entre Diagnósticos, objetivos, indicadores e intervenções identificados no cuidador  |   |  |
|--|---|--|
| Domínio: Consciência.  |   |  |
| Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância face ao compromisso da consciência.</li> </ul> |   |  |
| Objetivo (s)   | Intervenções  | Indicadores de resultado   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover papel do cuidador: detetar alterações da consciência</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre vigilância face ao compromisso da consciência.</li> <li>• Ensinar cuidador sobre vigilância face ao compromisso da consciência.</li> <li>• Avaliar evolução do papel do cuidador: detetar alterações da consciência.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que o cuidador demonstre conhecimento a identificar alteração da consciência do cliente.</li> <li>• Que o cuidador demonstre conhecimento sobre o ajuste de cuidados face à alteração da consciência do cliente.</li> </ul> |

**Tabela 4 - relativa ao diagnóstico Consciência/ Cuidador**

| Relação entre Diagnósticos, objetivos, indicadores e intervenções identificados no cliente.                    |   |   |
|--|---|---|
| Domínio: <b>Apetite.</b>   |   |   |
| Diagnóstico:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Apetite comprometido.</b></li> </ul>               |   |   |
| Objetivo (s)   | Intervenções  | Indicadores de resultado  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar evolução da ingestão de alimentos às refeições.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que sejam ajustadas quantidades de alimentos ingeridos pelo cliente ao seu apetite.</li> </ul> |

**Tabela 5 - relativa ao diagnóstico **Apetite/ Cliente.****

| Relação entre Diagnósticos, objetivos, indicadores e intervenções identificados no cuidador.   |  |   |
|--|--|---|
| Domínio: <b>Apetite.</b>   |  |   |
| Diagnóstico:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético</b></li> </ul> |  |   |
| Objetivo (s)   | Intervenções   | Indicadores de resultado  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover papel do cuidador: gestão do regime dietético.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar cuidador sobre ajuste da dieta de acordo com resultados de vigilância.</li> <li>• Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do regime dietético.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que o cuidador demonstre conhecimento no ajuste da dieta do cliente de acordo com as vigilâncias.</li> </ul> |

**Tabela 6 - relativa ao diagnóstico **Apetite/ Cuidador.****

| Relação entre Diagnósticos, objetivos, indicadores e intervenções identificados no cliente.                   |  |   |
|---|--|---|
| Domínio: Pele e Mucosas.  |  |   |
| Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Membrana Mucosa Comprometida.</li> </ul>                |  |   |
| Objetivo (s)  | Intervenções   | Indicadores de resultado  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar evolução da integridade das membranas mucosas.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que o cliente apresente membrana mucosa oral sem alteração.</li> </ul> |

**Tabela 7 - relativa ao diagnóstico Pele e Mucosas / Cliente.**

| Relação entre Diagnósticos, objetivos, indicadores e intervenções identificados no cuidador.  |  |  |
|---|--|--|
| Domínio: Pele e Mucosas.  |  |  |
| Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa.</li> </ul> |  |  |
| Objetivo (s)  | Intervenções   | Indicadores de resultado   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover papel do cuidador: gestão da cicatrização da membrana mucosa.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa.</li> <li>• Ensinar cuidador sobre tratamento do compromisso da membrana mucosa.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que o cuidador demonstre conhecimento no tratamento do compromisso da mucosa oral.</li> </ul> |

**Tabela 8 - relativa ao diagnóstico Pele e Mucosas / Cuidador.**

| Relação entre Diagnósticos, objetivos, indicadores e intervenções identificados no cliente.                          |  |  |
|--|--|--|
| Domínio: Emoção.   |  |  |
| Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedade.</li> </ul>  |  |  |
| Objetivo (s)   | Intervenções   | Indicadores de resultado   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar evolução da ansiedade.</li> <li>• Diminuir ansiedade.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar evolução da ansiedade</li> <li>• Executar técnica de relaxamento</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que o cliente apresente diminuição dos períodos de inquietação do cliente.</li> <li>• Que sejam adotadas técnicas de relaxamento para diminuir a inquietação do cliente.</li> </ul> |

**Tabela 9 - relativa ao diagnóstico Emoção / Cliente.**

| Relação entre Diagnósticos, objetivos, indicadores e intervenções identificados no cuidador.  |  |  |
|---|--|--|
| Domínio: Emoção.  |  |  |
| Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade.</li> </ul> |  |  |
| Objetivo (s)  | Intervenções   | Indicadores de resultado   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover papel do cuidador: gestão da ansiedade.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade.</li> <li>• Ensinar cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade.</li> <li>• Ensinar cuidador sobre estratégias de relaxamento.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que o cuidador demonstre conhecimento sobre estratégias de controlo de ansiedade: gestão de medicação, privilegia a presença junto do cliente e proporciona um ambiente calmo.</li> <li>• Que o cuidador demonstre conhecimento sobre estratégias de relaxamento: limita estímulos ambientais e usa aromoterapia para relaxar o cliente.</li> </ul> |

**Tabela 10 - relativa ao diagnóstico Emoção / Cuidador.**



**Anexo IX**



# IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NO PROCESSO DE CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA



## UMA ABORDAGEM DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA

**Autora:** Mafalda Costa

**Orientadora:** Professora Daniela Cunha

Janeiro, 2025

# SUMÁRIO

- Cuidados Paliativos e a importância da comunicação
- Cuidado Integral na multidimensionalidade da pessoa em situação paliativa
- A individualidade da pessoa em situação paliativa
- Relevância da comunicação no plano individual integrado de cuidados (PIIC)
- Comunicação não-verbal em cuidados paliativos
- A importância do primeiro contacto
- A Teoria das relações interpessoais de Peplau
- O papel do silêncio na comunicação em cuidados paliativos: revisão narrativa
- Ferramentas inovadoras de comunicação em cuidados paliativos.

# CUIDADOS PALIATIVOS E A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO

Uma comunicação eficaz promove cuidados de **qualidade**, **qualificados** e **humanizados**, com o objetivo de **minimizar o sofrimento** da pessoa em situação paliativa e dos seus cuidadores/ familiares, procurando sempre a máxima qualidade de vida de todos os envolvidos no processo (Pacheco et al., 2020).

Paliativo

*“Pallium”*

Manto

Comunicar

“cum” “munus”

Suportar juntos um dever

Ação recíproca e solidária

# CUIDADO INTEGRAL NA MULTIDIMENSIONALIDADE DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

Na prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa, esta deve ser considerada como ser único, complexo e multidimensional (biológico, emocional, social e espiritual). Uma comunicação eficaz permite um cuidado integral e humanizado (Engel et al., 2023).

O uso adequado de comunicação verbal e não verbal leva a que a transmissão das mensagens seja efetuada com cuidado e atenção, através de palavras, posturas e atitudes (Silva et al., 2020).



A comunicação, nomeadamente em cuidados paliativos, não se restringe apenas à transmissão de informação, abrangendo, igualmente, o modo como as mensagens são transmitidas.

# A INDIVIDUALIDADE DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

A atualidade é marcada por mudanças extremas na forma como comunicamos, tornando a comunicação uma ferramenta valiosíssima de transformação.

O profissional deve **privilegiar**:



Respeito pela autonomia



Foco de atenção na pessoa e não na doença

(Jamarim et al., 2023)



# Cuidados Paliativos em contexto domiciliário



- **Local de óbito:** Permite que a pessoa morra no local onde sempre viveu, junto dos seus entes queridos.
- **Intervenção tecnológica:** Garante o mínimo de aparato tecnológico, promovendo uma morte digna.
- **Humanização:** Vai ao encontro da individualidade da pessoa, proporcionando um final de vida mais humanizado.
- **Conforto:** Oferece a possibilidade de estar com a família e no conforto do lar.

(Vasconcellos et al., 2020).

O profissional de saúde em **Cuidados Paliativos** tem que se **alinhar no processo de absorção da informação** por parte da pessoa em situação paliativa e seus cuidadores/ familiares:

Se, por um lado, a transmissão da informação aberta e honesta num momento único sobre a situação traz uma sensação de segurança.



**Por outro lado**

É essencial que o profissional se alinhe no processo no tempo de **forma empática**, com **linguagem clara e compreensiva**, deixando espaço para estratégias positivas de enfrentamento (Engel et al., 2023).

Informações honestas transmitidas num só momento podem induzir medo, stress e perturbações existenciais.

# RELEVÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NO PLANO INDIVIDUAL INTEGRADO DE CUIDADOS (PIIC)

- A comunicação eficaz em Cuidados Paliativos inclui a **troca de informações, facilitando a tomada de decisão compartilhada** e promove, desta forma, um relacionamento de cuidado empático (Engel et al., 2023).
- A elaboração do plano individual de cuidados exige, primeiramente, que **sejam identificadas as necessidades, para posteriormente se planejar intervenções** (Pacheco et al., 2020).
- A identificação das diferentes dimensões do outro, através das suas experiências, comportamentos, emoções e espiritualidade, permite ao profissional de saúde **direcionar a sua intervenção à singularidade da pessoa em situação paliativa** (Pacheco et al., 2020).

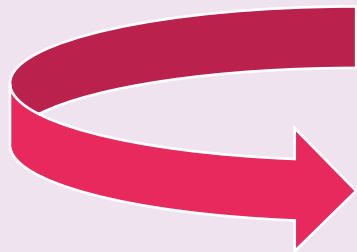
- **Relação de confiança:** A confiança estabelecida entre o cuidador/familiar e o enfermeiro é fundamental para preparar todo o processo de fim de vida.
- **Compreensão do processo:** É essencial que o cuidador/familiar compreenda o que irá acontecer e tenha acesso a informações claras sobre o processo de morte e as mudanças nos cuidados.
- **Comunicação:** Facilita a exploração de estratégias de cuidado para os últimos dias, especialmente em contexto domiciliário.
- **Serenidade no processo:** O processo de morte deve ser vivido com a maior serenidade possível, com alinhamento de objetivos entre todos os envolvidos nos cuidados.
- **Minimização do sofrimento:** Procura-se minimizar o sofrimento, promovendo conforto e qualidade de vida para a pessoa e para os seus cuidadores/familiares.

# A IMPORTÂNCIA DO PRIMEIRO CONTACTO

Momento de admissão da pessoa em situação paliativa na ECSCP



Momento fulcral em todo o processo de estabelecimento de relação. Será neste primeiro momento de contacto que se inicia o estabelecimento de uma relação de confiança entre profissional de saúde, pessoa em situação paliativa e seus cuidadores/ familiares.



Momento de integração do processo curativo para o paliativo, assumindo a **comunicação** um **papel fundamental**.

O momento é **facilitado**:

- Quanto mais precoce for feita esta transição;
- Transmissão de informação de forma gradual durante a evolução da doença facilita a aceitação por parte da pessoa em situação paliativa, permitindo-lhe tempo para se organizar emocionalmente;

(Oliveira, 2013).

→ O primeiro contacto é, muitas vezes, para os cuidadores/ familiares um momento de alívio em receber profissionais especializados no domicílio, por estarem inseguros e com dúvidas sobre como cuidar a pessoa no domicílio (Jamarim et al., 2023).

# A TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE PEPLAU

**Antes**



Ação sobre, para e pela pessoa

**Teoria de Peplau**



A pessoa como parceiro no processo de cuidados



Mudança paradigmática da relação enfermeiro/a - pessoa que necessita de cuidados de saúde.

## Fases da relação enfermeiro/a - pessoa:

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>orientação</b>    | Ajuda a pessoa a reconhecer e compreender o seu problema e a determinar a sua necessidade de ajuda   |
| <b>identificação</b> | Permite a exploração de sentimentos que ajuda a pessoa a passar pela doença como uma experiência que reorienta os sentimentos, fortalece as forças positivas da personalidade. |
| <b>exploração</b>    | Pessoa retira toda a valia que lhe é oferecida através da relação, projetando novos objetivos  |
| <b>resolução</b>     | Pessoa coloca gradualmente de parte os objetivos antigos   |

## Teoria de Peplau em cuidados paliativos:

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>orientação</b>    | Importa ouvir antes de informar. Assim, é a partir das questões da pessoa em situação paliativa que o profissional poderá perceber o que ele sabe sobre o problema de saúde, identificar as necessidades e as expectativas.  |
| <b>identificação</b> | Estabelecer uma comunicação acolhedora e que transmita confiança. É recomendado que o profissional que conquistou o vínculo seja o condutor ou esteja presente no momento de transmissão de notícias difíceis.   |
| <b>exploração</b>    | É imperativo que se respeite a autonomia da pessoa, é crucial que se evite o imperativo da verdade, importa a participação dos cuidadores/familiares, tendo um papel ativo na tomada de decisão. Mostrar disponibilidade para tirar dúvidas quando e se assim o desejarem. |
| <b>resolução</b>     | O uso de uma linguagem clara e acessível, sem tirar a esperança, é essencial, tendo como foco atender às necessidades e sempre em vista à máxima qualidade de vida nesta fase.   |

# O PAPEL DO SILÊNCIO NA COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO NARRATIVA

Qual o impacto do silêncio na comunicação em cuidados paliativos, e como pode ser utilizado para melhorar a qualidade dos cuidados prestados?

## Metodologia

Revisão Narrativa

## Bases de dados

CINHAL Complete ( ESBCO Host), Medline Complete (EBSCO Host), na PubMed e na Cochrane Library, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola.

## Termos de pesquisa

"Palliative Care", "Communication", "Silence", "Nonverbal Communication", "Nurse-Patient Relations", "Professional-Family Relations", "Professional-Patient Relations", o que permitiu identificar estudos pertinentes que abordassem o silêncio enquanto componente essencial da comunicação em CP.

## Critérios de inclusão / exclusão

Estudos que analisassem o papel do silêncio ou da comunicação não-verbal em CP, e que fossem publicados em português, inglês ou espanhol, línguas dominadas pelos investigadores. Foram **excluídos** estudos em menores de 18 anos, que não envolvessem interação entre profissionais de saúde e pessoas em CP, ou que não estivessem disponíveis gratuitamente em texto completo.

# Apresentação dos Resultados:

| N.º / Autores, ano / País   | Título  | Tipo de estudo / Objetivo(s)   | População  | Principais conclusões  |
|---|---|--|--|--|
| <b>A1</b><br><b>Silva &amp; Percicotte, 2024</b><br><br><b>Brasil</b> | A comunicação nos sistemas familiares – uma revisão literária | Artigo de revisão / Análise das dinâmicas de comunicação nos sistemas familiares.          | Estudos teóricos e casos familiares descritos na literatura. | O silêncio é uma forma de expressão que pode revelar tensões, conflitos e sentimentos não verbalizados nas dinâmicas familiares. O silêncio assume um papel significativo ao criar espaço para que as famílias processem emoções complexas, como medo, luto ou negação. A utilização sensível do silêncio pelos profissionais pode auxiliar no fortalecimento do vínculo entre a família e a equipa de cuidados, promovendo maior empatia e compreensão mútua.   |
| <b>A2</b><br><b>Duarte &amp; Leitão, 2014</b><br><br><b>Brasil</b>    | Descobrir o silêncio como possibilidade de comunicação        | Ensaio teórico / Refletir acerca do silêncio em contextos de adoecimento e hospitalização. | Análise prática e teórica de atendimentos psicológicos.      | <p>O silêncio oferece uma oportunidade para a reflexão pessoal e para a reorganização de sentimentos perante momentos de sofrimento ou incerteza.</p> <p>O silêncio pode ser uma ferramenta terapêutica para ajudar a pessoa a processar as suas emoções, além de possibilitar à equipa a construção de um cuidado mais centrado nas necessidades individuais e subjetivas. A gestão adequada do silêncio promove conexão emocional e confiança, evitando a imposição de palavras desnecessárias em momentos críticos.</p> |

|   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
| <p><b>A3</b></p> <p><b>Santos, 2017</b></p> <p><b>Brasil</b></p>                | <p>O silêncio como forma de comunicação</p>   | <p>Artigo de revisão / Explorar o silêncio como parte da comunicação humana.</p>                        | <p>Estudos teóricos sobre comunicação interpessoal.</p> | <p>O silêncio é uma parte integral da comunicação, funcionando como uma pausa necessária para refletir ou criar significado.</p> <p>Possibilita que a pessoa processe informações difíceis, como o diagnóstico ou o prognóstico, enquanto cria um espaço de respeito e empatia. Quando usado de forma inadequada, no entanto, o silêncio pode ser interpretado como distanciamento ou indiferença. Por isso, a sua aplicação exige sensibilidade e competências específicas por parte dos profissionais.</p> |
| <p><b>A4</b></p> <p><b>Trinca, 2024</b></p> <p><b>Brasil</b></p>                | <p>Silêncio, comunicação e não comunicação</p>  | <p>Estudo qualitativo / Discussão teórica sobre os papéis do silêncio na comunicação interpessoal.</p>  | <p>Casos baseados em literatura psicanalítica.</p>      | <p>O silêncio é uma manifestação comunicativa multifacetada que pode representar tanto resistência quanto abertura.</p> <p>Pode funcionar como um veículo para explorar medos, desejos e significados mais profundos. A sensibilidade do profissional ao silêncio permite interpretações mais precisas, criando uma comunicação que não se limita às palavras, mas que valoriza o contexto emocional e relacional.</p>   |
| <p><b>A5</b></p> <p><b>Sapeta &amp; Simões, 2018</b></p> <p><b>Portugal</b></p> | <p>Silences in palliative care - the primacy of human presença</p>                      | <p>Artigo de revisão / Explorar o silêncio como forma de presença terapêutica em CP.</p>                | <p>Revisão teórica de casos em CP.</p>                  | <p>O silêncio, quando usado conscientemente, promove um espaço de escuta ativa e aceitação.</p> <p>É uma presença que reforça o respeito pela singularidade e autonomia da pessoa, facilitando o processamento de emoções complexas, como a aceitação da morte. Este recurso fortalece o vínculo entre a equipa e a pessoa, promovendo um cuidado mais humanizado e compassivo.</p>  |
| <p><b>A6</b></p> <p><b>Gramling et al., 2022</b></p> <p><b>EUA</b></p>          | <p>Epidemiology of connectional silence in specialist serious illness conversations</p> | <p>Estudo observacional / Descrever a epidemiologia do silêncio nas conversas sobre doenças graves.</p> | <p>226 interações gravadas em consultas de CP.</p>      | <p>Silêncios de conexão emocional têm um papel crucial em decisões informadas e na melhoria da qualidade de vida. A gestão apropriada do silêncio promove uma comunicação mais profunda, permitindo que as pessoas expressem os seus valores e prioridades. O uso do silêncio nas conversas ajuda a criar um espaço seguro para reflexões emocionais.</p>  |

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
| <p><b>A7</b><br/><b>Cunha, 2001</b><br/><br/><b>Portugal</b></p>                 | <p>O silêncio na comunicação</p>                           | <p>Ensaio teórico sobre o significado do silêncio.</p>                         | <p>Discussão teórica sem população específica.</p>        | <p>O silêncio é uma componente essencial da comunicação, podendo promover a presença autêntica e fortalecer os laços emocionais entre a equipa e a pessoa. Permite um tempo de reflexão que favorece a adaptação emocional e as tomadas de decisões conscientes.</p>   |
| <p><b>A8</b><br/><b>Chaturvedi, 2024</b><br/><br/><b>Índia</b></p>               | <p>Embracing the sound of silence in clinical practice</p> | <p>Ensaio teórico / Explorar o silêncio na prática clínica e CP.</p>           | <p>Discussão teórica com exemplos de prática clínica.</p> | <p>O silêncio, usado de forma estratégica, é um meio poderoso de apoiar emocionalmente as pessoas e os seus cuidadores, proporcionando tempo para reorganizar os pensamentos.<br/><br/>Contribui para uma comunicação efetiva, permitindo aos profissionais criar um ambiente de respeito e acolhimento.</p> |
| <p><b>A9</b><br/><b>Ramos &amp; Bortagarai, 2012</b><br/><br/><b>Brasil</b></p>  | <p>Comunicação não verbal na área da saúde</p>             | <p>Artigo de revisão / Explorar o uso da comunicação não-verbal na saúde.</p>  | <p>Estudos sobre interações em contextos de saúde.</p>    | <p>O silêncio é uma das expressões mais significativas da comunicação não-verbal, funcionando como uma pausa reflexiva que pode transmitir respeito, empatia e apoio emocional.</p>  |
| <p><b>A10</b><br/><b>Correia &amp; Simões, 2020</b><br/><br/><b>Portugal</b></p> | <p>Descobrimo o silêncio na comunicação terapêutica</p>    | <p>Artigo de revisão / Analisar o papel do silêncio como estratégia em CP.</p> | <p>Literatura teórica em contextos paliativos.</p>        | <p>Silêncio terapêutico é uma ferramenta poderosa que facilita a introspeção e a aceitação emocional, promovendo confiança e humanização no cuidado em CP.</p>   |

# Categorização dos resultados de acordo com as fases da TRIHP

A categorização apresentada a seguir encontra justificção à luz da TRIHP, com base nos artigos analisados, que destacam a importância do silêncio como um recurso fundamental na comunicação terapêutica e no cuidado humanizado em CP.

| CATEGORIA                    | SUBCATEGORIAS /<br>ARTIGOS CORRESPONDENTES   | JUSTIFICAÇÃO DA CATEGORIZAÇÃO   |
|------------------------------|--|---|
| <b>Fase de Orientação</b>    | <p><b>O silêncio como preparação para a comunicação verbal:</b> O silêncio inicial também serve como uma preparação para a interação verbal, permitindo à pessoa organizar os seus pensamentos antes de verbalizar as suas preocupações (A1, A6).</p> <p><b>Criação de um ambiente seguro:</b> O uso do silêncio pelos profissionais pode ajudar a criar um ambiente onde a pessoa se sinta segura para iniciar o processo de comunicação, reduzindo a ansiedade inicial (A6, A7).</p> | <p>O silêncio é utilizado como um elemento inicial para criar um espaço seguro e estabelecer confiança. Artigos como o de Franzoi et al. (2016) destacam a importância de criar uma relação terapêutica inicial baseada no entendimento mútuo e na comunicação sensível.</p>                            |
| <b>Fase de Identificação</b> | <p><b>O silêncio como apoio à autonomia emocional:</b> Durante esta fase, o silêncio permite à pessoa expressar emoções de forma independente, sem interrupções ou interpretações prematuras por parte do profissional (A4, A10).</p> <p><b>Reconhecimento mútuo através do silêncio:</b> A utilização do silêncio pode promover um momento de reconhecimento entre a pessoa e o profissional, reforçando a ideia de que o profissional está presente e disposto a ouvir (A8, A5).</p> | <p>O silêncio permite que a pessoa identifique os seus sentimentos e necessidades, reconhecendo o profissional como um aliado no cuidado. A análise de Santos &amp; Nóbrega (1996) realça que esta fase fortalece as forças positivas da personalidade, criando vínculos emocionais significativos.</p> |

|                                     |   |   |
|-------------------------------------|---|---|
| <p><b>Fase de Exploração</b></p>    | <p><b>Facilitação do processamento emocional profundo:</b> O silêncio incentiva a pessoa a explorar sentimentos mais profundos, como medo ou esperança, sem pressões externas (A3, A4).</p> <p><b>Conexão interpessoal e validação emocional:</b> O silêncio, utilizado de forma consciente, valida a experiência emocional da pessoa, reforçando a empatia do profissional (A5, A9).</p>   | <p>Este momento é caracterizado pelo aprofundamento da relação terapêutica, onde o silêncio serve para explorar emoções mais profundas e promover a reflexão. Almeida et al. (2005) sublinham a capacidade do silêncio de facilitar decisões conscientes e conectar as emoções à prática do cuidado.</p>                    |
| <p><b>Fase de Resolução</b></p>     | <p><b>Silêncio como suporte em transições emocionais:</b> Durante o fim de vida, o silêncio facilita a aceitação das mudanças emocionais e físicas, promovendo conforto e serenidade (A10, A5).</p> <p><b>Respeito pela dignidade e pelo ritmo individual:</b> O silêncio respeita o tempo e a dignidade da pessoa na fase final da vida, permitindo-lhe processar a sua situação ao seu próprio ritmo (A7, A10).</p>   | <p>O silêncio desempenha um papel fundamental ao facilitar a aceitação e a adaptação emocional da pessoa, promovendo confiança e humanização no final da relação terapêutica. Cunha (2001) enfatiza a importância deste processo para garantir a transição emocional e o encerramento de forma digna e compassiva.</p>      |
| <p><b>Novos Insights Gerais</b></p> | <p><b>Dimensão cultural do silêncio:</b> Alguns artigos destacam que a interpretação e o uso do silêncio podem variar de acordo com o contexto cultural, sendo importante que o profissional compreenda essas nuances (A6, A9).</p> <p><b>Silêncio como instrumento de autorreflexão para o profissional:</b> Além de beneficiar a pessoa, o silêncio pode servir como um momento de autorreflexão para o profissional, ajudando-o a ajustar a sua abordagem e a compreender melhor as necessidades da pessoa (A2, A8).</p> | <p>O silêncio, como forma de comunicação não-verbal, varia entre culturas e deve ser gerido com sensibilidade em CP, pois pode refletir respeito, introspeção ou desconforto. Além disso, pode ajudar o profissional a compreender melhor a relação terapêutica e a adotar estratégias para um cuidado mais humanizado.</p> |

# Discussão dos resultados

À luz da **Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau (TRIHP)**, o silêncio desempenha diferentes papéis em cada fase da relação terapêutica, adaptando-se às necessidades emocionais, psicológicas e culturais da pessoa.

**Fase de orientação:** o silêncio inicial surge como uma **preparação para a comunicação verbal**, permitindo à pessoa organizar os seus pensamentos antes de iniciar o diálogo. Gramling et al. (2022) destacam que este silêncio cria um espaço seguro para a pessoa processar as suas preocupações, reduzindo a sobrecarga emocional.

**Fase de identificação:** o silêncio desempenha um papel relevante no **apoio à autonomia emocional da pessoa**. Trinca (2024) sublinha que o silêncio permite que as emoções sejam expressas sem interrupções, promovendo a autoexploração e a reorganização de sentimentos. Além disso, Sapeta e Simões (2018) realçam que o silêncio reforça o reconhecimento mútuo entre o profissional e a pessoa, criando um **vínculo de presença que simboliza empatia e disponibilidade para ouvir**.

**Fase de exploração:** o silêncio assume um papel mais profundo, **incentivando a pessoa a explorar sentimentos complexos**, como medo e esperança, sem pressões externas. Santos (2017) descreve o silêncio como uma ferramenta poderosa para facilitar o processamento emocional, permitindo que a pessoa se conecte com as suas próprias experiências e valores. Da Silva (2023) reforça que este espaço promove uma introspeção mais profunda, tornando as interações mais significativas.

**Fase de resolução:** o silêncio atua **como suporte nas transições emocionais**, especialmente em momentos de fim de vida. Correia e Simões (2020) destacam que o silêncio facilita a aceitação das mudanças físicas e emocionais, promovendo serenidade e conforto espiritual. Este achado é complementado por Bassett (2016), que descreve o silêncio como uma presença terapêutica que **reforça o respeito pela dignidade e pelo ritmo individual da pessoa**.

# FERRAMENTAS INOVADORAS DE COMUNICAÇÃO EM CP



É um **jogo de cartas** cuja finalidade é ajudar a eliminar constrangimentos e potenciar a comunicação entre todos os envolvidos no processo de cuidar. Este jogo pode ser utilizado como passo inicial para esclarecer metas de cuidados através da criação de um ambiente propício ao debate dos valores e preferências de cuidados da pessoa, seus cuidadores/familiares (Fernandes et al., 2022).



A utilização deste jogo foi considerada uma **estratégia inovadora, útil e eficaz** em cuidados paliativos, uma vez que permite criar um espaço para que a pessoa em situação paliativa e respetivos cuidadores/familiares **explicitem sentimentos e vivências**, atendendo às necessidades físicas, psicossociais e espirituais. (Lourenço et al., 2023).

## Bibliografia:



# Muito obrigada pela atenção !



*Mafalda Costa*

mafaldacosta@hotmail.com

**Anexo X**



Avaliação da formação: “Importância da Comunicação no Processo de Cuidar da Pessoa em Situação Paliativa”

Data: 14/01/2025

Destinatários: Profissionais da ECSCP

Objetivos:

- Sensibilizar para a importância da comunicação no processo de cuidar da pessoa em situação paliativa;
- Refletir em conjunto sobre as estratégias de comunicação utilizadas na ECSCP e a sua importância no Plano Individual Integrado de Cuidados;
- Promover a implementação de um projeto de melhoria, através do uso do Pallium Game na ECSCP como ferramenta inovadora de comunicação.

Sumário:

1. Cuidados Paliativos e a importância da comunicação;
2. Cuidado Integral na multidimensionalidade da pessoa em situação paliativa;
3. A individualidade da pessoa em situação paliativa;
4. Relevância da comunicação no plano individual integrado de cuidados (PIIC);
5. Comunicação não-verbal em cuidados paliativos;
6. A importância do primeiro contacto;
7. A Teoria das relações interpessoais de Peplau;
8. O papel do silêncio na comunicação em cuidados paliativos: revisão narrativa;
9. Ferramentas inovadoras de comunicação em cuidados paliativos.

**Avaliação da formação em serviço (questionário adaptado ao utilizado na ULS):**

Assinale a resposta tendo por base a seguinte escala:

|     |              |            |     |           |
|-----|--------------|------------|-----|-----------|
| 1   | 2            | 3          | 4   | 5         |
| Mau | Insuficiente | Suficiente | Bom | Muito Bom |

Avaliação da formação:

| Avaliação da Formação |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------------------|--|---|---|---|---|---|
| 1.                    | Formação correspondeu às expectativas pessoais     |   |   |   |   |   |
| 2.                    | Tema pertinente ao contexto do serviço             |   |   |   |   |   |
| 3.                    | Quantidade de informação transmitida               |   |   |   |   |   |
| 4.                    | Formação correspondeu aos objetivos enunciados     |   |   |   |   |   |
| 5.                    | Duração da formação                                |   |   |   |   |   |
| 6.                    | Métodos pedagógicos utilizados adequados           |   |   |   |   |   |
| 7.                    | Meios audiovisuais utilizados ajustados à formação |   |   |   |   |   |
| 8.                    | Linguagem do formador clara                        |   |   |   |   |   |
| 9.                    | Domínio dos conteúdos por parte do formador        |   |   |   |   |   |

Sugestões e/ou comentários:

|  |
|--|
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |
|--|