



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica,
na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa**

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

**CUIDADOS EM ÚLTIMOS DIAS E HORAS DE VIDA
PROVIDING CARE FOR FINAL DAYS AND HOURS OF LIFE**

**Projeto de Desenvolvimento de competências comuns e
especializadas em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de
Enfermagem à pessoa em situação paliativa**

Ângela Filipa Pereira de Almeida

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

CUIDADOS EM ÚLTIMOS DIAS E HORAS DE VIDA

Projeto de desenvolvimento de competências comuns e especializadas em enfermagem médico cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa

PROVIDING CARE FOR FINAL DAYS AND HOURS OF LIFE

Project to develop common and specialized clinical skills in the area of Nursing in palliative situations

Relatório orientado pela
Professora Doutora Olga Fernandes

Ângela Filipa Pereira de Almeida

PORTO, 2025

You matter because you are you, and you matter to the last moment of your life. We will do all we can not only to help you die peacefully, but also to live until you die."

Cicely Saunders

DEDICATÓRIA

Aos clientes e seus familiares/cuidadores,
que generosamente nos permitiram acompanhar o percurso do seu sofrimento,
partilhando connosco a sua fragilidade, a sua coragem e a sua vida.

AGRADECIMENTO

A realização deste relatório marca o culminar de um percurso que seria impossível sem o apoio e colaboração de muitas pessoas. A todos os que, de alguma forma, contribuíram para tornar esta jornada mais leve, expresso a minha mais sincera gratidão.

À Professora Doutora Olga Fernandes, orientadora científica deste relatório, agradeço pela orientação, disponibilidade e constante apoio. A sua dedicação e sabedoria foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos professores e colegas de turma deste Mestrado, agradeço pelas críticas construtivas e pelo encorajamento ao longo destes anos de estudo. Às minhas colegas de grupo de trabalho, Sara Rodrigues, Elisete Silva e Liliana Marques, a minha profunda gratidão pelo companheirismo e compreensão, que tornaram este percurso mais leve e significativo.

Aos tutores do Estágio de Natureza Profissional, Enfermeira Cláudia Fernandes e Enfermeira Magda Freitas, pelo contributo valioso para o meu crescimento pessoal e profissional. Às equipas que me acolheram durante o estágio, o meu agradecimento pela solidariedade e hospitalidade.

À minha família, que são o meu maior suporte.

Aos meus amigos, obrigada pelo companheirismo, incentivo e pela empatia que nunca faltaram.

A todos vocês, o meu MUITO OBRIGADA.

RESUMO

Introdução: A enfermagem especializada desempenha um papel essencial nas equipas de cuidados paliativos, impulsionada pelo aumento da incidência de doenças incuráveis, progressivas e limitantes da vida. Essas condições geram sofrimento significativo para os clientes e suas famílias, afetando aspetos físicos, emocionais, espirituais e sociais. Este documento aborda os cuidados paliativos e apresenta um Relatório de Estágio de Natureza Profissional, referente ao Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, da Escola Superior de Enfermagem do Porto. O objetivo principal deste relatório é descrever de forma reflexiva as atividades realizadas durante o estágio, destacando o impacto no desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, em dois dos três contextos clínicos de cuidados paliativos especializados previstos no plano de estudos do curso e na regulamentação da Ordem dos Enfermeiros para a atribuição do título de especialista. **Metodologia:** Descritiva e reflexiva, fundamentada na evidência científica disponível, com objetivo de justificar os processos, percursos e intervenções adotadas. Apresentam-se dois estudos de caso com base na Nursing Ontos e na estrutura E4Nursing desenvolvida pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, no sentido de aumentar a capacidade reflexiva e raciocínio para a tomada de decisão clínica de enfermagem. **Resultados:** Descritas as características dos contextos clínicos onde os estágios foram realizados (EIHSCP e uma UCP), inclui uma revisão de literatura sobre os cuidados em últimos dias hora de vida (UDHV). Enfatiza-se uma visão holística do cliente, considerando as suas diversas dimensões e orientando para as intervenções de enfermagem em fase de UDHV. O relatório apresenta uma narrativa reflexiva sobre o desenvolvimento das competências comuns e específicas, em conformidade com os Regulamentos nº 429/2018, de 16 de julho, e o nº 140/2019, de 6 de fevereiro, publicados no Diário da República pela Ordem dos Enfermeiros. Promove-se uma reflexão sobre a prática para o desenvolvimento de um perfil de competências clínicas que caracterizam a área profissional especializada, assegurando a prestação de cuidados adequados às necessidades multidimensionais das pessoas em situação paliativa, bem como da sua Família e referentes diretos.

Palavras-chave: competências; enfermeiro especialista; cuidados paliativos; últimos dias e horas de vida

ABSTRACT

Introduction: Specialized nursing plays an essential role in palliative care teams, driven by the increased incidence of severe, progressive, and life-limiting illnesses. These conditions generate significant suffering for clients and their families, affecting physical, emotional, spiritual, and social aspects. This document addresses palliative care and presents a Professional Internship Report related to the Master's in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for Persons in a Palliative Situation, at the School of Nursing of Porto. The main objective of this report is to reflectively describe the activities carried out during the internship, highlighting the impact on the development of both the common and specific competencies of the specialist nurse, in two of the three clinical contexts of specialized palliative care provided for in the course curriculum and in the regulations of the Order of Nurses for the attribution of the specialist title. **Methodology:** The approach is descriptive and reflective, based on the best available scientific evidence, aiming to justify the processes, pathways, and interventions adopted. Two case studies are presented, based on nursing Ontos and the E4Nursing framework developed by the School of Nursing of Porto, in order to develop reflective capacity and reasoning for nursing decision-making. **Results:** The report describes the characteristics of the clinical contexts in which the internships were conducted, including a literature review on end-of-life care in the final days/hours of life (UDHV). A holistic view of the client is emphasized, considering the various dimensions of their well-being and guiding nursing interventions in UDHV. The report offers a reflective narrative on the development of both common and specific competencies, in accordance with Regulations no. 429/2018, of July 16, and no. 140/2019, of February 6, published in the Official Gazette. It encourages reflection on practice for the development of a clinical competency profile that characterizes the specialized professional area, ensuring the provision of care that adequately meets the multidimensional needs of people in palliative situations, as well as their families and direct relatives.

Keywords: competencies; specialist nurse; palliative care; last days and hours of life

SIGLAS e ABREVIATURAS

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CNCP – Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP – Cuidados Paliativos

DGS – Direção-Geral da Saúde

DT – Dor Total

EAPC – European Association for Palliative Care

ECOG – Eastern Cooperative Oncology Group

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ENP – Estágio de Natureza Profissional

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESMO – European Society for Medical Oncology

JB I – Joanna Briggs Institute

NCCN – National Comprehensive Cancer Network

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

UC – Unidade de Competência

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

UDHV – Últimos Dias Horas de Vida

Índice

1. INTRODUÇÃO.....	21
2. ENQUADRAMENTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS A NÍVEL NACIONAL E INTERNACIONAL	25
2.1. Últimos dias e horas de vida	28
2.1.1. Revisão de literatura sobre a temática últimos Dias e Horas de Vida...	32
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA.....	61
3.1. Descrição dos contextos da prática clínica	61
3.1.1. Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	62
3.1.2. Unidade de Cuidados Paliativos (Internamento)	68
4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECIALIZADAS.....	73
4.1. Desenvolvimento de competências comuns	75
4.2. Desenvolvimento de competências especializadas	79
SÍNTESE FINAL.....	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
APÊNDICES	117
APÊNDICE A. CASO 1 – EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS	119
APÊNDICE B. CASO 2 – UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS (INTERNAMENTO)	155
APÊNDICE C. PLANO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO	181

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Estratégia PCC	33
Quadro 2 – Critérios de elegibilidade	33
Quadro 3 – Quadro de Síntese de Resultados.....	37

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma PRISMA. Estudo Últimos Dias Horas de Vida	35
Figura 2 – Caracterização Demográfica quanto ao género dos clientes acompanhados durante o ENP no EIHS CP	66
Figura 3 – Caracterização Demográfica quanto às faixas etárias dos clientes acompanhados durante o ENP no EIHS CP	66
Figura 4 – Distribuição dos diagnósticos médicos dos clientes acompanhados durante o ENP na EIHS CP	67
Figura 5 – Caracterização Demográfica quanto ao género dos clientes acompanhados durante o ENP na UCP	70
Figura 6 – Caracterização Demográfica quanto às faixas etárias dos clientes acompanhados durante o ENP na UCP	70
Figura 7 - Distribuição dos diagnósticos médicos dos clientes acompanhados durante o ENP na UCP	71
Figura 8 – Distribuição dos Sintomas dos Clientes Acompanhados Durante o ENP ...	83

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Unidade de competência 1.1., critérios de avaliação e respectivas atividades desenvolvidas no ENP.....	86
Tabela 2: Unidade de competência 1.2., critérios de avaliação e respectivas atividades desenvolvidas no ENP.....	87
Tabela 3: Unidade de competência 1.3., critérios de avaliação e respectivas atividades desenvolvidas no ENP.....	88
Tabela 4: Unidade de competência 1.4., critérios de avaliação e respectivas atividades desenvolvidas no ENP.....	91
Tabela 5: Unidade de competência 2.1., critérios de avaliação e respectivas atividades desenvolvidas no ENP.....	93
Tabela 6: Unidade de competência 2.2., critérios de avaliação e respectivas atividades desenvolvidas no ENP.....	95
Tabela 7: Unidade de competência 2.3., critérios de avaliação e respectivas atividades desenvolvidas no ENP.....	95
Tabela 8: Unidade de competência 2.4., critérios de avaliação e respectivas atividades desenvolvidas no ENP.....	97

1. INTRODUÇÃO

O presente documento refere-se ao Relatório de Natureza Profissional, narrando as nossas experiências clínicas, aquilo que foi o desenvolvimento de competências profissionais inserindo-se no plano de estudos do 2º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa, ministrado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto. Descreve a etapa final do curso, a aprendizagem desenvolvida durante o Estágio de Natureza Profissional módulo I e II. O módulo II do estágio incluiu 340 horas de prática clínica em dois dos três contextos de estágio definidos pelo plano de estudos em consonância com as orientações da Ordem dos Enfermeiros. Desses 3 contextos selecionamos o internamento em Cuidados Paliativos num Hospital Oncológico, e um outro estágio numa Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos de uma ULS. Para além destes estágios, foram destinadas 50 horas de orientação tutorial para a elaboração do relatório e cerca de 200 horas para a sua escrita. No módulo I correspondente a 150 horas, foi desenvolvido um projeto de estágio, organizando-se este temporalmente para a aquisição de competências clínicas especializadas e em que focamos a nossa atenção nos cuidados paliativos de internamento e de suporte intra-hospitalar, aprofundando conhecimento teórico e experiencial sobre a fase do percurso paliativo dos clientes paliativos nos “últimos dias horas de vida”.

A decisão de enveredar por esta área de especialização no meu percurso profissional surgiu por diversas razões. Durante a minha experiência em serviços de cirurgia geral e de medicina geral, tivemos contacto frequente com clientes que apresentavam necessidades em cuidados paliativos. Estas situações colocaram-nos perante desafios para os quais não tinha-mos, na altura, as ferramentas adequadas para responder, o que despertou o nosso interesse por esta área de conhecimento e motivou a nossa candidatura a este mestrado clínico. Muitos destes doentes acabaram por morrer no serviço, confrontando-nos diretamente com o seu sofrimento até ao momento de morte e o sofrimento das suas famílias, o que reforçou a necessidade de aprofundar os nossos

conhecimentos numa área de intervenção tão delicada, complexa, quanto essencial.

Os cuidados paliativos destinam-se a todas as pessoas com doença incurável, progressiva, limitante de vida, independentemente do local onde se encontram, do diagnóstico, prognóstico ou idade (Ferrell, 2019). Desenvolvem-se num continuum de doença até à morte, independentemente do local dos cuidados, reconhecendo-se neste continuum de cuidados a importância dos profissionais de enfermagem prestadores de cuidados no acompanhamento dos clientes e família 24 sobre 24 horas. Ferrell (2019) evoca alguns elementos chave a ter em consideração para uma abordagem dita compreensiva dos clientes paliativos, nomeadamente a informação, educação e suporte das famílias, dos referentes diretos, ou de cuidadores informais; o cuidado com a coordenação dos cuidados, sobretudo em momentos essenciais de transição dos cuidados, ou, local de cuidados; atendendo-se a cuidados de proximidade, culturalmente inclusivos, respeitando a cultura emergente dos clientes. Finalmente a comunicação com os clientes e entre as equipas de cuidados, com as famílias, com a comunidade (agentes de cuidados e recursos). A comunicação é um dos elementos mais importante, elo de ligação, estabelecendo as pontes entre todos os intervenientes.

Os profissionais devem ser conhecedores dos princípios dos cuidados paliativos, os quais precisam de ser conscienciosamente aplicados nos cuidados ao longo dos percursos de doença, independente dos locais onde são ministrados, dando ênfase à continuidade e coordenação dos cuidados e evitando a duplicação de cuidados nada benéficos para o conforto e bem-estar dos clientes, minimizando os efeitos de sucessivas transições de ambientes/locais.

Estes princípios nortearam o desenvolvimento das nossas competências especializadas, que se refletiu como um percurso de construção de identidade profissional na área dos cuidados paliativos, e na integração de competências conforme Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho e o Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, publicados pela Ordem dos Enfermeiros em Diário da República.

Procuraremos documentar as atividades desenvolvidas na evidência científica. O tema central de reflexão e pesquisa foi “últimos dias e horas de vida” (UDHV), considerando-se a complexidade e dificuldade da abordagem deste fenômeno na prática clínica. A ausência de consenso na literatura sobre o conceito, e sobre sintomas preditivos ou intervenções, despertou-nos todo o interesse. Nesse sentido procedeu-se a uma revisão de literatura do tipo scoping review. A pesquisa incluiu uma revisão de literatura sobre o tema, consulta de legislação, de normas clínicas, guidelines e diretrizes relevantes. Dado o interesse em aprofundar esta temática, focamo-nos durante o estágio em casos clínicos com esta particularidade. O plano avançado de cuidados a clientes com esta situação clínica são expostos nos Apêndices A e B deste relatório. Usaremos o termo “cliente” durante toda a escrita deste relatório, termo que significa o binómio doente e sua família ou referente significativo.

O relatório está estruturado em três capítulos. O primeiro capítulo aborda a problemática dos cuidados paliativos, fazendo igualmente a síntese da evidência sobre os cuidados em últimos dias, horas de vida. O segundo capítulo descreve as características dos contextos clínicos onde desenvolvemos as nossas aprendizagens e competências. No terceiro capítulo, descrevemos e refletimos as diferentes atividades desenvolvidas para a construção das competências comuns e especializadas. Encerramos com a síntese final do relatório. Em apêndice documentamos os dois casos clínicos desenvolvidos na plataforma E4Nursing da ESEP, bem como a planificação de uma ação de formação em contexto clínico, sobre o tema.

2. ENQUADRAMENTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS A NÍVEL NACIONAL E INTERNACIONAL

Cecily Saunders foi a fundadora da Era Moderna dos Cuidados Paliativos em 1950. Fundou o St. Christopher's Hospice, em 1948, data em que se envolveu nos cuidados aos clientes com doença terminal, investigando e propondo uma teoria sobre a “dor total” que viria a revolucionar o modelo de atenção centrado anteriormente, apenas num modelo biomédico. Para Saunders, a teoria sobre a “dor total”, refere-se a uma complexa construção do conhecimento e abordagem sobre a dor nos clientes paliativos em situação terminal, explicando dimensões distintas para minimizar o nível de dor, assim como proteger os clientes terminais sobre a perda de significado e sentido de vida (Metzger, 2023). A teoria sobre a “dor total” alargou o conceito de dor, do domínio fisiopatológico às dimensões psicológica, emocional, social e espiritual, numa visão holística e humanista do ser humano em sofrimento.

Os Cuidados Paliativos (CP) fazem parte das respostas em saúde aos cidadãos em qualquer país civilizado. Derivado do latim *pallium*, significam proteger, mitigar, aliviar, diminuir a severidade da dor ou da doença, proteger o cliente associando ao cuidado alguns adjetivos como “cuidados compreensivos” e “cuidados holísticos” (Twycross, 2003; WHO, 1998). Em 2002, a WHO revê a definição de CP cujos cuidados estavam até então focados na doença oncológica. Pastrana e colaboradores (2008) identificaram alguns elementos chave na definição de “cuidados paliativos” e no seu desenvolvimento, nomeadamente o alívio e prevenção do sofrimento e o aumento da qualidade de vida. O mesmo estudo identificou ainda alguns conceitos básicos como “morte” e “morrer”, “trajetória de doença”, “controlo sintomático”, “trabalho de equipa multi e interdisciplinar” (Pastrana et al, 2008).

Mais recentemente, em 2020, Radbruck e colaboradores, no âmbito de um estudo promovido pela International Association for Hospice & Palliative Care (IAHP) e que envolveu participantes de 88 países, concluiu como resultado uma redefinição dos CP atualizando o conceito e sublinhando que os CP são

cuidados holísticos, ativos para todos os clientes de todas as idades com sofrimento grave relacionado a doenças graves, perto do fim de vida, tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida dos clientes, familiares e cuidadores. Esta redefinição de cuidados paliativos associa um conjunto de recomendações para todos os países no sentido de melhorar a equidade e acessibilidade dos clientes aos CP. Estes cuidados devem ser desenvolvidos em qualquer estágio de doença grave e integrados no sistema de cuidados de saúde, promovendo uma abordagem integral (IAHPC, 2020).

Historicamente centrados na doença oncológica, no alívio da dor e do sofrimento em fim de vida, recomenda-se agora que estes cuidados devem ser integrados o mais cedo possível e ao longo de toda a trajetória da doença em função das condições de saúde dos clientes paliativos, abrangendo todas as outras condições de saúde (fragilidade, dependência), multipatologias (Radbruck et al., 2020). Os CP devem ser desenvolvidos com todos os clientes que deles necessitem, independentemente do diagnóstico de doença, prognóstico, local geográfico em que habitem ou nível sócio económico. O modelo de cuidados atual, é um modelo síncronico, isto é, cuidados combinados em função de cuidados específicos de acordo com as necessidades de cuidados identificadas tendo a complexidade do cliente como critério. Procura-se um planeamento de cuidados avançado que promova a autonomia dos clientes, previna possíveis crises, cuidados integrados seguindo uma gestão por casos (Radbruck et al., 2020).

Um dos pilares fundamentais dos cuidados paliativos continua a ser o controlo abrangente dos sintomas, que ultrapassa a gestão da dor física, incluindo também intervenções direcionadas ao sofrimento emocional, psicológico e espiritual. Estudos recentes reforçam a importância desta abordagem holística para a manutenção da dignidade e conforto do cliente em todas as fases da doença, especialmente nas situações mais avançadas (Linge-Dahl et al., 2023). Além disso, há evidência robusta de que a introdução precoce dos cuidados paliativos está associada a melhorias significativas na qualidade de vida, bem como a uma redução na utilização de serviços hospitalares desnecessários,

através da promoção de uma resposta mais centrada na pessoa (Ferrell et al., 2023).

A comunicação é uma competência central nos cuidados paliativos contemporâneos, sendo essencial para a compreensão das necessidades, valores e expectativas dos doentes e seus familiares. Uma comunicação empática e estruturada contribui não apenas para o bem-estar emocional dos envolvidos, mas também para um planeamento de cuidados mais alinhado com as preferências individuais (Wittenberg et al., 2023). Essa competência comunicacional tem ainda um papel fundamental na construção de relações de confiança entre a equipa de saúde, o doente e a família, facilitando decisões partilhadas e a discussão de temas delicados como o prognóstico ou o fim de vida.

Também na disciplina de Enfermagem diversas teorias e modelos descrevem a importância da comunicação nos cuidados de proximidade como é o caso do modelo de relação pessoa a pessoa de Joyce Travelbee. Parola et al. (2020) enfatizam a importância desta teoria para os cuidados paliativos.

Em termos históricos, e em Portugal os CP iniciaram a sua relevância nos sistemas de saúde em meados do século XX. No panorama nacional, os primeiros avanços ocorreram com a criação de serviços específicos na década de 1990, para o tratamento da dor, no Hospital do Fundão e no IPO do Porto. Em 2012, a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, publicada em Diário da República (Lei nº 52/2012 de 5 de setembro), consagrou os direitos e acesso a cuidados paliativos dos cidadãos, definindo a responsabilidade do estado português nestes cuidados. Esta lei definiu um quadro concetual para os cuidados paliativos e clarificou a estrutura e organização da rede nacional de cuidados paliativos (RNCP), os princípios dos cuidados paliativos, direitos dos clientes e competências a nível local e regional das três unidades de cuidados paliativos específicas. Mais tarde, os Decreto-Lei 173/2014 de 19 de novembro e o Decreto-Lei nº136/2015 de 28 de julho, procederam à articulação e coordenação da RNCP com a rede de cuidados de saúde primários, com a rede de cuidados continuados integrados e com a rede hospitalar, no Sistema de

Saúde Nacional. A Lei 52/2012 regulamentou a organização da RNCP em três tipos de unidades especializadas: as unidades de internamento em cuidados paliativos, as equipas intra-hospitalares de cuidados paliativos e as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos enquanto respostas especializadas em CP.

A integração dos CP no Sistema de Saúde é um objetivo global para a equidade e acessibilidade dos cidadãos a esses cuidados. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018) defendeu que esses cuidados deveriam ser considerados uma prioridade, garantindo-se acesso universal a todos os clientes que deles necessitem. O relatório da Lancet Commission (2018) destacou que milhões de pessoas ainda sofrem sem acesso a cuidados paliativos, especialmente em países de baixo e médio rendimento (Knaul et al., 2018).

Os CP incorporam uma componente ética fundamental, centrada no respeito pelas decisões do cliente e na promoção da sua autonomia. Esta abordagem valoriza a autodeterminação, assegurando que os cuidados são orientados pelas preferências, desejos, valores e prioridades da própria pessoa. Além disso, a evidência científica reforça a importância de envolver a família e os cuidadores diretos no processo de tomada de decisão, garantindo que o planeamento de cuidados reflete não apenas as necessidades clínicas, mas também os desejos e crenças de quem vive a experiência da doença e se encontra a morrer (Clayton et al., 2022). Esta prática ética fortalece a personalização do cuidado e promove uma atuação mais humana e centrada na pessoa.

2.1. Últimos dias e horas de vida

A inevitabilidade da morte nos seres humanos encoraja os serviços de saúde a melhorar a qualidade dos cuidados em fim de vida. Há muitos clientes a morrer nas instituições e no seu domicílio acompanhados pelos serviços de saúde. O conceito de fim de vida não está bem definido, e não é consensual quer na academia, quer na clínica podendo variar em termos de tempo, entre um período de seis a doze meses de vida (Abbaspour & Heydari, 2022). As propriedades deste conceito incluem a redução da dor e do sofrimento do ponto de vista físico,

psicológico, cuidados de proximidade e boa comunicação entre o cliente, a família, com respeito à autonomia e independência deste. Um dos grandes objetivos dos CP neste percurso será conseguir uma morte serena, tranquila, respeitadora na medida do possível da cultura da pessoa e família.

Associado ao conceito de fim de vida encontramos o conceito de “últimos dias ou horas de vida”. Nos últimos anos os estudos procuraram “conhecer” esta área dos CP, sendo inúmeros os estudos produzidos. Em Portugal é usual designar-se esta fase por “agonia”. Sabe-se que diferentes investigadores em diferentes locais do mundo caracterizam esta situação atribuindo-lhe um período de tempo. No artigo de Ellershaw (2001), a autora referir-se-ia a um período de 48 horas finais de vida, Neudert et al.(2001) às 24h finais, Hall et al., (2002) às 48h finais de vida. A distinção entre as diferentes fases da doença permite inferir que diferentes doenças apresentam diferentes períodos de declínio. Contudo não é apenas a doença que irá marcar o “tempo de declínio”. Outros fatores, nomeadamente os pessoais, poderão interferir. A compreensão das trajetórias de doença, da sua complexidade, pode ajudar-nos a definir um planeamento de cuidados, mais específico, ajustado às necessidades de cada cliente, permitindo igualmente, uma melhor alocação dos recursos. Neste sentido, conhecer as cinco trajetórias de doença (Ballentine, 2018), as fases da doença e os níveis de complexidade dos clientes em cuidados paliativos, permite-nos estar à frente para planear e cuidar com especificidade, previsão e qualidade . O nível de complexidade do caso, deve determinar cuidados especializados de proximidade nesse tempo de vida. A organização dos cuidados em UDHV, levou o Reino Unido a produzir uma guideline, a *Liverpool Care Pathway for the Care of the Dying Adult* em 2014, adotada pelo NHS e pelos Hospices no Reino Unido. O grupo mentor, refere que cuidar de um cliente em UDHV tornou-se praticamente uma competência a desenvolver pelos profissionais de saúde, sobretudo pelos que cuidam de pessoas em situação paliativa.

Nas suas recomendações a guideline (NG31) do NHS refere: importância de identificar quando o cliente está em últimos dias de vida; quais são as suas necessidades fisiológicas, psicológicas, sociais e espirituais: que sinais ou sintomas apresenta no momento atual: consultar a sua história clínica e

diagnósticos de doença; conhecer os objetivos da pessoa e os seus desejos, bem como as expectativas que tem sobre os cuidados que irá receber.

A maior parte dos clientes paliativos contatam os serviços de saúde já numa fase terminal e porque apresentam sintomas difíceis de gerir no domicílio. Três principais razões que levaram à criação da guideline (NG 31):

1. Ter dados clínicos documentados de que as pessoas a morrer nem sempre foram apoiadas por profissionais experientes nesta área, sendo que a monitorização do seu quadro clínico ou a avaliação do seu potencial não demonstrou ser suficiente;
2. Sedação dos clientes como resultado do uso de medicamentos de controlo de sintomas prescritos de uma forma inadequada e imprudente;
3. Perceção de que a hidratação e alguns medicamentos essenciais são retirados ou suspensos, com efeitos negativos e aumento do sofrimento para a pessoa em UDHV.

Em Portugal percebe-se a escassa sensibilidade para este grupo de clientes, muitas vezes confundidos entre um diagnóstico de fim de vida e o de UDHV.

Os últimos dias ou horas de vida, num contexto de uma doença irreversível e prolongada, é caracterizado por um conjunto de mudanças clínicas, fisiológicas, ou mesmo o aparecimento de novos sintomas ou agravamento dos previamente existentes (Braga et al., 2017). O autor coordenando um guia prático de abordagem sobre agonia, refere que esse período pode ocorrer de 1 a 14 dias. Neto (2016), sobre cuidados na agonia, diz que se trata de uma situação paliativa terminal com necessidade de cuidados específicos e adequados às necessidades, e com objetivos de conforto e bem-estar. A incapacidade de diagnosticar esta fase pode trazer consequências para o cliente, para a família e para os profissionais de saúde com a morte surpresa deste.

Diversos estudos, nomeadamente o estudo de White e colaboradores (2019), uma revisão de literatura com meta análise, documentam a condição clínica dos clientes em UDHV nas últimas 2 semanas de vida ou que não sobrevivem para além das setenta e duas horas de vida. Num estudo observacional que recrutou

50 clientes, verificou-se que 56% manifestaram um declínio do seu estado geral, 60% diminuíram a ingestão oral de alimentos nas últimas 72h de vida. Na fase de UDHV o agravamento do estado geral verificou-se diária e continuamente prevalecendo sinais e sintomas prognósticos que preditaram a proximidade da morte. A redução das capacidades físicas foram determinadas pela Palliative Performance Scale (PPS). De forma geral os investigadores encontraram sintomas associados à diminuição do volume de urina, aumento da ansiedade, incontinência, ruídos e secreções respiratórias, respiração de Cheyne-Stokes e cianose das extremidades (Stuart, 2021). Os UDHV não são a simples continuação do que lhes antecede, podendo conduzir a novas causas de sofrimento tanto para o doente como para a família, sendo um desafio complexo para os profissionais de saúde. Nesta medida, o cuidado nesta fase assume-se como uma competência específica pois reconhece a possibilidade de facilitar o processo de morrer e uma melhor morte, com maior dignidade e menor sofrimento, com o planeamento de cuidados mais adequados à condição do cliente.

É provável a necessidade de reajuste dos planos de cuidados implementados, em resposta a novas causas de sofrimento. Um acompanhamento inadequado dos doentes em UDHV é sempre recordado pela família, por meses ou anos, podendo ser a causa de dificuldades na elaboração do luto, ainda que todas as intervenções anteriores a esta fase possam ter sido eficazes (Reverte & Llorente, 2014). Isto implica que sejam evitadas quaisquer medidas de encarniçamento terapêutico. Prevaecem as designadas constantes de conforto como o controlo sintomático, qualidade do sono e repouso, bem-estar psicológico, assim como o acompanhamento à família. Só intensificando o cuidado se torna possível a maximização da qualidade de vida do doente e família, possibilitando-se uma morte digna e prevenindo lutos complicados, refletindo os princípios éticos a ter em conta nos cuidados prestados (Neto, 2016). Trata-se de um período de expressão de sentimentos, de despedidas, de conclusões, de encerramento de ciclos, necessitando de um ambiente seguro, é uma fase de grande impacto emocional no doente, na família e na equipa terapêutica, revelando grande importância para todos (Neto, 2016). Para que seja possível providenciar um

acompanhamento adequado ao doente e família nos UDHV é fundamental o reconhecimento de que a morte está próxima. O diagnóstico de agonia é clínico e de grande complexidade, sobretudo quando o doente é acompanhado num hospital de agudos onde as intervenções estão mais direcionadas para a cura, os tratamentos podem manter-se com objetivos de cura e não paliativos.

2.1.1. Revisão de literatura sobre a temática últimos Dias e Horas de Vida

Os cuidados em fim de vida são uma realidade presente no quotidiano dos serviços hospitalares, no serviço domiciliário e de muitos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros. Exigem uma preparação específica para a sua abordagem (Cerqueira, 2015, p. 213). Com o avanço da medicina e o aumento da esperança de vida, a migração/emigração, a globalização, esse processo tem-se diversificado, resultando em novas formas de vivenciar a morte (Huffman & Harmer, 2022). Cada vez mais se estuda a experiência da pessoa que se encontra em UDHV, uma fase antes associada principalmente ao sofrimento. No entanto, nos dias de hoje, observa-se uma mudança de paradigma, na qual a humanização e a valorização do indivíduo como ser único ganham destaque, visando um processo de morte mais digno (Cerqueira, 2015, p. 15).

O cuidado a esses clientes, exige o “diagnóstico da morte eminente”, um processo frequentemente complexo. Em ambientes hospitalares, onde muitas vezes há um foco na "cura", a continuidade de procedimentos invasivos, exames e tratamentos pode prejudicar o conforto do cliente e atentar à sua dignidade (Ellershaw & Ward, 2003).

É fundamental que todos os profissionais de saúde desenvolvam competências específicas sobre os cuidados em UDHV (Chapman & Ellershaw, 2020). A escolha desse tema decorre, primeiramente, do interesse pessoal em aprofundar o conhecimento e desenvolver competências para lidar com uma fase tão delicada da vida. Trata-se de uma fase exigente, voltada para a minimização do sofrimento do cliente e da família, e que pode gerar impactos psicológicos nos familiares após a morte. Por isso, qualquer intervenção nesse momento é crucial para determinar o impacto da morte na vida da família e dos profissionais de

saúde. No sentido de encontrarmos atributos para este conceito e orientações para os cuidados, iniciamos esta revisão de literatura.

Desenharam-se dois objetivos:

O1 - Identificar as características do conceito de últimos dias e horas de vida em situação paliativa

O2 – Identificar as intervenções para o cuidado ao cliente paliativo em situação de últimos dias e horas de vida

Metodologia

Realizou-se uma revisão de literatura seguindo as orientações metodológicas do Joanna Briggs Institute (JBI) (Peters et al., 2020; Tricco et al., 2018), para scoping reviews. Estabelecida a estratégia mnemônica PCC, Participantes, Conceito e Contexto, foram definidos critérios de inclusão e de exclusão relacionados à população alvo, ao conceito e ao contexto, conforme detalhado no Quadro 1

Quadro 1 – Estratégia PCC

População	Conceito	Contexto
Profissionais de saúde	Últimos dias e horas de vida	Cuidados Paliativos Hospice

Para a seleção dos estudos foram pré-definidos critérios de inclusão e critérios de exclusão dos estudos, conforme Quadro 2.

Quadro 2 – Critérios de elegibilidade

Critérios de Inclusão	Critérios de exclusão
- Estudos que integrassem como População, profissionais de saúde	- Contextos diferentes de CP ou de Hospice - Conceito diferente de terminal, UDHV ou doente terminal

- Estudos que integrassem clientes em UDHV/Agonia/terminal - Intervenções em UDHV - Cuidados Paliativos (em contexto de hospital ou comunidade) - Estudos que integrassem cuidados em Hospice	- Objetivos contrários ao da revisão de literatura - População diferente da definida - Cuidados a doentes pediátricos - Cuidados a grávidas
--	--

Com esta revisão, procuramos responder às seguintes questões de revisão:

P1.: Quais as características do conceito de UDHV em contexto de cuidados paliativos?

P2: Que intervenções são citadas nos estudos para o cuidado ao cliente paliativo, em UDHV?

A revisão da literatura foi realizada no dia 4 de novembro de 2024, com a pesquisa realizada no agregador de conteúdos EBSCO-HOST (base MEDLINE *complete*), e na base de dados SCOPUS. Os descritores de pesquisa foram “*terminal care*”, “*hospice*,” “*palliative care*” e a palavra-chave “*Last days and hours of life.*”

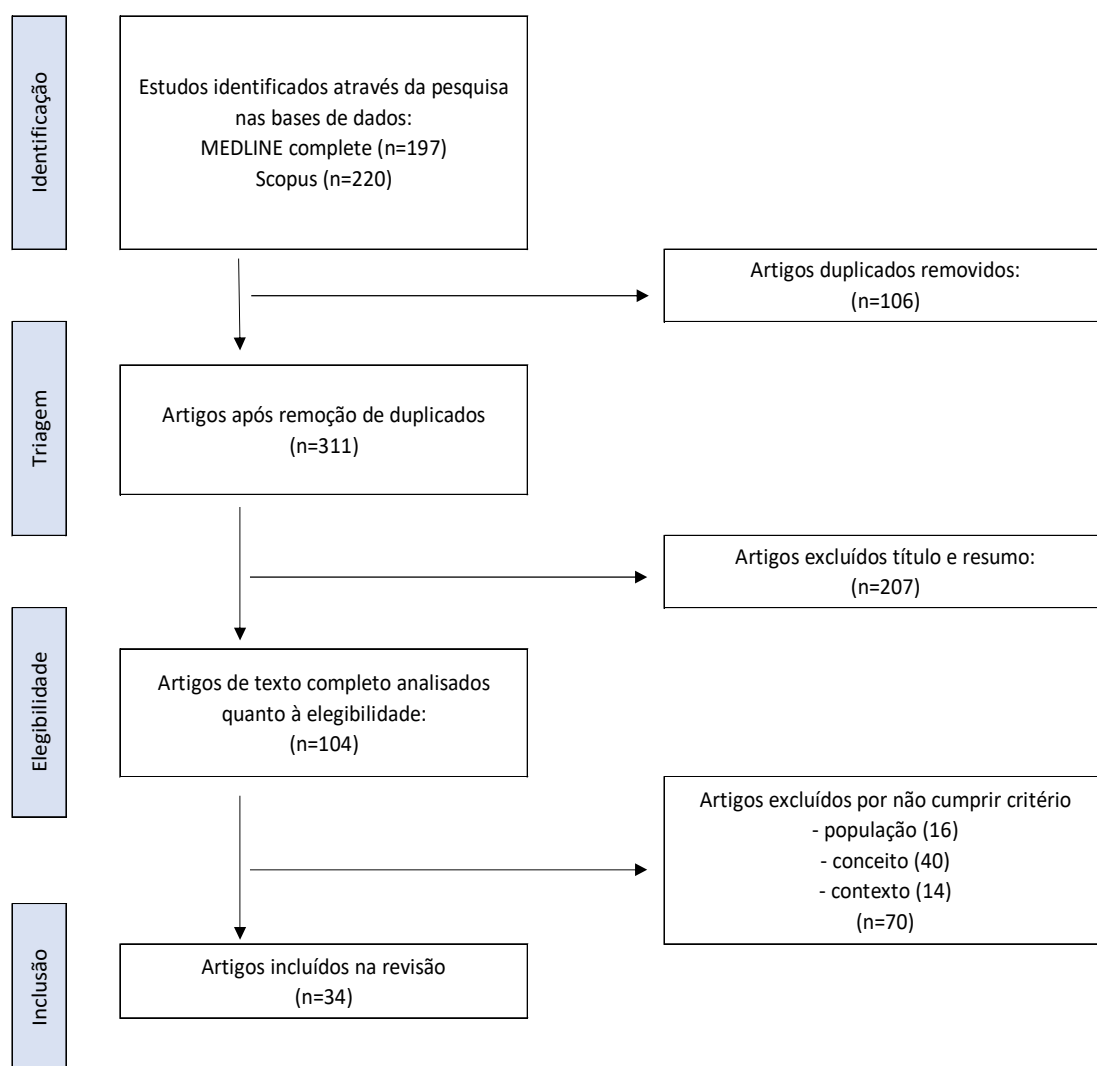
A pesquisa nas bases de dados e a triagem dos estudos foi realizada por 3 colaboradoras (ML, AA e SR). Na fase inicial, foi realizada uma pesquisa exploratória sem limites. Os idiomas selecionados na fase de identificação de estudos foram português, inglês e espanhol. Na identificação e colheita dos documentos para triagem e inclusão, foram aplicados os critérios de elegibilidade previamente estabelecidos.

Apresentação de Resultados

A pesquisa resultou na identificação de 417 documentos potencialmente relevantes para os objetivos da revisão de literatura: 197 documentos das bases de dados (agregador de conteúdos da EBSCO, base de dados MEDLINE *complete*) e 220 estudos da base de dados SCOPUS. Após a remoção de documentos duplicados e a triagem por meio da leitura de títulos e resumos,

restaram 104 documentos que atendiam aos critérios de elegibilidade mencionados. Esses 104 artigos foram analisados conforme protocolo por dois colaboradores independentes, no final foram incluídos 34 documentos para análise de texto integral. O processo de seleção dos artigos PRISMA pode ser consultado na figura 1.

Figura 1 – Fluxograma PRISMA de acordo com JBI (Peters et al.,2020; Tricco et al., 2018). Estudo Últimos Dias Horas de Vida



Após triagem dos documentos e aplicação dos critérios de elegibilidade, incluíram-se trinta e quatro artigos para leitura integral e análise, construindo-se tabela síntese para inclusão de dados, identificando-se autor, ano de publicação,

país onde o estudo foi realizado, objetivo de estudo, população e resultados (quadro 3).

Quadro 3 – Quadro de Síntese de Resultados.

Autor(es), Ano e País	Tipo de Estudo	População	Objetivo do Estudo	Resultados Principais
Título: Validation of World Health Organization guidelines for cancer pain relief during the last days and hours of life				
Grond et al. (1991) Alemanha	Estudo de caso	401 clientes em situação de UDHV	Analisar a eficácia da World Health Organization's (guidelines) para o alívio da dor em clientes institucionalizados, com cancro nas ultimas 24h de vida	Guideline com orientações para o controlo da dor em clientes com diferentes tipos de cancro. Terapia para a dor baseada em "WHO guidelines". Nas ultimas 24h de vida, 3% apresentaram dor intensa ou muito intensa, 52% sem dor, 24% apresentaram dor leve ou moderada e 20% não conseguiram avaliar a intensidade da dor. A terapêutica analgésica foi a base da terapia para a dor. 47% dos fármacos foram administrados por via oral e em 47% por via parenteral. 9% não necessitaram de analgesia. Os opioides foram administrados em 5% dos casos; Opioides e opioides fracos em cerca de 16%; em cerca de 70% usaram-se opioides fortes apenas ou então combinados com opioides não analgésicos. Outros tratamentos como a radioterapia, bloqueio nervosos, neurocirurgia foram utilizados para minimizar a dor nestas ultimas 24h de vida, num número reduzido de clientes. Este estudo mostra a possibilidade de tratar satisfatoriamente a dor até ao momento de morte, melhorando o conforto e bem estar.
Título: The last few days				
Erick, R. E. (MD) (1992) Estados Unidos	Estudo piloto	200 clientes nas ultimas 48h de vida	Identificar sintomas nas ultimas 48h de vida	Conceito limitado a 48h de vida. 91,5% morreram de forma tranquila; 8,5% tiveram hemorragia ou hemoptise, <i>distress</i>

Autor(es), Ano e País	Tipo de Estudo	População	Objetivo do Estudo	Resultados Principais
		situação terminal – Omanga Hospice		respiratório, agitação, enfarte do miocárdio e regurgitação; 51% destes clientes sofrem dor nestas 48h.
Título: A prospective study on the dying process in terminally ill cancer patients				
Morita T. et al (MD) (1998) Japão	Estudo prospetivo	100 clientes oncológicos em estádio terminal Seiri Hospice Japão	Determinar alterações clínicas nos clientes terminais	Conceito limitado entre uma hora e 23h de vida Sintomas: cianose das extremidades, respiração com movimentos mandibulares; pulso filiforme (artéria radial); alteração dos sinais físicos
Título: Care of the dying: setting standards for symptom control in the last 48 hours of life				
Ellershaw et al (2001) Reino Unido	Estudo observacional	168 clientes em Hospice	Determinar alterações clínicas nos clientes terminais nas ultimas 48h de vid aidentificando interesse para o uso de um standard de cuidados (ICP) para controlo sintomático, na ultima fase da vida do doente	A integração do ICP promoveu uma metodologia para registar e para medir os objetivos dos cuidados. A metodologia é de base de decisão multiprofissional promovendo um registo de cuidados da equipa. Sintomas monitorizados cada 4 horas de vida pela equipa de enfermagem. 80% com controlo sintomático, 10% com 2 e 10% com 3 sintomas registados. Há medida que a morte se aproxima a sintomatologia mostrou-se mais controlada
Título: The course of the terminal phase in patients with amyotrophic lateral sclerosis				
Neudert, C. et al. (2001) Alemanha	Estudo retrospectivo, comparativo	121 entrevistas de familiares de clientes que morreram com ELA seguidos pelo Motor Neuron Outpatient Clinic (Germany)	Comparar as informações dos familiares sobre cuidados a estes clientes com os registos médicos, nas últimas 24h de vida.	Os dados mostraram que a maioria dos clientes teve uma morte tranquila; os sintomas mais frequentes nas ultimas 24 horas foram a dispneia, a tosse, a ansiedade e a agitação; 52 e 55% dos clientes morreram em casa; os tratamentos envolveram a utilização da ventilação mecânica (21%), gastrostomia endoscópica percutânea em 27% dos casos, administração de morfina (27 a 82%), e benzodiazepinas

Autor(es), Ano e País	Tipo de Estudo	População	Objetivo do Estudo	Resultados Principais
		and 50 registos de clientes com Ela do Wisdow Hospice em Rocheste, UK.		(32 a 64%). O estudo realça a importância da comunicação com os clientes e familiares no sentido de minimizar e ajudar a gerir os medos.
Título : Care of the Dying: Is Pain Control Compromised or Enhanced by Continuation of the Fentanyl Transdermal Patch in the Dying Phase?				
Ellershaw et al. (2002) Reino Unido	Estudo retrospectivo	2 grupos com o total de 94 doentes	Analisar o controlo da dor nas ultimas 48h de vida com recurso a fentanil transdérmico num grupo (47 clientes) e morfina oral (47 clientes) (convertida em diamorfina infusão subcutânea) em outro grupo.	Resultados demonstram que a dor é melhor controlada nas ultimas 48h de vida com adesivo transdérmico de fentanilo. A administração de diamorfina concomitante para dor irruptiva. Se o adesivo transdérmico de fentanil for removido e for iniciado um opioide forte alternativo, há a possibilidade de pior controle da dor. Os resultados recomendam a continuação de fentanil transdérmico nas ult 48h de vida mesmo que haja necessidade de associar dimorfina analgésica
Título: The Last 48 Hours of Life in Long-Term Care: A Focused Chart Audit				
Hall et al. (2002) Canada	Estudo retrospectivo (auditoria a registos clinicos)	185 residentes nas ultimas 48h de vida	Desenvolver uma estratégia educativa para acesso dos profissionais de LCT aos cuidados em fim de vida.	Os resultados da auditoria sobre (dor, dispneia, respiração ruidosa, delírio, disfagia, febre e mioclonia) demonstraram que esta população teve uma elevada carga de sintomas nas suas últimas 48h de vida. Apenas 14% dos clientes tinham cancro. 94% dos clientes apresentaram alterações cognitivas; os sintomas respiratórios foram os mais prevalentes, destacando-se a dispneia e o estertor; em cerca de 23% dos casos a dispneia não foi tratada e os opioides foram usados em 27% dos casos com dispneia; a dor foi tratada em cerca de 99% dos casos; 38 % de clientes com delírium não foram tratados. Sugerida educação

Autor(es), Ano e País	Tipo de Estudo	População	Objetivo do Estudo	Resultados Principais
				adequada em cuidados paliativos para estes profissionais, que melhore conhecimento e prática sobre controlo sintomático e qualidade de vida dos clientes em LCT.
Título: Care of the dying patient: the last hours or days of life				
Ellershaw J. & Ward C. (2003) Reino Unido	Revisão de literatura	253 estudos, artigos de revisão, livros, jornais especializados	Identificar áreas de intervenção e cuidados a clientes paliativos em UDHV com diagnóstico de insuficiência cardíaca	Diagnosticar a condição de UDHV Determinar objetivos dos cuidados nesta fase: cuidados de conforto; suporte psicológico, religioso e espiritual; comunicação com a família e relativos; comunicação com as equipas de cuidados de saúde primários; controlo da dor. Educação e empoderamento especializado de todos os profissionais que trabalham com estes clientes. Educação deste tema na licenciatura e pós-graduação.
Título: Competency in End-of-Life Care: Last Hours of Life				
Ferris et al. (2003) Estados Unidos	Revisão de literatura		Predizer com base na literatura as áreas relevantes para o Curriculum médico no sentido do desenvolvimento da competência médica para o cuidado a pessoas em fim de vida	A competência para o cuidado em fim de vida é essencial. Os aspetos a atender para o curriculum médico implicam entender que a morte numa instituição requer privacidade, a manutenção da cultura da pessoa e comunicação que pode ser muito específica para a situação de cada um dos clientes. Informar a família e outros profissionais sobre o que fazer e sobre o que esperar. Fazer o suporte do luto da família.
Título: The last forty-eight hours of life in a Portuguese palliative care unit: does it differ from elsewhere?				
Ferraz et al. (2003)	Estudo prospetivo (auditoria de	300 clientes com cancro admitidos	Auditar a experiência do serviço de cuidados paliativos nas ultimas 48h de vida dos clientes e comparar resultados	29 dos 300 clientes (9,6%) tiveram de realizar sedação relacionado com <i>delirium</i> e dispneia. Também a dor intratável foi um motivo para a sedação. A morfina foi

Autor(es), Ano e País	Tipo de Estudo	População	Objetivo do Estudo	Resultados Principais
Portugal	documentação clínica)	numa UCP nas ultimas 48h de vida	com outros programas de cuidados nas ultimas horas de vida	prescrita em cerca dos 85% dos clientes. A via subcutânea foi a mais usada. Apenas 12% dos clientes recebeu fluidos por via parentérica (hipodermóclise). A morte foi considerada tranquila em cerca de 86% dos casos. Os resultados mostraram-se consistentes com outras unidades de cuidados paliativos similares.
Título: Palliative care units in the netherlands: Changes in patients' functional status and symptoms				
Echteld et al. (2004) Países Baixos	Auditoria prospetiva	355 clientes admitidos em 10 UCP	Avaliar sintomatologia nas ultimas 24/48h de vida, de uma semana a duas semanas antes da morte	Alteração do estado funcional desde a admissão do cliente no serviço até uma semana antes da morte relativamente a andar ou usar sanitário; sintomatologia do tipo dor, náusea, falta de ar, depressão e ansiedade; os cuidados estabilizaram a sintomatologia.
Título: Last hours of living				
Ferris, F. (2004) Estados Unidos	Artigo de opinião	Clientes em Hospice	Alertar para a necessidade de qualificação dos médicos sobre a competência para cuidar em últimas horas de vida	As últimas horas de vida são momentos importantes na vida de qualquer cliente e das suas famílias. Verifica-se uma necessidade de gestão destes cuidados por clínicos qualificados dado que o morrer (processo) e a morte (momento) podem ser uma experiência confortável e até gratificante para todos os envolvidos. Após a morte atender cuidadosamente ao luto dos sobreviventes (observar sinais) e ajudá-los a lidar com a sua perda e reconstruir as suas vidas.
Título: Improving processes of hospital care during the last hours of life				

Autor(es), Ano e País	Tipo de Estudo	População	Objetivo do Estudo	Resultados Principais
Bailey et al. (2005) Estados Unidos	Ensaio antes e pós teste	Médicos, enfermeiros e auxiliares num serviço de internamento de cuidados agudos	Avaliar a eficácia de uma intervenção de cuidados paliativos multi disciplinar com base nas melhores práticas de cuidados paliativos.	A intervenção incluiu educação e suporte da equipa para identificar clientes em fase de morte ativa, implementar cuidados de conforto para os últimos dias e horas de vida. Os registos computadorizados foram usados para determinar o impacto da intervenção no processo de cuidados: número médio de sintomas documentados e o numero de planos de cuidados aumentou, assim como a disponibilidade de medicamentos para a dor bem como as prescrições para "não ressuscitar". A proporção de mortes que ocorreram nessas unidades, o numero de SNG introduzidas e de contenções do cliente diminuíram, indicando a melhoria da qualidade dos cuidados após a introdução do cuidado paliativo.
Título: The last hours and days of life: a biopsychosocial--spiritual model of care				
Khoo Siew, B. (2005) Malásia	Estudo de caso	Clientes na comunidade em fase de UDHV	Definir sofrimento humano, reconhecer a fase terminal e aplicar modelo psico social e espiritual de cuidados	Os clientes que estão em situação de doença terminal, cujas expectativas de vida são já reduzidas, têm necessidades de cuidados que exigem especialização e cuidados multidisciplinares específicos e especializados. O estudo aponta para a aplicação do modelo psicossocial espiritual de cuidados na abordagem em fim de vida na comunidade. Estes cuidados constituem um desafio que só pode ser enfrentado com competência, compromisso e compaixão humana
Título: The last two days of life of nursing home patients - A nationwide study on causes of death and burdensome symptoms in the Netherlands				
Brandt et al. (2006)	Estudo prospetivo	463 clientes em últimos dias de vida	Identificar as causas diretas de morte e avaliar a presença de sintomas nos	Clientes com expectativa de vida máxima de seis semanas em 16 Lares da Holanda. Causas diretas de morte foram

Autor(es), Ano e País	Tipo de Estudo	População	Objetivo do Estudo	Resultados Principais
Países Baixos			últimos dois dias de vida em Lares na Holanda	avaliadas em todos os clientes com a Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) e com o Resident Assessment Instrument Minimum Data-Set Palliative Care (RAI MDS-PC, draft 1.8). Pouca investigação tem sido desenvolvida sobre a experiência de morrer nos serviços de saúde. Nas últimas 48h de vida os sintomas registados foram a dor, a náusea, a depressão, ansiedade, bem estar e falta de ar. 25% destes clientes tiveram alterações da consciência neste período e 44% no período de 24 a 0h. 51% de todos os clientes conscientes sofreram pelo menos um sintoma antes de morrer, diminuindo para 28% a gestão destes sintomas até à morte, comprovando o interesse deste suporte paliativo.
Título: Materials used by hospices to prepare families for death				
Kehl et al. (2007) Estados Unidos	Estudo survey	400 hospices nos Estados Unidos foi pesquisada, com 170 respondentes	1) Determinar os materiais escritos usados pelos hospices para preparar as famílias para as últimas horas de vida em casa, (2) Descrever o conteúdo de tais materiais e (3) Comparar o conteúdo desses materiais escritos com critérios baseados em evidências empíricas das necessidades das famílias, mudanças que provavelmente ocorrerão enquanto a pessoa está	216 documentos foram entregues à família pela enfermeira ou pelo assistente social (169 documentos). Vinte e nove sintomas em cada um dos seis domínios da teoria de Johnson foram examinados. Os sinais e sintomas mais frequentemente abordados incluem: ingestão de líquidos (93,5%), ingestão de alimentos (93,5%), alterações no padrão respiratório (92,9%), extremidades frias (92,4%), manchas na pele (92,4%), alterações no sono (91,8%), hora da morte (91,8%), secreções respiratórias audíveis (91,2%), alterações no volume de urina (91,2%), desorientação

Autor(es), Ano e País	Tipo de Estudo	População	Objetivo do Estudo	Resultados Principais
			morrendo e a teoria de autorregulação de Johnson.	(90,6%), incontinência urinária e para fezes (90,6%), declínio geral, incluindo fadiga (90,0%) e agitação (90,0%).
Título: The impact of palliative care on cancer deaths in Hong Kong: A retrospective study of 494 cancer deaths				
Tse et al. (2007) Hong Kong	Estudo retrospectivo	494 clientes com cancer nas ultimas duas semanas de vida	Estudar o impacto dos Cuidados Paliativos nas mortes por cancro em Hong Kong, nos últimos seis meses e nas ultimas duas semanas de vida	Três grupos de clientes, o 1º (n = 247) receberam Cuidados Paliativos e morreram em UCP; o 2º grupo (n= 86) receberam CP nos últimos seis meses da sua vida mas morreram em diferentes serviços sem especificação de CP, o 3º grupo (n=161) que nunca receberam CP. Os resultados demonstraram que os cuidados paliativos tomaram um papel importantíssimo na fase final de vida dos clientes. A maior cobertura de CP, menos mortes nos serviços de agudos em menos de 3 dias. Documentado – local de morte, sintomas, prescrição de analgésicos e sedativos, intervenções iniciadas (infusão intravenosa e subcutânea, linha venosa central, transfusão, cateter urinário, SNG, nutrição parenteral, transfusão, antibioterapia, Tac, endoscopia alta, cirurgia direcionada ao tumor, radioterapia e quimioterapia, dependência para as AVD nas duas semanas anteriores à morte, nível de consciência 72 horas antes da morte, documentação para “não reanimar”.
Título: Creating comfort: Nurses' perspectives on pressure care management in the last 48 hours of life				
Searle & McInerney (2008) Austrália	Estudo exploratório, qualitativo interpretativo	12 enfermeiras especialistas	Reportar resultados sobre a gestão de úlceras de pressão nos clientes em ultimas 48h de vida, na perspetiva de enfermeiros registados, em	Os resultados foram avançados numa perspetiva ético moral dos cuidados com base nos seus conhecimentos para fornecer aos clientes conforto e uma morte tranquila.

Autor(es), Ano e País	Tipo de Estudo	População	Objetivo do Estudo	Resultados Principais
			internamento de agudos (cuidados paliativos, hematologia, oncologia médica)	Concluem que as suas decisões podem ser afetadas pelas crenças dos colegas, cultura da organização e respeito aos desejos dos clientes e familiares. Do exposto percebe-se a necessidade de obter um consenso entre os profissionais, para a decisão mais adequada para o cliente, englobando cliente, família e equipa.
Título: Nursing care to patients in the last hours of life in an acute care hospital				
Sapeta & Lopes (2010) Portugal	Grounded theory	Enfermeiras	Descrever o processo de Cuidados de Enfermagem desenvolvidos com clientes nas ultimas horas de vida internados em serviços de agudos num Hospital	Observa-se a presença marcada do paradigma curativo dos cuidados observados. Contudo podemos concluir que existem dois padrões de atividade profissional (uma filosofia de cuidado paliativa), sobretudo na equipa profissional de enfermagem, influenciado pelo desenvolvimento pessoal e profissional, especialmente pelos enfermeiros que detêm formação avançada em cuidados paliativos.
Título: How do cancer patients receiving palliative care at home die? A descriptive study				
Mercadante et al. (2011) Itália	Estudo descritivo	181 cuidadores	O objetivo deste estudo é entender a documentação e características de acesso realizado durante o tempo de vida até à morte e no momento de morte.	A maior parte das mortes era esperada. A maior parte das equipas paliativas visitou o cliente no dia da morte, mas estiveram ocasionalmente presentes no momento da morte (apenas em 3 doentes). Dois terços dos doentes tiveram aparentemente uma morte serena, 35,7% receberam sedação paliativa. Nas ultimas duas horas de vida os sintomas mais frequentes foram o estertor, dispneia e agitação. Foram administrados em 10 casos medicação de emergência para ressuscitação. Este estudo demonstra como os CP podem ser importantes na morte em casa,

Autor(es), Ano e País	Tipo de Estudo	População	Objetivo do Estudo	Resultados Principais
				sobretudo quando a família e pessoas de referencia estão envolvidas.
Título: As death approaches: A retrospective survey of the care of adults dying in Alice Springs Hospital				
Nadimi & Currow (2011) Austrália	Estudo exploratório retrospectivo (cohort case note survey) Auditoria aos registos	128 casos de adultos falecidos num hospital	Identificar se as questões específicas de fim de vida foram documentadas em registos clínicos de um hospital regional que atende áreas remotas da Austrália	O diagnóstico de morte eminente foi realizado em 84% dos casos; 88% tinham indicação para não ressuscitar; 48% foram admitidos numa UCI, 66% referenciados para assistente social, 68% referenciados para os CP; 85% documentados para "cuidados de conforto". O estudo demonstra a necessidade de diagnosticar condição de ultimas horas; perceber a necessidade ou não de referenciação para os cuidados paliativos, desenvolver os cuidados de conforto em fim de vida. Em 33% dos casos o diagnóstico de morte eminente foi realizado nas ultimas 48h de vida. Os clínicos conseguiram através de escalas identificação de necessidades, identificar as necessidades mais complexas.
Título: Why is the Liverpool care pathway used for some dying cancer patients and not others? Healthcare professionals perspectives				
Freemantle & Seymour (2012) Inglaterra	Estudo qualitativo prospetivo	11 profissionais, médicos e enfermeiros (sobre cuidados a 6 clientes em UDHV)	Averiguar experiências dos profissionais sobre a utilização das recomendações do LCP durante o período de vida dos clientes que cuidaram	A utilização do LCP é orientadora aos cuidados, porém é essencial atender às necessidades dos clientes independentemente de qualquer horário
Título: International palliative care experts' view on phenomena indicating the last hours and days of life				
Domeisen et al. (2013)	Estudo Delphi (3 ciclos de debate)	252 participantes (profissionais de	Identificar fenómenos relevantes nos últimos 7 dias de vida dos clientes	Utilizados 252 questionários e identificados alguns fenómenos: alteração do ritmo respiratório, comunicação,

Autor(es), Ano e País	Tipo de Estudo	População	Objetivo do Estudo	Resultados Principais
Suiça		saúde, voluntários, publico)	Predizer UDHV	cognição e consciência, estado emocional, rápida degradação do estado geral, ingestão de nutrientes e líquidos, mobilidade, estado da pele (cianose e descoloração, aranhas vasculares), estado comatoso, aumento de secreções, disfagia para sólidos e líquidos, sonolência, agitação, redução de urina, cansaço, incapacidade para se levantar ou andar. Todos estes fenómenos foram importantes no diagnóstico de UDHV. Sistema de prognóstico preditivos – Palliative Prognostic Score (Pap Score) e Palliative Prognostic
Título: Clinical signs of impending death in cancer patients				
Hui et al. (2014) Estados Unidos	Estudo prospetivo observacional/longitudinal	52 clientes da MDACC 151 do BCH N=203 doentes com cancro	Auditoria aos registos médicos e de enfermagem, com um primeiro objetivo de determinar a frequência de 10 sinais associados a morte eminente em clientes internados em UCP, com cancro e em fase avançada.	Diagnóstico da performance dos 10 sinais clínicos: diminuição ou ausência do pulso na artéria radial (15,6%); cianose periférica diminuição do Vol urina (15,2%); respiração de Cneyne-Stockes (12,4%); respiração acompanhada por movimentos mandibulares (10%); estertor (9%) PPS igual ou superior a 20; disfagia para líquidos; diminuição do nível de consciência, períodos de apneia
Título: Alternative forms of hydration in patients with cancer in the last days of life: Study protocol for a randomised controlled trial				
Davies et al. (2015) Reino Unido	Protocolo para ensaio clínico randomizado	200 clientes com cancro	Hidratação assistida na ultima semana de vida de clientes com cancro	4 Hospitais e 8 Hospices Hidratação em UDHV questão controversa na medicina e na população em geral.

Autor(es), Ano e País	Tipo de Estudo	População	Objetivo do Estudo	Resultados Principais
				Há clientes com indicação para administrar como nos que apresentam toxicidade opioide e sem indicação por exemplo nos clientes com insuficiência cardíaca
Título: Level of Discomfort Decreases After the Administration of Continuous Palliative Sedation: A Prospective Multicenter Study in Hospices and Palliative Care Units				
van Deijck et al. (2016) Países Baixos	Estudo observacional prospectivo multicêntrico	503 clientes em Hospices e Unidades de CP	Identificar desconforto nos clientes com sedação paliativa continua nas ultimas horas de vida.	Privilegiado gold standard (verbalização do desconforto pelo cliente, sempre que possível) para monitorizar desconforto durante sedação paliativa continua para dor e outros sintomas refratários. Escala recomendada Richmond agitation – Sedation Scale (monitorizar respostas relativas a sedativos e hipnóticos), ou Escala de Desconforto – Demência tipo Alzheimer (DS-DAT) quando não é possível o gold standard. 130 clientes sedados e nestes aplicada a DS-DAT a 106 clientes.
Título: Analysis of the results of a palliative care quality program for the last days of life: Ten years of experience				
Tripodoro et al. (2019) Argentina	Projeto PAMPA (fase de indução; fase de implementação; fase de disseminação; fase de sustentabilidade)	1237 clientes	Implementar o Projeto/Programa e avaliar resultados - avaliação inicial - avaliação e cuidados contínuos - cuidados post mortem	Facilitar diagnóstico de fase final Organização do cuidado individual Registos completos e detalhados Standards de qualidade de cuidados Inclusão da família no cuidado Facilitação da comunicação com cliente e com a equipa Necessidade de formação dos profissionais
Título: The (un)availability of prognostic information in the last days of life: A prospective observational study				

Autor(es), Ano e País	Tipo de Estudo	População	Objetivo do Estudo	Resultados Principais
White et al. (2019) Reino Unido	Estudo observacional prospectivo	60 clientes	Documentar a condição clínica de clientes nas últimas duas semanas de vida e comparar clientes sobreviventes ou não nas 72h	Sinais clínicos e sintomas: Alterações na respiração (ritmo e características); Alterações cardio circulatórias (pulso, Pressão sanguínea, perfusão periférica da pele, cianose); Condição clínica (performance e mobilidade); integridade da pele; Continência urinária, cateter; ingestão oral; Dor. Condições psicológicas e espirituais (confusão, delirium, ansiedade e medo.
Título: Experiences with the Liverpool care pathway for the dying patient in nursing home residents: a mixed-method study to assess physicians' and nurse practitioners' perceptions				
Klapwijk et al. (2020) Países Baixos	Online survey	103 médicos 29 NP 8 GP 18 médicos de internato 2 médicos assistentes de reabilitação 1 psicólogo	Entender como os itens da LCP foram integrados e orientadores para o cuidado no contexto da nursing home e residentes com demência.	Necessidade de construir um documento um pouco mais reduzido com base nas orientações do LCP, incluindo esses itens antes dos UDHV. O acesso regular desse instrumento poderá focar-se na qualidade dos cuidados e controle sintomático desses clientes.
Título: Care to the end: a retrospective observational study of aged care facility residents transferred to hospital in the last day of life				
Brownstein et al. (2021) Austrália	Estudo observacional retrospectivo (grupo cohort)	149 residentes	Explorar as características dos residentes idosos em UDHV (últimas 24h de vida) para serviços de agudos no Hospital.	Média de idades 87 anos. 43% dos clientes morre nas 4h seguintes à admissão ao hospital. As razões para transferência : dispneia (46%), alteração do estado de consciência (32%), pneumonia (37%).

Autor(es), Ano e País	Tipo de Estudo	População	Objetivo do Estudo	Resultados Principais
				Mais investigação é necessária para identificar cuidados e necessidades deste grupo cohort.
Título: Palliative care needs and utilisation of different specialist services in the last days of life for people with lung cancer				
Ding et al. (2021) Austrália	Estudo descritivo	17816 clientes com Ca pulmão e que morreram entre 2013 e 2018	Comparar as necessidades de CP de clientes de Ca pulmão em CP especializados comunitários e hospitalares em UDHV	Níveis graves de sofrimento determinaram CP hospitalares em vez de comunitários. Mas, em conclusão, as admissões em CP hospitalares, não estão associadas a altos níveis de gravidade dos sintomas. É necessário melhorar o acesso a equipa de CP qualificada, equipas multidisciplinares, 24h por dia.
Título: Hydration and symptoms in the last days of life				
Lokker et al. (2021) Países Baixos	Estudo observacional prospectivo multicentrico	371 clientes com poucos dias de vida.	Estudar em que medida a quantidade de líquidos ingeridos antes e durante a fase da morte está relacionada com a ocorrência de estertores da morte e inquietação terminal.	A inquietação terminal foi relatada em 26% dos clientes. A inquietação terminal durante as ultimas 24h de vida foi associada a uma maior quantidade de líquidos (superior a 250mL/dia) durante as 25-48h antes da morte. Em conclusão a ingestão de líquidos para prevenir o estertor não parece ser necessário e não se encontrou associada à inquietação terminal nas ultimas 24h de vida. Contudo, fornecer ativamente fluidos artificiais a clientes moribundos pode não ser benéfico.
Título: Symptom evolution in the dying				
Heijltjes et al. (2023) Países Baixos	Análise descritiva retrospectiva	2786 clientes em UD	Perceber a prevalência de sintomas nos UDHV desde que integrados no Care Programme for the Dying Person com registo de quatro horas antes de morrerem.	Os sintomas não são controlados numa quantidade significativa de clientes nas horas que precedem a morte. As metas do cuidado relativas à dor e inquietação não foram alcançadas, verificando-se percentagens de 7,3% a 20,9% para a dor e de 9,3% a 21,9% para a inquietação.

Autor(es), Ano e País	Tipo de Estudo	População	Objetivo do Estudo	Resultados Principais
				Verificou-se uma deficiência de controlo sintomático numa percentagem considerável de clientes, concluindo-se que a gestão de sintomas é fundamental nestes clientes. O acesso sistemático e atenção ao desenvolvimento e controlo sintomático na ultima fase da vida são fundamentais, assim como mais investigação sobre controlo sintomático são essenciais.
Título: COVID-19 and End of Life in a Quaternary Australian Hospital: Referral for Palliative Care Consultation				
Patterson & Foreman (2024) Austrália	Auditoria retrospectiva dos registos médicos	149 clientes	Identificar padrões de encaminhamento para CP especializados de clientes com Covid 19 Identificar padrões de prescrição para esses clientes em ultimas 24h de vida	A complexidade física, psicológica e social documentada, associada à morte durante uma pandemia são especialmente difíceis de avaliar quantitativamente, relativa ao uso de medicamentos. Neste sentido considera-se que os estudos prospetivos explorem adequadamente as unidades especializadas em CP identificando clientes com necessidades complexas ou que precisam de informações para o cuidado especializado.

Discussão

Foram incluídos nesta revisão de literatura trinta e quatro estudos, publicados entre o ano de 1991 e 2024. Os locais geográficos onde foram realizados são, a Alemanha (3), Argentina (1), Austrália (5), Canadá (1), Estados Unidos (6), Hong Kong (1), Itália (1), Japão (1), Malásia (1), Países Baixos (6), Portugal (2), Reino Unido (5), Suíça (1), (Quadro 3), nota para um maior investimento na investigação sobre o tema na Austrália, Países Baixos, Estados Unidos e Reino Unido. O contexto de cuidados cumpriu o estipulado pela PCC, situou-se em Hospice, ou em Hospital. Um dos estudos (Ding et al., 2021) desenvolveu-se em contexto comunitário com intervenção de cuidados paliativos especializados, justificando-se a sua inclusão pela importância dos resultados.

Sobre o tipo de estudo dos artigos incluídos destaque para os estudos observacionais prospetivos e retrospectivos, de metodologia coorte, auditorias a registos clínicos, ensaio clínico randomizado, estudo de caso, estudo exploratório e estudo Delphi. Relativamente à população alvo, estão contempladas duas populações: “profissionais de saúde” (integrando 6 estudos), um deles com experts em CP e uma segunda população de “clientes em UDHV em controlo sintomático” (28 estudos) que por decisão do grupo, entendeu-se poderem melhorar os resultados da nossa revisão e responder de forma mais alargada às nossas perguntas de revisão e objetivos. Aliás esses estudos investigavam cuidados em UDHV.

A primeira publicação sobre este tema, abrangida pela pesquisa data do ano de 1990, cujos autores Lichter & Hunt (1990) designaram *The last 48 hours of life*. Neste estudo foram estudados 200 doentes em Hospice na Nova Zelandia, com objetivo de identificar e controlar os sintomas agravados nas ultimas 48h de vida de clientes com cancro. Os sintomas foram documentados nas ultimas 48h de vida, outros, documentados como sintomas refratários, associados à doença oncológica de base. Não estando incluído na nossa pesquisa, consideramos interessante e por isso o citamos. Nesta data o foco desta fase orientava-se apenas para os doentes oncológicos. No cancro, o descontrolo metabólico que

acompanha as últimas horas gera a multifalência orgânica e com esta, uma panóplia de sintomas associados á insuficiência dos órgãos afetados. Este resultado é muito interessante para os cuidados a estes clientes, pois para além do padrão standard de sintomas que pode caraterizar os UDHV os autores (nos estudos incluídos na nossa pesquisa) consideram fundamental conhecer a doença de base. Recomendam tomar em atenção o diagnostico médico, pois a natureza do problema (doença de base) pode trazer-nos informações de valor para que se torne possível intervir antecipadamente no controlo sintomático, minorando os sintomas, para o conforto do cliente até ao seu ultimo momento de vida. Embora o estudo já citado (1990) não se encontre no quadro síntese, consideramos interessante discuti-lo aqui por ter sido o estudo mais antigo identificado no processo de revisão.

O artigo de Grond e colaboradores (1991) estudou a eficácia de uma *guideline* da WHO publicada em 1986, para o controlo da dor em clientes com cancro nas ultimas 24h de vida, documenta toda terapia utilizada em 401 clientes num Hospice, discutindo a eficácia do tratamento proposto pela *guideline* na gestão da dor nas 24h de vida e até à morte. Este estudo apresenta como duração as 24h finais de vida e um foco de intervenção sobre o controlo da dor em clientes com cancro. Em 70% dos clientes foram utilizados opioides fortes associados ou não a analgésicos.

O estudo de Erick (1992), nos Estados Unidos, estudou os clientes em últimas 48h de vida, identificando os sintomas proeminentes desta fase terminal, alargando a descrição do quadro sintomatológico (para alem da dor), ao *distress* respiratório, agitação e regurgitação, com consequente pneumonia de aspiração.

O estudo de Morita e colaboradores (1998), no Japão, avalia a fase terminal considerando o período de tempo entre as 23h de vida e as horas 0. Numa população de 100 clientes oncológicos em Hospice foram anotados e tratados sintomas do tipo: cianose das extremidades, respiração com movimentos mandibulares, pulso filiforme na artéria radial e alteração de sinais físicos.

Já o estudo de Domeisen e seus colaboradores publicado em 2013 (estudo Delphi com *experts*) identificou sintomas vários nos clientes em últimos sete dias

de vida, sintomas esses preditivos de situação de UDHV: alteração do ritmo respiratório, alteração da comunicação por confusão, cognição e estado da consciência alterados, alteração do estado emocional, rápida degradação do estado geral, alteração na ingestão de nutrientes e líquidos, mobilidade alterada, estado da pele (caracterizada por cianose e descoloração da pele, aranhas vasculares), estado comatoso, aumento de secreções orofaríngeas, disfagia para sólidos e líquidos, sonolência, agitação, redução do volume de urina excretado (oligúria, anúria), cansaço, incapacidade para se levantar ou andar.

Os resultados encontrados registam a preocupação dos diferentes profissionais da saúde, nomeadamente os médicos, sobre os sintomas identificados em UDHV (Hui et al., 2014; Davies et al., 2015; White et al., 2019; Browstein et al., 2021; Locker et al., 2021; Heijltjes et al., 2023; Patterson & Foreman, 2024). O objetivo na generalidade dos estudos foi identificar sintomas mas também controlá-los, gerir os medos dos clientes e familiares, diminuindo o sofrimento, proporcionando uma morte tranquila e uma perda serena para os familiares e pessoas de referência (Ellershaw et al., 2001; Neudert et al., 2001; Ferris et al., 2003).

Relativamente ao conceito de últimos dias e horas de vida (1º objetivo da revisão), os estudos integram o termo (UDHV) quer no título, quer nos objetivos do estudo. Duas grandes categorias caracterizam o conceito: o número de horas ou dias até ao momento de morte e a necessidade e atenção ao controlo sintomático. Artigos mais recentes e com clientes não oncológicos apresentam uma variedade de sintomas diferentes. Apesar da importância de diagnosticar a situação de UDHV, não existe consenso sobre o número de horas ou de dias pré morte podendo esta fase que precede a morte caracterizar-se em horas antes, 24h de vida, quarenta e oito horas, dois dias, sete dias, duas semanas de vida (Brandt et al., 2006; Ellershaw et al., 2001; Ferris et al., 2003; Tse et al., 2007; Domeisen et al., 2013; Davies et al., 2015; White et al., 2019; Brownstein et al., 2021; Patterson & Foreman, 2024). Sobre a sintomatologia que caracteriza este fenómeno, os resultados encontrados apontam para a eventualidade de complexidade física, psicológica e social, documentada (Patterson & Foreman, 2024); para alterações clínicas específicas de cada um dos 2786 clientes nas

ultimas 4h de vida nomeadamente a dor, a inquietação (Heijltjes et al., 2023); dispneia, alteração do estado de consciência, pneumonia de aspiração, ou estase de secreções (Brownstein et al., 2021); alterações cardio circulatórias como pulso filiforme, hipotensão, alteração da perfusão da pele (palidez ou cianose), alteração da performance física e mental, alteração da mobilidade, continência urinária ou diminuição de volume de urina, perda da ingestão oral, confusão, *delirium*, ansiedade e medo (White et al., 2019). Sobre o tempo de vida e a sintomatologia que acompanha o morrer e a morte da pessoa, a evidência científica justifica a variabilidade de tempo e de sintomas argumentando que esta variação depende da doença de base e das comorbilidades associadas, da robustez ou fragilidade da pessoa, do suporte social, da mobilidade, do autocuidado, da preservação da via oral para a toma de medicação, comer e beber até à sua morte (NICE, 2015). Com uma auditoria aos registos médicos e de enfermagem em 203 casos, Hui et al., (2014) concluiu um diagnóstico que designou por performance clínica de ultimas horas de vida e em que englobou 10 sinais preditivos desta fase: diminuição ou ausência de pulso na artéria radial, diminuição da diurese, respiração de Cheyne-Stockes, alteração da consciência, respiração acompanhada por movimentos mandibulares, estertor, disfagia para líquidos; diminuição do nível de consciência, períodos de apneia e um PPS (Palliative performance scale) igual ou superior a 20.

O Estudo Delphi de Domeisen de 2013 (com uma população de profissionais experts de CP) concluiu a necessidade de identificar fenómenos relevantes como forma de prever a fase de UDHV, propondo a utilização do Pap Score (Palliative Prognostic Score). Esses profissionais obtiveram sintomas dos últimos sete dias, conseguindo comprovar a eficácia do instrumento de avaliação para prever sintomas de UDHV.

Relativamente ao objetivo 2, e dando resposta à pergunta de investigação – Intervenções para o cuidado ao cliente paliativo em últimos dias horas de vida os resultados foram os seguintes:

O descontrolo sintomático determina níveis graves de sofrimento e a transferência de clientes do seu domicílio para internamento em CP hospitalares comprova-o. O estudo de Ding (2021) desenvolvido na Austrália com uma amostra de 17816 clientes em UDHV com cancro de pulmão, seguidos na comunidade por CP conclui que, a acessibilidade das equipas de CP 24h por dia pode determinar o sucesso do controlo sintomático, o contrário, pode aumentar o sofrimento e exigir a transferência dos clientes para CP no Hospital. Recomenda controlo sintomático a ser desenvolvido por equipas especializadas para controlo sintomático contínuo (24h por dia).

O estudo de Ferraz (2003), numa UCP em Portugal, refere-se ao controlo sintomático em ultimas 48h de vida de 300 clientes internados, com cancro, relativamente aos sintomas de dispneia e *delirium*. A dor intratável foi motivo para sedação em 85% dos clientes, sendo a morfina o fármaco mais administrado. 12% dos clientes fizeram líquidos por hipodermóclise. A auditoria aos registos revelou que 86% dos clientes tiveram uma morte tranquila.

O estudo de Freemantle & Seymer (2012) desenvolvido em Inglaterra, com uma população de profissionais de saúde, objetivou “averiguar as experiências dos profissionais de saúde na utilização das linhas orientadoras baseadas no *Liverpool Care Pathway* (LCP) no cuidado a clientes em UDHV. Um dos resultados de bom planeamento recomendado pela *guideline*, é atender às necessidades destes clientes em qualquer horário de trabalho, dada a possibilidade dessas necessidades se modificarem muito rapidamente de um momento para o outro. O National Institute for Health and Care Excellence (2015), recomendou a NICE Guideline com o título: Care of Dying adults in the last days of life. Esta *guideline* do NHS inglês alerta para a necessidade do desenvolvimento da competência dos profissionais de saúde para reconhecerem quando o cliente progride ou está em situação de últimos dias (3 a 4 dias da morte), e ainda para a importância de um diagnóstico desta fase suportado por juízo clínico multiprofissional (Hall et al., 2012; Ferris et al., 2003; Ferris, 2004).

Quando o estado de saúde da pessoa se deteriora progressivamente, é recomendável quer um juízo clínico individual (de um profissional), quer a tomada

de decisão clínica da equipa sobre a situação. Recomenda-se que esta decisão integre valores, preferências, desejos e necessidades do cliente, da família e referentes. O objetivo destas intervenções deverá ser o de identificar desconforto nesse período de vida. Nesse sentido a evidência científica recomenda privilegiar o *gold standard*, isto é, obter a verbalização de desconforto pela voz do cliente, sempre que possível. Quando não for possível o *gold standard*, para monitorizar o desconforto durante uma sedação paliativa por dor ou outros sintomas refratários, o estudo suporta os dados sobre os benefícios da utilização de instrumentos/ escalas como a Richmond Agitation-Sedation Scale, a qual monitoriza respostas dos clientes sob ação de sedativos e hipnóticos e a Escala de Desconforto-Demência tipo Alzheimer (DS-DAT). Estas duas escalas foram utilizadas para obter dados em 130 clientes sedados em Hospices e UCP, no estudo de Van Deijck et al., (2016). Outros estudos recomendam a utilização da Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) como forma de avaliar e monitorizar sintomas e a Resident Assessment Instrument Minumun Data-Set Palliative Care (RAI MDS-PC, draft 1.8) (Brandt et al., 2006).

Os itens integrados na guideline LCP (NICE 2015), foram muito importantes na orientação para os cuidados em nursing homes e em residentes com demência em Hospice para a qualidade dos cuidados e controlo sintomático no estudo de Klapwijk e colaboradores (2020).

Integrar os familiares na decisão sobre o planeamento de cuidados. Neste sentido seguem os resultados do estudo de Neudert (2001) comparando as informações dos familiares de clientes com Esclerose Lateral Amiotrófica e os registos médicos sobre a serenidade da morte desses clientes.

CONCLUSÃO

Os estudos apontaram para a diferença significativa no controlo sintomático dos clientes quando em UDHV são acompanhados por equipas multidisciplinares de cuidados paliativos. Logo a acessibilidade às equipas de CP é essencial. Recomendado o desenvolvimento da competência para diagnosticar e cuidar em UDHV. Os sintomas evoluem com a proximidade do fim de vida, podendo os

clientes experienciar uma panóplia de sintomas como a dor, dispneia, cansaço, desconforto entre muitos. Em UDHV os sintomas não são controlados numa proporção significativa de clientes nas horas que precedem a morte sobretudo se o cliente tiver confusão, delirium, agitação ou coma. Há uma necessidade de abordar sistematicamente estes clientes, para atender ao controlo eficaz do sintoma. Mais investigação sobre UDHV é fundamental tendo em consideração diferentes tipos de doença.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

A unidade curricular (UC) "Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I" foi realizada em dois períodos: o primeiro de 24 de abril a 23 de maio de 2023, e o segundo de 24 de maio a 23 de junho de 2023, totalizando 170 horas, com 85 horas em cada contexto. Por sua vez, a UC "Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II" também decorreu em dois períodos: o primeiro de 18 de setembro a 20 de novembro de 2023, e o segundo de 21 de novembro de 2023 a 26 de janeiro de 2024, somando 340 horas, com 170 horas em cada contexto.

Iniciaremos o capítulo, com a descrição dos dois contextos clínicos onde ocorreram os estágios onde implementamos o projeto de desenvolvimento profissional e sobretudo onde a prática clínica vigente contribuiu para o desenvolvimento das nossas competências profissionais.

3.1. Descrição dos contextos da prática clínica

Em Portugal, conforme a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos n.º 52/2012 de 5 de setembro, os CP são definidos como "cuidados ativos, (...) 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" (Lei n.º 52/2012, p. 5119), abrangendo tanto o doente quanto sua família. O mesmo documento identifica as UCP, as EIHSCP e as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) como as principais equipas de prestação de CP (Lei n.º 52/2012, p. 5122).

3.1.1. Equipe Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, estabelece que uma EIHSCP oferece apoio e aconselhamento especializado em cuidados paliativos a outros profissionais a clientes internados nos serviços do Hospital e a suas famílias. A sua função assistencial inclui elaborar e executar plano individual de cuidados atendendo à complexidade de cuidados, decorrente de doença grave ou incurável em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para a qual é solicitada a sua intervenção. Neste Hospital é uma unidade autónoma.

A EIHSCP onde decorreu o estágio integra o Hospital pertencente a uma unidade local de saúde. Essa ULS abrange um Hospital e dois Agrupamentos de Centros de Saúde, servindo quatro concelhos e uma população de aproximadamente 400 mil pessoas. Procede à admissão e readmissão de clientes com necessidades em cuidados paliativos. O seu objetivo é melhorar a acessibilidade dos cidadãos aos cuidados paliativos por meio de uma abordagem integrada e próxima da comunidade. Visa oferecer cuidados de excelência, baseando-se nos valores de competência e compaixão, e promovendo o respeito pela dignidade e singularidade de cada pessoa. Diz a Lei que a equipa deve divulgar junto da população a informação sobre cuidados paliativos e acesso à RNCP.

Criada em 2013, a EIHSCP consolidou-se como referência em consultoria e formação em CP, focando-se no alívio de sintomas físicos, psicológicos e espirituais dos clientes e suas famílias, alinhando-se às necessidades e preferências individuais (Portaria nº 66/2018 de 6 de março), regulando a caracterização do serviço e os requisitos de construção e segurança dos cuidados paliativos integrados na RNCP. As suas atividades conforme Portaria (artigo 9.º) incluem consulta e acompanhamento dos doentes internados na instituição tendo em atenção as necessidades e preferências deste e de suas famílias; a comunicação dos profissionais com a família; intervenção psicológica para clientes, profissionais e familiares; intervenção e apoio social; intervenção e intervenção no luto; intervenção espiritual, assessoria na área dos cuidados paliativos a profissionais de saúde nomeadamente nos cuidados de saúde

primários, hospitalares, cuidados continuados integrados, na área de influência da instituição de saúde onde a EIHSCP se encontra integrada.

Relativamente aos recursos humanos, a EIHSCP é composta por 5 médicos, 5 enfermeiros, 2 psicólogas, 1 assistente social e 1 assistente espiritual, todos com formação em CP. Dois enfermeiros possuem especialização em CP, e uma médica é especializada em medicina paliativa. A equipa trabalha de forma multi e interdisciplinar (tomando decisões em equipa) e ajusta-se constantemente às demandas das necessidades institucionais, garantindo que os CP estejam disponíveis a qualquer momento e para qualquer cliente, em qualquer serviço do Hospital.

Ao refletir sobre a morosidade dos cuidados na EIHSCP, verificou-se que os pedidos de consultoria eram classificados como urgentes ou não urgentes. Nos casos considerados urgentes, a equipa estabelecia como objetivo realizar a observação do cliente num prazo máximo de 48 horas. Já para os restantes pedidos, não classificados como urgentes, o tempo médio de espera oscilava entre 48 e 96 horas, devido ao elevado volume de solicitações recebidas.

A equipa segue um modelo de intervenção integrada e articulada que inclui a equipa, as diferentes equipas / serviços hospitalares. No modelo de atuação junto dos clientes, inicia com a apresentação dos membros que a constituem, a apresentação da filosofia de cuidados ao cliente e/ou família, explicando e gerindo os objetivos dos cuidados e o plano de atuação. Além disso, realiza avaliações iniciais e contínuas aos clientes já admitidos, nos diferentes serviços do hospital. Os dados relativos ao plano individualizado são documentados no sistema de informação SClínico, este sistema na ótica da enfermagem em Cuidados Paliativos, apresenta limitações várias. É um sistema com enfoque biomédico, pouco ajustado a uma abordagem holística e centrada na pessoa. O registo é padronizado e técnico, dificultando a inclusão de dados, a personalização dos cuidados e o registo de fenómenos como conforto, sofrimento emocional ou os desejos do cliente. Estes diagnósticos acabam por ser documentados em notas gerais.

A EIHSCP dá também resposta a outras valências assistenciais como a consulta externa e acompanhamento dos clientes e cuidadores/familiares via telefone no pós-alta em dias úteis no período das nove às 14 horas, abrangendo o suporte para além do internamento hospitalar e promovendo a continuidade de cuidados.

Os CP não se limitam ao atendimento e gestão de sinais e sintomas; o modelo de cuidados também visa ajudar a família e os cuidadores, a lidar com a situação dramática e pesada, promovendo estratégias para capacitar os familiares cuidadores para lidar com as situações, comunicar informações e ouvi-los, e diminuir a ansiedade e preocupações relacionada à condição física, psicológica, emocional e espiritual que vivem. A equipa utiliza como estratégia o desenvolvimento de conferências familiares, o mais cedo possível, especialmente para entender melhor a situação psicológica, social do cliente ou preparar para alta hospitalar. Nestas altas hospitalares, são consideradas altas de regresso ao domicílio ou para estruturas residenciais de apoio para idosos, com suporte de cuidados paliativos contínuo.

Nas suas responsabilidades, a equipa prioriza a educação e formação contínua de profissionais, promovendo o ensino sobre o uso seguro e eficaz de terapêutica farmacológica para o alívio da dor e desmistificando crenças associadas à terapêutica analgésica. Atua em articulação com outros serviços hospitalares e da comunidade (centros de saúde), assegurando uma abordagem integrada. Esta comunicação interativa com os profissionais é muito importante para que os cuidados específicos possam ser “continuados” e “avaliado o seu efeito” no cliente.

As reuniões de equipa multidisciplinares realizam-se semanalmente, com a presença de todos os seus elementos, incluindo a enfermeira coordenadora. Considerando que a maioria dos clientes acompanhados apresenta patologias oncológicas, estas reuniões contam também com a participação de um médico especialista em oncologia, com o objetivo de assegurar que o plano de cuidados é adequado e alinhado com as abordagens terapêuticas atualizadas e ajustadas às necessidades dos clientes.

Paralelamente, a EIHS CP realiza encontros semanais com o diretor clínico do serviço de cirurgia geral e com um médico oncologista. O serviço de cirurgia geral destaca-se como um dos que mais solicita apoio da equipa de cuidados paliativos para os doentes internados. Assim, essas reuniões têm como finalidade refletir as admissões dos clientes e a continuidade de cuidados dos casos clínicos, desenvolver um plano de cuidados que esteja alinhado tanto com as necessidades dos clientes quanto com os objetivos do serviço em que estão internados, promovendo a integração entre os cuidados paliativos e os cuidados hospitalares ativos. Esta articulação permite criar sinergias importantes entre a equipa de origem e a integração e continuidade dos cuidados.

A equipa manifestou a intenção de alargar este modelo de colaboração a outros serviços do hospital. O objetivo é garantir uma abordagem mais próxima, coordenada e eficaz, centrada nas necessidades dos clientes, com foco na intervenção paliativa, contribuindo para evitar sofrimento desnecessário tanto nos clientes como aos seus cuidadores e familiares.

Atualmente, a equipa está envolvida na implementação de um projeto apoiado pela Fundação “la Caixa”. Esta iniciativa surgiu como resposta ao crescente número de clientes que seguem para o contexto domiciliário e que necessitam de CP. Verificou-se que, na área de influência do hospital, não existe uma Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos integrada no Agrupamento de Centros de Saúde, o que deixava os doentes paliativos no domicílio sem acesso a cuidados adequados. O projeto tem como principal objetivo assegurar o acompanhamento destes doentes em casa, ao longo das diferentes fases da doença, incluindo o fim de vida. A intervenção cobre apenas as zonas geográficas de dois concelhos sob responsabilidade institucional, correspondendo a uma população total de 181.964 habitantes.

Projetos futuros incluem jornadas formativas, criação de uma associação de profissionais de cuidados paliativos e a introdução da “terapia da dignidade”, reafirmando o compromisso com a melhoria contínua da qualidade.

Durante o estágio realizado na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), foram acompanhados 27 clientes, cujas características demográficas estão descritas nas Figuras 2 e 3.

Figura 2 – Caracterização Demográfica quanto ao género dos clientes acompanhados durante o ENP no EIHSCP

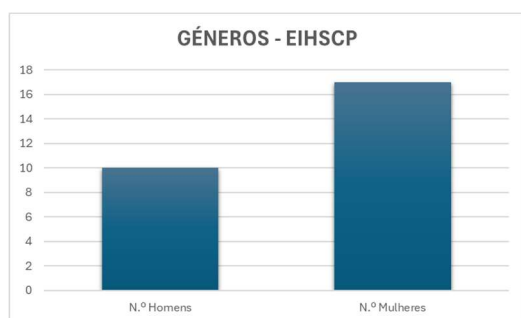
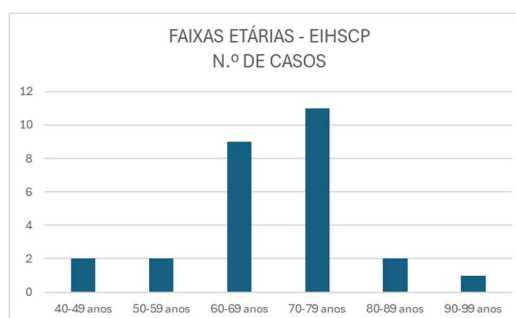


Figura 3 – Caracterização Demográfica quanto às faixas etárias dos clientes acompanhados durante o ENP no EIHSCP

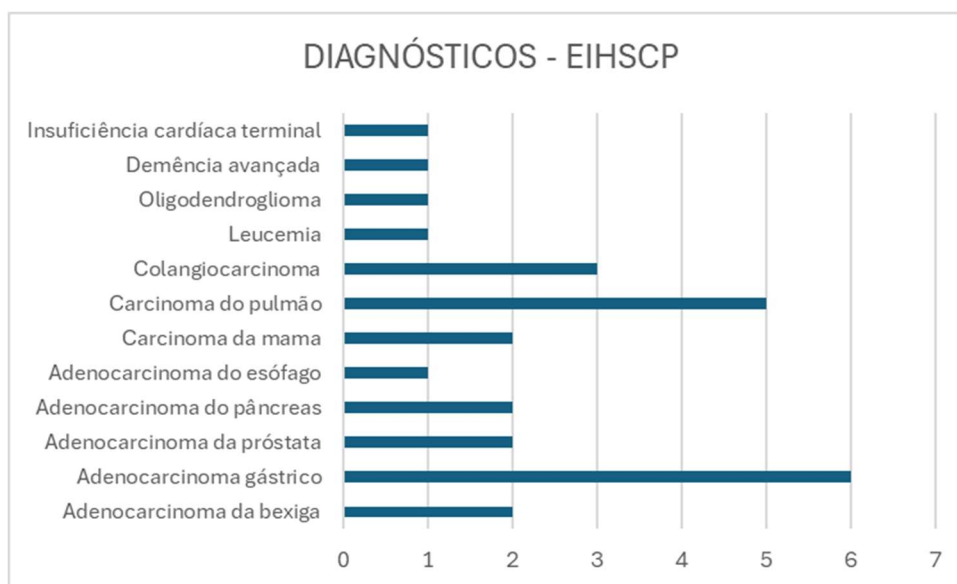


Cerca de 17 casos são mulheres enquanto os homens representaram 10 casos (Fig 2).

No que diz respeito às faixas etárias, ilustradas na Figura 3, observou-se uma maior concentração de clientes nas idades entre 60-69 anos (9 casos) e 70-79 anos (11 casos). Seguiram-se as faixas de 40-49 anos e 80-89 anos, ambas com 2 casos, 50-59 anos com 2 casos, e apenas 1 cliente na faixa de 90-99 anos.

Relativamente aos diagnósticos médicos, os clientes foram organizados em dois grupos principais: os que apresentavam doenças oncológicas (89%) e os que apresentavam outras doenças. Entre os diagnósticos não oncológicos, destacaram-se condições como demência avançada e insuficiência de órgãos, particularmente insuficiência cardíaca. Particular incidência para a patologia oncológica do pulmão e gástrica. A Figura 4 detalha a distribuição dos diagnósticos médicos.

Figura 4 – Distribuição dos diagnósticos médicos dos clientes acompanhados durante o ENP na EIHSCP



Quanto aos sintomas, detalhados no subcapítulo 4.2, os mais prevalentes foram dor, dispneia, insônia e fadiga, com a consequente oportunidade para desenvolver competências na abordagem e controlo desses sintomas. Paralelamente, outras necessidades relacionadas ao sofrimento emocional e social foram identificadas, como tristeza, ansiedade, isolamento social e angústia diante da perda de autonomia e dependência. Nessas situações, a intervenção da psicóloga da equipa foi frequentemente solicitada e revelou-se fundamental na gestão desses aspetos.

A Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) recorre a escalas e instrumentos validados para garantir uma avaliação sistemática e centrada no cliente. Entre os instrumentos mais utilizados destacam-se a Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), que permite monitorizar a intensidade dos sintomas físicos e emocionais; a Palliative Performance Scale (PPS), utilizada para avaliar o estado funcional e estimar o prognóstico clínico; e o Integrated Care Pathway for the Dying (ICD-Pal), que orienta a equipa na abordagem estruturada dos cuidados nas fases finais da vida. A utilização integrada destas ferramentas permite à EIHSCP alinhar intervenções com as reais necessidades dos clientes e suas famílias, promovendo um cuidado mais eficaz, humanizado e ético. Esta experiência na EIHSCP foi essencial para o

desenvolvimento de competências na gestão de sintomas físicos e emocionais, destacando a importância de uma abordagem compreensiva, holística, que considerou todas as dimensões do sofrimento humano e promoveu cuidados integrais e personalizados.

Os pedidos de consultoria à EIHSCP eram classificados como urgentes ou não urgentes. Nos casos urgentes, era estabelecido um prazo máximo de 48 horas para a avaliação do cliente. Já os pedidos não urgentes, devido ao elevado volume de casos, eram atendidos em um prazo médio de 48 a 96 horas.

Esta experiência na EIHSCP foi essencial para o desenvolvimento de competências na gestão de sintomas físicos e emocionais, destacando a importância de uma abordagem holística, que considerou todas as dimensões do sofrimento humano e promoveu cuidados integrais e personalizados.

3.1.2. Unidade de Cuidados Paliativos (Internamento)

A Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), onde decorreu o segundo período do Módulo II da UC "Estágio de Natureza Profissional com Relatório", faz parte de uma unidade hospitalar do Serviço Nacional de Saúde e foi estabelecida há cerca de 30 anos. Tem como missão proporcionar cuidados paliativos de alta qualidade, baseados em princípios de humanismo e eficiência, com foco em doentes oncológicos em fase avançada e suas famílias, priorizando o bem-estar e a qualidade de vida.

A UCP está distribuída em dois pisos de internamento simétricos, em termos de arquitetura de espaços e de funcionamento. O estágio foi realizado no segundo piso, que possui 20 quartos individuais. Cada quarto está equipado com cama articulada, cadeirão, mesa de cabeceira, armário, mesa de refeições e televisão/rádio. As casas de banho são partilhadas por dois quartos, com acesso interno. Os quartos podem ser personalizados com objetos pessoais, proporcionando maior conforto e familiaridade. A infraestrutura inclui ainda casas de banho com chuveiro e banheira de hidromassagem, copa para refeições, salas de trabalho de enfermagem, salas de reuniões, sala para consultas

psicológicas ou “comunicação de más notícias”, além de áreas de desinfecção, armazéns, vestiários e espaços de convivência. Um balcão central facilita a interação entre profissionais, doentes e familiares, promovendo proximidade e apoio contínuo.

A equipa do piso é composta por 25 enfermeiros e 10 assistentes operacionais, além de médicos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes espirituais e técnicos administrativos que atendem as diversas valências da UCP, o internamento de clientes, consultoria nos serviços hospitalares (tipo EIHSCP), consulta externa de CP e atendimento domiciliário. Profissionais de outras especialidades, como fisioterapeutas, também são chamados conforme necessário. A unidade oferece ainda serviços complementares, como barbearia e cabeleireiro, disponíveis gratuitamente em horários específicos.

Os médicos trabalham na UCP durante a manhã nos dias úteis, e fora desse horário há um médico de permanência disponível. A equipa de enfermagem segue um esquema de turnos com 5 profissionais pela manhã, 4 à tarde e 3 à noite. Cada enfermeiro é responsável por um grupo de doentes, definido com base no nível de complexidade, e realiza atividades baseadas no método individual de trabalho. Reuniões multidisciplinares semanais incluem a análise e discussão dos casos sobre admissões, altas, casos complexos, dilemas éticos, controlo sintomático e questões sociais, garantindo comunicação clara e alinhamento entre as equipas.

A UCP adota um regime de visitas de familiares, flexível, permitindo a presença de um acompanhante por 24 horas e visitas gerais das 10h às 21h. Animais de estimação são permitidos mediante autorização, reconhecendo-se o seu papel no conforto emocional. O Voluntariado neste serviço desempenha um papel importante, proporcionando momentos de interação e apoio emocional para os doentes e suas famílias.

Os critérios de admissão incluem idade acima de 18 anos, diagnóstico de doença oncológica avançada e incurável, e sintomas incapacitantes. A admissão pode ser feita por meio de indicação da EIHSCP proveniente habitualmente do hospital

ou de outro contexto ou por consultas externas. Após avaliação, o doente é transferido para a UCP, caso haja vaga disponível. Em situações de lista de espera, a prioridade é definida pela equipa médica. O acompanhamento dos doentes e suas famílias continua após a alta, com suporte da consulta externa, atendimento domiciliário, ou por consulta telefónica.

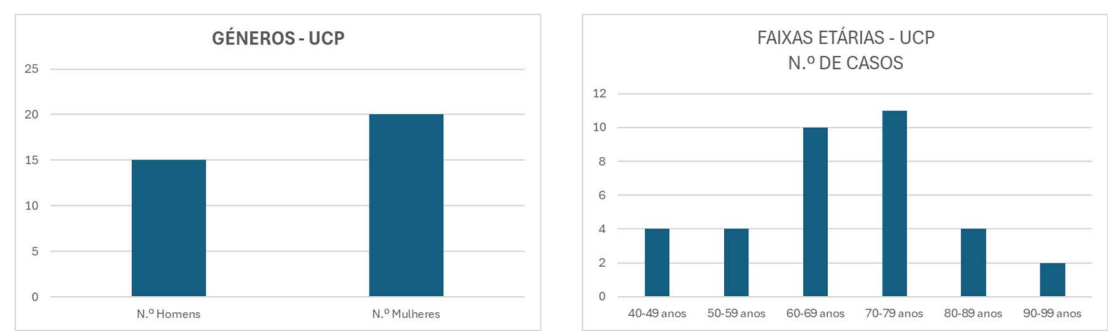
A UCP é classificada como um serviço de nível III e destaca-se pela formação estruturada e contínua em cuidados paliativos. Além disso, realiza investigação colaborativa em nível nacional e europeu, alinhada às recomendações da OMS. Segue protocolos para gestão de sintomas como dor, náuseas e agitação, e utiliza estratégias não farmacológicas sempre que possível. Embora não use regularmente instrumentos como a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS), aplica rotineiramente escalas de risco de queda (Morse) e úlceras de pressão (Braden).

O trabalho da equipa inclui acolher o doente e sua família, implementar planos de cuidados individualizados, preparar e administrar terapêutica prescrita, planejar a alta e capacitar os cuidadores para continuidade dos cuidados no domicílio. A unidade também presta cuidados nos últimos momentos de vida e apoio à família no luto. Com base em princípios de humanização, a UCP oferece um ambiente acolhedor e um serviço integrado, reforçando o compromisso com a qualidade e a dignidade dos cuidados prestados.

No que diz respeito ao número de casos clínicos atendidos na Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), registaram-se, no total, 35 clientes. As Figuras 5 e 6 apresentam uma análise demográfica relativa a género e idade deste grupo. Todos os 35 clientes acompanhados pela UCP estavam em situação paliativa com patologia oncológicas, correspondendo a 100% dos casos. Este dado justifica-se pelo facto de a unidade estar integrada num hospital exclusivamente dedicado ao estudo e tratamento de doenças oncológicas.

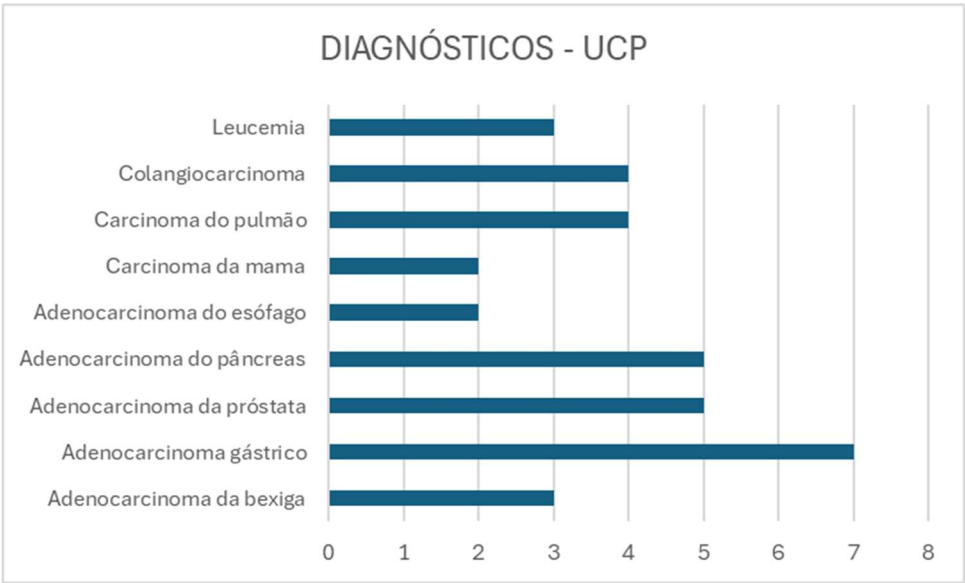
Figura 5 – Caraterização Demográfica quanto ao género dos clientes acompanhados durante o ENP na UCP.

Figura 6 – Caraterização Demográfica quanto às faixas etárias dos clientes acompanhados durante o ENP na UCP.



A distribuição dos diferentes diagnósticos médicos encontra-se representada na Figura 7.

Figura 7 - Distribuição dos diagnósticos médicos dos clientes acompanhados durante o ENP na UCP



Relativamente à prevalência de sintomas observados na prática clínica da UCP, os mais comuns foram dor, agitação, inquietação e insónia. No entanto, verificou-se que a equipa da UCP demonstrava menor atenção e sensibilidade a outras dimensões do sofrimento dos clientes. Esta lacuna pode estar relacionada com a falta de formação especializada ou com a escassez de recursos humanos disponíveis. Ainda assim, observou-se que a tristeza e a angústia associadas à perda de autonomia, dependência e alteração de papéis sociais eram fenómenos frequentes entre os clientes.

No que concerne ao tempo de espera para admissão na unidade de internamento em cuidados paliativos, verificou-se que, para os clientes já hospitalizados noutras áreas do hospital, a avaliação e priorização eram realizadas diariamente pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP). A prioridade de cada cliente era estabelecida com base na gravidade do seu estado clínico, sendo incluído numa lista de espera para admissão. No entanto, o tempo de espera variava significativamente, dependendo da disponibilidade de vagas no serviço, que, por sua vez, estava condicionada pela alta clínica de outros clientes ou pelo seu falecimento.

O Glintt, sistema de registos utilizado nesta unidade, revelou-se pouco adaptado às necessidades dos clientes. Centra-se na gestão de medicação e tarefas administrativas, deixando de lado intervenções não farmacológicas e a dimensão relacional do cuidado. A sua estrutura rígida dificulta o planeamento personalizado de cuidados e o registo de aspetos subjetivos como as necessidades de conforto ou de suporte emocional, limitando o papel autónomo e holístico dos cuidados de enfermagem.

4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS COMUNS E ESPECIALIZADAS

O objetivo major de um estágio de natureza profissional é o desenvolvimento de competências profissionais. Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (OE), associação de direito publico, a entidade responsável por regulamentar o exercício da profissão de enfermagem, distingue a qualificação profissional em enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas. O título de enfermeiro especialista é atribuído àqueles que por via da certificação académica ou por reconhecimento pela OE, demonstrem ou certifiquem as competências científicas, técnicas e humanas de excelência, evidenciando-se na prestação de cuidados especializados em áreas específicas da prática de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019; Regulamento nº 429/2018).

O conceito de competência tem sido definido por numerosos autores e investigadores. Em 2013, a European Association for Palliative Care (EAPC) publicou um estudo em duas partes no qual sistematizou as competências essenciais para todos os profissionais que atuam na área dos Cuidados Paliativos (CP). Segundo este documento, o conceito de competência é entendido como um conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes e capacidades inter-relacionadas, que influenciam significativamente o desempenho em funções específicas. Podem ser avaliadas de acordo com padrões de qualidade, e melhoradas através de educação e formação (Gamondi et al., 2013).

Em Portugal, e com base no Modelo de Desenvolvimento Profissional (2009), a OE apoiou-se nos conceitos estruturantes de competência de Philippe Perrenoud (1997) e de Gui Le Boterf (2002) para teorizarem a aquisição e desenvolvimento de competências. Estes investigadores contribuíram significativamente para o conceito de competência, definindo-a como a capacidade de agir de forma eficaz em situações específicas. Uma competência não se resume à posse de conhecimento unicamente, mas inclui a habilidade de mobilizar esse conhecimento para avaliar situações específicas, formular

diagnósticos, assimilar informação e tomar decisões. Perrenoud enfatiza ainda que a aprendizagem deve ser centrada no estudante, o qual constrói o conhecimento de forma ativa, a partir da interação com as práticas reais e dos desafios que enfrenta, tornando-se assim protagonista do seu percurso formativo (Gozzi et al., 2020).

Outro autor de referência na definição de competência é Guy Le Boterf. Para este autor, a competência representa um "saber agir" contextualizado (em contexto), isto é, representa a capacidade do profissional mobilizar e articular diferentes saberes (técnicos, científicos, relacionais) em função das exigências de uma situação concreta. Boterf destaca que o desenvolvimento de competências ocorre no contexto de trabalho, onde o profissional, ao enfrentar problemas, analisa a situação em contexto, e por via da reflexão, constrói respostas ajustadas ao exercício profissional naquele contexto. Sustenta que a competência é um conceito dinâmico e evolutivo, que se desenvolve com a experiência, a reflexão e a prática continuada, culminando na mestria (Boterf, 2002).

As teorias destes dois autores determinaram uma abordagem estruturada para a definição de competências profissionais determinadas pela OE. Os perfis de competência estão publicados em Regulamentos citados, em Diário da República, permitindo conhecer o "perfil profissional" a adquirir e a desenvolver.

Dando seguimento a esta base teórica, este subcapítulo tem como objetivo descrever e refletir sobre as atividades realizadas durante o percurso formativo académico e que contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de intervenção centrada na pessoa em situação paliativa. A análise será iniciada pelas competências comuns, seguindo-se a abordagem das competências específicas.

4.1. Desenvolvimento de competências comuns

As competências comuns atribuídas ao enfermeiro especialista dizem respeito a um conjunto de capacidades transversais a todas as áreas de especialização em enfermagem, neste caso enfermagem médico - cirúrgica. Estas competências manifestam-se na aptidão para planear, implementar, coordenar e supervisionar cuidados diferenciados, assim como para prestar suporte técnico e científico no âmbito da prática clínica, da formação profissional, da investigação e da consultoria (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Independentemente da área de atuação específica, as competências comuns aplicáveis a todos os enfermeiros especialistas são: “competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; competências do domínio da melhoria contínua da qualidade; competências do domínio da gestão dos cuidados e competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

No âmbito das competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o enfermeiro especialista deve demonstrar uma prática clínica que seja simultaneamente segura, eticamente responsável e tecnicamente competente. Esta atuação deve assentar em princípios éticos e deontológicos bem definidos, integrando uma avaliação criteriosa da evidência científica disponível e respeitando as preferências, valores e expectativas da pessoa cuidada e dos seus cuidadores ou familiares (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019).

Em Portugal, a Lei n.º 31/2018, publicada em Diário da República, veio reforçar o respeito pelos direitos das pessoas em situação de doença avançada e em fase terminal. Esta legislação garante que os indivíduos nesta condição têm direito a cuidados que evitem sofrimento desnecessário, prolongado ou desproporcional, assegurando ainda a proteção legal dos seus cuidadores/familiares. Ao reconhecer a pessoa doente e a sua rede de apoio como unidade de cuidados, esta lei promove uma abordagem holística, centrada na dignidade humana e na autonomia individual (Lei n.º 31/2018, p. 3238).

Durante o Estágio de Natureza Profissional (ENP), a nossa prática foi orientada pelos princípios do Código Deontológico de Enfermagem, com especial atenção à promoção e salvaguarda dos direitos humanos, bem como dos direitos legalmente reconhecidos às pessoas em situação de doença avançada e em fim de vida. Em ambos os contextos clínicos, assumimos como pilar essencial o respeito pela autonomia e pela vontade expressa dos clientes e respetivos cuidadores ou familiares.

Reconhecemos a importância de acolher cada pessoa como única, considerando os seus valores, crenças, cultura e expectativas, num exercício constante de escuta ativa e empatia. A transparência na comunicação foi uma prioridade nas nossas intervenções, garantindo que a informação fosse transmitida de forma honesta, clara e sensível. Contudo, identificámos que este tipo de comunicação, embora fundamental, enfrenta desafios relevantes no contexto atual, como o aumento do número de clientes e a limitação de recursos humanos, que dificultam a criação de espaços adequados para um verdadeiro diálogo terapêutico.

Durante os últimos dias de vida, observámos frequentemente a recusa alimentar por parte dos clientes. Nestes casos, respeitámos sempre esse direito, compreendendo-o como parte do processo fisiológico natural de fim de vida, e não como um sinal de abandono ou desleixo nos cuidados. A aceitação desta recusa foi acompanhada de uma atitude ética e compassiva, respeitando integralmente a vontade da pessoa e garantindo que a sua dignidade fosse preservada.

Nas interações com os clientes e respetivos cuidadores ou familiares, procurámos sempre criar um ambiente tranquilo e acolhedor, que favorecesse a expressão de sentimentos, dúvidas e decisões. Esta atmosfera facilitadora foi essencial para estabelecer um espaço de comunicação aberta e genuína, promovendo o envolvimento ativo no processo de decisão sobre os cuidados.

Mais do que ouvir passivamente, empenhámo-nos em compreender profundamente as mensagens que nos eram transmitidas, os receios, as dúvidas e as expectativas e, com base nessa escuta ativa, integrámos essas informações

no planeamento de cuidados, garantindo que estes fossem verdadeiramente personalizados e coerentes com os valores e desejos da pessoa e da sua rede de apoio.

No âmbito do domínio da melhoria contínua da qualidade, participámos, na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), em duas ações formativas promovidas pela própria equipa. Uma destas formações foi dirigida a um serviço de internamento hospitalar e a outra a uma instituição social. Esta experiência revelou-se particularmente enriquecedora, pois permitiu-nos compreender, de forma mais alargada, os desafios que diferentes contextos enfrentam na implementação efetiva de ações paliativas.

Durante estas intervenções formativas, tornou-se evidente que, em muitos casos, os cuidados paliativos ainda são entendidos de forma redutora, limitados à gestão de sintomas físicos. Contudo, os princípios dos cuidados paliativos defendem uma abordagem multidimensional, que inclui o suporte emocional, social e espiritual da pessoa e da sua família (Ferrell et al., 2023). A ausência de compreensão desta abordagem integral por parte de instituições e profissionais pode conduzir à negligência ou atraso na prestação de cuidados adequados, agravando o sofrimento em fases críticas da doença.

Esta realidade reforça a importância da formação e da consciencialização contínua das equipas, especialmente nas instituições sociais, onde frequentemente os recursos são mais limitados. Embora na Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) não tenhamos tido oportunidade de nos envolver diretamente em projetos de melhoria contínua, esta experiência prévia destacou a relevância de iniciativas educativas como estratégias essenciais para promover a qualidade e a humanização dos cuidados em todas as fases da doença.

No âmbito da nossa contribuição para o domínio da melhoria contínua da qualidade, desenvolvemos uma atividade que combinou a revisão da literatura com a realização de uma ação formativa sobre os cuidados em UDHV. Esta formação teve como foco principal a identificação de sinais e sintomas em UDHV, conforme delineado no plano de formação (ver Apêndice C, p.171).

O objetivo desta iniciativa foi consciencializar as equipas para a relevância de identificarem os sinais e sintomas que podem caraterizar os UDHV de modo a desenvolverem uma avaliação rigorosa e contínua, fomentando práticas clínicas baseadas na evidência e ajustadas à complexidade da experiência individual de cada cliente.

Adicionalmente, estivemos envolvidos, de forma contínua, no registo e documentação de dados essenciais para a monitorização e planeamento dos cuidados individualizados. Esta prática revelou-se fundamental para melhorar a comunicação interdisciplinar, garantir a atualização permanente da informação clínica, permitindo uma resposta mais eficaz e ajustada às necessidades emergentes dos clientes. A participação ativa na sensibilização das equipas com quem a EIHS CP colabora foi igualmente determinante para fomentar uma cultura de avaliação sistemática e vigilância contínua dos sintomas, promovendo uma abordagem centrada na pessoa e fortalecendo a articulação entre os profissionais de saúde, os clientes e os seus cuidadores/familiares.

No que respeita à gestão dos cuidados, tivemos a oportunidade de participar regularmente nas reuniões multidisciplinares, o que nos permitiu aprofundar o conhecimento sobre os diferentes contributos técnicos e humanos das várias áreas profissionais. A troca de perspetivas e a construção conjunta da melhor decisão de cuidados facilitaram a personalização da intervenção, respeitando as especificidades clínicas e as preferências de cada cliente.

Estivemos igualmente envolvidos no planeamento e organização das tarefas da equipa, assim como na priorização das visitas domiciliárias. Ao longo deste processo, foi possível adquirir uma visão mais alargada das estruturas de funcionamento dos serviços envolvidos e das múltiplas funções desempenhadas pelo enfermeiro especialista. Esta experiência revelou-se essencial para o desenvolvimento de competências de gestão, trabalho em equipa e adaptação a diferentes contextos de prática.

A conceção de cuidados foi apoiada pela utilização da plataforma E4Nursing, disponibilizada pela ESEP. Esta ferramenta permitiu-nos definir com clareza os domínios de atenção, os objetivos terapêuticos, as intervenções adequadas e os

critérios de avaliação dos resultados. Esta metodologia promoveu uma análise crítica e estruturada dos cuidados prestados, alinhando a prática clínica com a melhor evidência científica disponível e com as necessidades reais dos clientes e seus cuidadores (ver Apêndices A, p.121 e B, p.145).

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foram promovidos momentos de reflexão contínua, individual e em equipa, que favoreceram o crescimento pessoal e profissional ao longo do percurso formativo. A partilha de saberes com os enfermeiros especialistas, com os tutores e com a professora orientadora do ENP contribuiu significativamente para o aprofundamento das nossas competências.

Destaca-se, em particular, a aquisição de competências na área da comunicação terapêutica, nomeadamente na gestão de más notícias e na realização de conferências familiares. Estas intervenções demonstraram-se de grande utilidade para o ajustamento do plano terapêutico e para a preparação da alta hospitalar.

No plano técnico, tivemos contacto direto com a preparação e administração de fármacos por via subcutânea, com o uso clínico de medicamentos *off-label*, prática comum em cuidados paliativos e com o manuseamento de dispositivos como cateteres venosos totalmente implantados. Adquirimos ainda conhecimentos sobre o tratamento de feridas oncológicas (malignas), conhecimento fundamental para garantir cuidados seguros e humanizados.

4.2. Desenvolvimento de competências especializadas

De acordo com o disposto no Regulamento n.º 429/2018, as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa são duas:

- Competência 1: *“Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento,*

maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” (Regulamento 429/2018, p.19360).

• Competência 2: *“Estabelece relação terapêutica com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto”* (Regulamento 429/2018, p.19360).

Cada uma das duas competências específicas organiza-se em Unidades de Competência (UC), sendo estas acompanhadas de critérios de avaliação que orientam para as atividades a desenvolver em contexto clínico. O descritivo da 1ª Unidade de Competência refere-se a identificação das necessidades da pessoa em situação paliativa e dos seus cuidadores.

Esta identificação é um passo essencial para assegurar uma abordagem centrada na pessoa e adaptada às suas especificidades. Tal implica ir além da avaliação das necessidades físicas — como a dor, fadiga ou dispneia — incluir dimensões psicológicas, sociais, espirituais e existenciais, frequentemente entrelaçadas (Higginson et al., 2007; Goni-Fusté et al., 2021). Os investigadores sugerem a atenção para a mudança de comportamentos ou exacerbação sintomática quando por exemplo uma dispneia é agravada por uma ou várias das dimensões citadas. Esta observação do cliente implica conhecimento e habilidade para podermos avaliar, sobretudo intervir para acalmar, dar confiança.

Para compreender esta multiplicidade de necessidades, é útil recorrer ao modelo teórico de avaliação das necessidades humanas básicas de Maslow, o qual propõe uma hierarquia de necessidades, organizada em cinco níveis: Essas necessidades iniciam-se com as mais fundamentais, como as fisiológicas (dormir, respirar, beber), avançando para as de níveis superiores através das necessidades de segurança, sociais, estima e, por fim, autorrealização. Segundo esta teoria, as necessidades mais básicas devem ser prioritariamente satisfeitas para que as de ordem superior possam emergir. Esta perspetiva é particularmente pertinente em cuidados paliativos, onde a atenção a sintomas

físicos muitas vezes só pode ser eficaz se, em paralelo, forem reconhecidos aspetos emocionais ou espirituais subjacentes.

De acordo com a teoria da hierarquia das necessidades de Maslow, a motivação humana evolui à medida que as necessidades mais elementares são satisfeitas. Só depois de garantidas as necessidades fisiológicas e de segurança é que a pessoa está em condições de procurar satisfazer necessidades de nível superior, como o afeto, a autoestima ou a autorrealização (McLeod, 2018). Em cuidados paliativos, esta lógica é particularmente relevante, pois sublinha que o alívio de sintomas complexos, como a dor existencial ou espiritual, pode ser ineficaz se, previamente, não forem atendidas necessidades mais básicas, como a fome, a sede, o conforto térmico ou a sensação de segurança (Almeida & Abreu, 2014; Higginson et al., 2007).

Neste sentido, torna-se essencial que os cuidados prestados priorizem a identificação e a resposta adequada às necessidades fundamentais da pessoa em situação paliativa. Ao assegurar esse suporte inicial, cria-se uma base sólida para que intervenções posteriores — físicas, emocionais, sociais ou espirituais — tenham maior impacto, promovendo um verdadeiro cuidado holístico, centrado na dignidade e bem-estar da pessoa.

Durante todo o percurso do estágio, em ambos os contextos clínicos, a avaliação sistemática das necessidades constituiu uma prioridade essencial na nossa prática. Este processo era iniciado logo na admissão de cada cliente, através de uma abordagem de base comunicacional centrada na empatia, escuta ativa e abertura ao diálogo, valorizando as preocupações, crenças e medos manifestados tanto pela pessoa cuidada quanto pelos seus cuidadores ou familiares. Aliás a informação proveniente do familiar ou referente significativo é de suprema importância para conhecer a pessoa. Esta abordagem refletia também o respeito pela autonomia e autodeterminação, princípios fundamentais no acompanhamento de situações paliativas. Não foi fácil vermos para além do sintoma, É necessário sermos sensíveis e humanos e sermos ensinados por alguém que também o seja. Depois, muito treino. Fizemos um esforço para isso.

No que diz respeito à utilização de instrumentos padronizados, na EIHSCP recorremos a ferramentas validadas como a Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), a Escala de Avaliação de Desempenho do Paciente e a Escala de Performance Status do Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG). Esta última permite monitorizar a progressão da doença, avaliando de que forma esta afeta a funcionalidade do cliente nas suas atividades de vida diária (ECOG-ACRIN Cancer Research Group, 2022). Estas escalas eram aplicadas sempre que existia contacto com o cliente, permitindo uma vigilância contínua e estruturada dos sintomas e das suas necessidades.

Já na Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), a principal ferramenta utilizada era a escala numérica para avaliação da intensidade da dor. Contudo, outras dimensões — como as necessidades sociais, emocionais ou espirituais — eram identificadas de forma empírica, sendo registadas sob a forma de notas clínicas no sistema de informação Glintt. Este método, embora útil, revela-se dependente da perceção subjetiva do profissional, o que limita a padronização e a análise comparativa ao longo do tempo.

Observámos que, em ambos os contextos, a avaliação e documentação de dimensões do sofrimento — especialmente espiritual e social — careciam de ferramentas específicas, sendo realizadas de forma não estruturada. No entanto, destacamos que, na EIHSCP, existia uma maior predisposição dos profissionais para abordar essas dimensões não físicas do sofrimento, em comparação com o que experienciámos na UCP.

A reavaliação contínua das necessidades e sintomas foi garantida em todos os contactos, permitindo uma atuação proactiva face a alterações no estado clínico dos clientes. Esta monitorização favoreceu o ajustamento atempado dos planos de cuidados, prevenindo complicações e otimizando o conforto e o bem-estar. Sempre que possível, esta identificação precoce permitiu-nos desenvolver ações educativas junto dos clientes e cuidadores/familiares, com vista a capacitá-los para lidar com eventuais agudizações clínicas.

A frequência dos contactos variou de acordo com a gravidade da situação e com a duração do internamento, permitindo-nos adequar a intervenção à dinâmica e

complexidade de cada caso. A representação gráfica da distribuição dos sintomas mais frequentemente identificados durante o estágio encontra-se ilustrada na Figura 8.

Figura 8 – Distribuição dos Sintomas dos Clientes Acompanhados Durante o ENP.



A análise dos dados recolhidos ao longo do ENP revelou que, entre os sintomas físicos mais prevalentes, a dor destacou-se de forma marcante como o mais frequente entre os clientes acompanhados. Esta constatação reforça a evidência já largamente documentada na literatura sobre cuidados paliativos, que identifica a dor como um dos principais focos de sofrimento nesta população. Tal facto sublinha a necessidade imperativa de estratégias de controlo da dor que sejam simultaneamente eficazes e adaptadas às particularidades de cada pessoa, assentes numa abordagem holística e individualizada.

No plano psicológico e emocional, os sintomas mais reportados foram a tristeza, a ansiedade e o medo associado ao sofrimento e à morte iminente (ver Apêndices A, p.121 e B, p.145). Estes estados emocionais interferem significativamente na perceção do bem-estar e exigem dos profissionais de saúde competências específicas de comunicação, empatia e suporte psicológico, fundamentais para responder de forma humanizada a estas manifestações de angústia.

No domínio das necessidades espirituais, observou-se uma expressão recorrente de sentimentos de desesperança, perda de sentido e ausência de fé por parte dos clientes (Apêndice A, p.121). A intervenção neste âmbito foi orientada pela escuta ativa, pela valorização dos rituais e crenças pessoais, bem como pelo encaminhamento para recursos específicos, como o apoio religioso ou espiritual, sempre respeitando a individualidade e a história de vida de cada pessoa. Esta abordagem revelou-se essencial para promover a resiliência diante do sofrimento existencial associado à vivência da doença avançada e terminal.

Relativamente às necessidades sociais, muitos clientes manifestaram sofrimento relacionado com alterações ou perda de papéis sociais, como o de cuidador, profissional ou figura de referência na família e com sentimentos de isolamento (Apêndice A, p.121). Estes aspetos repercutiam-se também no bem-estar dos cuidadores/familiares, tornando a intervenção social uma componente imprescindível no planeamento de cuidados. Assim, procurámos adotar estratégias que promovessem a adaptação a essas novas realidades, incentivando a comunicação entre clientes e os seus entes queridos e fornecendo apoio emocional adequado à situação vivida (Apêndice B, p.145).

Na EIHS CP, estas intervenções eram frequentemente operacionalizadas através da realização de conferências familiares, que se revelaram um espaço privilegiado para a partilha de informação, esclarecimento de dúvidas, gestão de expectativas e tomada de decisões. Já na UCP, esse diálogo acontecia maioritariamente durante o período de visitas, o que, embora limitado em tempo e privacidade, constituía uma oportunidade valiosa para reforçar os laços entre os clientes e familiares e facilitar a comunicação terapêutica.

Relativamente às necessidades dos cuidadores e familiares, foi possível identificar que estas se concentraram, maioritariamente, nos desafios físicos e emocionais associados ao exercício do papel de cuidador informal. A sobrecarga emocional decorrente da convivência com a progressiva deterioração do estado clínico do seu ente querido, perda de autonomia, a perda de mobilidade aliada à imprevisibilidade do futuro (desconhecimento da proximidade da morte), gerava frequentemente sentimentos de angústia, exaustão e insegurança.

Um fator amplamente observado em ambos os contextos clínicos, EIHSCP e UCP, foi a escassez de informação clara e estruturada sobre o prognóstico clínico. Esta lacuna de comunicação traduzia-se num elevado nível de sofrimento para os cuidadores/familiares, que muitas vezes se encontravam numa procura constante por respostas e orientação, sem o suporte necessário para gerir emocionalmente essa incerteza. Este aspeto foi citado em diferentes artigos da nossa revisão como o de Ferris (2003), Searle & McInerney (2008), Tripodoro (2019).

No paradigma dos cuidados paliativos, o cliente e a sua família/cuidadores são compreendidos como uma unidade de cuidados (Radbruch et al., 2020), o que implica que as necessidades da família devem ser abordadas com o mesmo nível de atenção e respeito que as do próprio cliente. Contudo, esta abordagem nem sempre se encontra devidamente operacionalizada na prática clínica, observando-se, por vezes, uma desvalorização implícita dos cuidadores e das suas necessidades.

Reconhecendo a importância inquestionável dos cuidadores na continuidade e qualidade dos cuidados, especialmente pela proximidade emocional e pelo conhecimento que possuem sobre a pessoa doente, procurámos, nos dois contextos clínicos, aproveitar o momento das visitas como oportunidade privilegiada para estabelecer um contacto estruturado com os cuidadores/familiares. Este tempo revelou-se essencial para completar a avaliação de necessidades, para observar e escutar, bem como para aconselhar adaptando à realidade individual de cada família.

No contexto da UCP, estas interações ocorreram com maior frequência e naturalidade (dado o regime de visitas diferente), permitindo, com maior facilidade, o esclarecimento de dúvidas, partilhar informações relevantes e ajudar a gerir expectativas. Este ambiente favoreceu a criação de um espaço seguro e de confiança, onde os cuidadores se sentiam acolhidos, ouvidos e orientados, aspetos fundamentais para o reforço da sua resiliência e da qualidade da experiência de cuidar.

Durante este processo de desenvolvimento de competências, tornou-se essencial fundamentar as práticas e intervenções com evidência científica, validando assim a relevância das atividades realizadas em função das necessidades do cliente ou da situação específica. Este percurso foi enriquecido pela reflexão contínua sobre as intervenções efetuadas e pelo diálogo com os diversos membros das equipas, permitindo uma adaptação dos cuidados prestados com foco no maior benefício para o cliente.

Contudo, mesmo com uma base teórica sólida, reconhecemos que cada cliente possui características únicas e particulares. Por isso, as intervenções precisaram ser ajustadas individualmente, exigindo uma avaliação frequente dos resultados obtidos. Essa constante adaptação, aliada à reflexão sobre a prática, traduz exatamente o papel diferenciador do enfermeiro especialista — e foi justamente esse caminho que percorremos ao longo do processo.

A seguir, apresentamos a descrição das unidades de competência, os critérios de avaliação e as respetivas atividades desenvolvidas, organizadas em tabela, seguidas de uma análise crítico-reflexiva (tabelas 1 a 8).

Tabela 1: Unidade de competência 1.1., critérios de avaliação e respetivas atividades desenvolvidas no ENP

Unidade de competência	1.1. Identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares.
Critérios de avaliação	Atividades
1.1.1. Elabora o diagnóstico das necessidades de CP do doente, ao nível físico, psicoemocional, espiritual e sociofamiliar;	- Levantamento de informações relevantes através da análise do processo clínico, bem como por meio de entrevistas formais e casuais com o cliente e os seus familiares/cuidadores. - Colaboração ativa com a equipa assistencial para obter uma compreensão mais abrangente da situação clínica e social do cliente acompanhado. - Uso de escalas: ESAS, ECOG, PPS, ICD-Pal.
1.1.2. Reconhece valores e expectativas em relação ao processo de FdV e à diversidade individual, cultural e espiritual;	
1.1.3. Avalia os sintomas no doente, segundo as suas características, priorizando o impacto no próprio, utilizando ferramentas padronizadas;	

1.1.4. Valoriza o peso de variáveis psicoemocionais, valores e crenças na intensidade dos sintomas e do sofrimento, numa abordagem multimodal e multidimensional;	- Traçar com cliente objetivos realistas e alinhar expectativas com a realidade clínica.
1.1.5. Avalia o grau de dependência e as necessidades de cuidados da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, promovendo a sua máxima satisfação, o bem-estar e o conforto;	- Monitorização dos sintomas 24h sobre 24h.
1.1.6. Antecipa, em tempo útil, as situações de agudização.	- Discutir de forma inter e multidisciplinar resultados e objetivos dos cuidados
	- Avaliação do grau de autonomia do utente e análise do seu impacto nas atividades da vida diária, com vista à recursos adaptativos ou outros
	- Antecipação de possíveis episódios de agravamento do estado clínico, com base no diagnóstico e nas trajetórias típicas da evolução da doença,.

Tabela 2: Unidade de competência 1.2., critérios de avaliação e respetivas atividades desenvolvidas no ENP

Unidade de competência	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 preferências.
Crítérios de avaliação	Atividades
1.2.1. Estabelece um plano individualizado para a pessoa e seus cuidadores/familiares, preservando a dignidade, diminuindo o sofrimento, maximizando a autonomia e qualidade de vida e respeitando as perspetivas dos próprios;	- Conceção de cuidados: SClinico, sistema Glint e plataforma E4Nursing;
1.2.2. Utiliza estratégias para o desenvolvimento do autoconhecimento e da capacitação da pessoa e seus cuidadores/familiares;	- Abordados temas relacionados com o autoconhecimento, desejos, vontades, através de uma comunicação eficaz;
1.2.3. Atua, em tempo útil, nas situações de agudização;	- Capacitação do cliente e cuidadores/familiares (ex: Gestão de regime terapêutico, posicionamentos na preparação para alta);
1.2.4. temas relacionados Demonstra conhecimentos específicos na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de Resistência a Antimicrobianos;	- Controlo de sintomas através de estratégias farmacológicas e não farmacológicas;
1.2.5. Adota medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas;	- Rotação de opióides;
	- Utilização de equipamento de proteção individual, sempre que justificável;
	- Avaliação periódica dos focos, diagnósticos e intervenções e respetiva reformulação, sempre que justificável.

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

Tabela 3: Unidade de competência 1.3., critérios de avaliação e respectivas atividades desenvolvidas no ENP

Unidade de competência			1.3. Envolve os cuidadores/familiares da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades.
Critérios de avaliação			Atividades
1.3.1. Reúne periodicamente com cuidadores/familiares, reavaliando as suas necessidades, utilizando sempre que necessário a CF;			- Entrevista individual e CF; - Reformulação do plano de intervenção em parceria com os cuidadores/ familiares.
1.3.2. Atualiza o plano de intervenção em parceria com os cuidadores/familiares.			- estabelecimento de proximidade e presença ao cliente

As Unidades de Competência 1.2 e 1.3 estão orientadas para a implementação de intervenções sustentadas na melhor evidência disponível, considerando simultaneamente as preferências, valores e objetivos dos clientes e dos seus cuidadores/familiares. Estas competências exigem, por isso, o envolvimento ativo da pessoa e da sua rede de apoio no processo de elaboração do planeamento de cuidados avançado e individualizado, adaptado à sua situação clínica e às suas necessidades identificadas.

Durante o estágio, o planeamento de cuidados revelou-se uma ação central e recorrente, iniciada desde o momento da admissão. Este processo ultrapassou a mera gestão de sintomas, procurando atender de forma abrangente às dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais do sofrimento. Esta abordagem holística permitiu-nos construir planos de cuidados centrados na pessoa, alinhados com os seus desejos e expectativas, bem como com as necessidades expressas pelos seus cuidadores/familiares.

Destacar o sofrimento como eixo estruturante do cuidado permitiu-nos adotar uma prática verdadeiramente centrada na pessoa e não exclusivamente orientada para a doença, conforme defendido por Radbruch et al. (2020). Assim, os planos delineados integraram intervenções fundamentadas em práticas clínicas apropriadas ao contexto dos cuidados paliativos, apoiadas por uma comunicação empática, honesta e compassiva.

Durante este processo, valorizou-se a partilha de informação sobre metas terapêuticas, a gestão de expectativas realistas e o apoio à tomada de decisões em fim de vida. Tenho como exemplo um cliente de 68 anos com carcinoma do pulmão em estadio avançado, cuja situação clínica era irreversível. A família apresentava expectativas desalinhadas com a realidade, acreditando numa possível recuperação. A equipa promoveu uma reunião com o cliente e familiares, onde se privilegiou a partilha de informação clara sobre as metas terapêuticas, esclarecendo que o foco seria o controlo sintomático e o conforto. Esta intervenção facilitou a aceitação da situação, permitiu alinhar decisões com os desejos do cliente e reforçou a importância da gestão de expectativas e do apoio à decisão em fim de vida.. A inclusão ativa dos cuidadores/familiares foi essencial para garantir que o plano de cuidados refletisse os valores e a vontade do cliente, assegurando uma experiência de cuidados mais humanizada, coesa e coerente.

Este planeamento exigiu um exercício contínuo de fundamentação técnica, o que implicou a consulta diária da literatura científica mais atualizada, para sustentar as intervenções propostas e responder com rigor às necessidades clínicas observadas, particularmente nos casos analisados nos Apêndices A e B.

A comunicação eficaz com os clientes e seus cuidadores/familiares constitui um dos pilares centrais na prestação de cuidados paliativos de qualidade. De acordo com Powazki et al. (2014), esta competência é indispensável para garantir a compreensão das necessidades, desejos e expectativas dos envolvidos, e para assegurar um cuidado centrado na pessoa. Neste âmbito, as conferências familiares assumem-se como uma intervenção estruturante, permitindo não só a partilha de informação clínica relevante, mas também o acolhimento das

inquietações, medos e preocupações dos cuidadores/familiares, a discussão de problemáticas relacionais e a construção conjunta de planos de cuidados personalizados (Powazki et al., 2014; Rhondali et al., 2014).

Ao longo do nosso percurso no ENP, tivemos a oportunidade de integrar várias conferências familiares, particularmente no contexto da EIHSCP, onde esta prática era amplamente utilizada. Estas reuniões foram fundamentais para clarificar dúvidas, planejar altas, ajustar intervenções e, sobretudo, garantir a coerência entre os objetivos terapêuticos e os valores da pessoa doente e da sua rede de apoio.

Sempre que possível, procurámos assegurar a presença do cliente nas conferências, desde que este estivesse consciente, orientado e manifestasse vontade de participar. A inclusão dos cuidadores/familiares ocorria mediante autorização expressa do próprio cliente, respeitando assim os princípios da autonomia e do consentimento informado. A realização destas reuniões decorreu preferencialmente em ambientes reservados e tranquilos, como a sala de reuniões, de forma a proporcionar um espaço de intimidade, segurança e escuta ativa. A estruturação destas reuniões ensinou-me a importância de uma preparação cuidada, com objetivos bem definidos, linguagem clara e adequada ao nível de literacia do cliente e da família. Percebi que o ambiente, o tempo disponibilizado e a composição da equipa presente influenciam diretamente a qualidade da comunicação. Valorizei a escuta ativa, a empatia e a capacidade de gerir emoções intensas, reconhecendo que estas reuniões não se destinam apenas à transmissão de informação, mas também à criação de um espaço de partilha, validação de sentimentos e apoio à tomada de decisão.

Estas ações revelaram-se particularmente significativas na identificação e resposta às necessidades emocionais dos familiares, especialmente em situações de perda iminente, permitindo um suporte mais humano, compassivo e integrado ao longo do processo de luto.

Em contraste, na UCP, a prática de conferências familiares não se encontrava formalizada. O planeamento de cuidados era, na maioria das vezes, realizado de modo informal, quer no momento da admissão, quer durante os períodos de

visita. Esta limitação, embora parcialmente compensada pelo contacto direto com os cuidadores, restringia o potencial de uma comunicação mais estruturada e multidisciplinar, essencial à personalização dos cuidados em contexto paliativo.

Ao refletir sobre a importância do controlo de infeção em contextos CP, torna-se evidente o seu papel fundamental na promoção da segurança clínica e na prevenção de complicações evitáveis. Os doentes em situação paliativa, especialmente em fases avançadas da doença, frequentemente apresentam estados de imunossupressão (muito vulneráveis a infeções), sejam eles inerentes à patologia de base ou secundários a tratamentos prévios.

Neste cenário, a prevenção e o controlo de infeção adquirem uma relevância acrescida, sendo parte integrante da prestação de cuidados de qualidade. Em ambos os contextos clínicos onde desenvolvemos prática, UCP e EIHSCP, implementámos de forma rigorosa as medidas estabelecidas pelas Normas da Direção-Geral da Saúde (DGS), nomeadamente no que se refere aos cinco momentos de higiene das mãos, ao uso adequado de luvas e equipamentos de proteção individual (EPI), bem como à observação estrita das medidas de isolamento sempre que indicadas.

Estas práticas não apenas promovem a segurança do cliente, como também asseguram a proteção das equipas de saúde e de outros utilizadores do serviço, reforçando a importância de uma cultura de segurança centrada no cliente, transversal a todos os níveis de intervenção em cuidados paliativos.

Tabela 4: Unidade de competência 1.4., critérios de avaliação e respetivas atividades desenvolvidas no ENP

Unidade de Competência	1.4. Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interdisciplinar e em articulação com os serviços de apoio.
CrITÉRIOS de avaliação	Atividades
1.4.1. Adequa estratégias de comunicação na relação com todos os intervenientes no processo de cuidar;	- Integração nas equipas multi e interdisciplinares; - Inclusão de uma comunicação clara e eficaz;

-
- | | |
|--|--|
| 1.4.2. Dinamiza o trabalho em equipa, fomentando a partilha e potenciando os contributos individuais no processo de tomada de decisão. | - Participação em reuniões de serviço;
- Dinamização do trabalho em equipa. |
|--|--|
-

A Unidade de Competência 1.4 orienta-se para a promoção da colaboração interdisciplinar e a articulação com serviços de apoio, reconhecendo o seu papel essencial na construção de respostas integradas e eficazes no contexto dos cuidados paliativos. Em ambos os contextos clínicos, EIHSCP e UCP, a realização de reuniões multidisciplinares foi uma prática estruturada e valorizada, funcionando como espaço privilegiado para a discussão de planos de cuidados, partilha de informação clínica e tomada de decisão conjunta.

Estas reuniões permitiram-nos observar e participar na integração de diferentes perspetivas profissionais, desde a medicina, enfermagem e psicologia, até ao serviço social, nutrição e farmácia, favorecendo uma abordagem verdadeiramente centrada na pessoa e nos cuidadores/familiares. A riqueza destas interações revelou-se fundamental para a identificação de prioridades específicas, o delineamento de planos de ação ajustados às necessidades individuais e o reforço da qualidade das intervenções.

Sempre que tivemos oportunidade de participar nestas dinâmicas, expandimos o nosso entendimento sobre a complexidade do sofrimento humano e a importância da abordagem holística e integrada, em que o cuidado não se limita ao controlo de sintomas físicos, mas se estende às dimensões emocionais, sociais, espirituais e ético-legais.

Como salientam MacCallam & Higgins (2014), bem como Pillay et al. (2016), as reuniões multidisciplinares não devem ser encaradas como meros momentos de articulação técnica, mas sim como intervenções clínicas estruturadas, capazes de melhorar a comunicação entre profissionais e com os próprios clientes e famílias, potenciar a eficácia dos cuidados prestados e contribuir para melhores resultados em saúde e bem-estar.

Tabela 5: Unidade de competência 2.1., critérios de avaliação e respectivas atividades desenvolvidas no ENP

Unidade de competência	2.1. Respeita a singularidade e autonomia da pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares no acompanhamento de vivências individuais específicas, no processo de morrer e de luto.
CrITÉRIOS de avaliação	Atividades
2.1.1. Mobiliza conhecimentos da vertente sociocultural, espiritual e dos contextos e vivências da pessoa, cuidadores/familiares;	- Orientação para outros profissionais, nomeadamente representante espiritual, assistente social, psicologia e psiquiatria;
2.1.2. Estabelece plano assistencial mediante a fase do processo de luto em que a pessoa, cuidadores e família se encontram;	- Avaliação e suporte nas perdas do cliente e familiares; - Inclusão de uma comunicação clara e eficaz;
2.1.3. Demonstra resultados qualificados de comunicação entre os vários intervenientes no processo de cuidar, salvaguardando preferências e vontades da pessoa;	- Entrevistas individuais; - Promoção da consciencialização da fase de vida
2.1.4. Apoia a pessoa, seus cuidadores/familiares, de modo continuado, nas perdas sucessivas e nas tarefas de resolução do luto (incluindo o antecipatório e complicado);	
2.1.5. Encaminha, quando necessário, os cuidadores/ familiares para outros recursos de apoio.	

A Unidade de Competência 2.1 está centrada na valorização da autonomia e singularidade da pessoa em fim de vida e dos seus cuidadores/familiares, reconhecendo a complexidade das vivências emocionais associadas ao processo de morrer e ao luto. Esta competência apela a uma abordagem sensível e individualizada, sustentada na comunicação compassiva, na escuta ativa e no reconhecimento das experiências prévias de perda que possam influenciar a resposta emocional atual. O cliente em UDHV está frequentemente com efeito de fármacos para dor e dispneia, ou com alteração de consciência, o que torna difícil comunicar com este cliente. Percebemos que quando os

cuidados nesta fase de vida não são os adequados e necessários, sentimentos de culpa e raiva, podem determinar luto nos familiares, complicado.

Durante o estágio, em ambos os contextos clínicos, foi possível identificar situações em que os clientes e familiares apresentavam históricos de lutos complexos ou não resolvidos, o que exigiu uma escuta atenta e uma avaliação contínua das necessidades emocionais. Esta informação revelou-se crucial para o acompanhamento do sofrimento psicológico e para o encaminhamento atempado para apoio especializado, nomeadamente para os serviços de psicologia clínica.

De forma geral, a abordagem dos processos de luto antecipatório e preparatório, bem como a exploração da construção de legados, foi realizada maioritariamente pelas psicólogas das equipas, que atuaram como elementos facilitadores na promoção de um acompanhamento emocional estruturado.

Contudo, na EIHS CP, tivemos a oportunidade de participar numa intervenção particularmente significativa, que ilustrou de forma exemplar esta competência: o apoio à realização de um desejo de fim de vida manifestado por um cliente, poder despedir-se do seu animal de estimação, o cão. Em articulação com a equipa do serviço de internamento e com os familiares, foi possível organizar, de forma segura e digna, a deslocação do cliente ao exterior da unidade hospitalar para viver esse momento. Esta experiência reforçou a importância de investigar, respeitar e viabilizar, sempre que possível, os desejos simbólicos ou afetivos da pessoa em fase terminal, reconhecendo o seu papel no processo de reconciliação e conclusão do ciclo de vida.

Tais gestos, por mais simples que possam parecer, assumem uma carga emocional e existencial profunda, permitindo à pessoa morrer com paz, integridade e sentido, pilares fundamentais no paradigma dos cuidados paliativos.

Tabela 6: Unidade de competência 2.2., critérios de avaliação e respectivas atividades desenvolvidas no ENP

Unidade de competência	2.2. Promove parcerias terapêuticas com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares.
CrITÉRIOS de avaliação	Atividades
2.2.1. Incentiva ativamente a pessoa, seus cuidadores/familiares como parceiros na avaliação, planeamento, execução e avaliação de cuidados holísticos, em consonância com os seus desejos e preferências;	- Incentivo à participação dos cuidados por parte dos clientes e cuidadores/familiares;
2.2.2. Salvaguarda que os objetivos de atuação, metas a alcançar, prioridades e decisão de cuidados a prestar, estão dentro dos limites mutuamente acordados.	- Realização do plano individualizado de cuidados;
	- Capacitação dos intervenientes;
	- Validação dos cuidados prestados

Tabela 7: Unidade de competência 2.3., critérios de avaliação e respectivas atividades desenvolvidas no ENP

Unidade de competência	2.3. Negoceia objetivos/metapas de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico.
CrITÉRIOS de avaliação	Atividades
2.3.1. Capacita a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e seus cuidadores/familiares, mobilizando os seus recursos, de modo a facilitar a tomada de decisão;	- Incentivo à tomada de decisão informada;
2.3.2. Utiliza ferramentas de comunicação adequadas, com todos os intervenientes, de forma a permitir a comunicação honesta, a esperança realista, assim como o ajuste de expectativas;	- Inclusão de uma comunicação clara e eficaz;
2.3.3. Ajuda a pessoa a completar, gradualmente, as tarefas de desenvolvimento em fim de vida, em parceria com os cuidadores/familiares.	- Promoção de conversas de fim de vida;
	- Promoção de construção de legado e despedida entre familiares.

As Unidades de Competência 2.2 e 2.3 centram-se na promoção de parcerias terapêuticas eficazes entre profissionais de saúde, clientes e cuidadores/familiares, e na negociação partilhada de objetivos de cuidados.

Estes processos exigem uma abordagem colaborativa e contínua, sustentada numa comunicação autêntica, transparente e empática, onde as decisões são construídas com base nas necessidades, desejos e limites de todas as partes envolvidas.

Nos contextos clínicos vivenciados durante o ENP, tivemos oportunidade de participar ativamente na definição de metas terapêuticas realistas, sempre que o cliente se encontrava consciente, orientado e em condições de expressar a sua vontade. Estas metas foram discutidas em ambiente de escuta ativa, respeitando os valores, crenças e expectativas individuais.

Uma das expressões mais frequentes da vontade dos clientes foi o desejo de regressar ao domicílio para viver os últimos dias de vida. Contudo, nem sempre esse objetivo foi viável, quer por limitações físicas, sociais ou emocionais dos cuidadores/familiares, quer por exigências clínicas que requeriam monitorização e apoio contínuo especializado. Nessas situações, a negociação de cuidados assumiu um papel essencial, exigindo ajustamento de expectativas com base numa comunicação clara e informada, validando o sofrimento emocional das partes e promovendo decisões partilhadas com sentido e dignidade.

Nos casos em que o regresso a casa foi possível, especialmente no contexto EIHS CP, destacamos o papel das conferências familiares como intervenções estruturadas, fundamentais para planear a alta de forma segura. Nessas ocasiões, foram discutidas complicações possíveis, estratégias de atuação, e garantido o acompanhamento telefónico da equipa em horário definido. A participação nestas conferências permitiu-nos compreender a importância de capacitar os cuidadores/familiares, reduzindo a insegurança e aumentando a confiança na prestação de cuidados no domicílio.

Esta experiência realçou ainda a necessidade premente de ampliar o suporte assistencial, idealmente disponível 24 horas por dia, uma vez que os momentos de agudização e sofrimento não seguem horários previsíveis. A inexistência desse apoio pode levar ao internamento indesejada ou à morte em contexto hospitalar, contrariando os desejos previamente manifestados pelos clientes.

Tabela 8: Unidade de competência 2.4., critérios de avaliação e respetivas atividades desenvolvidas no ENP

Unidade de competência	2.4. Reconhece os efeitos da natureza do cuidar na pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, nos seus cuidadores/familiares, sobre si, outros
Unidade de competência	Atividades
2.4.1. Identifica fatores de risco e situações problemáticas, associados a exaustão física e emocional;	- Avaliação das necessidades do cliente e do familiar/ cuidador;
2.4.2. Utiliza estratégias eficazes de autocuidado para minimizar fatores geradores de stress relacionados com a dependência crescente e a proximidade da morte;	- Informar acerca de estratégias eficazes de autocuidado para minimizar fatores geradores de stress; - Participação de reuniões relacionadas com a espiritualidade, orientadas pelo representante espiritual da instituição, na EIHSCP;
2.4.3. Desenvolve estratégias de apoio aos restantes intervenientes no processo de cuidar.	- Participação em dinâmicas de auto-conhecimento,

Por fim, a Unidade de Competência 2.4 refere-se à capacidade do enfermeiro especialista em reconhecer os impactos emocionais, físicos e psicológicos decorrentes do processo de cuidar de pessoas com doença grave, avançada e incurável, tanto nos cuidadores/familiares como nos próprios profissionais de saúde.

Constatámos que a sobrecarga física e emocional dos cuidadores/familiares era uma realidade transversal aos dois contextos clínicos, manifestando-se sob diversas formas: cansaço, ansiedade, angústia, insegurança e sentimentos de impotência perante a evolução da doença. Como referimos anteriormente existe um medo de cuidar do familiar no domicílio e que os sintomas progridam e se sintam impotentes para os resolver. Nessas circunstâncias, procurámos validar e acolher os sentimentos expressos, reconhecendo o empenho e dedicação destes cuidadores e reforçando a importância do seu papel como elementos centrais da unidade de cuidados.

Além disso, incentivávamos o autocuidado e repouso, assegurando que a equipa de saúde garantiria a continuidade dos cuidados com qualidade e humanização, mesmo na ausência temporária dos cuidadores. O que percebemos que nem sempre é possível. Esta abordagem visou promover segurança emocional e aliviar o sentimento de culpa, frequentemente presente nestes contextos.

Importa destacar que também os profissionais de saúde estão expostos a elevados níveis de stress e desgaste emocional, resultantes da proximidade contínua com o sofrimento, a morte e os processos de perda. No contexto da EIHS CP, observámos uma cultura institucional promotora de bem-estar emocional, materializada em momentos regulares de partilha e reflexão em equipa, bem como em encontros informais após o horário de trabalho. Tais práticas revelaram-se eficazes no reforço dos laços interpessoais, na prevenção do burnout e na criação de um ambiente seguro para a expressão emocional.

Na UCP, o final das passagens de turno era, muitas vezes, utilizado como espaço espontâneo de desabafo e suporte entre colegas, revelando-se igualmente uma estratégia relevante de autorregulação emocional e coesão da equipa. Estas práticas, embora simples, são fundamentais para sustentar o equilíbrio emocional dos profissionais, contribuindo para uma prestação de cuidados mais empática, atenta e resiliente.

SINTESE FINAL

Este relatório representa o culminar de um percurso profundamente enriquecedor e transformador. O leque de experiências clínicas proporcionado pelo Estágio de Natureza Profissional permitiu-nos experimentar uma prática clínica especializada, na qual pudemos aplicar, consolidar e expandir os nossos conhecimentos, assim como desenvolver competências essenciais à prática avançada em enfermagem, tanto no âmbito das competências comuns como específicas da área dos cuidados paliativos.

Este processo foi marcado pela constante articulação entre a teoria e a prática, através da utilização de metodologia reflexiva e da pesquisa contínua de evidência científica, no sentido de perceber e alargar conhecimentos teóricos com base em investigação clínica. Tal possibilitou-nos adquirir uma base sólida de conhecimento científico útil para a tomada de decisão clínica devidamente fundamentada. A reflexão crítica sobre as ações desenvolvidas revelou-se essencial para consolidar aprendizagens, compreender a lógica que sustenta a intervenção especializada e alinhar as nossas práticas com os princípios filosóficos, científicos éticos e humanistas dos cuidados paliativos.

E porque era nosso intuito aprofundarmos conhecimento sobre UDHV, durante este percurso desenvolvemos uma revisão de literatura tipo scoping seguindo a metodologia da JBI, que muito nos ajudou a entendermos o conceito e os cuidados a atender com estes clientes.

Neste relatório final do Estágio de Natureza Profissional, realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com especialização na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, procuramos apresentar, de forma crítica e reflexiva, as diversas atividades levadas a cabo nos contextos clínicos de uma UCP e de Uma EIHS CP onde decorreu a prática.

O principal objetivo deste percurso formativo foi o desenvolvimento efetivo das competências específicas e comuns estabelecidas nos Regulamentos n.º

429/2018 e n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, com vista à conclusão do mestrado e posterior validação e atribuição do título de enfermeiro especialista.

Apesar de exigente, o percurso foi superado com empenho, sentido de responsabilidade e constante reflexão crítica.

De acordo com diversos autores mencionados ao longo deste relatório, a aquisição de competências profissionais está intrinsecamente ligada à idoneidade dos contextos de prática clínica, ao tipo e número de experiências práticas proporcionadas, ao acompanhamento empenhado e competente dos tutores especializados e ainda à reflexão crítica sobre essas mesmas experiências e atividades.

Compreendemos que o desenvolvimento de competências não se limita à aquisição de conhecimentos técnicos, mas implica a capacidade de interpretar contextos, tomar decisões éticas, mobilizar recursos e integrar o saber em ação. As competências são percursos profissionais em desenvolvimento tal como teoriza Boterf (2002) e comprova Patricia Benner (2001).

Em ambas as unidades, foi possível observar um forte compromisso por parte das equipas em acolher, ensinar e integrar estagiários, proporcionando um ambiente propício ao desenvolvimento de competências e ao crescimento pessoal e profissional. A diversidade de experiências contribuiu significativamente para consolidar uma visão abrangente e humanizada do cuidado.

Compreendemos com maior profundidade a importância de uma abordagem holística, centrada na pessoa e nas suas múltiplas dimensões, física, emocional, espiritual e social.

A definição de um conceito central, cuidados em últimos dias horas de vida, a partir do qual o desenvolvimento de competências se deu, permitiu o aprofundamento de conhecimentos e de necessidades de cuidados a clientes nesta situação.

Implementar cuidados verdadeiramente centrados na pessoa foi uma das aprendizagens mais significativas. Este processo implicou respeitar a

individualidade de cada cliente, as suas crenças, valores e história de vida, exigindo de nós sensibilidade, disponibilidade e empatia. Aliado à comunicação eficaz e ao trabalho em equipa, este conjunto de competências revelou-se crucial em todas as fases do percurso do cliente em cuidados paliativos, fortalecendo o vínculo terapêutico e promovendo um cuidado mais compassivo.

Apesar destes avanços, reconhecemos que persistem desafios na operacionalização de uma abordagem integral ao cliente. As limitações de tempo, recursos humanos e ferramentas específicas de avaliação dificultam, por vezes, a prestação de cuidados verdadeiramente holísticos. A não utilização de instrumentos padronizados para avaliação da complexidade dos casos, do prognóstico ou mesmo de etiquetas diagnósticas ajustadas pode comprometer a continuidade e a qualidade dos cuidados.

O conhecimento teórico só se torna relevante quando aplicado com discernimento e sensibilidade às necessidades singulares de cada cliente e cuidador/familiar.

Em conclusão, todo o percurso formativo deste mestrado, aliado à experiência clínica vivida no estágio, foi determinante para o nosso amadurecimento pessoal e profissional. Saímos deste processo com uma identidade profissional mais sólida, mais conscientes da nossa responsabilidade enquanto especialistas e mais preparados para desenvolver cuidados que valorizem a dignidade humana e promovam o bem-estar daqueles que enfrentam o sofrimento e os seus últimos dias horas de vida.

Acreditamos, convictamente, que a formação especializada nos dotou das ferramentas necessárias para fazer a diferença na vida dos clientes e famílias em situação paliativa. Esta experiência marcou-nos profundamente, tanto a nível pessoal como profissional, e será, sem dúvida, um alicerce para nós como pessoa e para uma prática de enfermagem mais competente, humanizada e transformadora

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbaspour, H., & Heydari, A. (2021). Concept analysis of end-of-life care. *Journal of Caring Sciences*, 11(3), 172. <https://doi.org/10.34172/jcs.2022.037>
- Abraham, M. (2018). *Maslow's hierarchy of needs*. SimplyPsychology. <https://www.simplypsychology.org/maslow.html>
- Adejoh, S. O., Boele, F., Akeju, D., Dandadzi, A., Nabirye, E., Namisango, E., Namukwaya, E., Ebenso, B., Nkhoma, K., & Allsop, M. J. (2021). The role, impact, and support of informal caregivers in the delivery of palliative care for patients with advanced cancer: A multi-country qualitative study. *Palliative Medicine*, 35(3), 552–562. <https://doi.org/10.1177/0269216320974925>
- Almeida, C., & Abreu, W. (2014). *As necessidades do doente em fim de vida: uma perspetiva de Enfermagem*. *Revista Portuguesa de Cuidados Paliativos*, 11(2), 86–92.
- Bailey, F. A., Burgio, K. L., Woodby, L. L., Williams, B. R., Redden, D. T., Kovac, S. H., . . . Goode, P. S. (2005). Improving processes of hospital care during the last hours of life. *Archives of Internal Medicine*, 165(15), 1722-1727. doi: 10.1001/archinte.165.15.1722
- Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Tulsky, J. A., & Fryer-Edwards, K. A. (2019). Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 69(2), 144–156. <https://doi.org/10.3322/caac.21557>
- Back, A. L., Arnold, R. M., & Tulsky, J. A. (2019). *Mastering communication with seriously ill patients: Balancing honesty with empathy and hope*. Cambridge University Press.
- Back, A. L., Fromme, E. K., & Meier, D. E. (2019). Training clinicians with communication skills needed to match medical treatments to patient values. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(S2), S435–S441.

- Ballentine, J. M. (2018). *The five trajectories: Supporting patients during serious illness*. California State University Shiley Institute for Palliative Care. <https://dl.icdst.org/pdfs/files3/e05db244c15801597e435c8fc4fd4039.pdf>
- Boterf, G. L. (2002). *Construire les compétences individuelles et collectives: Agir et réussir avec compétence*. Paris: Éditions d'Organisation.
- Braga, B., Rodrigues, J., Alves, M., & Neto, I. G. (2017). Guia prático da abordagem da agonia. *Medicina Interna*, 24(1), 48-55. <https://doi.org/10.24950/rspmi.578>
- Brandt, H. E., Ooms, M. E., Deliens, L., van der Wal, G., & Ribbe, M. W. (2006). The last two days of life of nursing home patients - A nationwide study on causes of death and burdensome symptoms in the Netherlands. *Palliative medicine*, 20(5), 533-540. <https://doi:10.1191/0269216306pm1164>
- Brazier, M., & Cave, E. (2020). *Medicine, patients and the law* (6th ed.). Manchester University Press.
- Breitbart, W. (2017). *Meaning-centered psychotherapy in the cancer setting: Finding meaning and hope in the face of suffering*. Oxford University Press.
- Breitbart, W., & Alici, Y. (2019). Psychosocial aspects of palliative care. *Journal of Psychosocial Oncology*, 37(2), 163–180. <https://doi.org/10.1080/07347332.2019.1546630>
- Brownstein, H., Hayes, B., Simadri, A., Tacey, M., & Holbeach, E. (2021). Care to the end: A retrospective observational study of aged care facility residents transferred to hospital in the last day of life. *Internal Medicine Journal*, 51(1), 27–32. <https://doi.org/10.1111/imj.15084>
- Cardoso, M., Silva, A., & Costa, R. (2023). Práticas de cuidados paliativos centrados no doente: Evidências e recomendações. *Revista de Cuidados Continuados*, 9(2), 145–159.
- Cassel, E. J. (2019). *The nature of suffering and the goals of medicine*. Oxford University Press.

- Cerqueira, M. (2015). *Pessoa em fim de vida e família: o processo de cuidados no sofrimento*. Lisboa: Novas Edições Acadêmicas.
- Cherny, N. I., Fallon, M., Kaasa, S., Portenoy, R. K., & Currow, D. C. (2020). *Oxford textbook of palliative medicine* (5th ed.). Oxford University Press.
- Chochinov, H. M. (2007). Dignity and the essence of medicine: The A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ*, 335(7612), 184–187. <https://doi.org/10.1136/bmj.39244.650926.47>
- Clayton, J. M., Hancock, K. M., Butow, P. N., Tattersall, M. H., & Currow, D. C. (2007). Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers. *Medical Journal of Australia*, 186(12), S77–S108. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01073.x>
- Clayton, J. M., Hancock, K. M., Butow, P. N., Tattersall, M. H. N., & Currow, D. C. (2022). Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers. *Medical Journal of Australia*, 216(9), 446–453. <https://doi.org/10.5694/mja2.51599>
- Clayton, J. M., Hancock, K. M., & Butow, P. N. (2022). Ethics and end-of-life decision making in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 63(4), 834–842. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.01.005>
- Connor, S. R., & Sepulveda, C. (2020). *Global atlas of palliative care at the end of life* (2nd ed.). Worldwide Hospice Palliative Care Alliance.
- Davies, A., Waghorn, M., Boyle, J., Gallagher, A., & Johnsen, S. (2015). Alternative forms of hydration in patients with cancer in the last days of life: Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 16(1), Article 579. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0988-3>

- De Vlieger, M., Gorchs, N., Larkin, P., & Porchet, F. (2018). *A guide for the development of palliative nurse education in Europe*. EAPC Task Force on Nursing Education.
- Ding, J., Johnson, C. E., Qin, X., Ho, S. C. H., & Cook, A. (2021). Palliative care needs and utilisation of different specialist services in the last days of life for people with lung cancer. *European Journal of Cancer Care*, 30(1), e13331. <https://doi.org/10.1111/ecc.13331>
- Domeisen Benedetti, F., Ostgathe, C., Clark, J., Costantini, M., Daud, M. L., Grossenbacher-Gschwend, B., ... Eychmüller, S. (2013). International palliative care experts' view on phenomena indicating the last hours and days of life. *Supportive Care in Cancer*, 21(6), 1509–1517. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1677-3>
- Echteld, M. A., Deliens, L., Van Der Wal, G., Ooms, M. E., & Ribbe, M. W. (2004). Palliative care units in the Netherlands: Changes in patients' functional status and symptoms. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28(3), 233–243. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2003.12.019>
- Ellershaw, J., Smith, C., Overill, S., Walker, S. E., Aldridge, J., Ellershaw, J., . . . Aldridge, J. (2001). Care of the dying: setting standards for symptom control in the last 48 hours of life. *Journal of Pain & Symptom Management*, 21(1), 12-17.
- Ellershaw, J., & Ward, C. (2003). Care of the dying patient: the last hours or days of life. *BMJ (Clinical research ed.)*, 326(7379), 30-34.
- Ellershaw, J. E., Kinder, C., Aldridge, J., Allison, M., & Smith, J. C. (2002). Care of the dying: Is pain control compromised or enhanced by continuation of the fentanyl transdermal patch in the dying phase? *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(4), 398–403. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(02\)00507-9](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(02)00507-9)
- Enck, R. E. (1992). The last few days. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 9(4), 11–13. <https://doi.org/10.1177/104990919200900403>

- Ferrell, B. R. (2019). *National consensus project for quality palliative care guidelines*. National Coalition for Hospice and Palliative Care.
- Ferrell, B. R., & Coyle, N. (2018). *Oxford textbook of palliative nursing* (5th ed.). Oxford University Press.
- Ferrell, B. R., Twaddle, M. L., Melnick, A., & Meier, D. E. (2023). National consensus project clinical practice guidelines for quality palliative care, 5th edition: Overview and implications. *Journal of Palliative Medicine*, 26(1), 13–21. <https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0428>
- Ferris, F. D. (2004). Last hours of living. *Clinics in Geriatric Medicine*, 20(4), 641–667. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2004.07.011>
- Ferris, F. D., von Gunten, C. F., & Emanuel, L. L. (2003). Competency in End-of-Life Care: Last Hours of Life. *Journal of palliative medicine*, 6(4), 605-613.
- Freemantle, A., & Seymour, J. (2012). Why is the Liverpool care pathway used for some dying cancer patients and not others? Healthcare professionals' perspectives. *BMC Research Notes*, 5, 524. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-524>
- Gamondi, C., Larkin, P., & Payne, S. (2013a). Core competencies in palliative care: An EAPC white paper on education and training. *Palliative Medicine*, 27(8), 768–779. <https://doi.org/10.1177/0269216313499269>
- Gamondi, C., Larkin, P., & Payne, S. (2013b). Building the bridge: Linking theory and practice in palliative care education. *European Journal of Palliative Care*, 20(4), 158–161.
- Gonçalves, J. F., Alvarenga, M., & Silva, A. (2003). The last forty-eight hours of life in a Portuguese palliative care unit: Does it differ from elsewhere? *Journal of Palliative Medicine*, 6(6), 895–900. <https://doi.org/10.1089/109662103322654776>
- Gozzi, F. P., Fertoni, H. P., & Baggio, M. A. (2020). A formação por competências: contribuições para a prática clínica do enfermeiro. *Revista*

Brasileira de Enfermagem, 73(3), e20180289.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0289>

- Grond, S., Zech, D., Schug, S. A., Lynch, J., & Lehmann, K. A. (1991). Validation of World Health Organization guidelines for cancer pain relief during the last days and hours of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 6(7), 411–422. [https://doi.org/10.1016/0885-3924\(91\)90039-7](https://doi.org/10.1016/0885-3924(91)90039-7)
- Hall, P., Schroder, C., & Weaver, L. (2002). The last 48 hours of life in long-term care: A focused chart audit. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(3), 501–506. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50117.x>
- Heijltjes, M. T., van Zuylen, L., van Thiel, G. J., van Delden, J. J., & van der Heide, A. (2023). Symptom evolution in the dying. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 13(1), 121–124. <https://doi.org/10.1136/spcare-2022-003718>
- Henderson, A., Rowe, J., Watson, K., & Hitchen-Holmes, D. (2021). Communication in nursing practice: Exploring the complexities of practice. *Nursing Outlook*, 69(3), 325–332. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.02.006>
- Hesse, M., Kotkamp-Mothes, N., & Stiel, S. (2019). Holistic approach to palliative care: Integrating physical, psychological, and spiritual dimensions. *Palliative Care Review*, 15(2), 25–30.
- Higginson, I. J., Gao, W., Jackson, D., Murray, J., & Harding, R. (2021). Short-form Zarit Caregiver Burden Interviews were valid in advanced conditions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 129, 56–64. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.09.013>
- Hui, D., dos Santos, R., Chisholm, G., Bansal, S., Silva, T. B., Kilgore, K., . . . Bruera, E. (2014). Clinical signs of impending death in cancer patients. *Oncologist*, 19(6), 681-687. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2013-0457>
- Hui, D., Elsayem, A., Palla, S., & Bruera, E. (2013). Symptoms, outcome, and resource utilization among cancer patients receiving outpatient palliative

- care. *Journal of Clinical Oncology*, 31(20), 2589–2596.
<https://doi.org/10.1200/JCO.2012.47.1119>
- International Council of Nurses. (2021). *Code of Ethics for Nurses*. Geneva: ICN.
- Jacobucci, K. A. (2021). The role of communication in enhancing patient-centered care in palliative settings. *Palliative & Supportive Care*, 19(4), 432–438. <https://doi.org/10.1017/S1478951521000028>
- Julião, M. (2014). Dignidade em cuidados paliativos: Reflexões sobre a prática clínica. *Cuidados Paliativos Hoje*, 12(3), 56–64.
- Kehl, K. A. (2007). *Materials used by hospices to prepare families for death*. University of Wisconsin - Madison. Retrieved from <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=ccm&AN=109849123&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Khoo Siew, B. (2005). The last hours and days of life: a biopsychosocial--spiritual model of care. *Asia Pacific Family Medicine*, 4, 1-3.
- Klapwijk, M. S., Dekker, N. L., Caljouw, M. A. A., Achterberg, W. P., & van der Steen, J. T. (2020). Experiences with the Liverpool care pathway for the dying patient in nursing home residents: A mixed-method study to assess physicians and nurse practitioners' perceptions. *BMC Palliative Care*, 19(1), 183. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00686-y>
- Knaul, F. M., Bhadelia, A., Rodriguez, N. M., Arreola-Ornelas, H., & Zimmermann, C. (2018). The Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief—findings, recommendations, and future directions. *The Lancet Global Health*, 6, S5-S6.
[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(18\)30082-2](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30082-2)
- Leadership Alliance for the Care of Dying People. (2014). *Summary of engagement on proposed outcomes and guiding principles for care in the last days of life: Liverpool Care Pathway reviews – response to recommendations*. UK Government.

https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7ddbe7e5274a5eaea66c3d/Engagement_summary.pdf

Lei de Bases de Cuidados Paliativos n.º 52/2012. (2012). Diário da República, I Série n.º 172. <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>

Lei Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida n.º 31/2018. (2018). Diário da República, I <https://files.dre.pt/1s/2018/07/13700/0323803239.pdf>

Linge-Dahl, L., Henoch, I., Ternestedt, B. M., & Andershed, B. (2023). Symptom relief and quality of life in patients receiving palliative care: A longitudinal study. *Palliative and Supportive Care*, 21(2), 214–222. <https://doi.org/10.1017/S1478951523001143>

Lokker, M. E., van der Heide, A., Oldenmenger, W. H., van der Rijt, C. C. D., & van Zuylen, L. (2021). Hydration and symptoms in the last days of life. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 11(3), 335–343. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2018-001729>

MacCallam, J., & Higgins, P. (2014). The role of multidisciplinary teams in palliative care: Evidence from systematic reviews. *Journal of Palliative Medicine*, 17(4), 412–419. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0512>

Maslow, A. H. (2018). *Maslow's hierarchy of needs*. SimplyPsychology. <https://www.simplypsychology.org/maslow.html>

McLeod, S. A. (2018). *Maslow's hierarchy of needs*. SimplyPsychology. <https://www.simplypsychology.org/maslow.html>

Meier, D. E., McCormick, E., & Arnold, R. M. (2022). Palliative care: How, when, and why? *The BMJ*, 376, e063620. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-063620>

Mercadante, S., Valle, A., Porzio, G., Costanzo, B. V., Fusco, F., Aielli, F., Casuccio, A. (2011). How do cancer patients receiving palliative care at home die? A descriptive study. *Journal of Pain and Symptom*

Management, 42(5), 702–709.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.01.014>

Metzger, G. U. (2023). A shelter from the abyss: exploring Cicely Saunders' vision of hospice care through the concept of worldview. *Palliat Care Soc Pract*, 17, 26323524231156943. <https://doi.org/10.1177/26323524231156943>

Milne, A., & Larkin, M. (2015). Knowledge generation about care-giving in palliative care: A critical literature review. *Palliative Medicine*, 29(4), 292–309. <https://doi.org/10.1177/0269216314566069>

Morita, T., Ichiki, T., Tsunoda, J., Inoue, S., & Chihara, S. (1998). A prospective study on the dying process in terminally ill cancer patients. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 15(4), 217–222. <https://doi.org/10.1177/104990919801500407>

National Institute for Health and Care Excellence (2015). Care of dying adults in the last days of life. NICE Guideline (NG31) <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31/resources/care-of-dying-adults-in-the-last-days-of-life-pdf-1837387324357>

Nadimi, F., & Currow, D. C. (2011). As death approaches: A retrospective survey of the care of adults dying in Alice Springs Hospital. *Australian Journal of Rural Health*, 19(1), 4–8. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2010.01169.x>

Neto, I. G. (2016a). Cuidados na agonia. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (3ª ed., pp. 317–330). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Neto, I. G. (2016b). Modelos de controlo sintomático. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (3ª ed., pp. 43–48). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

- Neto, I. G. (2016c). O papel da família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 29(1), 55–60.
- Neto, I. G. (2018). Controle de sintomas. In R. Nunes, F. Rego, & G. Rego (Eds.), *Enciclopédia Luso-Brasileira de Cuidados Paliativos* (1ª ed., pp. 119–125). Edições Almedina, S.A.
- Neudert, C., Oliver, D., Wasner, M., & Borasio, G. D. (2001). The course of the terminal phase in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Journal of Neurology*, 248(7), 612–616. <https://doi.org/10.1007/s004150170140>
- Pastrana, T., Jünger, S., Ostgathe, C., Elsner, F., & Radbruch, L. (2008). A matter of definition – Key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliative Medicine*, 22(3), 222–232. <https://doi.org/10.1177/0269216308089803>
- Patterson, C., & Foreman, L. (2024). COVID-19 and end of life in a quaternary Australian hospital: Referral for palliative care consultation. *Palliative Medicine Reports*, 5(1), 3–9. <https://doi.org/10.1089/pmr.2023.0069>
- Perrenoud, P. (1997). *Construir competências desde a escola*. Porto Alegre: Artmed.
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM Evidence Synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Phillips, J. L., & Currow, D. C. (2019). The growth of palliative care in response to aging populations and increased demand. *Palliative Medicine*, 33(6), 663–669. <https://doi.org/10.1177/0269216319854947>
- Pillay, B., Lee, S. J., Ludwig, C., & Naganathan, V. (2016). Multidisciplinary palliative care teams improve patient and caregiver outcomes. *Palliative Medicine*, 30(3), 197–203. <https://doi.org/10.1177/0269216315611320>

- Pinto, M., Cardoso, L., & Costa, R. (2024). Decisões partilhadas em cuidados paliativos: Impacto na experiência do doente e da família. *Revista de Cuidados Paliativos*, 11(1), 1–12.
- Powazki, R., Walsh, D., & Loughran, P. (2014). Family conferences in palliative medicine: A model for patient and family-centered care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 31(6), 678–685. <https://doi.org/10.1177/1049909113503817>
- Radbruch, L., Payne, S., & European Association for Palliative Care (EAPC). (2020). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 2. *Palliative Medicine*, 34(2), 159–177. <https://doi.org/10.1177/0269216320903214>
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., et al. (2020). Redefining palliative care: A new consensus-based definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 754–764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II Série, n.º 26. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II Série, n.º 135. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Rhondali, W., Perez-Cruz, P., Hui, D., et al. (2014). Family meetings in palliative care: Multidisciplinary approach. *Journal of Palliative Medicine*, 17(10), 1152–1159.
- Sapeta, P., & Lopes, M. (2010). Nursing care to patients in the last hours of life in an acute care hospital. *Medicina Paliativa*, 17(1), 31-36.
- Saunders, C. (2000). *The evolution of palliative care: A personal perspective*. Oxford University Press.

- Scarton, L. J., Silva, A. T., & Gomes, M. F. (2018). Supporting family caregivers in palliative care: Challenges and strategies. *Journal of Palliative Supportive Care*, 16(3), 312–318.
- Searle, C., & McInerney, F. (2008). Creating comfort: Nurses' perspectives on pressure care management in the last 48 hours of life. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 29(2), 147-158.
- Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2019). Palliative care: The World Health Organization's global perspective. *The Lancet*, 377(9774), 1658–1667. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60354-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60354-3)
- Steinhauser, K. E., Christakis, N. A., Clipp, E. C., et al. (2008). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA*, 284(19), 2476–2482. <https://doi.org/10.1001/jama.284.19.2476>
- Tam, K. I., Haycock-Stuart, E., & Rhynas, S. J. (2021). Case study analysis of end of life care development in the Chinese cultural context of Macao: a social movement perspective. *BMC palliative care*, 20, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00807-1>
- Teno, J. M., Gozalo, P. L., Bynum, J. P., et al. (2013). Change in end-of-life care for Medicare beneficiaries. *JAMA*, 309(5), 470–477. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.207624>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Tripodoro, V. A., Goldraij, G., Daud, M. L., Veloso, V. I., Pérez, M. D. V., De Vito, E. L., & De Simone, G. G. (2019). Analysis of the results of a palliative care quality program for the last days of life: Ten years of experience. *Medicina (Argentina)*, 79(6), 468-476.

- Tse, D. M. W., Chan, K. S., Lam, W. M., Lau, K. S., & Lam, P. T. (2007). The impact of palliative care on cancer deaths in Hong Kong: A retrospective study of 494 cancer deaths. *Palliative medicine*, 21(5), 425-433. <https://doi.org/10.1177/0269216307079825>
- Twycross, R. (2003). *Introducing palliative care* (4th ed.). Oxon: Radcliffe Medical Press.
- Van Deijck, R. H. P. D., Hasselaar, J. G. J., Verhagen, S. C. A. H. H. V. M., Vissers, K. C. P., & Koopmans, R. T. C. M. (2016). Level of Discomfort Decreases After the Administration of Continuous Palliative Sedation: A Prospective Multicenter Study in Hospices and Palliative Care Units. *Journal of Pain & Symptom Management*, 52(3), 361-369. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.05.008>
- White, N., Reid, F., Harries, P., Harris, A. J. L., Minton, O., McGowan, C., . . . Stone, P. (2019). The (un)availability of prognostic information in the last days of life: A prospective observational study. *BMJ Open*, 9(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030736>
- Von Post, H., & Wagman, P. (2019). Family-centered palliative care: A framework for implementation. *International Journal of Palliative Nursing*, 25(4), 152–159. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2019.25.4.152>
- Welsch, C., & Gottschling, S. (2021). Communication in pediatric palliative care: Addressing the challenges. *Pediatric Palliative Care Journal*, 9(2), 50–60. <https://doi.org/10.1007/s43681-021-00043-2>
- White, N., Oostendorp, L., Vickerstaff, V., & Murtagh, F. E. M. (2019). How accurate is the ‘Surprise Question’ at identifying patients at the end of life? A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 9(9), e030736. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030736>
- World Health Organization. (1986). *Cancer pain relief*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/43944>

- World Health Organization. (1998). *Cancer pain relief and palliative care in children*. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42001>
- World Health Organization. (2002). *National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines* (2nd ed.). World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42494>
- World Health Organization. (2021). *Palliative care: Key facts*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- World Health Organization. (2024). *ICD-11 for mortality and morbidity statistics*.
<https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1404135736>
- Wittenberg, E., Ferrell, B., Goldsmith, J., & Buller, H. (2023). Communication in palliative care: Implications for nursing practice. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 25(1), 6–13.
<https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000873>
- Yang, X., Chen, H., & Zhang, L. (2018). Decision-making in palliative care: Preferences and challenges. *Journal of Palliative Medicine*, 21(6), 753–760. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0378>

APÊNDICES

APÊNDICE A. CASO 1 – EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

I. I0494_I_E4NURSING_I

A D. C. de 75 anos, reformada, solteira, residente sozinha em Guimarães, foi diagnosticada em novembro de 2019 com um carcinoma invasor da mama direita. A cliente tinha como única rede de apoio uma sobrinha residente nas proximidades, a qual, apesar da proximidade geográfica e afetiva, se encontrava profissionalmente ativa, não podendo assumir o papel de cuidadora principal.

Após o diagnóstico, a cliente iniciou tratamento com quimioterapia neoadjuvante, completando os ciclos até março de 2020. Em junho do mesmo ano, foi submetida a uma mastectomia radical da mama direita, seguindo-se tratamento adjuvante com radioterapia até agosto de 2020. Durante este período, revelou boa adesão ao plano terapêutico e manteve autonomia funcional compatível com a sua vida habitual.

Contudo, em agosto de 2023, foi identificada metastização óssea e pleural da neoplasia, representando um agravamento significativo do seu estado clínico e implicando a transição para uma abordagem não curativa. A partir desse momento, passou a ser acompanhada em consulta externa de cuidados paliativos, com o objetivo de controlo sintomático e de manutenção da qualidade de vida, dentro dos limites impostos pela progressão da doença.

Nos meses subsequentes, a cliente foi apresentando um declínio funcional progressivo, acompanhado de sintomas limitantes como dor óssea, dispneia, cansaço extremo e episódios de ansiedade associados ao agravamento do estado clínico. A evolução sintomática culminou, em outubro de 2023, com um episódio agudo de descompensação, caracterizado por agravamento da dispneia, aumento marcado da dependência para atividades básicas da vida diária, e intensificação do quadro algico, não responsivo à medicação domiciliária habitual. Diante deste cenário, foi internada no serviço de medicina do hospital de referência.

Durante o internamento, a avaliação clínica permitiu reconhecer que a cliente se encontrava em fase de últimos dias ou horas de vida. Neste contexto, foi solicitada a intervenção da equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos, com o objetivo de reforçar o controlo sintomático e assegurar uma abordagem centrada na dignidade da pessoa, respeitando os princípios da proporcionalidade terapêutica e da não maleficência.

A cliente, já bastante debilitada, apresentava-se com flutuação da consciência, verbalização escassa, mas com momentos de lucidez nos quais expressava desconforto respiratório e medo da morte. A equipa de cuidados paliativos, em articulação com a equipa de enfermagem e o serviço de medicina, iniciou medidas de conforto, incluindo titulação de opioides para controlo da dor e da dispneia, uso

de benzodiazepinas para ansiedade, e medidas não farmacológicas de alívio, como posicionamento adequado e ambiente calmo.

A comunicação com a sobrinha foi estabelecida de forma contínua e empática, informando sobre a irreversibilidade do quadro clínico e a inevitabilidade do desfecho próximo. Foram explorados os valores da cliente, as suas preferências expressas anteriormente e a ausência de diretivas antecipadas de vontade. Dada a falta de condições familiares e sociais para o retorno ao domicílio, foi decidido manter o internamento hospitalar, assegurando um ambiente de contenção clínica e emocional até o momento do falecimento.

A D. C. faleceu cerca de três dias após o internamento, com sinais de alívio sintomático visível e presença de sua sobrinha. O processo de fim de vida decorreu sem medidas de suporte invasivo, privilegiando o conforto, o respeito pela autonomia da cliente e o apoio emocional da família.

Este caso ilustra, de forma paradigmática, a importância da integração precoce e efetiva dos cuidados paliativos nos percursos de doença oncológica avançada. Sublinha também a relevância da avaliação multidimensional, da comunicação centrada na pessoa e da articulação interprofissional para garantir um final de vida digno, livre de sofrimento evitável e conforme os valores e desejos da cliente.

1.1. Enquadramento teórico

O cancro é uma das principais causas de morte em todo o mundo, e a sua incidência continua a aumentar, especialmente em países de rendimento médio e elevado. Trata-se de uma doença multifatorial, que resulta da interação entre predisposições genéticas e fatores ambientais, como o tabagismo, a alimentação, a inatividade física, o consumo de álcool e a exposição a carcinógenos ambientais (World Health Organization [WHO], 2024). As células cancerígenas apresentam a capacidade de se replicarem de forma descontrolada, invadir tecidos circundantes e disseminar-se a distância, fenómeno conhecido como metastização (Hanahan, 2022).

O cancro da mama é o tipo de cancro mais comum entre mulheres a nível mundial, representando aproximadamente 1 em cada 8 casos de cancro (Sung et al., 2023). De acordo com os dados mais recentes do GLOBOCAN, foram registados, em 2022, cerca de 2,3 milhões de novos casos de cancro da mama e mais de 670 mil mortes atribuídas a esta patologia (Ferlay et al., 2023). Embora tradicionalmente associado ao sexo feminino, pode também ocorrer em homens, representando cerca de 1% do total de diagnósticos. A incidência tende a aumentar com a idade, sendo mais prevalente após os 50 anos (American Cancer Society, 2023).

Do ponto de vista histológico, a maioria dos cânceros da mama são classificados como carcinomas ductais invasivos, que representam cerca de 70-80% dos casos, seguidos dos carcinomas lobulares invasivos (10-15%) (Hammond, 2013). A avaliação dos recetores hormonais (RE e RP) e do recetor HER2 é fundamental para a definição do subtipo molecular do tumor, o que, por sua vez, influencia a escolha terapêutica e o prognóstico. Tumores com expressão positiva de recetores hormonais tendem a responder melhor à hormonoterapia, enquanto os tumores HER2 positivos, embora mais agressivos, podem beneficiar de terapias-alvo específicas como o trastuzumab (Cardoso et al., 2020).

Quando o cancro da mama se encontra em estágio avançado ou metastático, o objetivo do tratamento passa a ser paliativo, focado no controlo dos sintomas, na contenção da progressão tumoral e na promoção da qualidade de vida. Cerca de 5 a 10% dos casos são diagnosticados já em fase metastática, e entre 20 a 30% dos cânceros da mama em estágio precoce evoluem para metastização ao longo do tempo (Cardoso et al., 2020). As metástases ósseas são as mais frequentes, seguidas pelas metástases hepáticas, pulmonares e cerebrais (National Cancer Institute, 2024). O tratamento pode incluir quimioterapia, terapias-alvo, radioterapia e, sobretudo, cuidados paliativos integrados.

Os cuidados paliativos são definidos pela Organização Mundial da Saúde como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida de doentes com doenças potencialmente fatais e das suas famílias, através da prevenção e do alívio do sofrimento, mediante a identificação precoce, avaliação rigorosa e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2024). A integração precoce destes cuidados tem demonstrado benefícios clínicos significativos, incluindo melhor controlo sintomático, redução de internamentos hospitalares e melhoria da comunicação entre equipa de saúde e família (Temel et al., 2010).

Nos casos de cancro da mama metastático, como o da cliente D. C., os cuidados paliativos não se limitam à fase terminal da doença, mas devem ser introduzidos o mais cedo possível, em paralelo com os tratamentos oncológicos modificadores da doença. Esta abordagem conjunta permite preparar de forma gradual o cliente e a família para as transições da trajetória de doença, promover o planeamento antecipado de cuidados e respeitar os valores, preferências e autonomia da pessoa (Quill & Abernethy, 2013).

Além do controlo sintomático, os cuidados paliativos devem considerar as dimensões emocionais, sociais e espirituais da experiência de adoecer. O impacto psicológico do diagnóstico e da progressão da doença é frequentemente acompanhado por sentimentos de medo, ansiedade, luto antecipado e sofrimento existencial. A presença de uma rede de apoio social, formal ou informal, é um fator protetor importante, mas frequentemente insuficiente face à complexidade das necessidades (Hudson et al., 2011). Daí a importância da atuação de equipas multidisciplinares compostas por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais de saúde.

Por fim, importa destacar que a fase terminal da doença exige cuidados ainda mais sensíveis e ajustados à vulnerabilidade da pessoa. O reconhecimento clínico dos “últimos dias de vida” implica decisões éticas importantes, como a suspensão de tratamentos fúteis, a priorização do conforto e a promoção de um ambiente sereno e digno, seja no domicílio, em unidade de internamento ou em ambiente hospitalar (Wilkes & Barton-Burke, 2018). No caso da D. C., o internamento hospitalar com apoio da equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos foi determinante para assegurar uma morte sem sofrimento, em consonância com os princípios da dignidade, compaixão e proporcionalidade terapêutica.

I.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 75 anos | Feminino

I.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-10-19 08:00:00	Morfina 8mg SOS (1/1h) SC	
2023-10-19 08:00:00	Midazolam 2mg SOS SC	
2023-10-19 08:00:00	Microlax retal SOS	
2023-10-19 08:00:00	Brometo de Ipratrópio 20mcg (2puffs) 8/8h Inal	
2023-10-19 08:00:00	Metoclopramida 10mg 8/8h EV	
2023-10-19 08:00:00	Alprazolam 1mg (22h) VO	
2023-10-19 08:00:00	Lactulose 15ml 3xdia VO	
2023-10-19 08:00:00	Buprenorfina 105u 3/3dias TD	

I.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Alprazolam - é um medicamento pertencente ao grupo farmacológico das benzodiazepinas, com propriedades ansiolíticas, sedativas, miorrelaxantes e hipnóticas. Está indicado no tratamento sintomático de perturbações de ansiedade, incluindo ansiedade generalizada e perturbações do pânico (Infarmed, 2021). Atua como agonista do recetor GABA-A, potenciando a ação inibitória do ácido gama-aminobutírico (GABA) no sistema nervoso central, o que resulta numa redução da excitabilidade neuronal.

Disponível para administração oral nas formas de comprimido convencional e de libertação modificada, o alprazolam é geralmente utilizado a curto prazo, dada a sua capacidade de induzir tolerância e dependência física quando administrado por períodos prolongados (European Medicines Agency [EMA], 2020). Entre os efeitos adversos mais comuns destacam-se a sedação, sonolência, ataxia, alterações da memória, tonturas, cefaleia, disartria, obstipação, xerostomia, fadiga e irritabilidade. Em idosos e indivíduos vulneráveis, estes efeitos podem ser mais acentuados, com risco acrescido de quedas, confusão ou agravamento do comprometimento cognitivo (Bachhuber et al., 2016).

O uso prolongado ou em doses elevadas pode conduzir à dependência iatrogénica, sendo por isso fundamental que a sua descontinuação seja feita de forma gradual e supervisionada, para evitar sintomas de privação como agitação, insónia, tremores, taquicardia ou, em casos mais graves, convulsões (Infarmed, 2021; Lader, 2011).

No contexto clínico da cliente D. C., o recurso ao alprazolam foi motivado por queixas de sono não reparador, possivelmente associadas à ansiedade persistente quanto ao seu futuro, à perceção de perda de autonomia e à crescente consciência da evolução da sua doença oncológica. A cliente demonstrava um quadro de preocupação constante com o facto de não poder regressar a casa sem um cuidador, o que lhe gerava sentimentos de insegurança, tristeza e desamparo. Neste contexto, o uso do alprazolam visava aliviar a ansiedade antecipatória, reduzir a agitação noturna e promover o repouso, respeitando o princípio da proporcionalidade terapêutica em cuidados paliativos.

No entanto, tendo em conta a idade avançada da cliente e o seu estado funcional progressivamente debilitado, foi necessário monitorizar atentamente a resposta ao fármaco, bem como os potenciais efeitos adversos. A prescrição de benzodiazepinas em contexto paliativo exige um equilíbrio entre o benefício sintomático e os riscos farmacológicos, especialmente quando se antecipa um desfecho próximo. Nestes casos, a sua utilização deve ser sempre enquadrada numa abordagem individualizada e integrada no plano global de controlo sintomático (Wilkes & Barton-Burke, 2018).

Brometo de ipratrópio - é um fármaco broncodilatador anticolinérgico, largamente utilizado no tratamento da obstrução reversível das vias aéreas, nomeadamente em contextos de asma e doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), incluindo bronquite crónica e enfisema pulmonar (Infarmed, 2021). Atua por antagonismo competitivo dos recetores muscarínicos do músculo liso brônquico, promovendo o relaxamento da musculatura das vias aéreas e consequente alívio da obstrução brônquica (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2023).

A administração é feita por via inalatória, estando disponível em formulações de aerossol pressurizado e solução para nebulização, com início de ação relativamente rápido (15-30 minutos) e duração de efeito até 6 horas (NICE, 2021). O brometo de ipratrópio é frequentemente utilizado em

combinação com β_2 -agonistas de curta ação (como o salbutamol) em situações de dispneia aguda, sendo uma opção terapêutica segura e eficaz em contexto paliativo.

Os efeitos adversos mais comuns incluem tosse reflexa, irritação da garganta, xerostomia, náuseas, perturbações gastrointestinais (diarreia, obstipação, vômitos), tonturas e, mais raramente, efeitos sistêmicos em indivíduos sensíveis à atropina ou derivados (Infarmed, 2021).

No caso clínico da cliente D. C., a dispneia foi um dos sintomas marcantes na fase avançada da doença oncológica, estando provavelmente associada à metastização pleural diagnosticada em agosto de 2023. As metástases pleurais contribuem para o acúmulo de líquido (derrame pleural), diminuição da complacência pulmonar e limitação da troca gasosa, resultando numa sensação subjetiva de falta de ar, frequentemente acompanhada de ansiedade (Bausewein et al., 2018). A presença simultânea de fraqueza muscular e reserva ventilatória reduzida em doentes em fase terminal agrava ainda mais este sintoma debilitante.

O uso de broncodilatadores inalados, como o brometo de ipratrópio, pode constituir uma abordagem adjuvante útil no alívio da dispneia, sobretudo quando se suspeita de algum grau de broncospasmo associado. A sua aplicação por nebulização é vantajosa em doentes com dificuldade de coordenação inspiratória, como era o caso da D. C. na fase final da sua trajetória de doença. Embora os broncodilatadores não modifiquem a progressão do cancro, a sua utilização paliativa pode melhorar o conforto respiratório e reduzir a necessidade de terapêuticas mais invasivas (Wilcock et al., 2020).

A gestão da dispneia em cuidados paliativos deve ser multimodal, combinando intervenções farmacológicas (como opioides, benzodiazepinas, broncodilatadores, oxigenoterapia se indicada) com medidas não farmacológicas (posição do corpo, ventilação do ambiente, apoio psicológico). A escolha terapêutica deve considerar a etiologia multifatorial da dispneia, bem como os objetivos de cuidado definidos com o cliente e sua família (Bausewein et al., 2018; WHO, 2024).

Metoclopramida - é um antiemético e procinético amplamente utilizado no tratamento sintomático da náusea e vômitos de diversas etiologias, incluindo as associadas a processos oncológicos, terapêuticas citotóxicas, distúrbios gastrointestinais ou consequências da progressão de doença avançada (Infarmed, 2021). Atua como antagonista dos recetores da dopamina (D2) localizados na zona quimiorrecetora do bulbo raquidiano e, em menor grau, nos recetores 5-HT₃ serotoninérgicos. Promove ainda o esvaziamento gástrico e o aumento da motilidade intestinal, sendo particularmente útil na náusea de origem gástrica ou funcional (Hesketh, 2020).

Está disponível nas formas oral (comprimido) e injetável (intramuscular e intravenosa), o que permite a sua utilização em contextos ambulatoriais ou hospitalares, bem como em situações em que a via

oral esteja comprometida. A administração parenteral é geralmente reservada para fases mais avançadas da doença ou em episódios de vômito persistente e refratário.

Apesar da sua eficácia, a metoclopramida apresenta um perfil de efeitos adversos que exige atenção, sobretudo em idosos ou pessoas fragilizadas, como é frequente em contexto paliativo. Entre os efeitos indesejáveis destacam-se as reações extrapiramidais – como distonia aguda, discinesia tardia, síndrome parkinsoniano e acatisia – e, em menor grau, sonolência, alterações do nível de consciência, confusão, alucinações e diarreia (Infarmed, 2021; European Medicines Agency [EMA], 2019). A ocorrência destes sintomas é mais provável com doses elevadas ou uso prolongado, motivo pelo qual a metoclopramida deve ser utilizada em doses limitadas e por períodos curtos.

No caso da cliente D. C., a presença de náuseas e episódios esporádicos de vômitos foi uma manifestação intermitente durante a evolução da doença metastática, especialmente associada à progressão pleural, ao declínio do trânsito gastrointestinal, à caquexia e ao impacto emocional da doença. Em cuidados paliativos, estes sintomas têm um efeito profundo na qualidade de vida, afetando o apetite, o conforto e o bem-estar global do cliente (Porzio et al., 2012).

Por este motivo, foi prescrita metoclopramida em regime SOS (se necessário), permitindo à equipa clínica uma resposta célere e adaptada à intensidade dos sintomas. A abordagem sintomática foi realizada em consonância com os princípios de proporcionalidade terapêutica, buscando o alívio eficaz com o menor risco de efeitos adversos. A monitorização da resposta clínica e a vigilância para potenciais efeitos extrapiramidais foram consideradas prioritárias, especialmente numa cliente de idade avançada, com reserva funcional diminuída.

Em cuidados paliativos, a gestão da náusea e do vômito deve ser personalizada e baseada na etiologia provável, preferências do cliente, vias de administração disponíveis e interações farmacológicas. A metoclopramida, quando bem indicada, continua a ser uma opção terapêutica válida, eficaz e acessível neste contexto clínico (Ripamonti et al., 2021).

Microlax® - é um laxante de contacto de ação local, indicado para o tratamento sintomático da obstipação de segmento distal do intestino, especialmente a nível retal ou reto-sigmóideo. É composto por citrato de sódio, que atua como agente osmótico, e laurilsulfoacetato de sódio, um surfactante com propriedades lubrificantes e emulsionantes (Infarmed, 2017). Esta combinação facilita a retenção de água no lúmen intestinal e promove a estimulação mecânica da mucosa, resultando na indução rápida da defecação. A sua administração exclusiva é por via retal, através de microclister de dose única pré-enchido, o que torna o Microlax uma solução prática e eficaz, particularmente em contextos de cuidados agudos e paliativos.

Os efeitos são geralmente observados entre 5 a 20 minutos após a administração, o que o torna um recurso útil na gestão de obstipação de início agudo ou refratária a medidas orais. Os efeitos adversos são pouco frequentes, podendo incluir ligeira irritação retal, tenesmo ou, em raras ocasiões, desconforto abdominal (Infarmed, 2017; NICE, 2021).

No contexto clínico da cliente D. C., a obstipação era um sintoma presente de forma recorrente, e provavelmente multifatorial. Entre os fatores etiológicos destacam-se: o uso de opioides para controlo da dor oncológica (frequentemente associados à obstipação induzida por opioides), a redução da ingestão hídrica e alimentar, a imobilidade prolongada e o declínio do tônus muscular abdominal e perineal, comuns na fase avançada da doença. Em cuidados paliativos, a obstipação não tratada pode gerar mal-estar, dor abdominal, náuseas, sensação de plenitude e agitação, impactando negativamente a qualidade de vida (Larkin et al., 2015).

A escolha do Microlax© neste caso revelou-se apropriada, permitindo um alívio sintomático eficaz e minimamente invasivo, respeitando o estado funcional e cognitivo da cliente. A via retal, apesar de mais invasiva do ponto de vista psicológico, foi bem tolerada e permitiu resposta rápida, sem necessidade de fármacos sistémicos adicionais. A sua utilização foi integrada no plano individual de controlo sintomático, numa abordagem centrada na pessoa, com foco no conforto e na dignidade.

Lactulose - é um laxante osmótico amplamente utilizado no tratamento da obstipação crónica, tanto de origem primária como secundária a fármacos, com especial destaque para os opioides, frequentemente prescritos em contextos de dor oncológica (Infarmed, 2021). Quimicamente, trata-se de um dissacarídeo sintético, composto por galactose e frutose, que não é absorvido no intestino delgado. Ao chegar ao cólon, é fermentado pela flora bacteriana intestinal, resultando na produção de ácidos orgânicos (ácido láctico, acético e fórmico), que promovem a retenção de água no lúmen colónico, aumento do volume fecal e estimulação do peristaltismo (NICE, 2021).

A administração da lactulose é feita por via oral, geralmente em doses de 15 a 30 ml, uma a três vezes por dia, podendo ser ajustada conforme a resposta individual. É geralmente bem tolerada, mas os efeitos adversos mais comuns incluem flatulência, distensão abdominal, diarreia, náuseas, dor abdominal e, em casos prolongados ou de uso excessivo, alterações eletrolíticas como hipocalcemia e hipernatremia (Infarmed, 2021; Mayo Clinic, 2022).

No caso da cliente D. C., em fase avançada de doença oncológica e sob terapêutica com opioides para controlo da dor, a obstipação induzida por opioides constituía um risco clínico relevante e previsível. Os opioides atuam sobre os recetores μ -opioides (μ) localizados ao longo do trato gastrointestinal, resultando em redução da motilidade intestinal, aumento do tônus do esfíncter pilórico, diminuição da secreção intestinal e lentificação do trânsito colónico (Caraceni & Hanks, 2012). Esta combinação de efeitos interfere negativamente com a evacuação, contribuindo para um

quadro de obstipação funcional que pode ser causa significativa de desconforto, dor abdominal, anorexia e agitação.

A lactulose foi utilizada como medicação de primeira linha na prevenção e tratamento da obstipação, integrando o plano terapêutico da cliente de forma profilática, e não apenas reativa. Essa estratégia está alinhada com as recomendações de cuidados paliativos, que defendem a inclusão rotineira de um laxante sempre que se inicia terapêutica com opioides, a fim de preservar o conforto e a qualidade de vida do cliente (European Palliative Care Research Collaborative [EPCRC], 2013).

Ao longo da trajetória de doença, a vigilância dos hábitos intestinais da cliente e o ajuste individualizado da dose de lactulose permitiram prevenir complicações como impactação fecal ou necessidade de medidas mais invasivas. Esta abordagem proativa é essencial no contexto de cuidados paliativos, onde a gestão eficaz dos sintomas gastrointestinais representa um pilar do alívio do sofrimento e da dignidade no processo de morrer.

Buprenorfina - é um analgésico opioide semissintético de ação prolongada, pertencente ao grupo dos agonistas parciais dos recetores μ -opioides e antagonista dos recetores κ . Apresenta um perfil farmacodinâmico favorável para o controlo da dor oncológica moderada a intensa, particularmente em doentes com dor crónica e necessidade de analgesia contínua (Pergolizzi et al., 2020).

A via transdérmica de administração é uma das mais utilizadas em contexto de cuidados paliativos, dada a sua libertação contínua, absorção sustentada e comodidade posológica, com aplicações a cada 72 horas. A buprenorfina transdérmica está disponível em sistemas de 35, 52,5 e 70 $\mu\text{g/h}$, podendo ser adaptada a diferentes níveis de dor basal. Em situações práticas, o adesivo pode ser cortado – idealmente em diagonal – para ajustar a dose, embora este procedimento não seja oficialmente recomendado pelas fichas técnicas dos fabricantes (Infarmed, 2021; Fallon et al., 2018).

Entre os efeitos adversos mais comuns, destaca-se o eritema, prurido ou irritação local no ponto de aplicação. No entanto, estes sintomas são geralmente leves, autolimitados e tendem a diminuir com o tempo ou com a rotação do local de aplicação (Schug & Goddard, 2014). Os efeitos sistémicos são semelhantes aos de outros opioides, podendo incluir náuseas, obstipação, sonolência, tonturas e, mais raramente, depressão respiratória – embora o risco seja menor comparativamente a opioides de ação completa.

No caso da cliente D. C., com diagnóstico de carcinoma da mama com metastização óssea e pleural, a presença de dor crónica oncológica foi uma constante durante a fase avançada da doença. A dor óssea, em particular, tende a ser contínua, de intensidade variável e exacerbada por movimento, sendo frequentemente descrita como profunda, penetrante e debilitante. O uso de buprenorfina transdérmica constituiu uma opção terapêutica adequada, permitindo manter níveis plasmáticos

estáveis do analgésico, reduzir flutuações da dor e minimizar a necessidade de medicação oral adicional, o que era especialmente relevante numa doente com diminuição progressiva da capacidade de ingestão.

A adesividade e tolerabilidade do sistema transdérmico também se mostraram vantajosas, evitando picos de sonolência ou sedação excessiva. Ao longo do acompanhamento, o controlo da dor com buprenorfina foi monitorizado de forma regular, respeitando o princípio da titulação individualizada da analgesia, ajustando as doses conforme a resposta clínica e os efeitos adversos. Esta abordagem está alinhada com as recomendações internacionais para o controlo da dor oncológica em cuidados paliativos, que valorizam a analgesia contínua, eficaz e compatível com a qualidade de vida (WHO, 2018; Fallon et al., 2018).

Midazolam - é um fármaco pertencente à classe das benzodiazepinas, com propriedades sedativas, ansiolíticas, hipnóticas, anticonvulsivantes e miorrelaxantes. É utilizado em múltiplos contextos clínicos, incluindo a indução da anestesia, a sedação em procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, e, de forma relevante em cuidados paliativos, para o controlo da ansiedade, agitação, dispneia refratária e para a sedação paliativa (Bruera & Kim, 2020).

Está disponível nas formas de comprimido e solução oral para administração por via oral, e como solução injetável, podendo ser administrado por via intravenosa, subcutânea ou intramuscular, o que permite flexibilidade em contextos de cuidados domiciliários ou hospitalares (Infarmed, 2020). A sua ação é rápida, sobretudo quando administrado por via intravenosa ou subcutânea, com efeitos de curta duração, sendo particularmente útil na fase de UDHV, quando é necessário um controlo rápido de sintomas intensos.

Os efeitos adversos mais frequentemente associados ao midazolam incluem sonolência, sedação prolongada, redução do estado de alerta, confusão, amnésia anterógrada (cuja duração está relacionada com a dose administrada), tonturas, ataxia, exantema, urticária, prurido, fadiga e, menos frequentemente, reações paradoxais como euforia ou agitação (Infarmed, 2020; Currow et al., 2015).

No caso clínico da cliente D. C., diagnosticada com neoplasia mamária metastática em fase de UDHV, o midazolam foi prescrito em regime SOS, para ser utilizado em episódios de inquietação e agitação psicoemocional que provocassem desconforto significativo nos seus últimos dias e horas de vida. Estas manifestações, que podem ocorrer como resposta ao sofrimento físico, existencial ou à falência orgânica global, são comuns na fase ativa de fim de vida (Bausewein et al., 2018).

A administração de midazolam, neste contexto, teve como objetivo promover o alívio sintomático, assegurando um estado de tranquilidade e conforto, e evitando a perpetuação do sofrimento. Em

cuidados paliativos, a sedação com benzodiazepinas como o midazolam é clinicamente e eticamente justificada quando há sintomas refratários, ou seja, que não respondem a outras medidas terapêuticas, e que causam sofrimento intolerável ao cliente, mesmo em presença de acompanhamento multidisciplinar (Cherny & Radbruch, 2009).

A utilização deste fármaco respeitou os princípios de proporcionalidade, beneficência e dignidade, sendo a decisão fundamentada na avaliação clínica rigorosa da equipa de cuidados paliativos intra-hospitalar. A abordagem foi centrada na cliente, com foco no alívio do sofrimento total e na garantia de uma morte serena, livre de agitação e angústia.

Morfina - é um fármaco do grupo dos analgésicos opioides estupefacientes, amplamente utilizado no controlo da dor de intensidade severa, especialmente quando esta é refratária a analgésicos não opioides ou a opioides fracos. Trata-se de um agonista puro dos recetores μ -opíoides (μ), com ação predominante a nível do sistema nervoso central e periférico, onde atua reduzindo a perceção da dor e modificando a resposta emocional ao sofrimento (World Health Organization [WHO], 2018).

Está disponível em diversas formulações: comprimidos revestidos, comprimidos de libertação prolongada, solução oral, e solução injetável. As três primeiras destinam-se à administração por via oral, enquanto a solução injetável pode ser administrada por vias subcutânea, intravenosa ou, menos recomendadamente, intramuscular. A via intramuscular é desaconselhada devido ao maior desconforto associado e ausência de vantagens farmacocinéticas relativamente à via subcutânea (Infarmed, 2012). A administração intratecal ou epidural pode ser considerada em situações específicas, sob vigilância rigorosa, principalmente em contexto hospitalar (Cherny et al., 2020).

Os efeitos adversos mais frequentemente relatados incluem náuseas, vômitos, obstipação, sonolência, confusão mental, euforia e hipersudorese. Em casos específicos, podem ainda ocorrer prurido, retenção urinária, disúria e aumento da pressão intracraniana (Infarmed, 2012; Fallon et al., 2018). Entre todos os efeitos indesejáveis, a obstipação induzida por opioides destaca-se por ser quase universal, persistente e não autolimitada, exigindo sempre uma estratégia de prevenção ou tratamento simultâneo com laxantes (Caraceni & Hanks, 2012).

No caso da cliente D. C., portadora de neoplasia mamária avançada com metastização óssea e pleural, a dor crónica e os episódios de dor irruptiva foram sintomas significativos na fase terminal da doença. Foi prescrita morfina em regime SOS, com o objetivo de aliviar prontamente episódios de dor intensa, que ultrapassavam o controlo basal proporcionado pelo opioide de libertação prolongada (neste caso, a buprenorfina transdérmica).

Esta estratégia está alinhada com as recomendações internacionais para o controlo da dor oncológica, que sugerem o uso de opioides de ação rápida em SOS para situações de dor irruptiva (breakthrough

pain), de forma a melhorar o conforto e a qualidade de vida (WHO, 2018; Fallon et al., 2018). A via subcutânea foi a preferida no contexto da D. C., tendo em conta a sua fragilidade, as dificuldades com a via oral e a previsibilidade dos episódios de dor.

A introdução da morfina SOS permitiu uma resposta célere e eficaz ao sofrimento, contribuindo para o alívio da dor e da ansiedade associada. A administração foi realizada com monitorização dos efeitos e sempre em consonância com os princípios da analgesia proporcional, ajustada às necessidades individuais da cliente e integrada no plano de cuidados paliativos focado no alívio total do sofrimento.

I.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

19-10-2023 08:00

19-10-2023 08:00 - Cateter subcutâneo

19-10-2023 08:00 - Localização do cateter subcutâneo

19-10-2023 08:00 - Abdómen

19-10-2023 08:00 - Assegurar funcionamento do cateter

19-10-2023 08:00 - Otimizar cateter subcutâneo

19-10-2023 08:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter subcutâneo

19-10-2023 08:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter subcutâneo

19-10-2023 08:00 - Trocar cateter subcutâneo

I.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

A via subcutânea é uma alternativa adequada na impossibilidade de recorrer à via oral, intravenosa ou intramuscular em doentes com necessidade de cuidados paliativos (SECPAL, 2013) ou em fase final de vida (Vedovatto, 2019). A utilização da via subcutânea possibilita o alívio de sintomas decorrentes de doenças crônicas ou avançadas, possibilitando administração de fármacos e a manutenção da hidratação (SECPAL, 2013). É um método simples e seguro que pode ser realizado em ambiente hospitalar ou domiciliar embora no contexto domiciliar seja necessária a existência de um cuidador capaz para efetuar a sua administração (Coelho e Wainstein, 2020). Comparativamente à via endovenosa, o recurso à via subcutânea permite a administração de fármacos com o mesmo grau de eficácia, evitando punções venosas repetidas. Além disso, assume-se como uma via de administração segura, com baixo custo, menos dolorosa, menos invasiva e com menor incidência de eventos adversos

comparativamente à via endovenosa (Vasconcellos e Milão, 2019). A execução da técnica de punção requer habilidades por parte do profissional a fim de evitar a ocorrência de complicações/infeções (Guedes et al., 2019). As complicações mais frequentemente observadas são a dor e edema no local da punção, celulite e absorção ineficaz da solução de perfusão. Apesar de não trazerem grandes prejuízos ao doente, estas complicações podem ocasionar desconforto pelo que se deve proceder à sua monitorização sistemática (Mendoza et al., 2022). Quanto aos locais de punção, a região infraclavicular, face anterior e posterior do músculo deltoide, região abdominal e região do vasto lateral da coxa são os locais mais utilizados (SECPAL, 2013). Os cateteres subcutâneos podem permanecer até 21 dias, devendo ser evitadas perfusões de fármacos e fluidoterapia superiores a 3 litros em 24 horas (Pontalti et al., 2018), o que inviabiliza o seu uso para situações com indicação de rápida reposição volêmica (Mendoza et al., 2022). Apesar da sua praticidade e segurança, ainda é uma técnica subutilizada (Mendoza et al., 2022) em meio hospitalar devido à generalização da via endovenosa, à falta de conhecimento e à inexperience dos profissionais de saúde (Carvalho, 2018). A fim de proporcionar um cuidado de qualidade ao doente em situação paliativa é fundamental capacitar os profissionais para a sua adesão e utilização sistemática nestes contextos (Novelli e Moreira, 2019).

1.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
19-10-2023 08:00	Consciência	
19-10-2023 08:00	Sistema respiratório	
19-10-2023 08:00	Conservação de energia	23-10-2023 10:30
19-10-2023 08:00	Emoção	23-10-2023 10:30
19-10-2023 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
19-10-2023 08:00	Sono	23-10-2023 10:30
19-10-2023 08:00	Dor	

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

Domínio Consciência

A consciência pode ser entendida como a capacidade ideal de um indivíduo estar consciente e responder adequadamente ao meio que o rodeia (Phipps et al., 2003). Já o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN, 2019) descreve-a como uma reação mental a estímulos, dependente da integração sensorial, que mantém o indivíduo desperto e recetivo ao ambiente externo. A consciência é composta por duas dimensões essenciais: a vigília e o conteúdo. A

vigília, regulada principalmente pelo sistema reticular ativador do tronco cerebral, está relacionada com o estado de alerta. Por sua vez, o conteúdo da consciência inclui aspectos cognitivos superiores, como o pensamento, comportamento, linguagem e expressão, resultantes da atividade integrada dos hemisférios cerebrais. Qualquer alteração no estado de consciência pode decorrer da disfunção de uma ou ambas as componentes – vigília ou conteúdo (Phipps et al., 2003). Estas alterações têm geralmente origem em fatores estruturais ou metabólicos. Lesões estruturais, como traumatismos ou tumores, podem interromper as vias neurais corticais ou do tronco cerebral. Já as causas metabólicas derivam de alterações celulares que comprometem a atividade neuronal normal (Phipps et al., 2003).

O fato da D.^a C. estar a cumprir como terapêutica para o controlo da dor a morfina e esta ter como efeitos secundários a sonolência e depressão respiratória, torna-se importante a reflexão sobre a sua influência no domínio da consciência. Também a possibilidade de desenvolvimento de metástases cerebrais pela progressão da doença, faz com que este domínio seja de grande relevância para a determinação das prioridades de cuidados por parte dos profissionais, sendo relevante a existência de uma avaliação e monitorização consistente das alterações e tendências da condição.

Face à progressão da doença, torna-se fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos às alterações subtis do nível de consciência, uma vez que estas podem traduzir não só efeitos farmacológicos, mas também complicações neurológicas associadas à evolução patológica. Assim, a avaliação sistemática e a interpretação das tendências clínicas tornam-se cruciais para o planeamento individualizado dos cuidados.

Domínio Sistema Respiratório - Dispneia

A respiração é uma função vital essencial à vida humana, desde o primeiro suspiro ao nascer até à última expiração no fim da vida (Machado, 2012). Qualquer perturbação desta função compromete significativamente o bem-estar físico e emocional do indivíduo. De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a dispneia corresponde a uma perturbação no padrão respiratório, caracterizada por esforço respiratório, sensação de desconforto, dificuldade na entrada e saída do ar, e associada a baixos níveis de oxigénio no sangue, frequentemente acompanhada por ansiedade.

Embora esteja relacionada com alterações fisiológicas do sistema respiratório, a dispneia é, acima de tudo, uma experiência subjetiva que pode manifestar-se de diferentes formas e intensidades. Esta perceção pessoal é influenciada por fatores fisiológicos, emocionais, sociais e ambientais, provocando, por sua vez, respostas comportamentais e fisiológicas (American Thoracic Society, 1999; Thomas et al., 2011).

Nos cuidados paliativos, este sintoma é comum e angustiante tanto para os doentes como para os seus cuidadores. Estudos mostram que entre 65% a 90% dos pacientes com doenças em estado avançado apresentam dispneia, sendo este um dos sintomas mais temidos (Beaden, 2011). A sua prevalência aumenta com a progressão da doença, afetando até 95% dos doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica, 88% com insuficiência cardíaca e 78% com cancro do pulmão (Chin et al., 2016). Para além disso, Mercadante e Cherny destacam que a dispneia pode ser um dos principais motivos para a administração de sedação paliativa no fim de vida, devido à sua difícil gestão.

A fisiopatologia da dispneia envolve mecanismos complexos, incluindo a ativação de centros respiratórios no sistema nervoso central, estímulos dos mecanorreceptores pulmonares e musculares, e disfunções na mecânica respiratória. Thomas et al. (2011) destacam ainda que o controlo voluntário exercido pelo córtex motor, associado a fatores emocionais, pode influenciar significativamente a perceção da dispneia.

Importa sublinhar que a avaliação da dispneia deve considerar o relato subjetivo do doente, dado que a intensidade do sintoma não pode ser corretamente quantificada por parâmetros objetivos como a oximetria ou a frequência respiratória.

As causas da dispneia são múltiplas: podem estar relacionadas com a progressão da neoplasia (ex.: obstrução brônquica, linfangite, derrame pleural), efeitos secundários da terapêutica (quimioterapia, radioterapia), ou outras patologias coexistentes (anemia, insuficiência cardíaca, infeções respiratórias, ansiedade, etc.).

A avaliação adequada deste sintoma deve ser abrangente, considerando os seus aspetos clínicos e psicossociais. É essencial identificar a sua causa, natureza (reversível ou não), impacto na funcionalidade e bem-estar do doente, bem como a influência de fatores agravantes ou atenuantes. Ferramentas como a Escala de Avaliação Numérica (EAN) e o Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) são recursos úteis, de aplicação simples e eficaz, tanto por profissionais como pelos próprios doentes ou cuidadores (Manfredini, 2014).

Uma abordagem integrada, que combine intervenções farmacológicas e não farmacológicas, é essencial para o controlo eficaz da dispneia. À medida que o doente se aproxima do fim de vida, as medidas farmacológicas ganham maior preponderância. Tratamento farmacológico:

Opióides (ex.: morfina, fentanilo), que reduzem a sensação de falta de ar;

Benzodiazepinas (ex.: lorazepam), usadas sobretudo quando há ansiedade associada;

Diuréticos (ex.: furosemida), especialmente em casos de congestão pulmonar;

Oxigenoterapia, apesar da sua eficácia controversa em doentes não hipoxémicos.

Intervenções não farmacológicas:

O uso de uma ventoinha dirigida à face ou a abertura de uma janela pode aliviar significativamente a sensação de falta de ar, através da estimulação do nervo trigémio (Severino, 2020).

A posição do doente deve ser otimizada, favorecendo a mecânica respiratória e o relaxamento muscular (Abreu, 2003).

A respiração consciente, com técnicas de respiração abdominal ou controlada, melhora a ventilação e ajuda o doente a gerir a dispneia (Olazabal, 2003).

Técnicas de controlo da ansiedade, como o relaxamento progressivo, meditação ou musicoterapia, embora com limitada evidência, podem ajudar a quebrar o ciclo ansiedade-dispneia, promovendo um maior sentido de controlo (Severino, 2020).

Um ambiente tranquilo, com iluminação e ruído controlados, também pode contribuir para a diminuição do mal-estar respiratório (Severino, 2020).

A cliente refere dispneia, sintoma muito evidente em doentes com doença avançada e incurável. De salientar que a D^a C. tem metastização pleural e se encontra em fase de últimos dias e horas de vida.

Domínio Conservação de Energia - Intolerância à atividade

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN, 2019), o conceito de conservação de energia refere-se à capacidade do organismo em gerir os seus recursos energéticos de forma ativa, com o objetivo de iniciar e manter as atividades essenciais. No contexto da doença oncológica, o aumento do metabolismo basal, associado ao impacto da própria doença, conduz a um maior consumo energético, o que pode comprometer a capacidade funcional da pessoa. Este desequilíbrio manifesta-se frequentemente como intolerância à atividade, ou seja, uma limitação física e psicológica para realizar ou concluir tarefas quotidianas (Park & Tucker, 2017).

Segundo o ICN (2019), a intolerância à atividade é definida como um “estado comprometido no qual a pessoa apresenta uma capacidade reduzida ou insuficiente para tolerar ou finalizar atividades”. Este estado pode ser reconhecido pela presença de sinais como dispneia, taquicardia, fraqueza, tonturas, entre outros. As suas causas estão geralmente relacionadas com a redução da oxigenação, exigências energéticas superiores às capacidades individuais ou mesmo alterações emocionais e cognitivas (Carpenito, 2019).

A intolerância à atividade pode manifestar-se de forma distinta, dependendo dos grupos musculares envolvidos. Quando são utilizados grandes grupos musculares, o esforço é limitado pela função respiratória; já em tarefas com menor envolvimento muscular, a fadiga localizada tende a ser o principal fator limitante (Moreira, 2012). Ainda assim, importa distinguir a

intolerância à atividade da fadiga. Esta última não se alivia apenas com a diminuição do esforço físico e está associada à progressão da doença, comprometendo de forma global a capacidade física e mental (Moreira, 2012).

A fadiga, frequentemente descrita como um cansaço extremo e debilitante, é considerada um dos sintomas mais impactantes na vida das pessoas com cancro. Difere do cansaço habitual por não desaparecer com o repouso e por afetar múltiplas dimensões da pessoa — física, cognitiva e emocional (Peuckmann et al., 2010; Curt et al., 2000). É referida pelos doentes como um dos sintomas mais difíceis de suportar, sendo mesmo apontada como o mais persistente e incapacitante (Del Fabbro et al., 2006).

No plano físico, manifesta-se sob a forma de fraqueza e perda de energia; cognitivamente, reflete-se na dificuldade de concentração; emocionalmente, traduz-se pela apatia e pela perda de motivação (Del Fabbro et al., 2006; Nascimento, 2010). Neste sentido, considera-se que a intolerância à atividade faz parte da fadiga, mas esta última é um fenómeno mais abrangente e complexo.

Compreender os fatores que contribuem para o desenvolvimento da fadiga pode ajudar na gestão da intolerância à atividade. A identificação de causas reversíveis permite traçar intervenções que minimizem o seu impacto na qualidade de vida da pessoa (Del Fabbro et al., 2006). O tratamento destas causas pode incluir, por exemplo, a correção de alterações eletrolíticas, a gestão de infeções ou distúrbios do sono (Galvão, 2016).

Paralelamente, diversas estratégias não farmacológicas têm demonstrado eficácia na abordagem da fadiga. A educação da pessoa e dos cuidadores sobre o fenómeno da astenia, a adaptação das atividades de vida diária e a disponibilização de ajudas técnicas são fundamentais para promover a autonomia. Além disso, atividades como exercício físico moderado, relaxamento, meditação, aromaterapia e reflexologia têm sido apontadas como promotoras do bem-estar e da função física em doentes oncológicos (Oldervoll et al., 2011).

Contudo, como sublinha Barbosa (2016), a má gestão das estratégias de conservação de energia pode levar a um agravamento do descondicionamento físico. Assim, é fundamental que as intervenções sejam planeadas, individualizadas e centradas nas prioridades e objetivos definidos pela própria pessoa, promovendo a sua autonomia e qualidade de vida.

No caso da D^aC, a intolerância à atividade no contexto da sua doença avançada, deve considerar os pressupostos anteriormente referidos, nomeadamente no que aos conceitos de conservação de energia e fadiga concerne. Assim, a implementação das estratégias referidas pode potencialmente significar um alívio do impacto deste sintoma na cliente, cuja complexidade determina uma ação igualmente multidimensional.

Domínio Emoção - Ansiedade

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN, 2019), a ansiedade é compreendida como uma emoção negativa caracterizada por sentimentos de ameaça iminente, medo ou aflição. Esta resposta emocional pode emergir de forma súbita perante o diagnóstico de uma condição de saúde grave, ou como resultado da percepção de perda de controlo sobre a situação vivida. A ansiedade pode também ser intensificada pelo fenómeno conhecido como "conspiração do silêncio", no qual as informações sobre a condição da pessoa são omitidas ou atenuadas, dificultando a sua adaptação ao processo de doença.

Quando persistente e intensa, a ansiedade pode tornar-se desadaptativa, ou seja, desproporcional à ameaça real. Neste cenário, os sintomas emocionais e físicos mantêm-se ou agravam-se mesmo após a redução do estímulo causador de stress. Tais manifestações podem afetar significativamente a autonomia da pessoa, comprometendo a sua capacidade de decisão e aumentando a sensação de fragilidade e descontrolo (Bernardo et al., 2016).

Nos indivíduos com diagnóstico de cancro em fase avançada, a ansiedade é frequentemente associada a consequências adversas como perturbações do sono, redução na percepção de qualidade de vida e menor adesão às terapias propostas. Estudos conduzidos por Kolva et al. (2012) evidenciam a ligação entre elevados níveis de ansiedade e a dificuldade em aceitar ou seguir planos terapêuticos, interferindo negativamente na abordagem global ao tratamento.

A ansiedade manifesta-se através de sentimentos como medo intenso, agitação, irritabilidade e impaciência. Quanto às suas causas, estas podem ser agrupadas em quatro categorias principais: fatores situacionais, como o isolamento social, a sensação de perda de utilidade ou a incerteza quanto ao futuro; fatores orgânicos, como a presença de sintomas físicos descontrolados; fatores psicológicos, como a culpa, medo ou perturbações do sono; e ainda fatores espirituais e psicossociais, como o sofrimento existencial, o medo de perder a independência ou de sentir dor, pensamentos sobre a morte ou conflitos internos não resolvidos (Bernardo et al., 2016).

No caso concreto desta cliente, o medo da perda de independência física, da perda da sua autonomia e de não saber como seria o seu futuro, foi identificado como um fator causador de intenso sofrimento, cuja intervenção seria prioritária no planeamento dos cuidados.

Domínio Sono

O sono tem um papel essencial na manutenção do bem-estar físico e mental, sendo uma componente central do ritmo circadiano que regula funções fisiológicas importantes, como a temperatura corporal e a libertação hormonal (Marie Curie, 2022). Em contexto de fim de vida,

as perturbações do sono são frequentemente relatadas, afetando até 60% das pessoas doentes (Burke & Yennurajalingam, 2018; Davies, 2019; Marie Curie, 2022).

Estas perturbações podem ser categorizadas em várias formas, incluindo insónia, distúrbios respiratórios do sono, hipersonolência, perturbações do ritmo circadiano, parassonias e distúrbios do movimento associados ao sono (Zucconi & Ferri, 2014). No caso clínico em análise, a cliente apresenta um quadro de insónia, definida como uma dificuldade persistente em iniciar ou manter o sono, ou em alcançar um sono de qualidade satisfatória, mesmo na presença de condições favoráveis para dormir, resultando num impacto negativo durante o dia (Zucconi & Ferri, 2014).

A insónia pode ter origem na própria doença oncológica, nos seus tratamentos, ou ainda nos sintomas físicos e problemas psicológicos que frequentemente a acompanham (Davies, 2019). O défice de sono tem implicações significativas na qualidade de vida, sendo ele próprio um fator gerador de sofrimento, capaz de intensificar a experiência de dor, aumentar a fadiga e alterar o estado emocional (Burke & Yennurajalingam, 2018).

Diversos fatores contribuem para as alterações do sono, incluindo dor mal controlada, náuseas, síndrome das pernas inquietas, depressão, ansiedade, inquietações de ordem espiritual, angústia emocional e níveis reduzidos de atividade física durante o dia (Marie Curie, 2022).

Adotar uma abordagem holística perante cada cliente é fundamental para lidar com os distúrbios do sono, que exigem um plano individualizado. A gestão pode passar por medidas farmacológicas e não farmacológicas (Hajjar, 2008). Estratégias como encorajar a expressão de preocupações ou receios, recorrer ao apoio psicológico ou espiritual, e assegurar um ambiente calmo, silencioso e termicamente confortável, podem contribuir de forma significativa para a melhoria do sono (Davies, 2019; Marie Curie, 2022).

No caso em estudo, a cliente referia dormir apenas por períodos, demonstrando imensa preocupação com o facto de ter perdido a sua autonomia e não poder regressar a casa. O seu sono não era reparador.

Domínio Dor

Segundo o ICN (2019), a dor pode ser entendida como uma perceção que envolve um aumento da sensação corporal desconfortável, uma experiência subjetiva de sofrimento, expressões faciais típicas e inquietação, entre outros aspetos. A sua natureza multidimensional permite compreender que a dor vai além das sensações físicas, sendo essencial considerá-la numa perspetiva mais abrangente para aceder a outras dimensões do sofrimento (Castro et al., 2021).

A dor é um dos sintomas mais comuns em pacientes oncológicos, sobretudo nas fases mais avançadas da doença (Barata et al., 2016), afetando cerca de 66% dos doentes com cancro

metastizado, avançado e incurável (Rodrigues, 2019). Quando não é devidamente controlada, tem um impacto negativo significativo na qualidade de vida dos pacientes (Barata et al., 2016). Em Portugal, mais de metade dos doentes com dor oncológica refere que a sua dor não está adequadamente controlada (Rodrigues, 2019).

De acordo com Diniz et al. (2017), a dor oncológica pode ter múltiplas origens, sendo muitas vezes causada pela invasão tumoral e/ou pela presença de metástases, como a metastização óssea. A sua avaliação é um desafio devido à sua subjetividade, o que pode dificultar um correto diagnóstico. Assim, na recolha de dados, devem ser analisadas diversas características da dor, incluindo localização, intensidade, duração e frequência, bem como fatores que a aliviam ou agravam, sintomas associados, impacto na vida do doente e a eficácia das estratégias terapêuticas já adotadas, sejam elas farmacológicas ou não farmacológicas (Mateus et al., 2008).

A avaliação da dor deve ser feita de forma contínua e sistemática, utilizando sempre a mesma escala para um mesmo paciente (Pina, 2016). Existem escalas de autoavaliação e heteroavaliação, tanto unidimensionais quanto multidimensionais. No contexto dos Cuidados Paliativos, a escala mais utilizada é o Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), na qual o doente classifica a sua dor de 0 (ausência de dor) a 10 (dor máxima). Outras ferramentas incluem a escala numérica da dor, que segue o mesmo princípio, e a Escala Visual Analógica, que consiste numa régua em que um extremo representa "sem dor" e o outro "pior dor possível", com uma correspondência numérica (Pina, 2016). A escala numérica, por ser de fácil aplicação, baseia-se na perceção do próprio paciente e classifica a dor em três níveis: leve (1-3 pontos), moderada (4-6 pontos) e severa (7-10 pontos) (Valera et al., 2013).

O tratamento farmacológico desempenha um papel fundamental no controlo da dor oncológica (Vicente, 2019). A Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe uma abordagem escalonada para o tratamento da dor, baseada em princípios fundamentais, como privilegiar a via oral, evitar atrasos na administração dos fármacos, seguir a escada analgésica da OMS e considerar as necessidades individuais de cada doente, incluindo fatores psicológicos, físicos, espirituais e sociais (Pina, 2016).

O tratamento farmacológico da dor da D. C. baseou-se na utilização de opioides, recorrendo à buprenorfina por via transdérmica. Este fármaco apresenta uma boa penetração tecidual, proporcionando uma analgesia eficaz. Como terapêutica de resgate, foi administrada morfina por via subcutânea (SC), considerada o fármaco de referência no tratamento da dor de intensidade moderada a severa. Quando prescrita adequadamente, a morfina proporciona um alívio eficaz da dor em cerca de 80% dos pacientes (Pina, 2016).

I.6. Conceção de Cuidados

Consciência

19-10-2023 08:00

19-10-2023 08:00 - Consciente.

19-10-2023 08:00 - Determinar sinais de alteração da consciência

19-10-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

20-10-2023 10:00

20-10-2023 10:00 - Consciente.

23-10-2023 10:30

23-10-2023 10:30 - Com indícios de compromisso da consciência.

23-10-2023 10:30 - Consciência comprometida

23-10-2023 10:30 - Abertura dos olhos: nenhuma.

23-10-2023 10:30 - Resposta verbal: nenhuma.

23-10-2023 10:30 - Resposta motora: nenhuma.

23-10-2023 10:30 - Ausência de vômito em jato.

19-10-2023 08:00 - Determinar evolução da consciência

19-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciência

Sistema respiratório

19-10-2023 08:00

19-10-2023 08:00 - Frequência respiratória: 16 ciclos/min.

19-10-2023 08:00 - Ritmo respiratório irregular.

19-10-2023 08:00 - Movimento respiratório assimétrico.

19-10-2023 08:00 - Profundidade da ventilação: inspirações profundas.

19-10-2023 08:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

19-10-2023 08:00 - Com adejo nasal.

19-10-2023 08:00 - Saturação do oxigénio no sangue

19-10-2023 08:00 - Periférico(a): 93 %.

19-10-2023 08:00 - Coloração da mucosa: pálidas.

19-10-2023 08:00 - Comunica falta de ar quando em repouso e em posição confortável.

19-10-2023 08:00 - Reflexo da tosse: presente.

19-10-2023 08:00 - Expele as secreções das vias aéreas.

19-10-2023 08:00 - Sons respiratórios: normais.

19-10-2023 08:00 - Secreções em pequena quantidade.

19-10-2023 08:00 - Secreções fluídas.

19-10-2023 08:00 - Secreções esbranquiçadas.

19-10-2023 08:00 - Dispneia [RESOLVIDO] 23-10-2023 10:30

19-10-2023 08:00 - Determinar evolução da dispneia [FIM] 23-10-2023 10:30

19-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da dispneia [FIM] 23-10-2023 10:30

19-10-2023 08:00 - Limpeza da via aérea comprometida

19-10-2023 08:00 - Determinar evolução da limpeza da via aérea

19-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea

23-10-2023 10:30 - Melhorar limpeza da via aérea

20-10-2023 10:00

- 20-10-2023 10:00 - Frequência respiratória: 16 ciclos/min.
- 20-10-2023 10:00 - Ritmo respiratório irregular [MANTEVE].
- 20-10-2023 10:00 - Movimento respiratório assimétrico [MANTEVE].
- 20-10-2023 10:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MELHOROU].
- 20-10-2023 10:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
- 20-10-2023 10:00 - Com adejo nasal.
- 20-10-2023 10:00 - Saturação do oxigénio no sangue
 - 20-10-2023 10:00 - Periférico(a): 92 %.
- 20-10-2023 10:00 - Coloração da mucosa: pálidas.
- 20-10-2023 10:00 - Comunica falta de ar quando em repouso e em posição confortável [MANTEVE].
- 20-10-2023 10:00 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].
- 20-10-2023 10:00 - Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].
- 20-10-2023 10:00 - Sons respiratórios: normais.
- 20-10-2023 10:00 - Secreções em pequena quantidade.
- 20-10-2023 10:00 - Secreções fluídas [MANTEVE].
- 20-10-2023 10:00 - Secreções esbranquiçadas.

23-10-2023 10:30

- 23-10-2023 10:30 - Frequência respiratória: 14 ciclos/min.
- 23-10-2023 10:30 - Ritmo respiratório regular [MELHOROU].
- 23-10-2023 10:30 - Movimento respiratório simétrico [MELHOROU].
- 23-10-2023 10:30 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais [MELHOROU].
- 23-10-2023 10:30 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
- 23-10-2023 10:30 - Com adejo nasal.
- 23-10-2023 10:30 - Saturação do oxigénio no sangue
 - 23-10-2023 10:30 - Periférico(a): 92 %.
- 23-10-2023 10:30 - Coloração da mucosa: pálidas.
- 23-10-2023 10:30 - Reflexo da tosse: ausente [PIOROU].
- 23-10-2023 10:30 - Não mobiliza as secreções das vias aéreas inferiores [PIOROU].
- 23-10-2023 10:30 - Sons respiratórios: atrito pleural.
- 23-10-2023 10:30 - Secreções em pequena quantidade.
- 23-10-2023 10:30 - Secreções espumosas [MELHOROU].
- 23-10-2023 10:30 - Secreções esbranquiçadas.

Sono

19-10-2023 08:00

- 19-10-2023 08:00 - Dormiu por períodos curtos.
- 19-10-2023 08:00 - Sono não reparador e intermitente .
- 19-10-2023 08:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 6 Hora.
- 19-10-2023 08:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 6 Hora.

19-10-2023 08:00 - Sono comprometido [RESOLVIDO] 23-10-2023 10:30

19-10-2023 08:00 - Melhorar sono [FIM] 23-10-2023 10:30

19-10-2023 08:00 - Implementar estratégias de promoção do sono [FIM]

23-10-2023 10:30

19-10-2023 08:00 - Gerir medicação [FIM] 23-10-2023 10:30

20-10-2023 10:00

20-10-2023 10:00 - Dormiu por períodos curtos.

20-10-2023 10:00 - Sono não reparador e intermitente [MANTEVE].

20-10-2023 10:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 7 Hora.

20-10-2023 10:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 3 Hora.

23-10-2023 10:30

23-10-2023 10:30 - Dormiu por períodos longos.

23-10-2023 10:30 - Sono reparador [MELHOROU].

Conservação de energia

19-10-2023 08:00

19-10-2023 08:00 - Comunica cansaço permanente e ausência de recuperação da energia com o repouso.

19-10-2023 08:00 - Intolerância à atividade [RESOLVIDO] 23-10-2023 10:30

19-10-2023 08:00 - Determinar evolução da intolerância à atividade [FIM]

23-10-2023 10:30

19-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da tolerância à atividade [FIM] 23-10-2023 10:30

20-10-2023 10:00

20-10-2023 10:00 - Comunica cansaço permanente e ausência de recuperação da energia com o repouso [MANTEVE].

23-10-2023 10:30

23-10-2023 10:30 - Não comunica cansaço [MELHOROU].

Emoção

19-10-2023 08:00

19-10-2023 08:00 - Sem indícios de humor depressivo.

19-10-2023 08:00 - Sem indícios de euforia.

19-10-2023 08:00 - Verbaliza ansiedade.

19-10-2023 08:00 - Manifestação de inquietação.

19-10-2023 08:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

19-10-2023 08:00 - Sem manifestação de pânico .

19-10-2023 08:00 - Especificação da perdaEspecificação da perda: autonomia.

19-10-2023 08:00 - Manifesta negação da perda.

19-10-2023 08:00 - Manifesta pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda.

19-10-2023 08:00 - Ansiedade [RESOLVIDO] 23-10-2023 10:30

19-10-2023 08:00 - Determinar evolução da ansiedade [FIM] 23-10-2023 10:30

19-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da ansiedade [FIM] 23-10-2023 10:30

19-10-2023 08:00 - Diminuir ansiedade [FIM] 23-10-2023 10:30

19-10-2023 08:00 - Executar técnica de relaxamento [FIM] 23-10-2023 10:30

20-10-2023 10:00

20-10-2023 10:00 - Sem indícios de humor depressivo [MANTEVE].

20-10-2023 10:00 - Sem indícios de euforia [MANTEVE].

20-10-2023 10:00 - Verbaliza ansiedade [MANTEVE].

20-10-2023 10:00 - Manifestação de inquietação [MANTEVE].
20-10-2023 10:00 - Sem manifestação de irritabilidade [MANTEVE].
20-10-2023 10:00 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].
20-10-2023 10:00 - Especificação da perdaEspecificação da perda: Autonomia.
20-10-2023 10:00 - Manifesta negação da perda [MANTEVE].
20-10-2023 10:00 - Não manifesta pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda [MELHOROU].

23-10-2023 10:30

23-10-2023 10:30 - Sem indícios de humor depressivo [MANTEVE].
23-10-2023 10:30 - Sem indícios de euforia [MANTEVE].
23-10-2023 10:30 - Não verbaliza ansiedade [MELHOROU].
23-10-2023 10:30 - Sem manifestação de inquietação [MELHOROU].
23-10-2023 10:30 - Sem manifestação de irritabilidade [MANTEVE].
23-10-2023 10:30 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].
23-10-2023 10:30 - Não manifesta negação da perda [MELHOROU].
23-10-2023 10:30 - Não manifesta pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda [MELHOROU].

Dor

19-10-2023 08:00

19-10-2023 08:00 - Localização da dor Generalizada Intensidade da dor - 5 frequência da dor - contínua. duração da dor - crónica. dor de tipo - profunda.

19-10-2023 08:00 - Dor oncológica

19-10-2023 08:00 - Diminuir a dor

20-10-2023 10:00 - Sem Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor

20-10-2023 10:00 - Gerir analgesia

20-10-2023 10:00 - Avaliar evolução da dor

20-10-2023 10:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

20-10-2023 10:00 - Posicionar para aliviar a dor

20-10-2023 10:00

20-10-2023 10:00 - Localização da Dor: Generalizada
20-10-2023 10:00 - Intensidade da Dor - 2
20-10-2023 10:00 - Frequência da Dor - contínua
20-10-2023 10:00 - Duração da dor - crónica
20-10-2023 10:00 - Dor de tipo - profunda

23-10-2023 10:30

23-10-2023 10:30 - Intensidade da Dor - 0

I.7. Especificação das intervenções

Implementar estratégias de promoção do sono

- Promover um ambiente propício ao descanso, com diminuição dos ruídos e da iluminação ambiente
- Disponibilizar ao doente o tempo necessário para considerar preocupações/problemas
- Treinar com o doente o controle de pensamentos perturbadores que ocorrem ao deitar

Otimizar cateter subcutâneo

- Permeabilizar acesso sc com cloreto de sódio 0,9%

Executar técnica de relaxamento

- Massagem de relaxamento
- Pedir que realize uma respiração profunda e prolongada para relaxamento dos principais grupos musculares, durante 5 minutos

Avaliar evolução da ansiedade

- Aplicar a ESAS

Trocar cateter subcutâneo

- Promover rotação dos locais de inserção

Gerir analgesia

- Administrar analgesia em horário fixo prevenindo flutuações dos níveis da analgesia
- Orientar o cliente a solicitar medicação analgésica sempre que necessário
- Administrar dose de resgate antes da realização de atividades que precipitem dor (exemplo: antes dos cuidados de higiene)
- Avaliar a eficácia da terapêutica administrada
- Informar sobre os efeitos secundários da terapêutica administrada

Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

- Implementar técnica não farmacológica de alívio da dor: relaxamento ou aplicação de calor
- Executar técnica de relaxamento: 1. Posicionar o cliente confortavelmente; 2. Limitar os estímulos ambientais (luminosidade e barulho) para promover o relaxamento; 3. Pedir ao cliente que realize uma respiração profunda e prolongada para relaxamento dos principais grupos musculares, durante 5 minutos
- Executar aplicação de calor: 1. Aplicar um saco com gel próprio que suporte o aquecimento; 2. Identificar a região dolorosa para aplicação do calor; 3. Aplicar o calor durante 20 a 30 minutos (no mínimo 10 minutos); 4. Inspeccionar a pele frequentemente durante a aplicação do calor

Posicionar para aliviar a dor

- Identificar a posição antiálgica
- Posicionar o cliente na posição antiálgica

I.8. Síntese relativa ao caso

Neste capítulo, são descritos os resultados observados durante o desenvolvimento deste estudo de caso relativamente aos principais domínios identificados em todas as sessões.

Evolução do cliente / Resultados

Domínio Consciência

A utilização de morfina como parte integrante da terapêutica analgésica da D.^a C., embora essencial para o controlo eficaz da dor, exige uma atenção redobrada relativamente ao seu impacto no domínio da consciência. Este opioide, reconhecido pelos seus efeitos adversos como a sonolência e a depressão respiratória, pode influenciar significativamente o estado de vigília do doente. Para além disso, a possibilidade de envolvimento do sistema nervoso central pela doença de base, nomeadamente através do desenvolvimento de metástases cerebrais, reforça a importância da monitorização contínua deste domínio clínico.

Durante as duas primeiras sessões, a cliente manteve-se consciente, cooperante e sem alterações significativas neste domínio. No entanto, na terceira sessão, observou-se um comprometimento do estado de consciência, com ausência de resposta a estímulos, não evidenciando, contudo, sinais de sofrimento ativo. Esta evolução foi acompanhada de forma serena, respeitando-se os princípios da dignidade e conforto em fim de vida.

Domínio Sistema Respiratório - Dispneia

Desde a primeira sessão, a cliente apresentou dispneia, um sintoma comum em doentes com doença avançada e incurável. Este sintoma foi particularmente relevante no seu caso, dado o contexto clínico de metastização pleural e o estágio terminal da doença, situando-se nos últimos dias e horas de vida. Na segunda sessão, verificaram-se ligeiras melhorias ao nível da sintomatologia respiratória, o que permitiu algum alívio. Na terceira sessão, a cliente encontrava-se tranquila, sem manifestações de sofrimento respiratório ativo, o que indicia eficácia das intervenções implementadas e uma abordagem centrada no conforto e na dignidade em fim de vida.

Domínio Conservação de Energia - Intolerância à atividade

Na primeira sessão, a cliente manifestou cansaço físico e mental persistente, não aliviado com o repouso, o que refletia um quadro compatível com fadiga relacionada à progressão da doença. Perante este cenário, a intervenção de enfermagem centrou-se no apoio às atividades de vida

diária, respeitando os limites da cliente e promovendo a conservação de energia. Na segunda sessão, observou-se um agravamento do sintoma, evidenciando a rápida deterioração do estado clínico. Apesar disso, as estratégias não farmacológicas previamente implementadas contribuíram para um aumento da sensação de conforto, permitindo à cliente uma melhor adaptação à sua condição. Isto permitiu que na terceira sessão a cliente se encontrasse sem sinais de sofrimento ativo.

Domínio Emoção - Ansiedade

Relativamente ao controlo da ansiedade, desde a primeira sessão foram implementadas intervenções não farmacológicas, nomeadamente técnicas de relaxamento e a promoção da expressão verbal dos sentimentos e emoções. Estas estratégias revelaram-se eficazes na diminuição dos níveis de ansiedade, tendo-se observado uma evolução positiva já na segunda sessão. Ainda assim, a cliente continuava a manifestar sinais de ansiedade. Na terceira sessão, no entanto, verificou-se uma mudança significativa no seu estado emocional, apresentando-se tranquila e sem evidência de sofrimento ativo.

Domínio Sono

Na primeira sessão, identificou-se o padrão de sono como alterado, comprometido sobretudo pela dor e pelo impacto do sofrimento em múltiplas dimensões. Procedeu-se ao reajuste da terapêutica analgésica, com o intuito de controlar de forma mais eficaz a dor, e integraram-se intervenções direcionadas a outras esferas do sofrimento. Paralelamente, foi discutida com a equipa de enfermagem do serviço a importância da implementação de estratégias não farmacológicas promotoras de um ambiente propício ao descanso durante o período noturno, como a redução da luminosidade e minimização de ruídos.

Na segunda sessão, observou-se uma melhoria na qualidade do sono, sendo esta associada, segundo a própria cliente, à redução da intensidade da dor. A cliente referiu conseguir adormecer com maior facilidade e manter um sono mais contínuo, contrastando com o padrão anterior, no qual acordava frequentemente devido à dor e ansiedade. Concluímos que a conjugação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, articuladas com a equipa do serviço onde o cliente se encontrava internado, contribuiu para a resolução do problema de sono comprometido.

Na terceira sessão a cliente encontra-se sem sinais de sofrimento ativo.

Consideram-se alcançados os resultados pretendidos com as intervenções definidas para este diagnóstico.

Domínio Dor

Na sessão inicial, a avaliação das necessidades da cliente revelou a presença de dor generalizada, com intensidade autorreferida de 5 na escala numérica. A equipa de Cuidados Paliativos considerou que a perceção da dor poderia estar amplificada por fatores emocionais e sociais, tendo sido, por isso, implementadas intervenções dirigidas também a essas dimensões do sofrimento. Ainda que o controlo da dor física tenha sido estabelecido como prioridade, reconheceu-se a importância de uma abordagem multidimensional. Na segunda sessão, a cliente reportou alívio da dor, atribuído ao reajuste da medicação instituída na admissão, evidenciado também pela menor necessidade de analgesia em SOS. Face à evolução positiva, considera-se que os objetivos delineados no âmbito do controlo da dor foram alcançados. Na terceira sessão, a cliente apresentava-se calma e sem manifestações de desconforto.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American Cancer Society. (2018). Breast cancer in men. <https://www.cancer.org>
- American Cancer Society. (2021). Breast cancer facts & figures 2021-2022. <https://www.cancer.org>
- American Thoracic Society. (1999). Dyspnea: Mechanisms, assessment, and management: A consensus statement. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 159(1), 321-340.
- Barata, F., Ferreira, P. L., & Melo, E. (2016). Avaliação da dor em oncologia: Perspetivas de doentes e profissionais de saúde. Revista de Enfermagem Referência, 4(11), 59-68. <https://doi.org/10.12707/RIV16011>
- Barbosa, A. (2016). Cuidados paliativos: Enquadramento e prática clínica. Lisboa: Lidel.
- Beaden, S. (2011). Dyspnea in palliative care: A frightening symptom. Journal of Palliative Medicine, 14(7), 751-756.
- Bernardo, A., Lopes, C., & Nunes, A. (2016). Cuidados paliativos: Enquadramento, prática e humanização. Lisboa: Lidel.
- Bocchetta, M., & Carbone, M. (2004). Cell immortality and cancer. Human Pathology, 35(6), 639-645. <https://doi.org/10.1016/j.humpath.2004.02.005>
- Burke, A. L., & Yennurajalingam, S. (2018). Pharmacological management of cancer-related insomnia. Current Treatment Options in Oncology, 19(12), 74. <https://doi.org/10.1007/s11864-018-0576-2>
- Carpenito, L. J. (2019). Diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica (15.^a ed.). Lisboa: Lusociência.
- Castro, M. F., Silva, R. S., & Cunha, S. M. (2021). A dor oncológica como experiência multidimensional: Perspetiva dos doentes em cuidados paliativos. Revista Portuguesa de Enfermagem Oncológica (37), 30-38.
- Chin, C., et al. (2016). Dyspnea in advanced disease: Pathophysiology and management. Current Opinion in Supportive and Palliative Care, 10(3), 177-181.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2018). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Genebra: ICN.

- Curt, G. A., Breitbart, W., Cella, D., Groopman, J. E., Horning, S. J., Itri, L. M., ... & Vogelzang, N. J. (2000). Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: New findings from the Fatigue Coalition. *The Oncologist*, 5(5), 353-360.
- Davies, A. (2019). Sleep disturbances in palliative care. *Medicine*, 47(12), 784-786. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2019.09.007>
- Del Fabbro, E., Dalal, S., & Bruera, E. (2006). Symptom control in palliative care - Part I: Fatigue and cachexia. *Journal of Palliative Medicine*, 9(2), 291-308.
- Diniz, R. S., Lima, A. F. P., & Silva, M. R. (2017). Dor oncológica: Uma abordagem prática. *Revista Dor*, 18(3), 273-277. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170104>
- Galvão, C. M. (2016). Sintomas em cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1235-1240.
- Hajjar, E. R. (2008). Insomnia in the elderly: update on pharmacologic therapy. *Current Psychiatry Reports*, 10(1), 12-18. <https://doi.org/10.1007/s11920-008-0004-7>
- Hammond, M. E. H., Hayes, D. F., Dowsett, M., Allred, D. C., Hagerty, K. L., Badve, S., ... & Wolff, A. C. (2010). ASCO/CAP guideline recommendations for estrogen and progesterone receptors testing in breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 28(16), 2784-2795. <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.25.6529>
- Hammond, M. E. H., Hayes, D. F., Dowsett, M., Allison, K. H., Bergh, J., Büttner, R., ... & Wolff, A. C. (2013). ASCO/CAP guideline recommendations for HER2 testing in breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 31(31), 3997-4013. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.50.9984>
- International Council of Nurses. (2019). ICNP Browser. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Infarmed. (2012). Resumo das características do medicamento - Morfina. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. <https://www.infarmed.pt>
- Infarmed. (2017). Resumo das características do medicamento - Microlax. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. <https://www.infarmed.pt>
- Infarmed. (2020). Resumo das características do medicamento - Midazolam. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. <https://www.infarmed.pt>

- Infarmed. (2021). Resumo das características do medicamento - Alprazolam. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. <https://www.infarmed.pt>
- Infarmed. (2021). Resumo das características do medicamento - Brometo de Ipratrópio Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. <https://www.infarmed.pt>
- Infarmed. (2021). Resumo das características do medicamento - Buprenorfina transdérmica. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. <https://www.infarmed.pt>
- Infarmed. (2021). Resumo das características do medicamento - Lactulose. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. <https://www.infarmed.pt>
- Infarmed. (2021). Resumo das características do medicamento - Metoclopramida. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. <https://www.infarmed.pt>
- Kolva, E., Rosenfeld, B., Pessin, H., Breitbart, W., & Prigerson, H. (2012). Anxiety in terminally ill cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43(5), 758-765. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.05.012>
- Lawson, J. S. (2000). Breast cancer: Risk factors and prevention. *European Journal of Cancer Prevention*, 9(1), 5-8. <https://doi.org/10.1097/00008469-200002000-00002>
- Machado, P. (2012). *O último sopro: Reflexões sobre a respiração no fim da vida*. Lisboa: Edições Horizonte.
- Manfredini, L. (2014). Avaliação sintomática em cuidados paliativos: A importância da escala ESAS. *Revista Portuguesa de Cuidados Paliativos*, 2(3), 20-28.
- Marie Curie. (2022). Managing sleep problems at the end of life. <https://www.mariecurie.org.uk>
- Mateus, C., Campos, C., & Alves, P. (2008). Avaliação da dor em contexto oncológico: Uma questão de atitude? *Revista Dor*, 9(4), 334-341.
- Moreira, C. (2012). Intolerância à atividade e fadiga em doentes oncológicos. *Revista Portuguesa de Enfermagem Oncológica*, 17(3), 12-18.
- National Breast Cancer Foundation. (2018). Breast cancer in men. <https://www.nationalbreastcancer.org>
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2023). Restless Legs Syndrome Fact Sheet. <https://www.ninds.nih.gov>

- Nascimento, M. S. (2010). Fadiga relacionada ao câncer: Abordagem clínica e terapêutica. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 56(3), 321-329.
- Ogden, J. (2004). *Health psychology: A textbook* (3rd ed.). McGraw-Hill Education.
- Oldervoll, L. M., Loge, J. H., Lydersen, S., Paltiel, H., Asp, M. B., & Kaasa, S. (2011). Physical exercise for cancer patients with advanced disease: A randomized controlled trial. *The Oncologist*, 16(11), 1649-1657.
- Park, S., & Tucker, M. A. (2017). Activity intolerance: Pathophysiology and interventions. *Journal of Advanced Nursing*, 73(10), 2373-2382.
- Peuckmann, V., Ekholm, O., Rasmussen, N. K., Groenvold, M., Christiansen, P., Møller, S., & Sjøgren, P. (2010). Chronic pain and other sequelae in long-term breast cancer survivors: Nationwide survey in Denmark. *European Journal of Pain*, 13(5), 478-485.
- Phipps, W. J., Long, B. C., & Cassmeyer, V. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: Conceitos e prática clínica* (7.^a ed., Vol. 2). Lusociência.
- Pina, P. (2016). Avaliação e controlo da dor. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3.^a ed., pp. 193-203). Núcleo de Cuidados Paliativos.
- Rodrigues, L. (2019). Dor oncológica: O que dizem os doentes portugueses? *Acta Médica Portuguesa*, 32(2), 141-148. <https://doi.org/10.20344/amp.11230>
- Severino, R. (2020). Intervenções não farmacológicas no controlo da dispneia. *Revista de Enfermagem Paliativa*, 5(1), 15-22.
- Skibinski, A., & Kuperwasser, C. (2015). The origin of breast tumor heterogeneity. *Oncogene*, 34(42), 5309-5316. <https://doi.org/10.1038/onc.2014.475>
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2020). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209-249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Thomas, S., von Gunten, C., & Ferrell, B. (2011). Respiratory distress. In B. Ferrell & N. Coyle (Eds.), *Oxford Textbook of Palliative Nursing* (4th ed., pp. 271-285). Oxford University Press.

- Valera, M. J., Cunha, S. M., & Rodrigues, V. M. C. (2013). A importância da avaliação da dor na prática clínica: Escalas de avaliação. *Revista Dor*, 14(1), 57-64. <https://doi.org/10.1590/S1806-00132013000100012>
- Vicente, A. (2019). Terapêutica da dor oncológica: A importância dos cuidados farmacêuticos. *Revista Portuguesa de Farmacoterapia*, 11(1), 27-33.
- Wilkes, G. M., & Barton-Burke, M. (2018). *Oncology nursing drug handbook 2018*. Jones & Bartlett Learning.
- Zucconi, M., & Ferri, R. (2014). Assessment of sleep disorders and diagnostic procedures. *Sleep Medicine Clinics*, 9(3), 281-291. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2014.05.001>

APÊNDICE B. CASO 2 – UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS (INTERNAMENTO)

I. I0494_I_E4NURSING_2

O Sr. F., de 57 anos, é serralheiro de profissão, casado, e reside com a esposa. É pai de sete filhos e avô de dois netos, todos vivendo nas proximidades, o que possibilita uma rede de apoio familiar sólida e presente. Trata-se de um homem com vida ativa até ao aparecimento dos sintomas que culminaram no diagnóstico de uma doença oncológica avançada.

Em junho de 2023, o Sr. F. recorreu ao serviço de urgência devido a uma dor abdominal intensa e persistente. Após a realização de diversos exames, foi diagnosticado com um adenocarcinoma pancreático com metástases peritoneais, em estadió avançado e considerado inoperável. A partir desse momento, iniciou acompanhamento em consulta externa de cuidados paliativos, com foco no controlo de sintomas, suporte emocional e planeamento dos cuidados futuros, dado o prognóstico reservado.

Com o avançar da doença, o cliente passou a apresentar, a partir de outubro, um aumento significativo da fadiga, perda ponderal e declínio funcional progressivo, o que resultou numa crescente dependência para as atividades da vida diária. Neste contexto, foi integrado na equipa domiciliária de cuidados paliativos, o que permitiu uma abordagem mais próxima e individualizada, respeitando o desejo inicial da família de manter os cuidados no domicílio.

Durante esta fase, a esposa assumiu o papel de cuidadora principal, com o apoio ativo dos filhos, que se organizaram de forma a garantir que o Sr. F. nunca ficasse sozinho. O cuidado foi partilhado entre os membros da família, refletindo um elevado grau de envolvimento e coesão. Apesar da dedicação, o peso emocional e físico da tarefa tornou-se progressivamente evidente, especialmente à medida que a situação clínica do cliente se agravava.

No início de dezembro, o Sr. F. apresentou um agravamento importante do seu estado geral, com flutuação do estado de consciência, intensificação da dor, prostração marcada e perda da capacidade de ingestão oral. A família, já bastante sobrecarregada, recorreu novamente ao serviço de urgência. Após avaliação clínica, e considerando as dificuldades em manter cuidados adequados no domicílio, decidiu-se pelo internamento em Unidade de Cuidados Paliativos (UCP).

O objetivo do internamento foi garantir o controlo eficaz dos sintomas refratários e proporcionar conforto e dignidade ao cliente. A admissão na UCP representou não apenas uma resposta à complexidade clínica do caso, mas também um reconhecimento dos limites da rede de apoio informal, destacando a importância da integração entre os cuidados formais e informais no contexto paliativo.

Este caso evidencia a importância de uma abordagem multidisciplinar, centrada na pessoa e na família, no âmbito dos cuidados paliativos, especialmente quando se lida com doenças progressivas e incuráveis. A história do Sr. F. ilustra o impacto emocional, físico e social da doença, tanto no cliente como na sua rede familiar, e sublinha a relevância dos cuidados paliativos enquanto modelo de cuidado compassivo, humanizado e centrado na dignidade no fim da vida.

1.1. Enquadramento teórico

O cancro pancreático é uma das neoplasias malignas mais agressivas, com elevada taxa de mortalidade e limitada resposta terapêutica. A sua evolução silenciosa, a sintomatologia inespecífica e a resistência aos tratamentos disponíveis contribuem para o diagnóstico tardio e a reduzida taxa de sobrevivência (Park et al., 2021).

Em Portugal, as neoplasias malignas representam atualmente a segunda principal causa de morte e constituem a maior carga de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (Despacho n.º 13227/2023). De acordo com os dados mais recentes do *Global Cancer Observatory* (2024), o cancro do pâncreas situa-se entre os dez tipos de cancro mais incidentes na Europa e ocupa as primeiras posições em termos de mortalidade ajustada pela idade. No cenário global, registaram-se aproximadamente 500 000 novos casos e 466 000 mortes por esta patologia em 2020. Nos Estados Unidos, o relatório *Cancer Facts & Figures 2025*, da *American Cancer Society*, estima cerca de 67 440 novos diagnósticos e 51 980 óbitos por cancro pancreático em 2025, mantendo-se como a terceira principal causa de morte por cancro. A taxa de sobrevivência relativa a cinco anos permanece reduzida, estimando-se em 13% (American Cancer Society, 2025).

Diversos fatores de risco contribuem para o desenvolvimento do cancro pancreático, entre os quais se destacam o tabagismo, o consumo excessivo de álcool, a obesidade, a diabetes mellitus, a idade avançada e a história familiar da doença. Estima-se que cerca de 10% dos casos estejam associados a fatores genéticos ou sindrómicos (Partyka et al., 2023). O quadro clínico inicial é, regra geral, vago e de instalação progressiva, o que dificulta o diagnóstico precoce. Os sinais e sintomas mais comuns incluem mal-estar generalizado, dor abdominal, náuseas, vômitos, perda ponderal e icterícia. A dor epigástrica com irradiação dorsal é frequentemente um dos primeiros sintomas nos casos em que existe metastização retroperitoneal (American Cancer Society, 2019).

O cancro pancreático é classificado em dois grandes grupos conforme a origem celular: tumores exócrinos e tumores neuroendócrinos. Os tumores exócrinos representam cerca de 90% a 95% dos

casos, sendo o mais prevalente o adenocarcinoma ductal pancreático, que se origina nos ductos pancreáticos e apresenta elevado grau de agressividade, com diagnóstico geralmente tardio (Park et al., 2021; American Cancer Society, 2025). Outras formas menos comuns incluem o carcinoma adenoescamoso, o carcinoma acinar de células pancreáticas e os carcinomas indiferenciados, todos associados a mau prognóstico (Anderson et al., 2022).

Já os tumores neuroendócrinos do pâncreas (TNEp) são menos frequentes, representando cerca de 5% a 10% das neoplasias pancreáticas. Dividem-se em funcionantes, que produzem hormonas ativas (como insulinomas e gastrinomas), e não-funcionantes, geralmente assintomáticos até fases avançadas (Partyka et al., 2023). Apesar de geralmente apresentarem crescimento mais lento, os TNEp também podem metastizar.

Por fim, destacam-se as lesões císticas pancreáticas com potencial maligno, como a neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN) e a neoplasia mucinosa cística (MCN), cuja vigilância é fundamental, dado o risco de progressão para adenocarcinoma (Bojesson et al., 2024).

O estadiamento da doença é habitualmente realizado com base no sistema TNM, estabelecido pelo *American Joint Committee on Cancer*, que avalia o tamanho tumoral (T), a extensão para os gânglios linfáticos regionais (N) e a presença de metástases à distância (M). A presença de carcinomatose peritoneal, como observada no caso em análise, indica um estágio IV, com doença avançada e irressecável. Nestas situações, o prognóstico é extremamente reservado e a esperança média de vida é curta (Alves, 2012).

As opções terapêuticas para o cancro pancreático incluem cirurgia, quimioterapia, radioterapia, imunoterapia, terapias alvo e cuidados paliativos. A ressecção cirúrgica é indicada apenas em casos considerados ressecáveis, o que representa aproximadamente 10% dos diagnósticos. Estima-se que entre 50% e 60% dos clientes já apresentem metástases no momento do diagnóstico e entre 30% e 35% tenham doença localmente avançada, o que inviabiliza uma abordagem curativa (Anderson et al., 2022).

Perante a ausência de perspetivas curativas, os cuidados paliativos constituem a abordagem mais adequada para promover qualidade de vida, controlo sintomático e apoio psicossocial e espiritual. A integração precoce destes cuidados tem vindo a revelar-se fundamental para melhorar o bem-estar dos clientes oncológicos com doença avançada. Estudos recentes mostram que a introdução dos cuidados paliativos nas primeiras semanas após o diagnóstico de doença metastizada está associada a melhor controlo da dor, alívio do sofrimento emocional, melhor qualidade de vida e, em alguns casos, maior sobrevida (Carter et al., 2023; Smith et al., 2024).

A atuação das equipes multidisciplinares tem um papel essencial nesse contexto. Intervenções coordenadas por profissionais de saúde em regime domiciliário, como demonstrado no ensaio clínico ALLAN (Bojesson et al., 2024), promovem melhorias significativas nos índices de qualidade de vida (FACT-G). Os cuidados paliativos em casa, além de proporcionarem conforto e humanização, também promovem maior proximidade com os familiares e reduzem hospitalizações desnecessárias. A telemedicina, ou cuidados paliativos à distância, tem sido valorizada como uma ferramenta eficaz, sobretudo em regiões com acesso limitado a unidades especializadas, permitindo continuidade assistencial e redução do stress logístico para os clientes e suas famílias (Hospice News, 2024).

A fase de UDHV, caracterizado por alterações fisiológicas irreversíveis e declínio funcional exige intervenções focadas no conforto, dignidade e suporte contínuo (Braga et al., 2017; Neto, 2016a). A atuação da equipe de saúde é crucial para garantir uma morte serena e acompanhada, respeitando os valores, desejos e crenças do cliente.

Neste processo, os profissionais de saúde assumem um papel central. Cabe-lhes a monitorização de sintomas, a comunicação eficaz com o cliente e os familiares, o apoio emocional e a facilitação de uma morte digna. Ao respeitarem a singularidade de cada ser humano, os profissionais contribuem significativamente para o alívio do sofrimento e a preservação da dignidade até o final da vida.

I.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 56 anos | Masculino

Cuidador

04-12-2023 09:00

04-12-2023 09:00 - Parentesco: cônjuge.

04-12-2023 09:00 - Coabita com a pessoa dependente.

04-12-2023 09:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.

04-12-2023 09:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

04-12-2023 09:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

1.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-12-04 09:00:00	Butilescopolamina 20mg/1ml - 20mg (SC) em SOS de 12h/12h se estertor	
2023-12-04 09:00:00	Midazolam 15mg/3ml- 2mg (SC) em SOS de 1h/1h se inquietação/ansiedade	
2023-12-04 09:00:00	Paracetamol 1000mg (retal) em SOS de 8h/8h se febre	
2023-12-04 09:00:00	Morfina 10mg/1ml - 200mg (SC) em 100ml de SF a 4,2 ml/h	
2023-12-04 09:00:00	Morfina 10mg/1ml - 15mg (SC) em SOS de 1h/1h se dor ou dispneia	

1.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, 1996), é competência do enfermeiro administrar a terapêutica prescrita, monitorizar seus efeitos e atuar conforme necessário. Em situações de emergência, deve intervir de acordo com sua qualificação e conhecimentos, com o objetivo de manter ou restaurar as funções vitais (p. 2961). Tendo em consideração o cenário apresentado, seguem-se os principais aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita:

Midazolam - é um fármaco pertencente à classe das benzodiazepinas, com propriedades ansiolíticas, sedativas e hipnóticas, sendo amplamente utilizado para induzir sedação. No contexto da dispneia em cuidados paliativos, atua reduzindo a percepção da falta de ar ao mediar os estímulos periféricos que chegam ao sistema nervoso central, promovendo alívio sintomático (Infarmed, 2023).

Os efeitos adversos mais comuns incluem sonolência, sedação prolongada, confusão, alucinações, depressão respiratória e, em casos raros, laringoespasma, que pode comprometer gravemente a via aérea (Infarmed, 2023). Quando ocorre depressão respiratória induzida por benzodiazepinas, a administração de flumazenil por via endovenosa (EV) é indicada como antídoto, conforme prescrição médica (Gonçalves, 2011).

No caso clínico apresentado, a prescrição de midazolam foi instituída em regime SOS, numa fase mais avançada da abordagem terapêutica, visando o controlo da ansiedade e agitação associadas ao processo de fim de vida, em consonância com os princípios da sedação paliativa proporcional.

Morfina - é um opioide estupefaciente amplamente utilizado no controlo da dor moderada a intensa, assim como da tosse e da dispneia, especialmente no contexto dos cuidados paliativos (Pina, 2016). Entre os efeitos adversos mais frequentes destacam-se as náuseas, vômitos,

obstipação, sedação e confusão mental (Infarmed, 2023). Com o uso continuado, desenvolve-se tolerância à maioria destes efeitos, com exceção da obstipação, que se mantém persistente e requer prescrição preventiva de laxantes.

Em situações de intoxicação por opioides, o antagonista específico é a naloxona, cuja administração deve ser realizada por via endovenosa (EV), conforme prescrição médica (Gonçalves, 2011).

No caso do Sr. F., a morfina foi prescrita com o objetivo de proporcionar alívio eficaz da dor, sendo administrada de forma contínua por infusão subcutânea (SC) a cada 24 horas, complementada com bolus em regime SOS para os episódios de exacerbação da dor ou dispneia.

Butilescopolamina - é um fármaco anticolinérgico que atua como antagonista dos recetores muscarínicos, promovendo a redução da produção de secreções brônquicas. A sua administração é recomendada em casos de estertor terminal, condição que resulta da incapacidade do cliente em eliminar secreções da orofaringe e traqueia, habitualmente observada nas fases finais da vida. A intervenção deve ocorrer precocemente, assim que estas secreções são identificadas, de forma a prevenir a sua aspiração (Gonçalves, 2011).

Contudo, importa sublinhar que a sua utilização deve ser encarada como uma estratégia complementar, e não como o principal recurso terapêutico para o controlo do estertor. Entre os efeitos adversos mais comuns destacam-se a visão turva, taquicardia e diplopia (Infarmed, 2023).

No caso do Sr. F., a prescrição em regime SOS visou a intervenção imediata perante o surgimento de estertores, proporcionando maior conforto na fase de UDHV.

Paracetamol - O paracetamol é um analgésico não opioide indicado para o alívio da dor ligeira a moderada, apresentando ainda efeito antipirético. É geralmente bem tolerado, mas podem ocorrer efeitos adversos como sonolência ligeira e tonturas (Infarmed, 2023).

No presente caso clínico, o paracetamol foi prescrito com o objetivo de controlar a febre, contribuindo para o alívio do desconforto e para a melhoria do bem-estar global do cliente.

I.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

04-12-2023 09:00

04-12-2023 09:00 - Cateter subcutâneo

04-12-2023 09:00 - Localização do cateter subcutâneo

04-12-2023 09:00 - Braço Direita(o)

04-12-2023 09:00 - Assegurar funcionamento do cateter

04-12-2023 09:00 - Otimizar cateter subcutâneo

04-12-2023 09:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter subcutâneo

04-12-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo

04-12-2023 09:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter subcutâneo

04-12-2023 09:00 - Trocar cateter subcutâneo

I.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Cateter subcutâneo: O cateter subcutâneo (SC) pode ser uma alternativa viável quando outras vias de administração não são possíveis, especialmente em pessoas em situação paliativa ou que estão em fim de vida. O seu uso possibilita o alívio dos sintomas associados a doenças avançadas, garantindo tanto a administração de medicamentos quanto a manutenção da hidratação (Avilés & Antinolo, 2013).

A via SC destaca-se por ser um método simples e seguro, podendo ser utilizada tanto no ambiente hospitalar quanto domiciliar. Comparada à via endovenosa, apresenta vantagens como menor dor, menor invasividade e menor incidência de eventos adversos, sem comprometer a eficácia dos fármacos administrados (Vasconcellos & Milão, 2019). As complicações mais frequentes incluem dor, edema no local da punção e absorção ineficaz dos fármacos. Embora essas reações não causem danos graves, podem gerar desconforto, tornando essencial uma avaliação sistemática do local da aplicação (Mendoza et al., 2022).

Apesar da sua segurança e praticidade, a via SC ainda é subutilizada no meio hospitalar (Mendoza et al., 2022), em grande parte devido à preferência generalizada pela via endovenosa, à falta de conhecimento sobre a técnica e à in experiência dos profissionais de saúde (Carvalho, 2018). Para garantir uma abordagem de qualidade à pessoa em situação paliativa, torna-se fundamental investir na capacitação dos profissionais para promover uma maior adesão a essa prática (Novelli et al., 2019).

I.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
04-12-2023 09:00	Sensações somáticas	
04-12-2023 09:00	Pele e mucosas	
04-12-2023 09:00	Emoção	
04-12-2023 09:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
04-12-2023 09:00	Consciência	

I.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Domínio Sensações Somáticas – Dor

De acordo com a International Association for the Study of Pain (Merskey & Bogduk, 1994, p.210), a dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita como tal. É considerada o quinto sinal vital e está frequentemente presente em diversas situações que exigem cuidados de saúde. Dessa forma, garantir um controlo eficaz da dor é tanto um direito do paciente quanto uma responsabilidade dos profissionais de saúde (Ritto et al., 2017).

A dor pode ser classificada de diversas maneiras. Com base na sua duração, divide-se em aguda ou crónica. No caso analisado, o Sr. F apresenta dor visceral, diretamente associada à progressão da doença. A carcinomatose peritoneal caracteriza-se pela disseminação de células tumorais na cavidade peritoneal, desencadeando uma resposta inflamatória crónica nos tecidos afetados. Além disso, à medida que essas células proliferam e se espalham, pode ocorrer a invasão e destruição dos tecidos vizinhos, levando à sua deterioração. Tanto a inflamação crónica quanto a perda tecidual contribuem para a complexidade e gravidade do quadro clínico (Alves, 2012). Dentro do contexto da dor crónica, o termo dor irruptiva refere-se a um agravamento passageiro da dor crónica que está sob controlo (Gonçalves, 2011).

Quanto aos mecanismos envolvidos na dor, ela pode ser categorizada em nociceptiva, neuropática e idiopática (Gonçalves, 2011). Também pode ser subdividida em oncológica e não oncológica (Ritto et al., 2017). A dor oncológica está associada ao cancro e pode manifestar-se de diferentes formas, sendo a mais comum a dor nociceptiva somática, que geralmente ocorre devido ao avanço da doença ou à presença de metástases (Gonçalves, 2011; Ritto et al., 2017).

Por ser uma experiência subjetiva e única, a avaliação da dor pode ser um desafio. Dessa forma, os instrumentos utilizados para medi-la devem ser adaptados ao perfil do paciente, levando em consideração a sua idade, capacidades cognitivas, nível de compreensão, estado clínico e facilidade de aplicação do método (Ritto et al., 2017). Entre os métodos disponíveis, destacam-

se a escala visual analógica, a escala das faces e a escala de avaliação numérica. Neste caso, optou-se pela escala de avaliação numérica, que mede a intensidade da dor por meio de uma classificação de zero a dez, onde zero representa "sem dor" e dez equivale à "pior dor possível" (Pina, 2016a; Ritto et al., 2017). Para um tratamento adequado, é essencial considerar o conceito de dor total, que integra não apenas os aspectos físicos, mas também os componentes psicológicos, sociais e espirituais da dor (Ritto et al., 2017).

No caso da dor oncológica, o tratamento tem como principais objetivos minimizar o sofrimento, melhorar a funcionalidade e a qualidade de vida do paciente (Candido et al., 2017).

Quanto ao tratamento farmacológico, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe um modelo baseado em seis princípios: administração oral, regularidade na medicação, uso da escada analgésica, individualização do tratamento e atenção aos detalhes (Gonçalves, 2011; Pina, 2016a; Ritto et al., 2017). O tratamento da dor crônica deve seguir um esquema de administração regular, embora seja possível recorrer a doses de resgate nos momentos de maior intensidade da dor (Fallon et al., 2018; Gonçalves, 2011). De forma geral, adota-se a estratégia da escada analgésica, que consiste em três níveis, ajustando a medicação conforme a gravidade da dor. No caso clínico analisado, uma vez que a dor era moderada a grave, optou-se pela prescrição de opioide em perfusão com resgates de 1/1h se necessário.

Domínio Consciência

A consciência é definida como a capacidade do indivíduo de estar desperto, orientado e capaz de responder adequadamente aos estímulos internos e externos (ICN, 2019). É composta por duas dimensões fundamentais: a vigília, relacionada ao nível de alerta, e o conteúdo da consciência, que inclui funções cognitivas superiores como pensamento, linguagem, memória e comportamento (Laureys et al., 2020).

A vigília depende da integridade do sistema reticular ativador ascendente localizado no tronco cerebral, responsável por manter o estado de alerta. Por sua vez, o conteúdo da consciência está associado à atividade funcional dos hemisférios cerebrais, especialmente nas áreas corticais responsáveis pela cognição e comportamento (Boly et al., 2017).

As alterações no estado de consciência podem resultar de causas estruturais, como lesões cerebrais focais, ou de causas metabólicas, como hipóxia, infecções ou efeitos farmacológicos (Young et al., 2021). A avaliação clínica do nível de consciência é essencial no contexto dos cuidados paliativos, pois permite identificar sinais precoces de deterioração neurológica ou efeitos adversos de medicamentos.

Os níveis de consciência são geralmente classificados da seguinte forma:

- Alerta: cliente plenamente consciente e responsivo;

- Sonolento: cliente com tendência ao sono, mas acorda com facilidade;
- Obnubilado: resposta lenta e confusa a estímulos;
- Estuporoso: resposta apenas a estímulos vigorosos e persistentes;
- Comatoso: ausência de resposta a qualquer estímulo (Gosseries et al., 2019).

No caso clínico apresentado, observou-se um declínio progressivo do estado de consciência, o qual se relaciona com a evolução natural da doença oncológica avançada, possivelmente agravado por fatores metabólicos e farmacológicos. Esta situação reforça a importância de uma avaliação sistemática e contínua do estado de consciência, permitindo um plano de cuidados ajustado à condição clínica da cliente e respeitando os seus objetivos de conforto e dignidade no fim de vida.

Domínio: Pele e Mucosas

As alterações da mucosa oral são frequentes em clientes em cuidados paliativos, com impacto significativo na comunicação, alimentação e qualidade de vida (Venkatasalu et al., 2020). Entre os problemas mais comuns encontram-se a xerostomia (sensação de boca seca), a mucosite (inflamação dolorosa da mucosa) e a candidíase oral (infecção fúngica), os quais resultam tanto da evolução da doença como dos efeitos adversos de tratamentos farmacológicos e do défice de higiene oral (Saini et al., 2022).

Segundo Gomes (2017), a implementação de cuidados sistemáticos de saúde oral é uma prática essencial em enfermagem, sobretudo em contexto paliativo, onde a manutenção do conforto assume centralidade. A avaliação diária da cavidade oral permite identificar precocemente alterações como úlceras, infeções ou alterações do paladar, promovendo uma resposta terapêutica eficaz (Pinto et al., 2023).

A higiene oral adequada — incluindo escovagem suave, limpeza de próteses dentárias e utilização de soluções antissépticas não alcoólicas — contribui para a prevenção de infeções e aumento do conforto. A hidratação da mucosa oral, por sua vez, pode ser promovida por estratégias como o uso de saliva artificial, compressas húmidas, ingestão frequente de líquidos e estimulação salivar através de alimentos ácidos ou pastilhas sem açúcar (Venkatasalu et al., 2020).

Em casos de xerostomia, é aconselhável evitar alimentos secos, salgados ou de textura irritante, privilegiando opções frescas, húmidas e que promovam a salivação, como gelados ou frutas cítricas (Fradique, 2016). Estas medidas não farmacológicas, aliadas ao conforto emocional e ao alívio sintomático, revelam-se fundamentais na abordagem integral à pessoa em fim de vida.

No caso clínico em análise, a presença de mucosas secas levou à implementação de várias destas estratégias, com o objetivo de aliviar o desconforto, prevenir complicações e promover bem-estar ao cliente.

Dominio Emoção - Humor Deprimido

De acordo com a *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (ICN, 2019), o humor deprimido é definido como uma emoção negativa que oscila entre a tristeza e a melancolia, frequentemente associada a perturbações do sono, perda de apetite e diminuição da capacidade de concentração. A tristeza, por sua vez, é uma emoção primária e universal, geralmente desencadeada por eventos adversos ou perdas significativas (Hui et al., 2023).

No contexto da doença oncológica avançada, o progressivo comprometimento das capacidades funcionais e da autonomia contribui para um impacto emocional profundo, afetando a autoimagem, os relacionamentos interpessoais e a percepção da própria existência (Zaid et al., 2021). Emoções como tristeza e melancolia, nestes casos, são compreendidas como parte de um processo adaptativo natural. No entanto, a sua persistência ou agravamento pode estar associada a perturbações do humor clinicamente relevantes, exigindo uma intervenção estruturada com foco na modulação do sofrimento psíquico.

Nos cuidados paliativos, a comunicação empática e terapêutica é uma ferramenta essencial na atenuação do sofrimento emocional, sobretudo em situações de solidão, medo existencial ou sensação de abandono. A comunicação, enquanto expressão da necessidade humana de vínculo e segurança emocional, constitui um recurso terapêutico fundamental, capaz de humanizar o cuidado e mitigar o sofrimento (Nipp et al., 2021; Park & Kim, 2023).

No caso em análise, o Sr. F. manifestava sinais inequívocos de sofrimento emocional: voz monótona e arrastada, episódios frequentes de choro e expressões verbais de tristeza, sobretudo relacionadas com a perda de autonomia nas atividades de vida diária e o sentimento de aproximação da morte. Estes sinais reforçam a importância de uma escuta ativa, de um acompanhamento emocional próximo e de estratégias de suporte integradas, enquanto pilares dos cuidados prestados.

Domínio Emoção - Luto Preparatório

O Sr. F., confrontado com uma doença oncológica avançada, vivenciava perdas sucessivas de natureza física, emocional, social e espiritual. A perda da autonomia funcional, dos papéis familiares (como marido, pai e avô) e da capacidade produtiva representava um processo de desconstrução identitária, comum nas fases avançadas da doença.

De acordo com Barbosa et al. (2016), o luto é uma resposta à perda significativa que se manifesta através de transformações físicas, emocionais, cognitivas, sociais e espirituais. O luto preparatório, também denominado luto antecipatório, refere-se ao processo vivido pela pessoa que se encontra em fim de vida e que necessita adaptar-se à proximidade da morte, elaborar as perdas vividas e resignificar o seu percurso existencial (Pimenta & Capelas, 2019).

Este processo envolve, frequentemente, o planeamento de despedidas, a resolução de assuntos pendentes, a revisão da própria vida e a busca de sentido, sendo o apoio emocional e relacional dos familiares, amigos e profissionais de saúde um elemento essencial para a contenção do sofrimento.

As perdas experimentadas podem ser compreendidas nas seguintes dimensões (Barbosa et al., 2016):

- Físicas: declínio funcional, dor, perda da saúde e bem-estar;
- Emocionais: perda da autoimagem, da esperança e do controlo emocional;
- Cognitivas: dificuldades de memória, concentração e percepção de controlo;
- Sociais: afastamento dos vínculos familiares, profissionais e comunitários;
- Espirituais: questionamento do sentido da vida, da fé e da ligação ao transcendente.

Segundo o modelo de Kübler-Ross e Kessler (2009), o luto pode ser compreendido em cinco estádios, que não necessariamente ocorrem de forma linear:

1. Negação - recusa em aceitar a realidade da doença;
2. Raiva - expressão da frustração perante a perda do controlo;
3. Negociação - tentativas simbólicas de adiar ou alterar o curso da doença;
4. Depressão - reconhecimento da gravidade da situação com tristeza profunda;
5. Aceitação - compreensão e serenidade perante a irreversibilidade da morte.

No caso do Sr. F., observou-se uma aproximação do estádio de aceitação, manifestada por uma postura introspectiva, verbalizações conscientes sobre a sua condição e demonstrações de preparação emocional para o desfecho iminente, ainda que permeadas por receios naturais perante o desconhecido.

I.6. Conceção de Cuidados

Consciência

04-12-2023 09:00

04-12-2023 09:00 - Consciente.

04-12-2023 09:00 - Determinar sinais de alteração da consciência

04-12-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

06-12-2023 09:00

06-12-2023 09:00 - Com indícios de compromisso da consciência.

06-12-2023 09:00 - Consciência comprometida

06-12-2023 09:00 - Abertura dos olhos: ao estímulo verbal.

07-12-2023 09:00 - Abertura dos olhos: ao estímulo verbal [MANTEVE].

06-12-2023 09:00 - Resposta verbal: confusa.

07-12-2023 09:00 - Resposta verbal: confusa [MANTEVE].

06-12-2023 09:00 - Resposta motora: obedece a ordens simples.

07-12-2023 09:00 - Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].

06-12-2023 09:00 - Determinar evolução da consciência

06-12-2023 09:00 - Avaliar evolução da consciência

07-12-2023 09:00

07-12-2023 09:00 - Com indícios de compromisso da consciência.

Sensações somáticas

04-12-2023 09:00

04-12-2023 09:00 - Dor

04-12-2023 09:00 - Expressão facial: Parcialmente contraída ou sobrelhas franzidas.

06-12-2023 09:00 - Expressão facial: Relaxada [MELHOROU].

07-12-2023 09:00 - Expressão facial: Relaxada [MELHOROU].

04-12-2023 09:00 - Movimento dos membros: Membros superiores parcialmente fletidos.

07-12-2023 09:00 - Movimento dos membros: Sem movimento dos membros superiores [MELHOROU].

04-12-2023 09:00 - Choro/vocalização: Gemidos não frequentes nem prolongados.

06-12-2023 09:00 - Choro/vocalização: Sem vocalização da dor [MELHOROU].

07-12-2023 09:00 - Choro/vocalização: Sem vocalização da dor [MELHOROU].

04-12-2023 09:00 - Localização da dor

04-12-2023 09:00 - Abdómen

04-12-2023 09:00 - Intensidade da dor - 6.

04-12-2023 09:00 - frequência da dor - contínua.

04-12-2023 09:00 - duração da dor - crônica.

04-12-2023 09:00 - dor de tipo - moedeira.

06-12-2023 09:00 - Determinar evolução da dor

06-12-2023 09:00 - Avaliar evolução da dor

04-12-2023 09:00 - Diminuir dor

04-12-2023 09:00 - Gerir analgesia

04-12-2023 09:00 - Posicionar para aliviar a dor

06-12-2023 09:00

06-12-2023 09:00 - Sem manifestação de dor.

07-12-2023 09:00

07-12-2023 09:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

Pele e mucosas

04-12-2023 09:00

04-12-2023 09:00 - Membrana mucosa comprometida

04-12-2023 09:00 - Localização do compromisso da membrana mucosa

04-12-2023 09:00 - Cavidade oral

04-12-2023 09:00 - Coloração da mucosa: pálidas.

04-12-2023 09:00 - Mucosa seca.

04-12-2023 09:00 - Mucosa com placas aderentes.

06-12-2023 09:00 - Localização do compromisso da membrana mucosa

06-12-2023 09:00 - Língua

06-12-2023 09:00 - Coloração da mucosa: pálidas.

06-12-2023 09:00 - Mucosa seca.

06-12-2023 09:00 - Mucosa com textura normal.

07-12-2023 09:00 - Localização do compromisso da membrana mucosa

07-12-2023 09:00 - Língua

07-12-2023 09:00 - Coloração da mucosa: pálidas.

07-12-2023 09:00 - Mucosa com humidade normal.

07-12-2023 09:00 - Mucosa com textura normal.

04-12-2023 09:00 - Determinar evolução da integridade das membranas mucosas

04-12-2023 09:00 - Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas

06-12-2023 09:00

06-12-2023 09:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

07-12-2023 09:00

07-12-2023 09:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

Emoção

04-12-2023 09:00

04-12-2023 09:00 - Com indícios de humor depressivo.

04-12-2023 09:00 - Especificação da perda: Perda de autonomia.

04-12-2023 09:00 - Não manifesta negação da perda.

04-12-2023 09:00 - Manifesta pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda.

04-12-2023 09:00 - Humor depressivo

04-12-2023 09:00 - Pensamentos recorrentes de morte, Tom de voz baixa, discurso arrastado.

06-12-2023 09:00 - Tristeza persistente (há mais de uma semana), Tom de voz baixa, discurso arrastado [MELHOROU].

07-12-2023 09:00 - Tristeza persistente (há mais de uma semana), Tom de voz baixa, discurso arrastado [MELHOROU].

06-12-2023 09:00 - Determinar evolução do humor

06-12-2023 09:00 - Avaliar evolução do humor depressivo

04-12-2023 09:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o humor

04-12-2023 09:00 - Executar escuta ativa

04-12-2023 09:00 - Luto comprometido [RESOLVIDO] 06-12-2023 09:00

04-12-2023 09:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o luto [FIM] 06-12-2023 09:00

04-12-2023 09:00 - Executar escuta ativa [FIM] 06-12-2023 09:00

06-12-2023 09:00

06-12-2023 09:00 - Com indícios de humor depressivo [MANTEVE].

06-12-2023 09:00 - Sem indícios de euforia.

06-12-2023 09:00 - Não verbaliza ansiedade.

06-12-2023 09:00 - Sem manifestação de inquietação.

06-12-2023 09:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

06-12-2023 09:00 - Sem manifestação de pânico .

06-12-2023 09:00 - Não manifesta negação da perda [MANTEVE].

06-12-2023 09:00 - Não manifesta pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda [MELHOROU].

I.7. Especificação das intervenções

Otimizar cateter subcutâneo

- Permeabilizar acesso SC com cloreto de sódio 0,9%

Gerir analgesia

- Administrar analgesia em horário fixo prevenindo flutuações dos níveis da analgesia
- Orientar o cliente a solicitar medicação analgésica sempre que necessário
- Administrar dose de resgate antes da realização de atividades que precipitem dor (exemplo: antes dos cuidados de higiene)
- Avaliar a eficácia da terapêutica administrada
- Informar sobre os efeitos secundários da terapêutica administrada

Executar escuta ativa

- Demonstrar interesse pelo cliente;
- Evidenciar percepção e sensibilidade às emoções;
- Usar o silêncio/escuta para estimular a manifestação de sentimentos, pensamentos e preocupações.

Trocar cateter subcutâneo

- Promover rotação dos locais de inserção

Posicionar para aliviar a dor

- Informar sobre os benefícios do posicionamento no alívio da dor: Diminuição da dor; Promoção do conforto
- Identificar a posição antiálgica
- Posicionar o cliente na posição antiálgica

I.8. Síntese relativa ao caso

Neste capítulo, são descritos os resultados observados durante o desenvolvimento deste estudo de caso relativamente aos principais domínios identificados em todas as sessões.

Evolução do cliente / Resultados

Domínio Sensações Somáticas – Dor

Na primeira sessão, ao serem avaliadas as necessidades do cliente em estudo, este apresentava dor abdominal, classificada com intensidade de 6 na Escala Numérica da Dor. Essa condição exigia a administração regular de opioide potente por via subcutânea (SC), várias vezes ao dia, em regime de SOS. Diante desse cenário, aumentou-se a dose da perfusão SC de morfina.

Durante a avaliação realizada pela equipa de Cuidados Paliativos (CP), foi considerada a influência do sofrimento emocional e social na forma como o cliente percebia a intensidade da dor. Por esse motivo, foram implementadas intervenções direcionadas à gestão do sofrimento emocional e social, embora a diminuição da dor física tenha sido priorizada.

Na segunda sessão, o cliente já não referia dor no momento da avaliação, relatando apenas episódios esporádicos de dor que cediam com a administração de morfina SOS. Nas últimas 24 horas, recorreu apenas a duas doses de SOS.

Na terceira sessão, o Sr. F. manteve-se sem queixas de dor contínua, com recurso pontual à medicação SOS. Diante dessa evolução positiva, considera-se que os objetivos relacionados à dor foram atingidos. Contudo, a dor esporádica e o sofrimento associado permanecem como focos de atenção da equipa de CP.

Domínio Consciência

A utilização de morfina como parte integrante da terapêutica analgésica do Sr. F. revelou-se fundamental para o controlo eficaz da dor, permitindo alcançar níveis de conforto compatíveis com a dignidade e qualidade de vida desejadas em contexto paliativo. No entanto, a administração de opioides fortes, como a morfina, requer uma vigilância clínica rigorosa, particularmente no que diz respeito ao seu impacto potencial sobre o nível de consciência.

Sendo um opioide de ação central, a morfina está associada a efeitos adversos comuns, entre os quais se destacam a sonolência, a confusão mental e, em casos mais graves, a depressão respiratória. Estes efeitos podem comprometer significativamente o estado de vigília e a capacidade de interação do cliente, tornando-se essencial uma avaliação contínua do estado neurológico e da resposta clínica à terapêutica instituída.

No caso do Sr. F., apesar da necessidade de ajustes na dose de morfina para controle sintomático, o cliente manteve-se consciente ao longo das três sessões. Contudo, nas duas últimas sessões, observaram-se episódios pontuais de confusão mental, compatíveis com o contexto clínico e a progressão da doença, mas sem prejuízo da colaboração do cliente com a equipa. Esta colaboração ativa, mesmo em momentos de flutuação cognitiva, permitiu manter uma comunicação eficaz e respeitar os desejos e necessidades do cliente.

Domínio: Pele e Mucosas

A queixa de boca seca (xerostomia), frequentemente associada ao uso de opioides e à própria evolução da doença, foi alvo de atenção contínua ao longo das três sessões. Através da implementação de várias estratégias não farmacológicas, observou-se uma melhoria progressiva da sintomatologia, contribuindo significativamente para o aumento do conforto do cliente.

A observação e avaliação diária da cavidade oral permitiram a deteção precoce de alterações, como secura excessiva, fissuras, saburra ou sinais de inflamação, possibilitando intervenções rápidas e eficazes. A higiene oral adequada, que incluiu a escovagem regular dos dentes, a limpeza de próteses dentárias e o uso de elixires orais suaves, revelou-se essencial para manter a integridade da mucosa.

Além disso, foram aplicadas medidas para favorecer a hidratação da mucosa oral, tais como a oferta de alimentos refrescantes e húmidos, incluindo pequenos pedaços de frutas cítricas (como ananás, laranja e limão) e gelados, sempre adaptados às preferências e tolerância do cliente. Essas opções estimularam a produção de saliva e aliviaram o desconforto provocado pela secura bucal, promovendo, assim, uma maior sensação de bem-estar.

Domínio Emoção - Humor Deprimido

Ao longo das três sessões foi possível estabelecer uma relação terapêutica de confiança com o cliente através da prática contínua da escuta ativa, associada a intervenções de apoio emocional, o que favoreceu a exteriorização dos sentimentos de tristeza, angústia e melancolia inicialmente manifestados. Esta abordagem permitiu não apenas acolher o sofrimento emocional do cliente, mas também contribuir ativamente para a sua elaboração, criando espaço para o alívio das tensões internas e para a reorganização subjetiva diante da vivência da doença.

Como consequência, observaram-se melhorias progressivas no equilíbrio emocional do cliente, refletidas em uma postura mais tranquila, maior aceitação da sua condição e uma comunicação mais fluida com os profissionais de saúde e com a família.

Domínio Emoção - Luto Preparatório

No que diz respeito ao luto preparatório, desde o início do processo assistencial foram delineadas e implementadas estratégias com o objetivo de promover a reconexão do cliente com sentimentos de esperança, bem como de favorecer a expressão emocional em um ambiente seguro e acolhedor. Reconhecendo-se que o luto pode iniciar-se ainda em vida, sobretudo diante do reconhecimento do prognóstico reservado, tornou-se essencial oferecer suporte que permitisse ao cliente preparar-se emocionalmente para a despedida, tanto consigo mesmo quanto com as pessoas significativas da sua vida.

Para isso, recorreu-se à escuta ativa e à empatia como ferramentas fundamentais na relação terapêutica, permitindo ao cliente sentir-se compreendido, validado e respeitado nas suas emoções. Foram também promovidas reflexões sobre as fontes individuais de sentido e esperança, respeitando os valores pessoais, as crenças espirituais e os vínculos afetivos do cliente. A autorização para visitas de familiares, quando possível, revelou-se uma intervenção de grande impacto, facilitando a partilha de pensamentos, sentimentos e memórias, além de proporcionar momentos de reconexão afetiva no processo de fim de vida.

Dessa forma, observou-se já na segunda sessão um impacto positivo significativo nesse domínio, com sinais claros de maior tranquilidade emocional, verbalização de sentimentos profundos e fortalecimento dos laços relacionais.

O Sr. F. faleceu no serviço dois dias após a realização da terceira sessão, não tendo sido possível dar continuidade ao acompanhamento numa quarta sessão, como inicialmente previsto. A sua partida ocorreu durante o período da tarde, na presença da família, que pôde acompanhá-lo nesse momento final.

De acordo com a equipa de enfermagem que prestou os cuidados nesse dia, o Sr. F. faleceu de forma tranquila, com os sintomas devidamente controlados, sem sinais de sofrimento ativo. A presença da família, aliada ao controlo eficaz da dor e à gestão do sofrimento emocional nas sessões anteriores, contribuiu para que o processo de fim de vida ocorresse com dignidade, serenidade e respeito pelos desejos e necessidades do cliente.

Este desfecho reforça a importância da abordagem paliativa centrada na pessoa, que valoriza não apenas o alívio dos sintomas físicos, mas também o apoio emocional, relacional e espiritual, permitindo uma morte com o maior conforto e humanidade possíveis.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abreu, M. (2003). *Técnicas de posicionamento e ventilação no doente respiratório*. Revista de Fisioterapia Respiratória.
- Alves, A. (2012). *Cuidados paliativos: uma abordagem integrada*. Lisboa: Lidel.
- American Cancer Society. (2018). *Breast cancer in men*. <https://www.cancer.org>
- American Cancer Society. (2019). *Pancreatic cancer early detection, diagnosis, and staging*. <https://www.cancer.org>
- American Cancer Society. (2021). *Breast cancer facts & figures 2021-2022*. <https://www.cancer.org>
- American Cancer Society. (2025). *Cancer facts & figures 2025*. <https://www.cancer.org>
- American Thoracic Society. (1999). Dyspnea: Mechanisms, assessment, and management: A consensus statement. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 159(1), 321-340.
- Anderson, B., Narayanan, G., & Mulvihill, S. (2022). Pancreatic cancer: Current treatment and early detection. *Cancer Journal*, 28(1), 10-18. <https://doi.org/10.1097/PPO.0000000000000590>
- Barata, F., Ferreira, P. L., & Melo, E. (2016). Avaliação da dor em oncologia: Perspetivas de doentes e profissionais de saúde. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(11), 59-68. <https://doi.org/10.12707/RIV16011>
- Barbosa, A. (2016). *Cuidados paliativos: Enquadramento e prática clínica*. Lisboa: Lidel.
- Beaden, S. (2011). Dyspnea in palliative care: A frightening symptom. *Journal of Palliative Medicine*, 14(7), 751-756.
- Bernardo, A., Lopes, C., & Nunes, A. (2016). *Cuidados paliativos: Enquadramento, prática e humanização*. Lisboa: Lidel.
- Bocchetta, M., & Carbone, M. (2004). Cell immortality and cancer. *Human Pathology*, 35(6), 639-645. <https://doi.org/10.1016/j.humpath.2004.02.005>
- Bojesson, A., Brun, E., & Eberhard, J. (2024). Quality of life for patients with advanced gastrointestinal cancer randomised to early specialised home-based palliative care: The ALLAN trial. *British Journal of Cancer*, 131, 729-736. <https://doi.org/10.1038/s41416-024-02764-x>

- Boly, M., Massimini, M., Tsuchiya, N., Postle, B. R., Koch, C., & Tononi, G. (2017). Are the neural correlates of consciousness in the front or in the back of the cerebral cortex? *Clinical and neuroimaging evidence*. *Journal of Neuroscience*, 37(40), 9603-9613. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.3218-16.2017>
- Braga, S., Silva, A. C., & Teixeira, R. M. (2017). Sinais e sintomas de última hora de vida: SUDHV. *Revista de Cuidados Paliativos*, 4(1), 23-31.
- Burke, A. L., & Yennurajalingam, S. (2018). Pharmacological management of cancer-related insomnia. *Current Treatment Options in Oncology*, 19(12), 74. <https://doi.org/10.1007/s11864-018-0576-2>
- Candido, K. D., Knezevic, N. N., & Chakrabarty, S. (2017). Cancer pain: Physiology, clinical assessment, and management. *Current Pain and Headache Reports*, 21(6), 19.
- Carpenito, L. J. (2019). *Diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica* (15.^a ed.). Lisboa: Lusociência.
- Carvalho, T. R. (2018). A utilização da via subcutânea em cuidados paliativos: Revisão de literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(2), 233-242.
- Carter, T., et al. (2023). The impact of early palliative care on quality of life in advanced pancreatic cancer. *Supportive Care in Cancer*, 31(4), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07709-3>
- Castro, M. F., Silva, R. S., & Cunha, S. M. (2021). A dor oncológica como experiência multidimensional: Perspetiva dos doentes em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Enfermagem Oncológica*, (37), 30-38.
- Chin, C., et al. (2016). Dyspnea in advanced disease: Pathophysiology and management. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 10(3), 177-181.
- Coelho, D., & Wainstein, A. J. A. (2020). Via subcutânea no cuidado paliativo domiciliar. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos*, 13(1), 26-32.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2018). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIFE®)*. Genebra: ICN.
- Curt, G. A., Breitbart, W., Cella, D., Groopman, J. E., Horning, S. J., Itri, L. M., ... & Vogelzang, N. J. (2000). Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: New findings from the Fatigue Coalition. *The Oncologist*, 5(5), 353-360.
- Davies, A. (2019). Sleep disturbances in palliative care. *Medicine*, 47(12), 784-786. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2019.09.007>

- Del Fabbro, E., Dalal, S., & Bruera, E. (2006). Symptom control in palliative care - Part I: Fatigue and cachexia. *Journal of Palliative Medicine*, 9(2), 291-308.
- Despacho n.º 13227/2023. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 252 — 29 de dezembro de 2023.
- Diniz, R. S., Lima, A. F. P., & Silva, M. R. (2017). Dor oncológica: Uma abordagem prática. *Revista Dor*, 18(3), 273-277. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170104>
- Fallon, M. T., Giusti, R., Aielli, F., Hoskin, P., Rolke, R., Sharma, M., & Ripamonti, C. I. (2018). Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 29(Suppl_4), iv166-iv191.
- Feijó, A. M. (2015). A importância da avaliação neurológica no paciente crítico. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 27(3), 253-257.
- Fradique, T. (2016). A importância dos cuidados orais em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 57(3), 149-154.
- Galvão, C. M. (2016). Sintomas em cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1235-1240.
- Global Cancer Observatory. (2024). *Cancer today: GLOBOCAN 2024*. International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.fr/today>
- Gomes, B. (2017). Saúde oral em cuidados paliativos. *Cuidados Paliativos Hoje*, 8(2), 32-38.
- Gonçalves, J. (2011). *Dor oncológica: Avaliação e tratamento*. Coimbra: Formasau.
- Guedes, D. L., et al. (2019). Técnica de punção subcutânea: Uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Atual*, 90, 1-6.
- Hajjar, E. R. (2008). Insomnia in the elderly: Update on pharmacologic therapy. *Current Psychiatry Reports*, 10(1), 12-18. <https://doi.org/10.1007/s11920-008-0004-7>
- Hammond, M. E. H., Hayes, D. F., Dowsett, M., Allred, D. C., Hagerty, K. L., Badve, S., ... & Wolff, A. C. (2010). American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists guideline recommendations for immunohistochemical testing of estrogen and progesterone receptors in breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 28(16), 2784-2795. <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.25.6529>
- Hammond, M. E. H., Hayes, D. F., Dowsett, M., Allison, K. H., Bergh, J., Büttner, R., ... & Wolff, A. C. (2013). American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists guideline recommendations for HER2 testing in breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 31(31), 3997-4013. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.50.9984>
- Hospice News. (2024). *The most significant palliative care research trends in 2024*. <https://www.hospicenews.com/>

- Infarmed. (2012-2021). *Resumo das características do medicamento*. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. <https://www.infarmed.pt>
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Kolva, E., Rosenfeld, B., Pessin, H., Breitbart, W., & Prigerson, H. (2012). Anxiety in terminally ill cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43(5), 758-765. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.05.012>
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2009). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. Scribner.
- Lawson, J. S. (2000). Breast cancer: Risk factors and prevention. *European Journal of Cancer Prevention*, 9(1), 5-8. <https://doi.org/10.1097/00008469-200002000-00002>
- Machado, P. (2012). *O último sopro: Reflexões sobre a respiração no fim da vida*. Lisboa: Edições Horizonte.
- Manfredini, L. (2014). Avaliação sintomática em cuidados paliativos: A importância da escala ESAS. *Revista Portuguesa de Cuidados Paliativos*, 2(3), 20-28.
- Marie Curie. (2022). *Managing sleep problems at the end of life*. <https://www.mariecurie.org.uk>
- Mateus, C., Campos, C., & Alves, P. (2008). Avaliação da dor em contexto oncológico: Uma questão de atitude? *Revista Dor*, 9(4), 334-341.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mendoza, G., et al. (2022). Via subcutânea no controle de sintomas em cuidados paliativos. *Revista Dor*, 23(1), 57-63.
- Moreira, C. (2012). Intolerância à atividade e fadiga em doentes oncológicos. *Revista Portuguesa de Enfermagem Oncológica*, 17(3), 12-18.
- Nascimento, M. S. (2010). Fadiga relacionada ao câncer: Abordagem clínica e terapêutica. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 56(3), 321-329.
- National Breast Cancer Foundation. (2018). *Breast cancer in men*. <https://www.nationalbreastcancer.org>
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2023). *Restless Legs Syndrome Fact Sheet*. <https://www.ninds.nih.gov>
- Neto, I. (2016a). *Sintomas de última hora de vida: Quando o tempo é breve*. Coimbra: Formasau.

- Novelli, M. C., & Moreira, M. C. (2019). Capacitação dos profissionais para uso da via subcutânea. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(Suppl 1), 31-36.
- Ogden, J. (2004). *Health psychology: A textbook* (3rd ed.). McGraw-Hill Education.
- Oldervoll, L. M., Loge, J. H., Lydersen, S., Paltiel, H., Asp, M. B., & Kaasa, S. (2011). Physical exercise for cancer patients with advanced disease: A randomized controlled trial. *The Oncologist*, 16(11), 1649-1657.
- Olazabal, C. (2003). Treino da respiração abdominal em pacientes com dispneia. *Revista Brasileira de Reabilitação Pulmonar*.
- Park, S., & Tucker, M. A. (2017). Activity intolerance: Pathophysiology and interventions. *Journal of Advanced Nursing*, 73(10), 2373-2382.
- Park, W., Chawla, A., & O'Reilly, E. M. (2021). Pancreatic cancer: A review. *JAMA*, 326(9), 851-862. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.13027>
- Partyka, K., Ridgway, J., & Marmor, S. (2023). Risk factors and early detection in pancreatic cancer. *Pancreas*, 52(4), 512-519. <https://doi.org/10.1097/MPA.0000000000002124>
- Peuckmann, V., Ekholm, O., Rasmussen, N. K., Groenvold, M., Christiansen, P., Møller, S., & Sjøgren, P. (2010). Chronic pain and other sequelae in long-term breast cancer survivors: Nationwide survey in Denmark. *European Journal of Pain*, 13(5), 478-485.
- Phipps, W. J., Long, B. C., & Cassmeyer, V. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica* (7.^a ed., Vol. 2). Lusociência.
- Pina, P. (2016). Avaliação e controlo da dor. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3.^a ed., pp. 193-203). Núcleo de Cuidados Paliativos.
- Ritto, I. C., Tavares, D., & Borges, N. (2017). Dor oncológica: Desafios na abordagem terapêutica. *Revista Portuguesa de Oncologia*, 13(1), 45-53.
- Rodrigues, L. (2019). Dor oncológica: O que dizem os doentes portugueses? *Acta Médica Portuguesa*, 32(2), 141-148. <https://doi.org/10.20344/amp.11230>
- Santos, M. C., & Bermejo, J. C. (2015). O cuidado espiritual em enfermagem: Educação e prática. *Investigación y Educación en Enfermería*, 33(1), 38-44.
- Severino, R. (2020). Intervenções não farmacológicas no controlo da dispneia. *Revista de Enfermagem Paliativa*, 5(1), 15-22.
- Skibinski, A., & Kuperwasser, C. (2015). The origin of breast tumor heterogeneity. *Oncogene*, 34(42), 5309-5316. <https://doi.org/10.1038/onc.2014.475>

- Smith, L., et al. (2024). Early palliative care leads to quality of life and survival benefits: A comparative analysis in metastatic solid tumours. *eClinicalMedicine*, 72, 102234. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102234>
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2020). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209-249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Thomas, S., von Gunten, C., & Ferrell, B. (2011). Respiratory distress. In B. Ferrell & N. Coyle (Eds.), *Oxford Textbook of Palliative Nursing* (4th ed., pp. 271-285). Oxford University Press.
- Valera, M. J., Cunha, S. M., & Rodrigues, V. M. C. (2013). A importância da avaliação da dor na prática clínica: Escalas de avaliação. *Revista Dor*, 14(1), 57-64. <https://doi.org/10.1590/S1806-00132013000100012>
- Vasconcellos, A. S., & Milão, L. F. (2019). A via subcutânea em cuidados paliativos: Vantagens e desafios. *Revista Bioethikos*, 13(3), 338-345.
- Vedovatto, E. G. (2019). A via subcutânea em cuidados paliativos: Revisão de literatura. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 9, e45.
- Vicente, A. (2019). Terapêutica da dor oncológica: A importância dos cuidados farmacêuticos. *Revista Portuguesa de Farmacoterapia*, 11(1), 27-33.
- Zaid, H., et al. (2021). Depression and anxiety in patients with advanced cancer: A review. *Psycho-Oncology*, 30(6), 970-978.
- Zucconi, M., & Ferri, R. (2014). Assessment of sleep disorders and diagnostic procedures. *Sleep Medicine Clinics*, 9(3), 281-291. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2014.05.001>

APÊNDICE C. PLANO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Escola Superior de Enfermagem do Porto

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

Plano de Formação em Serviço

(Atividade integrada no objetivo de aprendizagem: desenvolvimento da melhoria contínua)

Serviços	Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP)
----------	--

Tema Ação de Formação	Cuidados em últimos Dias e Horas de Vida
Data	24/01/2024
Público alvo	Profissionais das equipas da EIHSCP
Duração	30 minutos

Objetivos	• Apresentar a problemática em questão: UDHV; • Sintetizar o “estado da arte” sobre o tema; • Descrever as intervenções para o cuidado do doente paliativo em últimos dias e horas de vida.
Conteúdos	• Conceito de cuidados paliativos; • Conceito de UDHV; • Sinais e Sintomas que antecedem a morte; • Barreiras ao diagnóstico de UDHV; • Consequências do não diagnóstico de UDHV; • intervenções para o cuidado ao cliente paliativo em últimos dias e horas de vida.
Preletores	Ângela Filipa Pereira de Almeida
Metodologia	Método expositivo/participativo
Material De Apoio	Recurso a ficheiro com diapositivos Computador
Avaliação	Discussão de grupo 10min
Referências bibliográficas	Braga, B., Rodrigues, J., Alves, M., & Galriça Neto, I. G. (2017). Guia prático da abordagem da agonia. <i>Medicina Interna</i> , 24(1), 48–55. https://doi.org/10.24950/rspmi.57 Barbosa, A., Pina, P. R., Tavares, F., & Neto, I. G. (2016). <i>Manual de cuidados paliativos</i> (3ª ed.).

	Chapman, L., & Ellershaw, J. (2015). Care in the last hours and days of life. <i>Medicine Journal</i>, 43(12), 736–739. https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2015.09.011 Hui, D., dos Santos, R., Chisholm, G., Bansal, S., Silva, T. B., Kilgore, K., Crovador, C. S., Yu, X., Swartz, M. D., Perez-Cruz, P. E., Leite, R. de A., Nascimento, M. S., Reddy, S., Seriacco, F., Yennu, S., Paiva, C. E., Dev, R., Hall, S., Fajardo, J., & Bruera, E. (2014). Clinical signs of impending death in cancer patients. <i>The Oncologist</i>, 19(6), 681–687. https://doi.org/10.1634/theoncologist.2013-0457 Vasconcellos, S. A., Viegas, A. da C., Muniz, R. M., Cardoso, D. H., Azevedo, N. A., & Amaral, D. E. D. do. (2020). Experiências vividas por enfermeiros sobre os cuidados paliativos no ambiente domiciliar. <i>Journal Health NPEPS</i>, 5(2). https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4728 World Health Organization. (2020, August 20). <i>Palliative care</i>. https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/palliative-care
--	---