

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Processo de Acompanhamento Espiritual à Pessoa em Situação
Paliativa

Spiritual Accompaniment Process for Persons in Palliative
Situations

Autor

Sandrina Silva Afonso

Oliveira de Azeméis, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Processo de Acompanhamento Espiritual à
Pessoa em Situação Paliativa

Spiritual Accompaniment Process for Persons in
Palliative Situations

Orientador(es)

Sónia Alexandra de Lemos Novais

Autor

Sandrina Silva Afonso

Oliveira de Azeméis, 2025

RESUMO

Introdução: O envelhecimento acentuado da população portuguesa e o aumento da incidência de doenças oncológicas, neurológicas e insuficiências orgânicas reforçam a necessidade de cuidados de saúde especializados. Nesse contexto, os Cuidados Paliativos (CP) desempenham um papel essencial no atendimento a pessoas com doenças incuráveis ou graves, em fase avançada e progressiva, bem como aos seus cuidadores e familiares. O objetivo central dos CP é melhorar a qualidade de vida, prevenindo e aliviando o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com o conforto como eixo central da prestação de cuidados.

Objetivo: Desenvolver competências na tomada de decisão no acompanhamento espiritual da pessoa em situação paliativa, assistida pela Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), ao longo do Estágio de Natureza Profissional (ENP). Aprimorar a relação terapêutica com a família e cuidadores, visando a tomada de decisão no autocuidado alimentar, também no contexto da ECSCP.

Metodologia: O relatório baseia-se numa abordagem descritiva e crítico-reflexiva das atividades realizadas e competências adquiridas.

Resultados: A revisão da literatura permitiu aprofundar o conceito de espiritualidade e sua abrangência nos cuidados paliativos. Na prática, constatou-se que o acompanhamento espiritual está presente nos cuidados prestados, porém a sua documentação não reflete adequadamente as intervenções realizadas, evidenciando a escassez de estudos sobre o tema. Foi conduzida uma análise crítica e reflexiva dos casos acompanhados, em colaboração com a enfermeira tutora e orientadora. Paralelamente, iniciou-se um projeto de investigação sobre a representação social dos enfermeiros acerca do acompanhamento espiritual em cuidados paliativos. Observou-se também que a intervenção nesse âmbito requer formação avançada, o que motivou a participação em atividades formativas extracurriculares. No que se refere ao autocuidado alimentar, a revisão da literatura permitiu compreender os significados e crenças associadas à alimentação, possibilitando a adequação das intervenções junto da família e cuidadores, com impacto direto na pessoa em situação paliativa. A formação adquirida e a experiência prática permitiram o desenvolvimento de competências essenciais nos CP, nomeadamente na gestão de sintomas, comunicação eficaz, apoio à família e trabalho em equipa, alicerçando a tomada de decisão na elaboração, implementação e avaliação dos planos de cuidados.

Conclusão: Os objetivos do ENP foram alcançados, como evidenciado pelo percurso descrito no relatório. O aprofundamento dos conhecimentos, o desenvolvimento do autoconhecimento e a

capacidade de estabelecer uma relação terapêutica foram fundamentais para o crescimento profissional e pessoal.

Palavras chave: Cuidados paliativos; Cuidados de Enfermagem; Competências; Espiritualidade; Alimentação.

ABSTRACT

Introduction: The sharp aging of the Portuguese population and the increasing incidence of oncological, neurological diseases, and organ failures reinforce the need for specialized healthcare. In this context, Palliative Care (PC) plays a crucial role in caring for individuals with incurable or severe diseases in an advanced and progressive stage, as well as their caregivers and families. The primary goal of PC is to improve the quality of life by preventing and alleviating physical, psychological, social, and spiritual suffering, with comfort as the central axis of care provision.

Objective: To develop decision-making skills in the spiritual care of individuals in palliative situations, assisted by the Community Support Team in Palliative Care (CSTPC), throughout the Professional Nature Internship. Additionally (PNI), to enhance the therapeutic relationship with the family and caregivers, aiming at decision-making in self-care related to nutrition, also within the CSTPC context.

Methodology: This report is based on a descriptive and critical-reflective approach to the activities carried out and the competencies acquired.

Results: A literature review deepened the understanding of spirituality and its scope within palliative care. In practice, it was observed that spiritual care is present in the services provided; however, its documentation does not adequately reflect the interventions performed, highlighting the scarcity of studies on this subject. A critical and reflective analysis of the cases followed was conducted in collaboration with the supervising nurse. Simultaneously, a research project was initiated on the social representation of nurses regarding spiritual care in palliative settings. It was also noted that intervention in this area requires advanced training, which motivated participation in extracurricular training activities. Regarding self-care in nutrition, the literature review provided insight into the meanings and beliefs associated with food, enabling the adaptation of interventions with families and caregivers, directly impacting individuals in palliative situations. The acquired training and practical experience contributed to the development of essential PC competencies, particularly in symptom management, effective communication, family support, and teamwork, supporting decision-making in the development, implementation, and evaluation of care plans.

Conclusion: The objectives of the PNI were achieved, as evidenced by the progress described in this report. The deepening of knowledge, self-awareness development, and the ability to establish a therapeutic relationship were fundamental for both professional and personal growth.

Keywords: Palliative care; Nursing care; Competencies; Spirituality; Nutrition.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AECP – Associação Europeia de Cuidados Paliativos

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CF – Conferência Familiar

CP – Cuidados Paliativos

CPRE – Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica

DIB – Drug Infusion Balloon

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECOG PS – Eastern Cooperative Oncology Group Performance Scale

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EE – Enfermeiro Especialista

EIHSCP – Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ELF – European Lung Foundation

ENP – Estágio de Natureza Profissional

ESAS – Edmonton Symptom Assessment System

FACIT-Sp-12 – Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well Being

GCO – Global Cancer Observatory

GES –Grupo de Espiritualidad

GRES – Grupo de Espiritualidade em Saúde

GUSS – Gugging Swallowing Screen

ICN – International Council of Nurses

NANDA-I – International Nursing Diagnoses

NIC – Nursing Interventions Classification

NOC – Nursing Outcomes Classification

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPCP – Observatório Português de Cuidados Paliativos

PAIN-AD – Pain Assessment in Advanced Dementia

PPS – Palliative Performance Scale

REPE – Regulamento de Exercício Profissional de Enfermagem

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

RUN-PC – Responding to Urgency of Need in Palliative Care

SAD - Serviço de Apoio ao Domicílio

SICP – Serviço Integrado de Cuidados Paliativos

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPC – Sociedade Portuguesa de Coloproctologia

SPMI – Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

SSCRS – Spirituality and Spiritual Care Rating Scale

SU – Serviço de Urgência

SUDHV – Situações de Últimos Dias Horas de Vida

SWBQ – Spiritual Well-Being Questionnaire

TAC – Tomografia Computorizada

UCP – Unidade Cuidados Paliativos

ULS – Unidade Local de Saúde

ÍNDICE

RESUMO	3
ABSTRACT	5
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	7
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	11
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	17
3. 1º ESTUDO CASO	21
3.1. Enquadramento teórico	21
3.2. Clientes	24
3.3. Medicação	25
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	26
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	30
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	30
3.5. Domínios	31
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	32
3.6. Conceção de Cuidados	37
3.7. Especificação das intervenções	47
3.8. Síntese relativa ao caso	48
4. 2º ESTUDO CASO	51
4.1. Enquadramento teórico	51
4.2. Clientes	53
4.3. Medicação	54
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	55
4.4. Domínios	56
4.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	56
4.5. Conceção de Cuidados	58
4.6. Especificação das intervenções	61
4.7. Síntese relativa ao caso	62
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	65
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	83
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS	95

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Quadro 1. Avaliação dos indicadores de conforto do Sr. P.

Quadro 2. Avaliação dos indicadores de conforto do Sr. I.

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O envelhecimento acentuado da população portuguesa, aliado ao aumento da incidência de doenças oncológicas, neurológicas e insuficiências orgânicas, tem gerado uma crescente necessidade de cuidados de saúde especializados.

Nesse contexto, os CP assumem um papel fundamental na resposta às necessidades das pessoas com doenças incuráveis ou graves, em fases avançadas, progressivas e terminais, bem como dos seus cuidadores e familiares. A sua principal finalidade é promover o bem-estar e a qualidade de vida, prevenindo e aliviando o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual (Regulamento n.º 429/2018). Estes cuidados devem estar acessíveis a toda a população que deles necessite, independentemente da idade, do diagnóstico ou da localização geográfica (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2023). Para responder à complexidade inerente à prestação desses cuidados, torna-se essencial a presença de profissionais especializados nesta área.

A enfermagem tem evoluído enquanto disciplina e profissão, impulsionada pela investigação contínua, que contribui para a diferenciação de conhecimentos e competências em diversas áreas de atuação (Regulamento n.º 613/2022). Face à crescente exigência e complexidade dos cuidados paliativos, surge a necessidade, tanto pessoal quanto profissional, de aprofundar conhecimentos, desenvolver capacidades e aperfeiçoar habilidades na especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

Além das competências comuns a todos os enfermeiros especialistas — no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento profissional —, destaca-se, na especialização em enfermagem à pessoa em situação paliativa, a capacidade de estabelecer uma relação terapêutica eficaz com o doente e seus cuidadores. O objetivo central é aliviar o sofrimento e proporcionar o máximo de bem-estar, conforto e qualidade de vida, independentemente do contexto clínico (Regulamento n.º 140/2019; Regulamento n.º 429/2018).

O enfermeiro especialista (EE) nesta área sustenta a sua prática naqueles que são os quatro pilares fundamentais dos CP: controlo de sintomas através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, comunicação eficaz, apoio à família/cuidador antes e depois da morte do doente e trabalho em equipa (Neto, 2020).

Quando uma pessoa se depara com uma situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, vivencia momentos de grande vulnerabilidade em que é imperativo o cuidado à sua “dor total”. Este conceito foi abordado por Cicely Saunders,

fundadora dos CP, que considerou o conceito de dor de forma multidimensional, caracterizando-o como “dor total” por afetar a qualidade de vida em diferentes dimensões: física, emocional, social e espiritual. O foco do cuidado deixa de estar apenas no processo físico e é redirecionado para a pessoa num todo (Castro et al., 2021).

Associados a este ato de cuidar em todas as dimensões, e sempre com o objetivo de promover o conforto da pessoa em situação paliativa, integrei como referencial teórico de enfermagem para a tomada de decisão a Teoria de conforto de Kolcaba.

Na prática de enfermagem, o conforto é um elemento chave na prestação de cuidados. O conceito “conforto” tem vindo a ser analisado por diversas teóricas, entre elas Florence Nightingale, Callista Roy, Ida Jean Orlando, Jean Watson, Josephine Paterson, Hildegard Pepalu, Madeleine Leininger, Loretta T. Zderad, Janice M. Morse e Katherine Kolcaba (Bizutti et al, 2024).

Entre as autoras mencionadas, Katherine Kolcaba destacou-se por tornar o conforto o foco central da sua teoria, abordando-o de forma holística tanto para a pessoa em situação paliativa como para a sua família (Silva & Nascimento, 2023). Diferentemente de outras teorias, Kolcaba aprofundou o conceito de conforto em toda a sua amplitude, dedicando-se à sua conceptualização e operacionalização no contexto do cuidado, ou seja, à relação entre as intervenções de enfermagem e a necessidade de avaliar os seus resultados. Kolcaba (2003) definiu conforto como sendo um estado em que estão satisfeitas as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência nos diferentes contextos: físico, sociocultural, psicoespiritual e ambiental.

No decorrer do percurso académico desenvolvido, surgiu um grande interesse na dimensão espiritual. Este interesse proveio da constatação de que, na prática, este conceito é frequentemente associado à dimensão religiosa, quando, na verdade, a sua abrangência é muito mais ampla. O grupo de referência de cuidados espirituais da Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) define espiritualidade como uma “dimensão dinâmica da vida humana que se relaciona com a maneira como as pessoas (individuais e comunitárias) vivenciam, expressam e/ou procuram significado, propósito e transcendência, e a maneira como elas se conectam com o momento, consigo mesmas, com os outros, com a natureza, com o significativo e/ou sagrado” (Best et al., 2020, p. 2).

Barbosa (2016) reforça que, uma doença grave e incurável pode afetar o bem-estar espiritual, despertando “preocupações e dúvidas existenciais, sofrimento espiritual, sentimento de abandono, desespero, perda de sentido/completude/dignidade” (p. 738).

O acompanhamento espiritual da pessoa em situação paliativa é uma prática presente nos cuidados prestados, contudo a documentação do processo de tomada de decisão não reflete o que é realizado e a evidência científica ainda se nota escassa nesta temática. Deste modo, foi trabalhado com maior afinco o tema Processo de Acompanhamento Espiritual à Pessoa em

Situação Paliativa com o objetivo de desenvolver competências na tomada de decisão.

Lourenço, Encarnação & Lumini (2021) destacam a importância da identificação das necessidades espirituais de forma a permitir aos enfermeiros “planejar uma assistência de qualidade e atender ao doente/família de forma integral” (p.94). Deste modo, e sem descurar as restantes dimensões da pessoa em situação paliativa, foi delineado o objetivo: desenvolver competências na tomada de decisão no processo de acompanhamento espiritual à pessoa em situação paliativa, acompanhada pela ECSCP, ao longo do ENP. Em torno deste objetivo, destacam-se os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências na identificação da necessidade de acompanhamento espiritual à pessoa em situação paliativa;
- Desenvolver competências na elaboração e implementação de intervenções de enfermagem no processo de acompanhamento espiritual à pessoa em situação paliativa;
- Desenvolver competências na avaliação das intervenções de enfermagem implementadas no acompanhamento espiritual à pessoa em situação paliativa.

Para atingir este objetivo, foram planeadas as seguintes atividades:

- Mapear evidência científica sobre acompanhamento espiritual à pessoa em situação paliativa;
- Elaborar e implementar planos de cuidados, e avaliar os mesmos, no âmbito do processo de acompanhamento espiritual à pessoa em situação paliativa;
- Desenvolver um protocolo de atuação de acompanhamento espiritual à pessoa em situação paliativa;
- Capacitar, através de formação, a equipa para implementação do protocolo de acompanhamento espiritual à pessoa em situação paliativa.

Para melhor desenvolver este tema, tive necessidade de entender o seu conceito e toda a sua abrangência através de revisão de literatura, participação em formações não incluídas no plano curricular do Curso de Mestrado e também através da análise crítica e reflexiva de casos acompanhados ao longo do estágio, juntamente com a enfermeira orientadora e com a enfermeira tutora.

Na área dos CP, muitos são os mitos/tabus a desconstruir. Até o próprio conceito/objetivo/filosofia dos CP, quer seja para com profissionais de saúde e/ou restante população. São exemplos dados pela Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) expressões como: “os CP aceleram a morte”, “os doentes de CP que deixam de comer morrem de fome”, “os CP são para pessoas a morrer”, “o uso de analgésicos por doentes de CP leva ao aparecimento de dependência”, “a morfina é dada aos doentes de CP para acelerar a morte”. Cabe aos profissionais dos CP este papel de educadores. De entre os mitos existentes destacou-

se a necessidade de explorar a alimentação em fim de vida. Daí, surge o segundo objetivo: desenvolver competências na construção da relação terapêutica com a família/cuidadores para a tomada de decisão no autocuidado alimentar, acompanhada pela ECSCP, ao longo do ENP.

Na fase final de vida, a alimentação torna-se uma preocupação central para cuidadores e familiares, devido à recusa alimentar, à redução da ingestão ou até mesmo à perda da via oral pela pessoa em situação paliativa. Nesse sentido, é fundamental compreender os significados e crenças associados à alimentação, identificando se atuam como facilitadores ou dificultadores do processo. Essa compreensão permite ajustar expectativas e adequar a intervenção da equipa, oferecendo um suporte mais eficaz ao cuidador/familiar e promovendo o bem-estar da pessoa em fim de vida.

Perante este objetivo destacam-se os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências na gestão de crenças e significados, da família/cuidadores, no autocuidado alimentar;
- Desenvolver competências na intervenção à família/cuidadores para o autocuidado alimentar.

Para atingir o objetivo referido, foram planeadas as seguintes atividades:

- Mapear evidência científica sobre crenças e significados da alimentação para a família/cuidadores da pessoa em situação paliativa;
- Elaborar e implementar planos de cuidados que capacitem a família/cuidadores no autocuidado alimentar da pessoa em situação paliativa.

A finalidade deste relatório assenta na descrição crítica e reflexiva do percurso do ENP, refletindo sobre as vivências, atividades e competências comuns e específicas desenvolvidas.

Este relatório está dividido em 3 partes sendo elas a caracterização do contexto clínico, os contributos para o desenvolvimento de competências comuns e específicas enquanto EE e o desenvolvimento de dois estudos de caso. Ressalvar que os casos utilizados, são casos ficcionados para discussão pedagógica e servem para demonstração no processo de tomada de decisão na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa. Por fim, será elaborada uma síntese final do relatório e anexados os documentos necessários.

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

Os CP assumem-se como “cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio” (Regulamento nº 429/2018, p. 19364).

De acordo com a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (2012), as equipas de prestação de CP são equipas multiprofissionais integradas na Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), articuladas entre si e com a coordenação regional, sendo elas a nível local:

- Unidade de Cuidados Paliativos (UCP);
- Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP);
- Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).

Também outras unidades funcionais do Sistema Nacional de Saúde (SNS) podem realizar ações paliativas, de acordo com orientação técnica da RNCP (Lei nº 52/2012, p. 5122).

A prestação de CP não finda nas unidades especializadas, pois, quer em contexto de internamento seja qual for a valência assim como na comunidade em contexto de domicílio, Unidades de Cuidados Continuados (UCC), Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) e em Centros de Saúde, os profissionais de saúde podem prestar ações paliativas. Estas ações consistem na intervenção de “medidas terapêuticas sem intuito curativo, isoladas e praticadas por profissionais sem preparação específica, que visam minorar (...) as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente” (Lei nº 52/2012, p. 5119).

Para a realização do ENP, optei pelo contexto da ECSCP tendo em conta que a minha prática clínica decorre na comunidade, mais precisamente numa ERPI.

Tendo por base o descrito na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (2012, p.5122), é competência da ECSCP:

- Prestar CP específicos a doentes que deles necessitam e apoio às suas famílias ou cuidadores, no domicílio, para os quais seja solicitada a sua atuação;
- Prestar apoio e aconselhamento diferenciado, em CP, às unidades de cuidados de saúde primários, nomeadamente às unidades de cuidados na comunidade e às unidades e equipas da Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI);
- Assegurar formação em CP dirigida às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários.

O ENP decorreu no período compreendido entre 19 de setembro de 2024 a 09 de abril de 2025

numa ECSCP de uma Unidade Local de Saúde (ULS) do País, perfazendo um total de 384 horas de contacto na tipologia de estágio.

A ECSCP da ULS em que decorreu o estágio é composta por dois grupos de trabalho constituídos cada um por um médico e uma enfermeira e, sempre que necessário, existe apoio da assistente social, nutricionista, psicóloga e capelão. Constatam ainda das suas funções a realização de consulta não presencial (apoio telefónico), procedimentos em Hospital de Dia e consulta de enfermagem de apoio no luto não presencial (contacto telefónico).

A área de abrangência é distrital sendo que as duas equipas se organizam de acordo com a área de residência das pessoas internadas.

Relativamente à dinâmica de serviço, a ECSCP cumpre o horário 8h-17h de segunda-feira a sexta-feira, em que o turno se inicia com a definição da linha de ação com base na calendarização em base de dados própria juntamente com o levantamento de necessidades dos doentes por contacto telefónico ao próprio ou ao seu cuidador/familiar. Posto isto, é feita a priorização das visitas.

Segundo o Regulamento Interno do Serviço Integrado de Cuidados Paliativos (SICP) consultado no início do estágio, a ECSCP tem como funções prestar consultadoria e suporte às equipas de saúde da comunidade, assim como a prestar cuidados em situações de gestão complexa, sendo da sua competência:

- Proporcionar cuidados de saúde, rigorosos e humanizados, à pessoa em situação paliativa e sua família/cuidador, promovendo a sua adaptação à doença e acompanhamento no luto;
- Proporcionar apoio psicológico e social ao doente e família/cuidador, incluindo no período do luto;
- Proporcionar consultadoria técnica e formação a outros profissionais;
- Facilitar o acesso de toda a população abrangida pela ULS a CP de excelência;
- Assumir um papel dinamizador e formativo na implementação de uma filosofia e de um modelo de CP diferenciados que privilegiem a dignidade e a qualidade de vida da pessoa em situação paliativa e sua família/cuidador;
- Elaborar planos individuais de CP para a pessoa em situação paliativa;
- Elaborar normas e procedimentos específicos de atuação, conforme as diferentes áreas profissionais da equipa.

Os pedidos de colaboração ao SICP passam sobretudo pelo controlo sintomático (como por exemplo dor, dispneia, náuseas), planeamento de alta hospitalar, situações de últimos dias/horas de vida (SUDHV) e apoio à família.

De acordo com os relatórios de atividades consultados, a tipologia de patologia predominante são os doentes de foro oncológico (neoplasia do foro coloretal, neoplasias pulmonares e neoplasias gástricas). Dentro das patologias de foro não oncológico prevalecem os doentes com síndrome demencial, seguido dos doentes com insuficiência cardíaca e doentes com Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Dominam os doentes na faixa etária adulta (acima dos 70 anos) mas também é realizado, ainda que num número escasso de casos, o acompanhamento a crianças em articulação com o serviço de pediatria.

A referenciação da pessoa em situação paliativa para admissão na ECSCP provém dos diferentes contextos, internamento ou comunidade, e de forma a gerir a capacidade de resposta da mesma é realizada uma triagem pela enfermeira gestora através da ferramenta de triagem Responding to Urgency of Need in Palliative Care (RUN-PC). Esta ferramenta, com alta aceitabilidade clínica, determina a urgência das necessidades da pessoa referenciada e recomenda, de acordo com a pontuação obtida, qual o tempo de resposta que a equipa deve ter em conta (Russell et al., 2024).

A visita domiciliar é sempre efetuada por médico e enfermeira em conjunto. No momento em que esta ocorre procede-se à colheita de dados junto do doente e seu cuidador/familiar, é realizado exame físico se necessário e as intervenções são direcionadas de forma individualizada e em parceria com o doente e cuidador/família, de acordo com as necessidades identificadas com respetiva avaliação dos resultados obtidos.

No decorrer do acompanhamento, são disponibilizados sempre os respetivos contactos telefónicos da equipa de forma a garantir a continuidade de cuidados assim como evitar o recurso ao serviço de urgência.

3. 1º ESTUDO CASO

Sr. P, de 53 anos, vive com a esposa e tem uma filha que vive perto do seu domicílio. Tem como antecedentes pessoais: Diabetes Mellitus, dislipidemia, hérnia inguinal à esquerda e psoríase. No primeiro trimestre de 2024 é diagnosticada uma neoplasia pulmonar da qual foi submetido a tratamento por quimioterapia e imunoterapia sem intercorrências registadas. No terceiro trimestre do mesmo ano, foi internado por uma icterícia obstrutiva com diagnóstico de metastização ganglionar supra e infradiafragmática, metastização hepática e óssea multifocal, com suspeita de envolvimento maligno hipermetabólico no pâncreas e possível implante peritoneal. Sem condições para realizar colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) por degradação do estado geral e progressão da doença oncológica, foi pedida colaboração da EIHSCP. Ao fim de 10 dias de internamento, e com conhecimento do diagnóstico e prognóstico, o Sr. P. manifestou vontade de regressar a casa com apoio da esposa e filha como cuidadoras. Atendendo à sua vontade, a EIHSCP capacitou a família para recebê-lo em casa e foi pedida colaboração da ECSCP de forma a dar continuidade aos cuidados e apoio à família. Através da reunião semanal entre equipas do SICP, foi apresentado pela EIHSCP o caso do Sr. P com esclarecimento do quadro clínico previamente referido, medidas terapêuticas adotadas, com referência de capacidade facilitadora da família para aquisição de conhecimentos e habilidades e com alerta para uma possível SUDHV.

3.1. Enquadramento teórico

Conforme definido pela OMS (Sepúlveda et al., 2002), os CP tem uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias/cuidadores. Neto (2021) afirma que “o objetivo dos cuidados paliativos não é ajudar a morrer, como tantas vezes e erradamente se afirma, mas sim ajudar a viver até ao fim” (p. 4). Ao longo do ciclo vital do ser humano, várias são as necessidades que damos resposta de forma a sentirmo-nos bem. Contudo, em fase de doença avançada e no fim de vida, cabe aos profissionais de saúde ajudar a que esta tenha o menor impacto possível no indivíduo e sua família/cuidadores, reduzindo o seu sofrimento e promovendo o conforto.

O conforto, tem extrema relevância nos cuidados à pessoa em situação paliativa e serve como um objetivo primário da prática profissional.

Ao longo dos anos o conceito de conforto analisado por diferentes teóricas demonstra que este

é “universal, contemporâneo, dinâmico e indissociável da condição humana nos domínios físico, social, cultural, psicológico e espiritual” (Martins et al, 2022, s/ p.). Lin juntamente com outros autores (2024), reforça o conceito como sendo individualizado e multidimensional. Katharine Kolcaba abrange essa mesma multidimensionalidade na sua Teoria, em que o conforto é definido como uma “experiência imediata de ser fortalecida por ter as necessidades de alívio, tranquilidade ou transcendência atendidas nos contextos físicos, psicoespirituais, ambientais e socioculturais da experiência” (Kolkaba, 2003, p. 14).

As necessidades de alívio caracterizam-se pelo estado em que o doente tem atingida de forma satisfatória uma necessidade, a tranquilidade é determinada pelo estado de calma e bem-estar atingido e a transcendência refere-se à condição de superação do problema e/ou sofrimento existente, considerando os diferentes contextos: físico (sensação corporal ou mecanismo homeostático), psicoespiritual (combinação da componente mental, emocional e espiritual), sociocultural (relações familiares e sociais, aspetos financeiros, crenças e tradições) e ambiental (condições e influências que englobam o meio ambiente) (Kolcaba, 2003; Cardoso et al, 2020).

Reconhecer a existência destas necessidades é primordial para o desenvolvimento de um cuidado de enfermagem humanizado. Neste pressuposto e segundo a Teoria referida, cabe ao enfermeiro juntamente com a restante equipa avaliar e identificar as necessidades de conforto da pessoa em situação paliativa e família/cuidador, planejar os cuidados e intervir de forma a atender essas necessidades.

Analisando a Nursing Outcomes Classification (NOC, 2016), os indicadores de resultado para o Estado de Conforto sustentam-se no bem-estar físico e controlo de sintomas (contexto físico), bem-estar psicológico (contexto psicoespiritual), gestão ambiente físico (contexto ambiental), apoio social da família e amigos, relações sociais, cuidados coerentes com as crenças culturais e necessidade e a capacidade de comunicar necessidades (contexto sociocultural).

Referido por Martins, Sousa & Marques (2022) é importante “determinar se existe desconforto, quais os fatores que o desencadeiam (antecedentes), que dimensões do conforto estão afetadas, e que necessidades existem, para poderem supri-las, implementando intervenções e estratégias de avaliação, que permitam interpretar se o conforto pleno foi alcançado” (s/ p.).

De ressaltar a importância de incluir a pessoa em situação paliativa neste processo, atendendo às necessidades por ela relatadas, com a construção do plano de cuidados de forma compartilhada (Castro et al., 2021). Assim, é proporcionado um cuidado individualizado atendendo às necessidades, preferências, crenças e valores da pessoa e são definidos objetivos e ajustadas expectativas num trabalho cooperativo entre doente, família e a equipa.

A Teoria do Conforto de Kolcaba norteou a conceção de cuidados do presente caso clínico que se refere a uma pessoa com doença oncológica com evolução rápida da doença e consequente agravamento do seu estado geral.

Como descrito por Isabel Neto (2016b), comparativamente a outras patologias como a insuficiência cardíaca e a demência, o doente oncológico habitualmente vivencia uma fase final de vida mais curta e com um declínio muito marcado, situação esta com que nos deparamos caso clínico. De acordo com os dados obtidos em 2022 pelo Global Cancer Observatory (GCO), a nível mundial, a neoplasia do pulmão é a mais frequente atingindo no homem 1 572 045 novos casos e na mulher 908 630, o que perfaz um total de 2 480 675 novos casos. No que diz respeito à mortalidade, destaca-se na 1ª posição com cerca de 1 817 469 mortes. Ainda segundo a mesma fonte, os dados apontam que em Portugal a neoplasia do pulmão ocupa a 4ª posição, com 6 155 novos casos, cerca de 8.8%. Quanto à mortalidade destaca-se na 1ª posição com uma representação de 15%, que se traduz em 5 077 mortes. Segundo European Lung Foundation (ELF), de entre os sinais e sintomas mais frequentes encontram-se: tosse, hemoptise, perda de peso, diminuição do apetite, fadiga, dor torácica, dor óssea, rouquidão e dispneia. Um estudo realizado por Novaes et al. (2008) aponta como principais locais de metastização o pulmão, cérebro, ossos e fígado, indo de encontro à situação vivenciada pelo Sr. P. Na neoplasia pulmonar, o mau prognóstico do doente deve-se ao facto de o seu diagnóstico, numa elevada percentagem dos casos, ser feito numa fase tardia da doença (Sotto-Mayor, 2014).

Com a ausência de resposta a um tratamento com o intuito curativo e com o agravamento gradual do estado de saúde, acentuado de dia para dia aproxima-se a fase final de vida que na maioria dos casos tem duração de horas ou dias, que podem variar entre 1 a 14 dias. Nesta fase, o doente apresenta um conjunto de alterações clínicas e os sintomas mais frequentes acentuam nos sintomas respiratórios (dispneia; estertor), sintomas neuropsicológicos (delirium; agitação), alterações da nutrição e hidratação e dor (Neto, 2016a).

Uma SUDHV caracteriza-se por um conjunto de mudanças clínicas, fisiológicas e aparecimento de novos sintomas ou agravamento dos previamente existentes em que o objetivo central é o melhor conforto à pessoa em situação paliativa e à sua família (Neto, 2016a).

No momento da primeira visita domiciliar ao Sr. P, a ECSCP foi recebida pela sua esposa - cuidadora principal, que nos falou um pouco sobre a trajetória da doença e os questionamentos que o Sr. P fazia ao longo da mesma. Neste último internamento, no momento em que teve conhecimento do seu prognóstico, a esposa relata que o Sr. P só tinha vontade de regressar ao seu lar, o seu ambiente familiar, estar junto de quem mais ama e de não ter nada ao seu redor que lhe fizesse lembrar o ambiente hospitalar.

O Sr. P encontrava-se no seu quarto, deitado na cama de casal. Consciente, com resposta verbal aparentemente orientada num tom de voz debilitado. Manifestava-se inquieto alternando de forma repetitiva os posicionamentos com algum estremecer durante o movimento. Mantinha maioritariamente os olhos fechados, mas obedecia a comandos que lhe fossem solicitados e respondia às questões que lhe eram feitas. Apresentava uma expressão facial de dor,

destacando-se a sobrelha franzida. Quando questionado se tinha dor este confirmou, assim como acrescentou sentir-se cansado. A esposa refere que o Sr. P acordava por várias vezes, sem ter um sono contínuo e salienta que durante a noite destacam-se momentos em que fica verborreico com discurso confuso e agitado. Caquético, com pele e escleróticas ictéricas, refere diminuição do apetite. Segundo a esposa ainda vai comendo parte das refeições: “1/2 sopa bem passada”. Apresenta xerostomia, e na cabeceira da cama observamos uma garrafa de água e espátulas feitas pela filha para humedecer a boca, referido pela esposa que denota no marido alguma dificuldade em beber água, mas que ainda lhe vão dando. Acrescenta que este já não consegue sair da cama, mas que tem capacidade para se sentar na mesma. Os cuidados de higiene são prestados na cama pela esposa com a ajuda da filha, usa fralda e utiliza urinol.

De forma a avaliar o estado funcional do Sr. P, utilizou-se a Eastern Cooperative Oncology Group Performance Scale (ECOG PS) e a Palliative Performance Scale (PPS).

De acordo com a ECOG-ACRIN Cancer Research Group (2022), a ECOG PS avalia a aptidão do doente oncológico para a realização de atividade no seu cotidiano, variando de zero (uma pessoa totalmente ativa sem restrições de atividade) a cinco (morto). A PPS avalia a capacidade funcional do doente de acordo com a capacidade de deambulação, atividade e evidência da doença, autocuidado, ingestão e nível de consciência, variando em pontos percentuais de 0 (morto) a 100% (ativo, sem evidência de doença, independente) (Serenio et al., 2022).

À avaliação da ECSCP o Sr. P apresentava uma ECOG 4 – completamente incapacitado sem conseguir realizar autocuidados, totalmente confinado ao leito e segundo a PPS uma avaliação de 30% - totalmente acamado, incapaz de realizar qualquer atividade, com evidência de doença marcada, dependente nos autocuidados, com capacidade de ingerir alimentos reduzida e consciente com episódios de confusão.

Com base na Teoria de Conforto de Kolcaba, foram identificados no Sr. P os seguintes contextos:

- Desconforto físico: dor, caquexia, disfagia para líquidos, diminuição apetite;
- Desconforto psicoespiritual: inquietação, delirium;
- Conforto sociocultural: conversar com a esposa sobre os seus receios e o apoio da família;
- Conforto ambiental: estar na sua casa, sem recurso a materiais que lhe recordem o ambiente hospitalar (por exemplo: cama articulada).

Ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência pode ser algo difícil de atingir e até mesmo raro em certas situações médicas, no entanto o objetivo dos cuidados passa por aumentar o conforto da pessoa em situação paliativa em comparação com o estado anterior (Kolcaba, 2003).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 53 anos | Masculino

Cuidador

22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Parentesco: cônjuge.

22-10-2024 11:00 - Coabita com a pessoa dependente.

22-10-2024 11:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

22-10-2024 11:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

22-10-2024 11:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

22-10-2024 11:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se

22-10-2024 11:00 - suficiente para assegurar na totalidade.

22-10-2024 11:00 - Capacidade física do cuidador para dar banho

22-10-2024 11:00 - suficiente para assegurar na totalidade.

22-10-2024 11:00 - Capacidade física do cuidador para posicionar

22-10-2024 11:00 - suficiente para assegurar na totalidade.

22-10-2024 11:00 - Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar na totalidade.

28-10-2024 11:00

28-10-2024 11:00 - Parentesco: cônjuge.

28-10-2024 11:00 - Coabita com a pessoa dependente.

28-10-2024 11:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

28-10-2024 11:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

28-10-2024 11:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

28-10-2024 11:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se

28-10-2024 11:00 - suficiente para assegurar na totalidade [MANTEVE].

28-10-2024 11:00 - Capacidade física do cuidador para dar banho

28-10-2024 11:00 - suficiente para assegurar na totalidade [MANTEVE].

28-10-2024 11:00 - Capacidade física do cuidador para posicionar

28-10-2024 11:00 - suficiente para assegurar na totalidade [MANTEVE].

28-10-2024 11:00 - Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar na totalidade [MANTEVE].

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-22 11:00:00	Morfina 40mg + Midazolam 15mg em perfusão por DIB para 3 dias	
2024-10-22 11:00:00	Abstral 100mcg em SOS	2024-10-28 11:00:00
2024-10-22 11:00:00	PecFent 100mcg em SOS	2024-10-28 11:00:00
2024-10-22 11:00:00	Stesolid 10mg em SOS	2024-10-28 11:00:00
2024-10-22 11:00:00	Paracetamol em SOS	2024-10-28 11:00:00
2024-10-22 11:00:00	Olanzapina 5mg orodispersível ao deitar e em SOS	2024-10-28 11:00:00

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Os CP assentam em quatro pilares fundamentais: controlo adequado de sintomas, apoio à família, comunicação eficaz e trabalho em equipa.

Isabel Neto (2016c, p. 45) descreve como princípios gerais do controlo de sintomas: avaliar antes de tratar; explicar as causas dos sintomas e as medidas terapêuticas; não esperar que o doente se queixe – perguntar e observar de forma a antecipar o aparecimento de sintomas previsíveis; adotar uma estratégia terapêutica mista com recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas; monitorizar sintomas.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, 1998) é da competência do mesmo proceder “à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade” (p. 2961).

Em contexto de domicílio, cabe ao doente ou à sua família/cuidador adquirir, preparar e administrar a terapêutica. Desta forma, passa pelo profissional de saúde a responsabilidade de esclarecer os mesmos acerca da função do medicamento e qual o efeito pretendido, como deve ser feita a sua administração, cuidados a ter, e efeitos secundários que possam surgir.

A terapêutica farmacológica e a via através da qual é feita a sua administração baseiam-se em provocar o menor sofrimento possível ao doente e que a sua ação seja rápida e eficaz (Neto, 2008).

A via preferencial em CP é a via oral pela facilidade de acesso, mínimo desconforto, melhor adesão ao tratamento e a possibilidade de ser realizada em domicílio (Brito et al, 2022). Contudo, com a progressão da doença e o agravamento do estado geral do doente é expectável a perda desta via. Deste modo passa a ser necessário recorrer a vias alternativas como: intravenosa, intramuscular, subcutânea, cutânea (transdérmica ou tópica) e/ou transmucosa

(intranasal, bucal, sublingual ou retal). Destas vias, a intravenosa e intramuscular são as menos utilizadas em CP uma vez que são mais invasivas, dolorosas e com maior risco de complicações associadas (Brito et al., 2022).

Atendendo o caso clínico apresentado e tendo em conta a capacidade facilitadora na aquisição de novos conhecimentos por parte da familiar cuidadora assim como da demonstração de habilidades da mesma, o Sr. P ficou com prescrição de: Morfina e Midazolam em perfusão por Drug Infusion Balloon (DIB) via subcutânea, Fentanilo via sublingual e posteriormente intranasal, Diazepam via retal, Paracetamol via retal e Olanzapina via sublingual.

Segue a descrição dos aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita:

Midazolam – Pertence ao grupo dos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (Infarmed, 2024).

No caso clínico apresentado, esta terapêutica estava prescrita no momento de alta na dosagem de 7,5mg em perfusão por DIB de 3 dias, em via subcutânea. No momento da visita domiciliar pela ECSCP o Sr. P encontrava-se inquieto, e segundo a cuidadora principal, com episódios de discurso com conteúdo irrealista “como se estivesse a vivenciar algum momento do passado” ou “como se estivesse alguém em casa que na realidade não está” salientando que esses momentos acentuavam no período noturno juntamente com maior agitação.

Desta forma, foi reajustada pela médica da equipa a dosagem para 15mg, com o intuito de obter uma sedação superficial que proporcionasse o máximo conforto ao Sr. P. Esta sedação superficial mantém um nível de consciência que permite à pessoa em situação paliativa comunicar, ao invés da sedação profunda que a deixa inconsciente (Rijpstra et al., 2023).

Como efeitos secundários desta terapêutica estão descritos a sonolência e sedação prolongada, confusão, alucinações, tonturas, náuseas, vômitos, obstipação, xerostomia, hipotensão (Infarmed, 2024).

Morfina – Pertence ao grupo dos analgésicos estupefacientes: opioide (Infarmed, 2024).

No caso do Sr. P, esta terapêutica estava prescrita no momento de alta na dosagem de 40mg em perfusão por DIB de 3 dias, juntamente com o Midazolam, em via subcutânea. Prescrita para controlo da dor basal, sem necessidade de reajuste.

Como efeitos secundários estão associados: sonolência, confusão, náuseas, vômitos, obstipação, mioclonias, hiperalgesia (Infarmed, 2024).

Fentanilo - Trata-se de um opióide com rápido início de ação e curta duração da mesma, indicado no tratamento da dor irruptiva (Infarmed, 2024).

Mesmo com a dor basal controlada o doente pode referir dor intermitente e intensa, de aparição espontânea e idiopática. Esta dor denomina-se dor irruptiva e, uma vez que envolve intensidade

de dor intensa, de início súbito, é necessário encontrar um opióide com efeito terapêutico de início de ação rápido (Simões, 2011).

Como descreve Simões (2011), “a mucosa oral tem características que a tornam na via de administração de eleição para tratamentos analgésicos rápidos e eficazes: grande área de superfície, temperatura uniforme, alta permeabilidade, boa vascularização, o que permite a rápida absorção de fármacos” (p. 169).

O Sr. P já tinha esta terapêutica prescrita em contexto de internamento, na forma terapêutica sublingual com a dosagem de 100mcg (Abstral), e tendo em conta que a família se encontrava capacitada para a sua utilização, manteve no momento de alta.

Os comprimidos sublinguais devem ser administrados diretamente debaixo da língua de modo a se dissolverem sem serem engolidos, mastigados ou por sucção (Infarmed, 2024). Sendo esta a forma como a cuidadora principal descrevia que administrava.

Com intuito de complementar conhecimentos à cuidadora, esta foi instruída de que o Sr. P não devia comer ou beber nada até que o comprimido sublingual estivesse completamente dissolvido e que em caso de xerostomia, como era o caso, a mucosa da boca deve ser humedecida antes da administração da medicação caso contrário este não se irá dissolver e consequentemente não terá o efeito terapêutico pretendido. Como no momento da visita pela ECSCP o Sr. P se encontrava com dor irruptiva, foi demonstrado à cuidadora de forma prática como fazer a administração terapêutica, incluindo-a de forma a ela treinar tal habilidade.

Os efeitos secundários que estão associados a esta terapêutica incluem as típicas reações dos opioides como náuseas, obstipação, sonolência e cefaleia (Infarmed, 2024)

Uma vez que o Sr. P apresentava, segundo a esposa, alguma dificuldade na dissolução da terapêutica ficando por vezes com algum granulado na cavidade oral, foi elaborado um plano terapêutico alternativo incluindo a familiar de forma a antecipar cuidados caso a via sublingual se tornasse inviável. Assim, quando o Sr. P perdesse a capacidade de fazer o Fentanilo de forma eficaz por via sublingual, a sua via de administração seria alterada para a via intranasal mantendo a mesma dosagem (Pecfent).

Foi referido que quando acontecessem mais episódios em que na administração da medicação esta não se dissolvesse na sua totalidade, ou se denotasse que com a administração desses SOS's a dor não diminuía pela possível má absorção terapêutica, então seria para suspender o Abstral e iniciar o Pecfent.

A familiar foi instruída de como utilizar: uma pulverização numa narina corresponde à dosagem de 100mcg; antes de utilizar o frasco de Pecfent é necessário prepará-lo, isto é, antes de utilizar o frasco irá apresentar duas linhas vermelhas na janela de contagem pelo que, após retirar a tampa protetora, é necessário pressionar até que a barra vermelha passe a verde; inserir na

narina, na posição vertical e ouvir o clique; o doente pode não sentir nada na narina pelo que é importante estar atento ao clique e verificar o contador numérico que avançará a cada aplicação; quando a janela de contagem apresentar o nº 8 a vermelho é indicativo de que o frasco terminou.

Não foi realizado treino com a familiar uma vez que esta terapêutica ainda ia ser adquirida na farmácia. No entanto, foi reforçado que na próxima visita o treino seria realizado em conjunto e as dúvidas que surgissem seriam esclarecidas, assim como foi enfatizado que sempre que precisasse tinha o contacto telefónico direto da ECSCP para qualquer eventualidade.

Como indicações para a utilização desta via os cuidados a ter passam por os doentes não se assoarem imediatamente depois da sua administração (Infarmed, 2015).

Para além dos efeitos secundários associados aos opioides, nesta via de administração há necessidade de vigiar efeitos secundários locais que possam surgir como irritação e inflamação nasal (Brito et al., 2022).

Paracetamol – Com indicação terapêutica para a dor ligeira a moderada e atua também como antipirético (Infarmed, 2024).

Para o Sr. P este fármaco encontrava-se prescrito para administração via retal em SOS, na dosagem de 1gr, em caso de febre.

O Paracetamol é geralmente muito bem tolerado, ainda assim pode apresentar efeitos secundários como: sonolência ligeira, náuseas, vômitos (Infarmed, 2024).

Olanzapina – É um agente antipsicótico, antimaníaco e estabilizador do humor; Estão descritos como efeitos secundários muito frequentes: aumento de peso, sonolência e tonturas (Infarmed, 2024).

No caso exposto, a Olanzapina já estava prescrita no momento da alta hospitalar com indicação para fazer ao deitar e em SOS em formato de comprimido orodispersível de 5mg, com o intuito de contribuir na indução do sono no período noturno. A utilização em SOS estava indicada principalmente para os episódios em que o doente acordava delirante durante a noite, com o propósito de o acalmar e induzir novamente o sono de forma a conseguir descansar.

Diazepam – Indicado como ansiolítico, sedativo e hipnótico (Infarmed, 2022).

No caso do Sr. P, esta terapêutica estava prescrita em SOS por via retal (Stesolid), em caso de episódios de agitação refratária.

No momento da alta hospitalar a EIHSCP criou o plano terapêutico de forma à família ter ferramentas farmacológicas a utilizar para as diversas situações que possam surgir no domicílio e capacitou-as para a utilização destes recursos. O caso do diazepam por via retal, foi prescrito com a finalidade de utilizar se agitação de difícil controlo com a Olanzapina.

Como efeitos secundários pode surgir sonolência, confusão, fadiga, tonturas e capacidade de reação diminuída (Infarmed, 2022).

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Cateter subcutâneo

22-10-2024 11:00 - Localização do cateter subcutâneo

22-10-2024 11:00 - Abdómen

22-10-2024 11:00 - Características do dispositivo: Calibre 24G.

22-10-2024 11:00 - Assegurar funcionamento do cateter

22-10-2024 11:00 - *Otimizar cateter subcutâneo*

22-10-2024 11:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

22-10-2024 11:00 - *Avaliar evolução da administração pelo cateter subcutâneo*

22-10-2024 11:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter subcutâneo

22-10-2024 11:00 - *Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo (Abdómen)*

22-10-2024 11:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter subcutâneo

22-10-2024 11:00 - *Executar tratamento ao local de inserção do cateter subcutâneo*

22-10-2024 11:00 - *Trocar cateter subcutâneo*

22-10-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: prevenção de complicações relacionadas com o cateter subcutâneo

22-10-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para otimizar cateter subcutâneo: facilitadora.

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

Como dito anteriormente, a via de administração terapêutica em CP visa fundamentalmente que a sua utilização provoque o menor sofrimento possível ao doente e que a sua ação da

terapêutica seja rápida e eficaz.

A via preferencial em CP é a via oral, no entanto com a progressão da doença, a alteração do estado de consciência, intolerância gastrointestinal, recusa alimentar ou disfagia grave, a via oral pode estar comprometida ou não ser a adequada (Brito et al., 2022).

Entre as várias vias de administração de terapêutica existentes, em CP a via subcutânea destaca-se pelas inúmeras vantagens que ela tem destacando-se o baixo custo associado, a fácil execução da punção e do seu manuseio, o mínimo desconforto e o baixo número de complicações associadas (Cardoso et al., 2016).

O cateter subcutâneo é colocado com pouco desconforto associado e possível de se manter em domicílio (Brito et al, 2022), permitindo ainda a participação dos familiares/cuidadores que, com a informação e o treino devidos, conseguem intervir e gerir crises sintomáticas (Cardoso et al., 2016).

No que diz respeito à escolha do local de colocação do cateter, este deve ter em conta a preferência do doente, a preservação do conforto e da mobilidade do mesmo (Santos et al., 2020).

Segundo Brito et al. (2022), as contraindicações para a colocação deste dispositivo estão relacionadas com “alterações do tecido celular subcutâneo (áreas de infeção ou ulceração cutânea), edema generalizado ou compromisso grave da drenagem linfática (como por exemplo o linfedema) ou da circulação venosa (como por exemplo síndrome da veia cava superior) e em situações de hemorragia maciça ou hipotensão grave (pela vasoconstrição periférica compensatória)” (p. 211).

O Sr. P, aquando a avaliação por parte da ECSCP já apresentava um cateter subcutâneo colocado na região abdominal com perfusão contínua por DIB devidamente identificado com o nome do doente, data e hora de início da terapêutica, qual a terapêutica em perfusão e respetiva dosagem. Desta forma, por parte do enfermeiro, é necessário assegurar o funcionamento do cateter, vigiar o local de inserção do mesmo e eventuais reações locais que possam surgir (rubor, calor, dor, celulite, prurido) e instruir a família/cuidador sobre estes mesmos sinais a vigiar, assim como esclarecer que este é um procedimento sem risco de hemorragia ou embolia associado (Cardoso et al., 2016).

3.5. Domínios

Início

Domínios

Fim

22-10-2024 11:00Sensações somáticas

22-10-2024 11:00Pele e mucosas

Início	Domínios	Fim
22-10-2024 11:00	Autogestão do regime medicamentoso	28-10-2024 11:00
22-10-2024 11:00	Memória	28-10-2024 11:00
22-10-2024 11:00	Pensamento	28-10-2024 11:00
22-10-2024 11:00	Emoção	28-10-2024 11:00
22-10-2024 11:00	Eliminação intestinal	28-10-2024 11:00
22-10-2024 11:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
22-10-2024 11:00	Alimentar-se	28-10-2024 11:00
22-10-2024 11:00	Sentar-se	28-10-2024 11:00
22-10-2024 11:00	Conservação de energia	28-10-2024 11:00
22-10-2024 11:00	Sono	28-10-2024 11:00
22-10-2024 11:00	Deglutição	28-10-2024 11:00
22-10-2024 11:00	Sistema respiratório	
22-10-2024 11:00	Apetite	28-10-2024 11:00
22-10-2024 11:00	Equilíbrio estático	28-10-2024 11:00
28-10-2024 11:00	Consciência	

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

Os domínios selecionados para a conceção de cuidados para o presente estudo caso assentaram no objetivo principal em CP: assegurar a melhor qualidade de vida ao doente e sua família, atendendo às necessidades de alívio e tranquilidade do contexto físico através do controlo de sintomas, mas também no contexto psicoespiritual, sociocultural e ambiental com respeito pelos desejos e preferências do doente e apoio à família.

Sensações Somáticas: Dor e Prurido

Cerca de 70-90% das pessoas em situação paliativa apresentam dor em algum momento (Sholjakova et al, 2018).

A dor está descrita pelo International Council of Nurses (ICN, 2019) como uma perceção comprometida pelo “aumento da sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, (...), inquietação e perda de apetite”.

A avaliação da dor deve ter em conta a componente física, emocional e psicológica da pessoa em situação paliativa (Sholjakova et al, 2018), relembrando o conceito de “dor total” descrito por Cicely Saunders, assim como deve ser realizada de forma contínua e regular de forma individual com valorização do que é dito pelo doente (Pina, 2016a).

Ao realizar-se esta avaliação deve ter-se em conta as características da mesma: intensidade, tipo, localização/irradiação, duração, fatores de alívio e exacerbação e resposta a tratamentos anteriores (Pina, 2016a; Aguiar et al., 2021).

Como instrumentos de avaliação, para além do exame físico, existem escalas unidimensionais e multidimensionais, de auto e heteroavaliação. Em CP a escala mais utilizada é a Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) que é composta por uma lista de nove sintomas entre eles a dor, havendo ainda outras escalas como a escala do observador, Pain Assessment in Advanced Dementia (PAIN-AD), escala de faces, escala de avaliação numérica e escala visual analógica (Pina, 2016a).

A avaliação da dor deve ser feita “regularmente, ao longo da evolução da doença, sempre que há mudança no padrão do sintoma e após ajuste terapêutico” (Aguiar et al., 2021, p. 52).

De entre as opções terapêuticas para o tratamento da dor são utilizadas medidas não farmacológicas e farmacológicas (analgésicos), sem descurar a inclusão do doente e sua família/cuidador no plano delineado com o devido ajuste/gestão de expectativas que existam (Aguiar et al. 2021).

Para além da dor basal, e como já referido anteriormente, o doente pode referir dor intermitente e intensa, de início súbito. Esta dor denomina-se dor irruptiva (Simões, 2011). Em contexto de domicílio é importante pedir ao doente e/ou família/cuidador que seja feito um registo destes episódios de dor para que possa ser feito o ajuste terapêutico necessário.

No presente caso clínico, o Sr. P encontrava-se com uma expressão facial de dor em que se destacava a sobrelhaça franzida e os olhos maioritariamente fechados, com estremecer ao posicionar-se. Quando questionado pela equipa se tinha dor este confirmou, e recorrendo à escala de avaliação numérica da dor este descreveu-a com uma intensidade 7 acrescentando como sendo uma dor aguda e intermitente, na região abdominal. O doente encontrava-se a cumprir Morfina 40mg em perfusão contínua por DIB e tinha prescrito em SOS Fentanilo 100mcg via sublingual que lhe foi administrado de imediato com efeito positivo. Num segundo momento de avaliação a equipa acabou por não ter oportunidade de questionar o doente pois com o alívio da dor este acabou por adormecer. Em conversa com a esposa esta mostrou à equipa os registos dos SOS de Fentanilo feitos desde o momento da alta hospitalar, maioritariamente 2 por dia, episódios estes que tinham sido sinalizados pelo marido. No entanto, demonstrou a sua preocupação com o facto de o Sr. P estar com dor e não lhe dizer pois, antes da equipa ter chegado, tinha o questionado se tinha dor e ele negou. Desta forma identificamos a necessidade de a capacitar para vigiar sinais de desconforto pela expressão facial ou por determinados movimentos corporais, como por exemplo o facto de não ter posição na cama e colocar-se em posições de defesa como a posição fetal.

A icterícia da pele e escleróticas presentes, provocadas pela obstrução existente proveniente da metastização hepática direccionou para a avaliação da existência de prurido. Segundo Cardoso (2016, p. 239), "o prurido pode estar associado com qualquer doença maligna", de entre outros fazem parte os tumores das vias biliares como mais frequentes para a presença deste sintoma. Este foi um sintoma negado pelo Sr. P.

Equilíbrio Estático e Sentar-se

No momento em que administramos a terapêutica analgésica prescrita em SOS, conseguimos avaliar o equilíbrio estático do Sr. P, uma vez que tínhamos sido informados pela cuidadora principal de que este era capaz de se sentar no leito para a administração de terapêutica e alimentação. Estávamos perante uma cama de casal em que o Sr. P manifestou capacidade de iniciar o movimento para se sentar, mas com necessidade de apoio para o terminar, e quando sentado apresentava instabilidade postural com desequilíbrio pelo que havia necessidade de apoio de fixação de postura por uma terceira pessoa. Sem capacidade de se erguer de forma a ficar em pé.

Tendo em conta a conversa prévia com a cuidadora principal, já estávamos cientes de que a cama articulada não figurava entre as opções de recursos a utilizar, uma vez que o Sr. P manifestara a vontade de evitar qualquer elemento que pudesse remeter ao ambiente hospitalar. Assim, respeitando a sua preferência, foi sugerido que alguém o auxiliasse na manutenção da estabilidade postural sempre que precisasse de se sentar.

Alimentar-se, Apetite e Deglutição

O próprio Sr. P referiu uma diminuição do apetite com alteração do paladar e foi-nos informado pela esposa que este ingeria apenas parte das refeições, preparadas pela mesma na consistência pastosa pela dificuldade na deglutição de outras consistências. Sem capacidade para se alimentar pela própria mão, era a esposa quem o alimentava. Com o intuito de tornar o momento da refeição mais agradável, prazeroso e também melhorar o apetite do Sr. P, foi incentivado que a dieta/alimentação do mesmo fosse consoante as suas preferências, fracionadas e em horário livre.

No que diz respeito à ingestão de líquidos, mais precisamente água, esta mantinha-se a ser dada pela família (filha e esposa) na consistência líquida, mas referiam que davam doseada para "não se engasgar". Deste modo, foi realizado teste de deglutição pela escala de Gugging Swallowing Screen (GUSS) dada a sua utilização simples, não invasiva e de curta duração, resultando numa triagem rápida de distúrbios de deglutição (Ferreira et al., 2018). Aproveitou-se o momento de providenciar água para hidratar a mucosa oral para posterior administração do Fentanilo por via sublingual. O sr. P apresentou um tempo de deglutição superior a 2 segundos, com acumulação involuntária de conteúdo na cavidade oral, alteração da voz e tosse após a deglutição. Na presença de disfagia para líquidos, foi fornecido espessante à família e demonstrado como espessar os mesmos de forma a ficar numa consistência mais cremosa.

Com o intuito de prevenir a aspiração, a familiar foi alertada para a necessidade de posicionar durante e após a refeição. Atendendo à preferência do Sr. P por não ter nenhum elemento físico associado ao hospital, foi incentivada a posição de sentado na cama ou, em caso de maior dificuldade por agravamento do grau de dependência, foi sugerida a elevação da cabeceira da

cama com almofadas.

Pele e mucosas: membrana mucosa oral comprometida

O Sr. P apresentava a membrana da mucosa oral muito seca de coloração rosada e textura normal, porém referia sensação de língua “áspera”.

A xerostomia, consiste na sensação de boca seca por diminuição da saliva segregada, sendo este um sintoma prevalente em CP em cerca de 30 a 90% dos casos (Cunha et al., 2022).

A saliva é importante para manter a integridade oral, proporcionando meio húmido da membrana mucosa. Contudo, esta não é a única fonte de humidade, e havendo diminuição da produção de saliva, como era o caso do Sr. P, outras estratégias podiam ser adotadas.

De acordo com um estudo realizado por Cunha et al. (2022), estão indicadas como intervenções não farmacológicas a utilização de substitutos de saliva como a saliva artificial e a glicerina, estimulantes de saliva como pastilha elástica e ácido cítrico, evitar bebidas alcoólicas e alimentos ricos em açúcar e os cuidados de higiene oral.

Verificou-se que na cabeceira da cama havia uma garrafa de água e espátulas feitas pela filha para o efeito de humedecer a boca. Encorajada a esposa a manter essa prática e salvaguardado o cuidado a terem com a quantidade de água absorvida na mesma, tendo em conta a disfagia para líquidos do Sr. P. Foi sugerida a expressão suave da compressa para reduzir o excesso de água, tendo sido demonstrada a técnica adequada para a sua realização. Além disso, recomendou-se a utilização de materiais macios e de produtos isentos de álcool nos cuidados de higiene oral.

Sono

Quando abordado sobre como são os períodos de sono, o Sr. P respondeu que só conseguia dormir apenas por curtos períodos e que não considera ter um sono reparador. Mesmo aquando a visita, observamos que esta situação podia estar associada a episódios de dor não controlada assim como a episódios de inquietação noturna que havia sido descrita pela esposa. Identificada a necessidade de melhorar a gestão destes episódios, informamos a esposa como gerir o regime terapêutico prescrito em SOS assim como sugerimos a adoção de algumas estratégias não farmacológicas como proporcionar um ambiente calmo, escurecido e sem ruídos assim como não interromper os períodos de sono.

Conservação de energia

A manifestação de cansaço foi algo expresso verbalmente pelo Sr. P, daí a identificação deste domínio pela intolerância à atividade.

Segundo o ICN (2019), a intolerância à atividade está descrita como um status comprometido pela “falta de capacidade ou energia para tolerar ou completar atividades”. Esta é uma

manifestação com prevalência entre 25-96% dos doentes com cancro (Galvão & Pazes, 2016).

No caso do Sr. P, foi mantida a promoção de repouso e otimizadas, em conjunto com a cuidadora, as estratégias para melhoria dos períodos de descanso/sono.

Eliminação intestinal

A obstipação é um problema comum em CP, em que cerca de 87% dos casos a prevalência aumenta com o consumo de opioides (Pina, 2016b). A dor abdominal é um dos sintomas que acompanha este quadro, e tendo em conta que essa mesma dor era uma das queixas do Sr. P, juntamente com o recurso a terapêutica opioide, a intolerância à atividade e diminuição de ingestão hídrica e alimentar, este foi um foco a ter em atenção. Foi referido pela esposa do doente que o padrão intestinal encontrava-se regularizado e de características aparentemente normais.

Sistema respiratório

Tendo por base a neoplasia pulmonar presente, foi avaliada a ventilação do Sr. P que se encontrava eupneico no momento da visita. Este negou episódios de falta de ar.

Emoção

No que diz respeito ao domínio de emoção, o Sr. P manifestava-se inquieto. Esta ansiedade não foi verbalizada pelo doente, mas referida pela cuidadora que nos transmitiu conversas que o Sr. P foi tendo com ela relativamente a preocupações com a doença e com o "aproximar do fim".

Pensamento e Memória

Em conversa com a esposa do Sr. P, esta referiu à equipa que durante a noite o marido acordava com um discurso confuso, desorientado no tempo, como se estivesse a viver momentos do passado, e que referia ouvir pessoas na sala quando lá não estava ninguém.

Com estes dados foram identificados os domínios do pensamento e da memória, pelo relato de acontecimentos com conteúdo implausível e desorientação no espaço respetivamente.

O ICN (2019), descreve a confusão como um pensamento distorcido, “memória comprometida com desorientação em relação à pessoa, local ou tempo” e o delírio como um diagnóstico do processo de pensamento distorcido.

Segundo a International Nursing Diagnoses (NANDA-I, 2018), a confusão aguda está definida como um “distúrbio reversível de consciência, atenção, cognição e perceção que surgem em um tempo breve”, que identificamos no Sr. P consoante a descrição da sua cuidadora uma vez que se desenvolvia num curto espaço de tempo, de forma súbita e reversível. Como fatores relacionados estão descritos a alteração do ciclo sono-vigília, desidratação, desnutrição, dor, mobilidade prejudicada.

O delirium por sua vez é um diagnóstico que está associado a esta distorção de pensamento.

Autogestão do regime medicamentoso

Face à terapêutica instituída, foi identificado este domínio no sentido de avaliar a capacidade de o Sr. P gerir o seu regime medicamentoso. Este não se encontrava capaz de organizar, preparar e administrar a medicação pelo que ficou à responsabilidade da sua cuidadora. Por sua vez, esta encontrava-se capacitada para gerir o regime medicamentoso, instruída previamente pela EIHSCP. Com necessidade de melhorar conhecimento, foram realizados os ensinamentos necessários conforme exposto no capítulo anterior alusivo à medicação.

Consciência

O compromisso da consciência foi identificado na segunda sessão, em que a equipa se deparou com um agravamento do estado de consciência do Sr. P. Este, encontrava-se no leito, apenas reativo a estímulos dolorosos, com extremidades frias e ligeiramente cianosadas e com uma respiração superficial. Sinais estes que evidenciavam uma SUDHV.

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

28-10-2024 11:00

28-10-2024 11:00 - Com indícios de compromisso da consciência.

28-10-2024 11:00 - Consciência comprometida

28-10-2024 11:00 - Abertura dos olhos: nenhuma.

28-10-2024 11:00 - Resposta verbal: nenhuma.

28-10-2024 11:00 - Resposta motora: movimento de retirada à dor.

28-10-2024 11:00 - Ausência de vômito em jato.

28-10-2024 11:00 - Determinar evolução da consciência

28-10-2024 11:00 - Avaliar evolução da consciência

28-10-2024 11:00 - Referenciar compromisso da consciência ao médico

28-10-2024 11:00 - Prevenir aspiração

28-10-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: prevenção da aspiração

28-10-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

28-10-2024 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração

28-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração

28-10-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção da aspiração

Equilíbrio estático

22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Instabilidade postural sentado sem apoio.

22-10-2024 11:00 - Equilíbrio estático comprometido [RESOLVIDO] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Determinar evolução do equilíbrio estático [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do equilíbrio estático [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Prevenir queda [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: prevenção de queda [FIM]

28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção de queda [FIM]

28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de queda [FIM] 28-10-2024 11:00

Sensações somáticas

22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Sem manifestação de prurido.

22-10-2024 11:00 - Manifesta dor.

22-10-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: prevenção de lesões tegumentares

22-10-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de lesões tegumentares: facilitador.

28-10-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de lesões tegumentares: facilitador [MANTEVE].

22-10-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre vigilância da pele: facilitador.

28-10-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre vigilância da pele: facilitador [MANTEVE].

22-10-2024 11:00 - Dor

22-10-2024 11:00 - Expressão facial: Completamente contraída ou pálpebras fechadas.

28-10-2024 11:00 - Expressão facial: Relaxada [MELHOROU].

22-10-2024 11:00 - Movimento dos membros: Membros superiores parcialmente fletidos.

28-10-2024 11:00 - Movimento dos membros: Sem movimento dos membros superiores [MELHOROU].

22-10-2024 11:00 - Choro/vocalização: Gemidos frequentes ou prolongados.

28-10-2024 11:00 - Choro/vocalização: Sem vocalização da dor [MELHOROU].

22-10-2024 11:00 - Localização da dor

22-10-2024 11:00 - Abdómen

22-10-2024 11:00 - Intensidade da dor - 7.

22-10-2024 11:00 - frequência da dor - intermitente.

22-10-2024 11:00 - duração da dor - aguda.

22-10-2024 11:00 - dor de tipo - pontada.

22-10-2024 11:00 - Determinar evolução da dor

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução da dor

22-10-2024 11:00 - Diminuir dor

22-10-2024 11:00 - Gerir analgesia

22-10-2024 11:00 - Posicionar para aliviar a dor

22-10-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: gestão da dor

22-10-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-10-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas

22-10-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da dor

28-10-2024 11:00

28-10-2024 11:00 - Sem manifestação de prurido [MANTEVE].

28-10-2024 11:00 - Sem manifestação de dor [MELHOROU].

Apetite

22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Ingeriu parte das refeições.

22-10-2024 11:00 - Apetite diminuído.

22-10-2024 11:00 - Paladar alterado.

22-10-2024 11:00 - Apetite comprometido [RESOLVIDO] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Determinar evolução da ingestão de alimentos às refeições [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições [FIM]

28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Determinar evolução do apetite [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do apetite [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Referenciar compromisso do apetite ao médico [FIM]

28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Melhorar apetite [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: gestão do regime dietético

[FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre regime dietético: facilitador.

22-10-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: facilitador.

Sistema respiratório

22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Ritmo respiratório regular.

22-10-2024 11:00 - Movimento respiratório simétrico.

22-10-2024 11:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

22-10-2024 11:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

22-10-2024 11:00 - Sem adejo nasal.

22-10-2024 11:00 - Não comunica falta de ar.

22-10-2024 11:00 - Determinar evolução da ventilação

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução da ventilação

Deglutição

22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Com indícios de compromisso da deglutição.

22-10-2024 11:00 - Deglutição comprometida [RESOLVIDO] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Tempo de deglutição para líquidos superior a 2 segundos, Acumulação involuntária de conteúdo na cavidade oral, Alteração da voz após a deglutição, Tosse associada à deglutição.

22-10-2024 11:00 - Determinar evolução da deglutição [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução da deglutição [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Referenciar deglutição comprometida ao médico [FIM]

28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Prevenir aspiração [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: prevenção da aspiração [FIM]

28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para alimentar: facilitadora.

22-10-2024 11:00 - Autoeficácia do cuidador para alimentar: facilitadora.

22-10-2024 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição [RESOLVIDO]

28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição

22-10-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre dieta para facilitar a deglutição

22-10-2024 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento

sobre prevenção de aspiração [RESOLVIDO] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração

22-10-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção da aspiração

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção da aspiração [FIM] 28-10-2024 11:00

Eliminação intestinal

22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

22-10-2024 11:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [FIM] 28-10-2024 11:00

Pele e mucosas

22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

22-10-2024 11:00 - Membrana mucosa comprometida

22-10-2024 11:00 - Localização do compromisso da membrana mucosa

22-10-2024 11:00 - Membrana mucosa oral

22-10-2024 11:00 - Coloração da mucosa: rosada.

22-10-2024 11:00 - Mucosa seca.

22-10-2024 11:00 - Mucosa com textura normal.

28-10-2024 11:00 - Localização do compromisso da membrana mucosa

28-10-2024 11:00 - Membrana mucosa oral

28-10-2024 11:00 - Coloração da mucosa: cianosada.

28-10-2024 11:00 - Mucosa seca.

28-10-2024 11:00 - Mucosa com textura normal.

22-10-2024 11:00 - Determinar evolução da integridade das membranas mucosas

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas

22-10-2024 11:00 - Promover cicatrização da membrana mucosa

22-10-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: gestão da cicatrização da membrana mucosa

22-10-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-10-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa: facilitador [MELHOROU].

22-10-2024 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa [RESOLVIDO]

28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre sinais de complicação dos compromissos da membrana mucosa [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre tratamento do compromisso da membrana mucosa [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da cicatrização da membrana mucosa

28-10-2024 11:00

28-10-2024 11:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

Sono

22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Dormiu por períodos curtos.

22-10-2024 11:00 - Sono não reparador e intermitente .

22-10-2024 11:00 - Sono comprometido [RESOLVIDO] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Determinar evolução do sono [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do sono [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Melhorar sono [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Implementar estratégias de promoção do sono [FIM]

28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Gerir medicação [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: adesão às estratégias promotoras do sono [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre promoção do sono: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção do sono [RESOLVIDO] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre promoção do sono [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias de promoção do sono [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: adesão às estratégias promotoras do sono [FIM] 28-10-2024 11:00

Conservação de energia

22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Comunica cansaço permanente e ausência de recuperação da energia com o repouso.

22-10-2024 11:00 - Intolerância à atividade [RESOLVIDO] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Determinar evolução da intolerância à atividade [FIM]

28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução da tolerância à atividade [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Referenciar intolerância à atividade ao médico [FIM]

28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Promover autogestão: atividade/repouso [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para

intervir.

22-10-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - *Avaliar evolução da autogestão da atividade/repouso [FIM]*

28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: gestão da atividade [FIM]

28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre conservação de energia: facilitador.

Emoção

22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Não verbaliza ansiedade.

22-10-2024 11:00 - Manifestação de inquietação.

22-10-2024 11:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

22-10-2024 11:00 - Sem manifestação de pânico .

22-10-2024 11:00 - Ansiedade [RESOLVIDO] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Determinar evolução da ansiedade [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - *Avaliar evolução da ansiedade [FIM]* 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - *Referenciar ansiedade ao médico [FIM]* 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Diminuir ansiedade [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: gestão da ansiedade [FIM]

28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para usar estratégias de controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - *Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade [FIM]* 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - *Ensinar cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade [FIM]* 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para usar estratégias de controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - *Avaliar evolução da capacidade do cuidador para usar estratégias de controlo da ansiedade [FIM]* 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - *Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da ansiedade [FIM]* 28-10-2024 11:00

Pensamento

22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Sem dificuldade em controlar os pensamentos e juízos formados.

22-10-2024 11:00 - Sem dificuldade para resistir ou controlar os pensamentos obsessivos.

22-10-2024 11:00 - Sem indícios de ideação suicida.

22-10-2024 11:00 - Relato com conteúdo implausível (com base em algo falso ou sem base na realidade).

22-10-2024 11:00 - Delírio [RESOLVIDO] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: gestão do delírio [FIM]

28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do delírio: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre medidas de segurança face ao delírio: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Consciencialização do cuidador sobre a relação entre a medicação e o delírio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do delírio [RESOLVIDO] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do delírio [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre gestão do delírio [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do delírio [FIM] 28-10-2024 11:00

Memória

22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Incapacidade para reter nova informação.

22-10-2024 11:00 - Dificuldade em recuperar informação.

22-10-2024 11:00 - Sem desorientação face às pessoas.

22-10-2024 11:00 - Sem desorientação no espaço.

22-10-2024 11:00 - Desorientação no tempo.

22-10-2024 11:00 - Confusão [RESOLVIDO] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Confusão de tipo hiperativo.

22-10-2024 11:00 - Diminuir agitação [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: gestão da confusão [FIM]

28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre medidas de segurança face à confusão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre estratégias de orientação para a realidade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre medidas de segurança face à confusão [RESOLVIDO] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da confusão

[FIM] 28-10-2024 11:00

Sentar-se

22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

22-10-2024 11:00 - inicia o movimento, mas não o consegue completar.

22-10-2024 11:00 - Sentar-se comprometido [RESOLVIDO] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Determinar evolução do sentar-se [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução no sentar-se [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Prevenir queda [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Promover autonomia para sentar-se [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Consciencialização sobre compromisso no sentar-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para sentar-se

22-10-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Capacidade para sentar-se

22-10-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no sentar-se [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução da capacidade para sentar-se [FIM]

28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para sentar-se [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução da autonomia para sentar-se [FIM]

28-10-2024 11:00

Alimentar-se

22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

22-10-2024 11:00 - Não leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

22-10-2024 11:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

22-10-2024 11:00 - Não prepara os alimentos para a refeição.

22-10-2024 11:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

22-10-2024 11:00 - Não organiza os alimentos para a refeição.

22-10-2024 11:00 - Alimentar-se comprometido [RESOLVIDO] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: prevenção da desidratação

[FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de desidratação: facilitador.

22-10-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: satisfação das necessidades do alimentar-se [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no alimentar-se: facilitadora.

22-10-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para assistir no alimentar-se: facilitadora.

22-10-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para alimentar: facilitadora.

22-10-2024 11:00 - Autoeficácia do cuidador para alimentar: facilitadora.

Autogestão do regime medicamentoso

22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

22-10-2024 11:00 - Não organiza a medicação conforme horário.

22-10-2024 11:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

22-10-2024 11:00 - Não prepara a medicação conforme a dose.

22-10-2024 11:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

22-10-2024 11:00 - Não administra a medicação pela via adequada.

22-10-2024 11:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

22-10-2024 11:00 - Não ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

22-10-2024 11:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

22-10-2024 11:00 - Não armazena a medicação de acordo com as recomendações.

22-10-2024 11:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

[RESOLVIDO] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: gestão do regime medicamentoso [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso
22-10-2024 11:00 - facilitadora.

22-10-2024 11:00 - Autoeficácia do cuidador para gerir regime medicamentoso
22-10-2024 11:00 - facilitadora.

22-10-2024 11:00 - Significado atribuído pelo cuidador ao regime medicamentoso: não dificultador.

22-10-2024 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre gestão do regime medicamentoso
[FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre resposta à medicação [FIM]
28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre efeitos secundários da medicação
[FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre ajuste da medicação de acordo com resultados da vigilância [FIM] 28-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do regime medicamentoso [FIM] 28-10-2024 11:00

3.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da deglutição

- Monitorizar deglutição através da escala de GUSS

Ensinar cuidador sobre dieta para facilitar a deglutição

- Ensinar a posicionar o cliente de forma a facilitar a deglutição: sentado ou com cabeceira da cama elevada a pelo menos 45º
- Ensinar a espessar líquidos
- Incentivar a preparação da dieta em consistência pastosa

Implementar estratégias de promoção do sono

- Proporcionar ambiente tranquilo: redução de ruídos e redução de estímulos visuais
- Evitar interromper os momentos em que o cliente está a dormir

Ensinar cuidador sobre tratamento do compromisso da membrana mucosa

- Incentivar a utilização de material macio nos cuidados de higiene oral, e que os produtos utilizados não devem conter álcool
- Incentivar a hidratação oral pela ingestão de água e a humedificação da boca

Ensinar cuidador sobre sinais de complicação dos compromissos da membrana mucosa

- Incentivar a vigiar membrana da mucosa oral: alteração do paladar, observar a coloração e a presença de lesões

Gerir o ambiente físico para prevenir queda

- Incentivar a ter um dos lados da cama encostado à parede
- Incentivar o uso de almofadas no lado da cama que esteja livre de forma a criar uma "barreira" de proteção

Ensinar cuidador sobre prevenção da aspiração

- Incentivar alimentar/hidratar o cliente em posição sentado ou com cabeceira da cama elevada a pelo menos 45º
- Incentivar inspeção da cavidade oral após refeições

Ensinar cuidador sobre estratégias de promoção do sono

- Incentivar a proporcionar ambiente tranquilo através da redução de ruídos e estímulos visuais
- Incentivar a evitar interromper os momentos em que o cliente está a dormir

Avaliar evolução da dor

- Monitorizar a dor através da escala numérica ou a escala de faces da dor

Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor

- Incentivar a posicionar de acordo com a preferência do cliente
- Incentivar a realizar massagem no momento de aplicar creme hidratante no corpo

Ensinar cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade

- Incentivar a proporcionar um ambiente calmo, estar presente e ouvir os medos e inquietações do cliente

Ensinar cuidador sobre gestão do delírio

- Incentivar a favorecer contacto com a realidade, informando o cliente do momento do dia e local onde se encontra
- Favorecer a comunicação e estimular a memória retrograda através da comunicação
- Evitar entrar em confrontações diretas caso o cliente não se recorde
- Proporcionar um ambiente calmo

Posicionar para aliviar a dor

- Posicionar conforme a preferência do cliente

3.8. Síntese relativa ao caso

A NOC (2016) é uma ferramenta fundamental para os enfermeiros na medida que permite avaliar os resultados obtidos após as intervenções implementadas. Esta avaliação segue indicadores que são mensurados de 1 (gravemente comprometido) a 5 (sem comprometimento) e permitem quantificar o estado, isto é, o ponto em que a pessoa em situação paliativa se encontra comparativamente ao seu estado basal de avaliação e desta forma conseguimos monitorizar o seu progresso.

Mantendo o foco no estado de conforto e na sua multidimensionalidade, são sugeridos pela NOC (2016) os indicadores apresentados no Quadro 1. Neste Quadro é visível a cor vermelha, a avaliação no momento da identificação da necessidade e a verde a avaliação após a intervenção. Esta avaliação permite avaliar a eficácia das intervenções implementadas.

Quadro 1. Avaliação dos indicadores de conforto do Sr. P

	Gravemente comprometido	Substancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	Não comprometido
Resultado da classificação	1	2	3	4	5
Indicadores					
Bem-estar físico	1	2	3	4	5
Controlo de sintomas	1	2	3	4	5
Bem-estar psicológico	1	2	3	4	5

Ambiente físico	1	2	3	4	5-5
Temperatura do ambiente	1	2	3	4	5-5
Apoio social da família	1	2	3	4	5-5
Apoio social dos amigos	1	2	3	4	5
Relações sociais	1	2	3	4	5-5
Cuidados coerentes com as crenças culturais	1	2	3	4	5-5
Cuidados coerentes com as necessidades	1	2	3	4	5
Capacidade de comunicar as necessidades	1	2-2	3	4	5

O conjunto destes indicadores vai de encontro à multidimensionalidade do conforto descrita por Kolcaba com o contexto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental.

Através das intervenções implementadas e mencionadas na conceção de cuidados apresentada anteriormente, conseguiu-se alcançar as necessidades de alívio e tranquilidade no contexto físico e psicoespiritual, que até então causavam desconforto ao Sr. P. Não se conseguiu avaliar se a necessidade de transcendência foi atingida, pela dificuldade sentida nessa fase do ENP na sua concetualização. Neste momento, pós término do ENP e com aprofundamento do conceito, reconhece-se que seria também uma avaliação não realizada por ser uma dimensão não aprofundada junto do doente.

Relativamente ao contexto sociocultural, os dados obtidos foram adquiridos junto da esposa, que partilhava as conversas que tinha com o marido e que descrevia que para o Sr. P, o cerne do seu conforto neste âmbito era a presença da família.

De forma a manter o conforto no contexto ambiental, foram sempre tidas em conta na tomada de decisão as preferências manifestadas pelo Sr. P.

No momento da segunda sessão, a avaliação da ECOG PS manteve-se no 4, contudo a PPS regrediu de 30% para 10%. Desta forma, foi realizada simplificação terapêutica mantendo apenas a perfusão por via SC do DIB de Morfina 40mg + Midazolam 15mg, pois o nosso alvo de cuidados manifestava-se tranquilo e aparentemente sem dor. Houve necessidade de colocar novo cateter na coxa esquerda, pela exteriorização do prévio que se encontrava no abdómen e, foi nesse momento que o Sr. P demonstrou reação ao estímulo provocado.

Em conversa com a esposa, denotou-se que se encontrava ajustada à situação e tornou-se um momento que lhe permitiu exteriorizar os seus sentimentos, a sua tristeza face à situação mas também a sua satisfação por ter dado resposta a todas as preferências manifestadas pelo marido assim como de ela própria ter conseguido prestar os cuidados necessários. Nesta conversa foi preparada a familiar para o momento de morte, assim como esclarecido como proceder.

4. 2º ESTUDO CASO

Sr. I, de 52 anos, viúvo há menos de 3 anos, vive com o filho de 22 anos e com o pai de 86 anos. Pescador de profissão e com negócio próprio que anteriormente era explorado pela esposa. Após a morte da mesma, o filho, também pescador, ficou a dar continuidade ao negócio. Tem como antecedentes pessoais: Hipertensão arterial, obesidade, humor deprimido, etilismo crónico em abstinência à 8 anos, infeção por SARS-CoV-2 no primeiro trimestre de 2022 e com diagnóstico de adenocarcinoma estenosante do cólon esquerdo no mesmo ano. No segundo trimestre de 2024, documentada numa Tomografia Computorizada (TC) metastização hepática e ganglionar retroperitoneal, com metastização pulmonar de novo documentada no último trimestre do mesmo ano. Dá entrada no Serviço de Urgência (SU) por dor lombar em que é detetada fratura da L1 associada a uma queda não tratada e dor abdominal não controlada. Internado no último trimestre de 2024, é pedida colaboração da EIHSCP para controlo sintomático. Realizados ajustes terapêuticos no decorrer do internamento, com controlo sintomático alcançado e acompanhamento da progressão da doença oncológica. Sr. I tem conhecimento do seu diagnóstico e prognóstico e manifesta preferência pelo local de cuidados no domicílio.

4.1. Enquadramento teórico

Os CP não são apenas prestados nos últimos dias de vida de uma pessoa, mas ao longo da evolução da doença. É intenção deste tipo de cuidados proporcionar que se viva bem o quanto possível até à morte com foco no conforto e bem-estar, apesar das complicações e dificuldades inerentes que possam surgir (Azevedo et al., 2023). A identificação e referenciação precoce da pessoa com necessidades paliativas é fundamental para que esta possa usufruir das intervenções implementadas pela equipa (Capelas et al., 2017).

Hugo Ribeiro, em colaboração com João Neves, Marília Dourado e José Andrade (2024), realizaram um estudo em que predomina a referenciação para a ECSCP por equipas de CP hospitalares, seguindo-se médicos de família, diversas especialidades médicas, lares e unidades de cuidados de longa duração. Das pessoas em situação paliativa incluídas no estudo, 50% tinham como diagnóstico principal doença oncológica, 26% falência de órgão e 24% doença neurodegenerativa.

O mesmo se verificou no decorrer do ENP, em que predominou o acompanhamento de pessoas

com doença oncológica. O caso que se segue, diz respeito a uma pessoa com neoplasia do cólon com metastização hepática, ganglionar retroperitoneal e pulmonar.

De acordo com os dados obtidos pelo GCO (2022), a nível mundial, a neoplasia colorectal ocupa a 3ª posição do número de novos casos, correspondendo a um total de 1 926 425 pessoas. Esta, afeta uma percentagem aproximada tanto de homens como de mulheres. Relativamente à sua mortalidade, ocupa a mesma posição com cerca de 904 019 mortes. Ainda segundo a mesma fonte, os dados apontam que em Portugal a neoplasia em causa ocupa a 1ª posição, com 10 575 novos casos, cerca de 15,2%. Quanto à mortalidade ocupa a 2ª posição com uma representação de 14,2%, que se traduz em 4 809 mortes.

Weng et al (2022) e a Sociedade Portuguesa de Coloproctologia (SPC), nomeiam como sinais e sintomas a ter em atenção a presença de sangue nas fezes, dor e desconforto abdominal, alteração padrão intestinal (diarreia ou obstipação), perda de peso e cansaço constante. Entre os locais de metastização mais frequentes destacam-se os gânglios linfáticos, fígado e pulmão (Woodayagiri et al, 2022).

O caso do Sr. I foi apresentado em reunião multidisciplinar pela EIHSCP, no momento em que este apresentou agravamento acentuado do seu estado clínico na fase inicial do internamento. Entretanto, após melhoria significativa e estabilização da sua condição, a elaboração do plano de alta passou a ser o foco. O Sr. I manifestava vontade de regressar ao domicílio e descartava a hipótese de ser referenciado para uma ULDM, pelo que surgiu a necessidade de agilizar uma conferência familiar (CF) com o filho, com consentimento do Sr. I, de forma a avaliar os recursos e a capacidade que este teria para o receber. Após a realização do turno na equipa comunitária, surgiu a oportunidade de estar presente na CF.

A CF é um instrumento de apoio e intervenção terapêutica, utilizado pela equipa de CP de forma a proporcionar um momento de diálogo planeado que visa: transmissão de informação, comunicação de más notícias, esclarecimento de dúvidas, clarificação de objetivos, identificação das preferências da pessoa alvo de cuidados, identificação de cuidadores e dinâmica familiar, avaliação das necessidades da pessoa em situação paliativa e do seu cuidador/familiar, permitir expressão de sentimentos e preocupações, melhorar comunicação entre os intervenientes, elaboração do plano de cuidados, preparação de alta e tomada de decisões (Silva et al., 2018; Cunha et al., 2024).

Na CF realizada estiveram presentes: enfermeira, médico, o filho do Sr. I e uma amiga próxima à família. A conferência foi conduzida essencialmente pelo médico, que após a apresentação dos elementos da equipa avaliou o conhecimento do filho do Sr. I (nomeado por B.) relativamente à situação: diagnóstico e prognóstico da doença. B. tinha conhecimento do diagnóstico, contudo o prognóstico não era do seu conhecimento. Foi explicada a situação assim como exposta a manifestação do Sr. I em regressar a casa. Predominou ao longo da conferência, a comunicação não verbal por parte de B., com vários momentos de silêncio e desvio do contacto ocular.

Constitui do processo de comunicação a componente verbal e não verbal. Apolónia (2018) refere que “o que é comunicado não se limita apenas à palavra, vai muito para além disso” (p. 110). Comunicamos com o outro não só por palavras, mas também por duas áreas essenciais da comunicação não verbal: a linguagem corporal, que inclui a expressão facial, o contacto visual, a postura e movimentos corporais e o contacto físico e toque; e a linguagem paraverbal em que se destaca a qualidade da voz e os segregados vocais (Querido et al., 2016).

No momento em que B. foi questionado se seria possível cumprir este desejo do S. I em regressar a casa, este manifestou ter dúvidas e receio de não ser capaz de assumir o papel de cuidador. Como prestar os cuidados de higiene, como atuar em caso de agudização e como conciliar a prestação de cuidados com o trabalho no café, foram as principais preocupações manifestadas. Após escuta ativa destas preocupações, reforçou-se a B. que este não estava sozinho e que a equipa estava presente para ajudar a elaborar um plano assim como a decisão não tinha de ser tomada de imediato. Abordou-se a referenciação para a assistente social para avaliação dos recursos materiais, humanos e financeiros que pudessem ser agilizados e explicou-se que seria mantido apoio pela ECSCP e Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Posto isto, reunimo-nos com o Sr. I que se encontrava sentado à mesa no seu quarto, após ter lanchado a totalidade da refeição, com referência a um ligeiro desconforto abdominal. Apresentava uma ECOG 3 – capaz de realizar apenas autocuidados limitados, confinado ao leito ou cadeira mais de 50% das horas em que está acordado, e segundo a PPS uma avaliação de 40% - maioritariamente deitado, incapaz de fazer a maioria das atividades, com evidência de doença marcada, necessita de apoio quase completo nos autocuidados, com capacidade normal para ingerir alimentos e consciente. Explicou-se o que havia sido abordado na CF e nesse momento destacou-se a escassa comunicação entre pai e filho. Reforçou-se a importância da comunicação entre ambos para que fosse definido o melhor plano para os dois e como tal seria-lhes facultado tempo e privacidade para o fazerem.

Atendendo o referencial teórico de Kolcaba, foi identificado desconforto no Sr. I nos seguintes contextos:

- Físico: dor;
- Psicoespiritual: humor deprimido;
- Sociocultural: isolamento;
- Ambiental: estar no hospital.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 53 anos | Masculino

Cuidador

- 19-12-2024 16:00
- 19-12-2024 16:00 - Parentesco: filha / filho.
 - 19-12-2024 16:00 - Coabita com a pessoa dependente.
 - 19-12-2024 16:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.
 - 19-12-2024 16:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.
 - 19-12-2024 16:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.
 - 19-12-2024 16:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no andar: suficiente para assegurar na totalidade.
 - 19-12-2024 16:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se
 - 19-12-2024 16:00 - suficiente para assegurar na totalidade.
 - 19-12-2024 16:00 - Capacidade física do cuidador para dar banho
 - 19-12-2024 16:00 - suficiente para assegurar na totalidade.
 - 19-12-2024 16:00 - Capacidade física do cuidador para deslocar cliente em cadeira de rodas: suficiente para assegurar na totalidade.
 - 19-12-2024 16:00 - Capacidade física do cuidador para posicionar
 - 19-12-2024 16:00 - suficiente para assegurar na totalidade.
 - 19-12-2024 16:00 - Capacidade física do cuidador para transferir
 - 19-12-2024 16:00 - suficiente para assegurar na totalidade.
 - 19-12-2024 16:00 - Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar na totalidade.

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-12-19 16:00:00	Fluoxetina 20mg ao pequeno almoço	
2024-12-19 16:00:00	Diazepam 10mg ao deitar	
2024-12-19 16:00:00	Dexametasona 4mg ao pequeno almoço e almoço	
2024-12-19 16:00:00	Morfina 20mg ao pequeno almoço e ao jantar	
2024-12-19 16:00:00	Pantoprazol 20mg em jejum	

Início	Medicação	Fim
2024-12-19 16:00:00	Metoclopramida 10mg em SOS	
2024-12-19 16:00:00	Paracetamol 1gr em SOS	
2025-01-06 11:00:00	Ácido Aminocapróico 3gr ao pequeno almoço, almoço e jantar	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Como descrito anteriormente, a via preferencial em CP é a via oral (Brito et al, 2022). No presente caso, o Sr. I não apresentava comprometimento desta via pelo que toda a sua terapêutica estava prescrita para ser administrada dessa forma. Todavia, foi assegurada a vigilância da mesma para o caso de surgir alguma mudança, como por exemplo alteração do estado de consciência ou disfagia, e assim adequar-se a via de administração terapêutica.

Segue a descrição dos aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita:

Fluoxetina - O Sr. I cumpria esta medicação previamente ao internamento, sendo que está indicada como antidepressiva (Infarmed, 2022). Neste caso em específico, está associado ao seu humor depressivo documentado nos antecedentes pessoais e que se verificou no internamento, administrada na dosagem de 20mg ao pequeno almoço.

Estão descritos como efeitos secundários mais frequentes insónia, cefaleia, diarreia, náusea e agitação (Infarmed, 2022)

Diazepam - Esta terapêutica está indicada como ansiolítico, sedativo e hipnótico, contudo também é útil como tratamento adjuvante na diminuição do espasmo muscular reflexo devido a trauma local (Infarmed, 2021).

No caso do Sr. I, esta terapêutica era utilizada como tratamento adjuvante, devido à fratura na L1, administrada por via oral na dosagem de 10mg ao deitar.

Como efeitos secundários estão descritos: sonolência, fadiga e fraqueza muscular (Infarmed, 2021).

Dexametasona - Com efeito anti-inflamatório, analgésico e imunossupressor (Infarmed, 2022) esta terapêutica encontrava-se prescrita na dosagem de 4mg ao pequeno almoço e almoço como tratamento adjuvante para controlo da dor.

Como efeitos secundários no tratamento a curto prazo estão identificados o aumento de peso, perturbações psicológicas, intolerância à glicose e insuficiência adrenocortical transitória. No tratamento a longo prazo estão descritos a fragilidade cutânea, atrofia muscular, osteoporose e insuficiência suprarrenal (Infarmed, 2022).

Morfina - Pertence ao grupo dos analgésicos estupefacientes: opioide (Infarmed, 2024).

No caso do Sr. I, esta medicação estava prescrita na dosagem de 20mg ao pequeno almoço e jantar, com objetivo de controlar a dor.

Os efeitos secundários encontram-se descritos no caso exposto anteriormente.

Pantoprazol - Utilizado no tratamento de refluxo gastroesofágico e na prevenção de úlceras gastroduodenais (Infarmed, 2019) esta terapêutica encontrava-se prescrita como protetor gástrico na dosagem 20mg em jejum.

Como efeitos secundários frequentes estão descritos pólipos benignos no estômago (Infarmed, 2019).

Metoclopramida - Esta medicação encontrava-se prescrita na dosagem de 10mg em SOS, como antiemético, conforme se encontra indicado pela Infarmed (2021).

Com efeitos secundários associados encontram-se descritos sensação de sonolência, diarreia e movimentos musculares incontrolláveis (Infarmed, 2021).

Paracetamol - Como já referido anteriormente, esta medicação está indicada como analgésico e antipirético. Para o Sr. I este fármaco encontrava-se prescrito em SOS, na dosagem de 1gr, em caso de febre.

Ácido Aminocapróico - Esta terapêutica é utilizada com o intuito de "evitar a perda de sangue devida a uma hemorragia excessiva" (Infarmed, 2023). São conhecidos como efeitos secundários mais frequentes: tonturas, hipotensão, dor abdominal, diarreia, náuseas, vômitos e cefaleias (Infarmed, 2023).

No caso do Sr. I, esta medicação ficou prescrita em saqueta de 3gr de pó para solução oral, administrada 3 vezes/dia. Instruído filho sobre o modo de preparação pela diluição do conteúdo da saqueta com cerca de 200ml de água ou outro líquido (Infarmed, 2023), exemplificando a mesma no momento da visita.

4.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
19-12-2024 16:00	Equilíbrio estático	06-01-2025 11:00
19-12-2024 16:00	Sensações somáticas	
19-12-2024 16:00	Emoção	
06-01-2025 11:00	Apetite	
06-01-2025 11:00	Eliminação intestinal	
06-01-2025 11:00	Conservação de energia	
06-01-2025 11:00	Autogestão do regime medicamentoso	

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

Com foco na otimização do conforto do Sr. I, segue-se a descrição dos domínios identificados.

Equilíbrio Estático

No momento da primeira sessão em que a equipa chegou ao quarto, o Sr. I encontrava-se sentado à mesa onde havia terminado a refeição do lanche, o que permitiu avaliar o seu equilíbrio estático. Encontrava-se com colete ortopédico colocado, pela fratura da L1, sendo que apresentava alguma instabilidade postural com necessidade de apoio proporcionado pela cadeira e pela mesa na sua frente. Segundo os profissionais de saúde do serviço, sem capacidade de se erguer e/ou deslocar-se sozinho, mantinha auxílio por parte de uma terceira pessoa.

Sensações somáticas: Dor

A presença de dor motivou o Sr. I a recorrer ao serviço de urgência. Após pesquisa no seu processo clínico, verificou-se que no domicílio este tinha prescrito para controlo da dor tapentadol e como coadjuvante a acetaminofeno, terapêutica esta que no decorrer do internamento foi ajustada. Com foco no controlo sintomático recorreu-se à morfina e à dexametasona.

Neste episódio, em que a equipa se reuniu com o Sr. I e a sua família, este encontrava-se relaxado com referência a um ligeiro desconforto abdominal.

A fundamentação teórica deste domínio mantém-se em conformidade com a apresentada no caso anterior.

Emoção: humor deprimido

O ICN (2019) descreve humor depressivo como uma emoção negativa, com "sentimentos de tristeza a melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia".

No contacto com o Sr. I denotou-se um semblante triste. Foi um assunto que não se aprofundou no momento da visita, no entanto vários são os fatores que a equipa tinha conhecimento sendo eles: conhecimento do diagnóstico e prognóstico da doença, aumento da dependência, o desejo de regressar ao domicílio ainda não realizado, a morte precoce da esposa e a preocupação com o filho.

O Sr. I mantinha um discurso escasso com a equipa, respondendo apenas a questões simples e com um tom de voz baixo.

Apetite

Na segunda sessão, em conversa com o Sr. I e com B., este último referiu que notava no pai uma diminuição do apetite que foi confirmada pelo próprio. Em acréscimo, B informou-nos que a alimentação estava a ser feita a gosto, em pequena quantidade e quando solicitada pelo Sr. I, pelo que foi feito o incentivo de manter a alimentação dessa forma.

Eliminação intestinal

A identificação deste domínio surge perante a informação dada por B. de que o pai apresentava perda de sangue vivo nas fezes, em grande quantidade. Posto isto, foi ajustado o plano terapêutico e incentivada a vigilância das características das fezes com o intuito de avaliar se a medicação tem efeito positivo.

Como referido no enquadramento teórico, a presença de sangue nas fezes é um dos sinais associados à neoplasia coloretal.

Conservação de energia

Este domínio foi identificado após manifestação de cansaço, expressa verbalmente, pelo Sr. I. Este referia dormir bem, contudo, e como exposto no caso clínico anterior, esta é uma manifestação com grande prevalência nos doentes com cancro. Para além disso, as perdas hemáticas que o Sr. I apresentava, também poderiam contribuir para a sensação de cansaço/fraqueza referida.

Autogestão do regime medicamentoso

No momento da segunda sessão, verificou-se que o Sr. I não era capaz de gerir o seu regime medicamentoso e que este estava a ser assegurado pelo seu filho.

B. seguia o plano terapêutico instituído com auxílio à folha entregue pela equipa em que se encontrava enunciada a medicação, com a descrição do efeito pretendido e o horário para a sua administração. Geria assim de forma eficaz a gestão do regime medicamentoso. Sempre que surgiam dúvidas, como, por exemplo, sobre a forma de administração do ácido aminocapróico, estas eram esclarecidas por meio da capacitação do cuidador, promovendo a aquisição de conhecimento e a realização de treino prático.

4.5. Conceção de Cuidados

Equilíbrio estático

19-12-2024 16:00

19-12-2024 16:00 - Estabilidade postural sentado sem apoio.

19-12-2024 16:00 - Controlo postural em pé: Instabilidade postural sem apoio.

19-12-2024 16:00 - Equilíbrio estático comprometido [RESOLVIDO] 06-01-2025 11:00

19-12-2024 16:00 - Determinar evolução do equilíbrio estático [FIM] 06-01-2025 11:00

19-12-2024 16:00 - Avaliar evolução do equilíbrio estático [FIM] 06-01-2025 11:00

19-12-2024 16:00 - Promover papel do cuidador: prevenção de queda [FIM] 06-01-2025 11:00

19-12-2024 16:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Sensações somáticas

19-12-2024 16:00

19-12-2024 16:00 - Manifesta dor.

19-12-2024 16:00 - Dor

19-12-2024 16:00 - Localização da dor

19-12-2024 16:00 - Abdómen

19-12-2024 16:00 - Intensidade da dor - 1.

19-12-2024 16:00 - frequência da dor - contínua.

19-12-2024 16:00 - duração da dor - crónica.

19-12-2024 16:00 - dor de tipo - profunda.

06-01-2025 11:00 - Localização da dor

06-01-2025 11:00 - Abdómen

06-01-2025 11:00 - Intensidade da dor - 1.

06-01-2025 11:00 - frequência da dor - contínua.

06-01-2025 11:00 - duração da dor - crónica.

06-01-2025 11:00 - dor de tipo - profunda.

19-12-2024 16:00 - Determinar evolução da dor

19-12-2024 16:00 - Avaliar evolução da dor

19-12-2024 16:00 - Promover papel do cuidador: gestão da dor

19-12-2024 16:00 - Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

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

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

06-01-2025 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas

06-01-2025 11:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor

06-01-2025 11:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da dor

06-01-2025 11:00

06-01-2025 11:00 - Manifesta dor [MANTEVE].

Apetite

06-01-2025 11:00

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

06-01-2025 11:00 - Apetite diminuído.

06-01-2025 11:00 - Paladar conservado.

06-01-2025 11:00 - Apetite comprometido

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

06-01-2025 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre regime dietético: facilitador.

06-01-2025 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: facilitador.

Eliminação intestinal

06-01-2025 11:00

06-01-2025 11:00 - Fezes: em grande quantidade.

06-01-2025 11:00 - Consistência das fezes: Fezes moles.

06-01-2025 11:00 - Coloração das fezes: sangue vivo.

Conservação de energia

06-01-2025 11:00

06-01-2025 11:00 - Comunica cansaço permanente e ausência de recuperação da energia com o repouso.

06-01-2025 11:00 - Intolerância à atividade

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

06-01-2025 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre conservação de energia: facilitador.

Emoção

19-12-2024 16:00

19-12-2024 16:00 - Com indícios de humor depressivo.

19-12-2024 16:00 - Sem indícios de euforia.

19-12-2024 16:00 - Humor depressivo

19-12-2024 16:00 - Tristeza persistente (há mais de uma semana), Diminuição acentuada de interesse e prazer nas atividades, Tom de voz baixa, discurso arrastado.

19-12-2024 16:00 - Determinar evolução do humor

19-12-2024 16:00 - Avaliar evolução do humor depressivo

19-12-2024 16:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o humor

19-12-2024 16:00 - Executar escuta ativa

06-01-2025 11:00 - Promover papel do cuidador: gestão do humor

06-01-2025 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre humor depressivo: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

06-01-2025 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor: : necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

06-01-2025 11:00 - Consciencialização do cuidador sobre a relação entre a medicação e o equilíbrio de humor: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

06-01-2025 11:00

06-01-2025 11:00 - Com indícios de humor depressivo [MANTEVE].

Autogestão do regime medicamentoso

06-01-2025 11:00

06-01-2025 11:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

06-01-2025 11:00 - Não organiza a medicação conforme horário.

06-01-2025 11:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

06-01-2025 11:00 - Não prepara a medicação conforme a dose.

06-01-2025 11:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

06-01-2025 11:00 - Não administra a medicação pela via adequada.

06-01-2025 11:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

06-01-2025 11:00 - Não ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

06-01-2025 11:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

06-01-2025 11:00 - Não armazena a medicação de acordo com as recomendações.

06-01-2025 11:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

06-01-2025 11:00 - Promover papel do cuidador: gestão do regime medicamentoso

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

06-01-2025 11:00 - Capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso

06-01-2025 11:00 - facilitadora.

06-01-2025 11:00 - Autoeficácia do cuidador para gerir regime medicamentoso

06-01-2025 11:00 - facilitadora.

06-01-2025 11:00 - Significado atribuído pelo cuidador ao regime medicamentoso: não dificultador.

06-01-2025 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso

06-01-2025 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso

06-01-2025 11:00 - Ensinar cuidador sobre gestão do regime medicamentoso

06-01-2025 11:00 - Ensinar cuidador sobre resposta à medicação

06-01-2025 11:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do regime medicamentoso

4.6. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da dor

- Monitorizar a dor através da escala numérica ou da escala de faces da dor

Executar escuta ativa

- Demonstrar interesse na pessoa em situação paliativa e seu cuidador/familiar

- Usar perguntas e afirmações ao longo da conversa de modo a estimular a expressão de preocupações e sentimentos
- Atentar a comunicação não verbal
- Atentar o tom e volume da voz
- Identificar os temas predominantes
- Verificar a compreensão da informação por meio de perguntas ou feedback

Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor

- Incentivar a posicionar de acordo com a preferência do cliente

4.7. Síntese relativa ao caso

O segundo momento de visita ao Sr. I foi realizado pela ECSCP, no seu domicílio, após alta hospitalar. Habitava no 1º andar de uma moradia e o negócio de família era no piso inferior.

O Sr. I encontrava-se consciente, orientado e deitado na cama articulada, providenciada pelo SICP, acompanhado pelo filho. B referiu-nos que no momento o seu pai estava dependente nos autocuidados, e que estes eram assegurados pela equipa de Serviço de Apoio ao Domicílio (SAD) do Centro de Dia que já prestavam cuidados ao avô. O Sr. I já não conseguia sair da cama, todavia após a alta ainda conseguiu ir até ao café em cadeira de rodas, com ajuda dos amigos para descer as escadas. Ao ouvir este relato víamos o seu olhar atento no filho, de sorriso no rosto e a referir sentir-se satisfeito por estar na sua casa. Mais debilitado, nega queixas de dor e dispneia e refere sentir-se mais cansado e com apetite diminuído. Segundo B. tolera bem as refeições, em pequenas quantidades e conforme o seu gosto sem sinais de dificuldade em deglutir. Mantém terapêutica oral, com indicação para iniciar ácido aminocapróico pela presença de retorragias em grande quantidade. Entretanto, o cuidador familiar teve de se ausentar por um momento, o que permitiu à equipa conversar individualmente com o utente. Este manteve-se pouco comunicativo, com um tom de voz baixo, demonstrando maior tristeza sempre que a sua situação clínica era abordada. Refere dormir bem e não expressa nenhuma preocupação, medo ou angústia. Quando abordado sobre a progressão da doença e a dificuldade manifestada por B em gerir as complicações que possam surgir, este manifesta vontade de permanecer em casa porém reconhece que é difícil para o filho e deixa essa decisão com ele. Posteriormente, realizou-se conferência familiar com o filho de forma individual e com o consentimento do Sr. I, em que se explicou o possível agravamento do estado geral do pai e B. manifestou dificuldade em lidar emocionalmente com o fim de vida. Entre períodos de silêncio, este referiu que há precisamente um ano tinha falecido a sua mãe e que julga não ser capaz de emocionalmente lidar com a situação pelo que, tendo já conhecimento da opinião do Sr. I, B pede que o hospital seja o local de cuidados no fim de vida. A equipa, propôs desta forma que em caso de agravamento do estado e/ou permanência das

retorragias após terapêutica instituída seria agilizado possível internamento, que B aceitou. Findada a visita domiciliar, contactou-se a ECCI local com o intuito de transmitir o plano de cuidados instituído e assim dar continuidade aos mesmos.

Verificou-se que, comparativamente ao primeiro contacto com o Sr. I, a avaliação da ECOG PS regrediu de 3 para 4 e a PPS de 40% para 30%.

Atendendo ao conforto do Sr. I e tendo por base os indicadores apresentados pela NOC foi possível fazer a avaliação apresentada no Quadro 2, representado a vermelho a primeira avaliação no momento da primeira sessão e a verde a segunda avaliação no momento da segunda sessão.

Quadro 2. Avaliação dos indicadores de conforto do Sr. I.

	Gravemente comprometido	Substancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	Não comprometido
Resultado da classificação	1	2	3	4	5
Indicadores					
Bem-estar físico	1	2	3	4	5
Controlo de sintomas	1	2	3	4	5
Bem-estar psicológico	1	2	3	4	5
Ambiente físico	1	2	3	4	5
Temperatura do ambiente	1	2	3	4	5-5
Apoio social da família	1	2	3	4	5-5
Apoio social dos amigos	1	2	3	4	5
Relações sociais	1	2	3	4	5
Cuidados coerentes com as crenças culturais	1	2	3	4	5
Cuidados coerentes com as necessidades	1	2	3	4	5
Capacidade de comunicar as necessidades	1	2	3	4	5

Para além das intervenções mencionadas na conceção de cuidados apresentada anteriormente conforme a ontologia de enfermagem, recorreu-se às seguintes intervenções identificadas na NIC (2010):

- apoio emocional (5270);
- aconselhamento (5240);
- apoio à tomada de decisão (5250).

Estas intervenções permitiram demonstrar empatia, oferecer informações, estimular a expressão de sentimentos, reconhecer dificuldades, auxiliar a listar alternativas a possíveis problemas, discutir limites e definir o plano de cuidados em articulação entre todos os intervenientes: profissionais de saúde, pessoa em situação paliativa e cuidador/familiar.

Com destaque na relação terapêutica estabelecida, conclui-se que foi possível melhorar o estado de conforto multidimensional do Sr. I. comparativamente com a avaliação da primeira sessão.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A evolução dos cuidados de saúde exige uma enfermagem cada vez mais especializada. O EE destaca-se pelo aprofundamento de conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais na prestação de cuidados. Além dos cuidados gerais, tem competência científica, técnica e humana para prestar cuidados especializados (REPE, 2015).

Na Enfermagem Médico-Cirúrgica, o título de EE pode ser obtido em seis áreas emergentes, cada uma com competências específicas, mas todas partilham competências comuns, como educação, aconselhamento, liderança e investigação para a melhoria contínua da prática (Regulamento nº 140/2019). Essas competências incluem responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento profissional.

No que diz respeito às competências específicas do EE em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, inclui-se o cuidar da pessoa em situação paliativa e dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, no sentido de aliviar o sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; e estabelecer relação terapêutica com a pessoa em situação paliativa seus cuidadores/ familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte bem como no acompanhamento no luto (Regulamento nº 429/2018).

A realização do ENP contribuiu notoriamente para o desenvolvimento de competências por se beneficiar de experiências reais, com necessidade de mobilizar saberes: saber teórico, saber fazer e saber ser. Isto é, saber teórico com base no conhecimento que se tem, o saber fazer associado ao desenvolvimento de habilidades que permitam colocar em prática o conhecimento teórico adquirido e o saber ser, a atitude perante a situação.

Neste capítulo irá proceder-se à análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas durante o ENP, que contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns do EE e de competências específicas do EE em enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa abordando os objetivos a que me propus atingir.

5.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

5.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Pretende-se com este domínio que o enfermeiro, na sua área de especialidade, desenvolva uma prática profissional ética e legal, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a

deontologia profissional assim como seja capaz de garantir práticas que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento nº 140/2019).

Posto isto, é deveras importante ter por base determinados documentos que regem a prática profissional, a que se recorreram ao longo do ENP, sendo eles:

- REPE, inserido no Decreto-Lei nº 161/96 e com alterações introduzidas no Decreto-Lei nº 104/98, que define os princípios gerais inerentes ao exercício profissional;
- Código Deontológico, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) republicado como anexo pela Lei nº156/2015, que determina os direitos e deveres de todos os enfermeiros membros da Ordem;
- Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, Lei nº 52/102, que consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos CP;
- Lei nº 31/2018, Direito das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, que, como o próprio nome indica, estabelece um conjunto de direitos das pessoas com doença avançada e/ou em fim de vida como prevê um conjunto de direitos dos familiares destas pessoas.

No decorrer do ENP, foi assegurada a privacidade da pessoa alvo de cuidados, o acesso à informação clínica por ela expressa e demonstrada interesse em ter conhecimento, assim como a confidencialidade da informação obtida. Para a tomada de decisão, após a recolha de dados, e atendendo aos valores, costumes e crenças da pessoa em situação paliativa e sua família/cuidador, elaborou-se o plano de cuidados em parceria com os elementos referidos e com a restante equipa. O processo de tomada de decisão é uma habilidade fundamental na prática de enfermagem e a complexidade deste processo exige a reflexão sobre opções distintas, com base na individualidade da pessoa alvo de cuidados, sem esquecer a prática baseada na evidência (Lourenço et al, 2022). De forma a lidar com situações complexas e assim orientar e tomar decisões, sustentou-se a prática conforme os princípios bioéticos da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia. Em situação de doença avançada e fim de vida, os profissionais de saúde deparam-se com dilemas éticos complexos sendo que os mais presentes no decorrer do ENP foram: a suspensão de tratamentos, o alimentar/hidratar ou não, e a opção de manter o domicílio como local de prestação de cuidados. Nestas situações, foi considerado o melhor para a pessoa em situação paliativa, contrariando a realização de intervenções que pudessem causar danos superiores ao próprio benefício, com o intuito que a pessoa alvo de cuidados tenha a melhor qualidade de vida possível.

No que diz respeito à suspensão de tratamentos foi sempre tida em conta o não exercício de obstinação terapêutica e, conseqüentemente associada, a distanásia. A obstinação terapêutica ocorre quando há prolongamentos desnecessários de terapêuticas que não trarão benefícios à pessoa. Como refere Capelas et al. (2017), “a suspensão de um tratamento considerado inútil

não impede, evidentemente, a continuação de um tratamento de conforto" (p.58). Para tal é necessário estabelecer uma relação de confiança com a pessoa alvo de cuidados e seu cuidador/família, manter uma relação baseada na verdade e no respeito, envolvê-los no plano de cuidados partilhando toda a informação necessária e justificar as escolhas, para fortalecer o processo de tomada de decisão (Capelas et al, 2017; Silva et al, 2021). Prática esta que esteve sempre presente ao longo do ENP.

Inerente à alimentação/hidratação, surge o objetivo: desenvolver competências na construção da relação terapêutica com a família/cuidadores para a tomada de decisão no autocuidado alimentar. Para tal, foi realizada uma revisão de literatura que melhor permitisse compilar as crenças e significados da família/cuidadores no autocuidado alimentar. Cíntia Pinho-Reis e Patrícia Coelho (2014), afirmam que "a grande maioria dos doentes paliativos, por evolução da doença de base ou como consequência dos tratamentos que realiza, confronta-se com inúmeros sintomas que afetam amplamente o seu padrão e hábitos alimentares" (p. 15). O cuidador/familiar desempenha um papel fundamental no ato de cuidar de uma pessoa em situação paliativa (Delalibera et al., 2018). Estes, em contexto domiciliar, gerem diferentes tipos de cuidados importantes à promoção de conforto e da qualidade de vida da pessoa alvo de cuidados, sendo assim um papel que se torna um desafio complexo (Pinho-Reis, 2018).

À medida que a doença se agrava, as preocupações aumentam, e a importância da alimentação é um dos aspetos centrais a gerir junto do cuidador/família. Facto este que se verificou ao longo do ENP, sendo esta uma preocupação muito mais manifestada pelo cuidador/familiar que pela pessoa doente.

Para o cuidador/família a alimentação:

- Significa saúde;
- Fonte de energia para o corpo, necessária para (sobre)viver;
- Uma forma de transmitir vida, cuidado e afeto;
- O momento da refeição é um ato social, uma forma de demonstrar companheirismo;
- O ato de ser bem-sucedida provoca sensações de conforto, alegria e vitória contra a morte.

(Pinho-Reis & Coelho, 2014)

Diante da perda de apetite, recusa alimentar ou impossibilidade de alimentação via oral, o cuidador ou familiar pode experienciar "sentimentos de frustração, culpa, ansiedade, incompetência, rejeição e falta de esperança" (Pinho-Reis & Coelho, 2014, p. 19), muitas vezes associando essa condição à aceleração do processo de morte (Pinho-Reis, 2018).

Contrariamente ao que seria expectável, com base nos sentimentos mencionados e na experiência hospitalar, observou-se no domicílio uma maior aceitação e adaptação por parte dos

cuidadores/familiares. Foram identificadas estratégias previamente adquiridas, como a ausência de horários rígidos para alimentação, a redução das quantidades com aumento da frequência das refeições, a adequação da consistência dos alimentos para minimizar o risco de aspiração e a preferência por alimentos do agrado da pessoa cuidada.

Verificou-se ainda que, no ambiente domiciliar, os cuidadores têm mais oportunidades de expressar carinho e prestar cuidados diretos ao seu ente querido. Em contrapartida, no contexto hospitalar, essas demonstrações são frequentemente limitadas, o que pode intensificar a ansiedade e a frustração por não poderem intervir de forma mais ativa.

É consensual, que todas as intervenções realizadas em fim de vida, devem produzir conforto na pessoa alvo de cuidados e que não é a desnutrição nem a desidratação que irão causar a morte, mas sim o processo evolutivo e irreversível da doença (Botejara & Neto, 2016). Esta é uma realidade que sustenta a decisão da equipa e que foi transmitida aquando a alteração dos padrões alimentares, de forma a neutralizar o mito de que a pessoa em situação paliativa que deixa de comer irá morrer à fome e, que o objetivo não é melhorar o estado nutricional, mas sim proporcionar conforto.

Outro dos dilemas éticos prende-se pelas condições favoráveis e desfavoráveis que o domicílio tem para ser considerado o local de prestação de cuidados da pessoa em situação paliativa. Será que as condições do ambiente físico são as melhores? Será que os recursos humanos são suficientes? Será que o cuidador/família terá capacidade para lidar com situações de agudização e/ou morte em casa?

Está descrito na Lei nº 52/2012 que a pessoa em situação paliativa tem direito a escolher o local de prestação de cuidados paliativos assim como a família tem direito a participar nesta escolha, contudo fica ressalvada a exceção de situações urgentes.

Ainda na mesma Lei, e inerente à RNCP, a manutenção da pessoa em situação paliativa no domicílio é possível “sempre que o apoio domiciliário possa garantir os cuidados paliativos necessários à manutenção de conforto e qualidade de vida” (Lei nº 52/2012, p. 5121).

De forma a permitir que esta escolha tenha o menor risco para a pessoa doente é essencial informar e capacitar, de forma contínua e compreensível, o doente e família, incluí-los no plano de cuidados e na tomada de decisão assim como assegurar a coordenação e continuidade de cuidados pelos diferentes serviços, sempre que necessário (Capelas et al., 2017). Também é importante, preparar os demais intervenientes para o processo de morrer, reforçando o apoio e a disponibilidade das equipas para dúvidas e medos que possam surgir, assim como dar espaço para a mudança de decisão do local de morte se estes se sentirem incapazes de que aconteça em casa. Em suma, a disponibilidade de informação, a capacitação, a inclusão no plano de cuidados e tomada de decisão, a articulação entre diferentes equipas e a relação de confiança estabelecida foram os elementos chave utilizados na metodologia de trabalho ao longo do ENP.

5.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

Perante este domínio, pretende-se que o EE seja capaz de garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, colaborando na conceção e operacionalização de projetos na área da qualidade. É também objetivo que o EE seja capaz de desenvolver práticas de qualidade, envolvendo a avaliação das mesmas e, em função dos seus resultados, a sua eventual revisão e a implementação de programas de melhoria contínua. E por último, pretende-se que garanta um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº 140/2019).

Para melhor desenvolver este domínio, sustentou-se a prática nos seguintes referenciais:

- Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, aprovado com alterações na Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica em 2017;
- Plano de atividades do SICP da ULS onde decorreu o ENP.

Na área de especialidade em enfermagem, a qualidade dos cuidados prestados é avaliada com base em cinco categorias fundamentais: satisfação do cliente, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2017). No ENP, estas dimensões estiveram presentes e foram traduzidas em práticas concretas, alinhadas com a excelência dos cuidados paliativos.

No que se refere ao enunciado descritivo da satisfação do cliente, o respeito pela singularidade e autonomia da pessoa cuidada torna-se um elemento central na orientação da prática de cuidados. A valorização das capacidades, crenças e preferências individuais promove a participação ativa no planeamento de cuidados pela construção da relação terapêutica pautada pela presença, empatia, comunicação eficaz e confiança. O estabelecimento de parcerias com a pessoa em situação paliativa e seus familiares/cuidadores, a informação fornecida e o esclarecimento de dúvidas assegura que os cuidados sejam compreendidos e alinhados com as expectativas, promovendo o processo de tomada de decisão partilhada.

Face ao enunciado descritivo da promoção de saúde, e aliando ao enunciado do bem-estar e autocuidado, assume-se a finalidade de maximizar a qualidade de vida e minimizar o sofrimento. A capacitação da pessoa em situação paliativa e do seu familiar/cuidador é um elemento fundamental. Após a identificação das necessidades, a conceção e a implementação do plano de cuidados integrado surge em consonância com o ensino, a instrução e o treino de habilidades. Esta preparação fortalece a autonomia dos envolvidos e promove um cuidado contínuo e humanizado. Ademais, existe a articulação com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio e se necessário, conforme as necessidades identificadas, é realizada a referenciação para outros profissionais.

A prevenção de complicações constitui outro importante enunciado na prestação de cuidados. A antecipação de complicações passa pela identificação precoce de sinais de agudização e pela implementação de estratégias preventivas. A transmissão de conhecimentos, aliada ao treino, capacita os cuidadores para uma gestão segura e eficaz do regime terapêutico, enquanto a promoção de estratégias de autocuidado minimiza o stress e fortalece a resiliência. Também a adoção de medidas para a prevenção de quedas, úlceras por pressão e infeções associadas aos cuidados de saúde são fundamentais para garantir a segurança e o bem-estar da pessoa em situação paliativa e seu cuidador/familiar.

No que diz respeito ao enunciado descritivo da readaptação funcional, são promovidas intervenções que favorecem a adaptação à nova realidade imposta pela doença. A capacitação da pessoa cuidada e do seu cuidador/familiar facilitam essa transição, enquanto que o apoio à tomada de decisão fortalece a autonomia dos mesmos. O apoio no luto e o encaminhamento para recursos especializados são também componentes essenciais para oferecer suporte.

No âmbito do enunciado descritivo da organização dos cuidados de enfermagem, iniciativas voltadas para o aperfeiçoamento da prática especializada incluem a reflexão crítica sobre o exercício profissional do EE e sobre o sistema de melhoria contínua da qualidade, a otimização dos registos de enfermagem, o planeamento e a implementação de projetos de investigação fundamentados em evidência, bem como a revisão e atualização de procedimentos de atuação para garantir a eficácia e segurança dos cuidados. A disseminação da filosofia dos CP, promove uma cultura de humanização e dignidade reafirmando o compromisso com uma assistência de excelência e centrada na pessoa.

Com base nos enunciados descritivos referidos, o ENP permitiu consolidar competências essenciais, alinhadas com os mais elevados padrões de qualidade na enfermagem especializada, garantindo cuidados que vão além da técnica e se ancoram no respeito pela vida, pelo sofrimento e pela dignidade da pessoa em situação paliativa.

Na consulta do Plano de Atividades do serviço está presente a monitorização de indicadores de qualidade que se encontra dividida pelas três categorias conforme a Tríade de Donabedian - estrutura, processo e resultado. Os indicadores de estrutura estão relacionados com o ambiente onde os cuidados são prestados, atendendo os recursos materiais, humanos e organizacionais, os indicadores de processo procuram avaliar os procedimentos adotados pelos profissionais de saúde e os indicadores de resultado estão relacionados com o impacto/resultado dos cuidados prestados, sobre o estado de saúde da pessoa alvo de cuidados (Capelas, 2014). Das atividades que constam do plano, deu-se resposta: no indicador de estrutura na colaboração da revisão de procedimentos (Procedimento hipodermóclise e Procedimento de consulta de enfermagem não presencial); no indicador de processo realizou-se a avaliação inicial e o processo de enfermagem, com descrição da avaliação, diagnósticos, plano terapêutico e cuidados prestados; no indicador de resultados contribui-se favoravelmente para a percentagem de doentes com

controlo sintomático e necessidades satisfeitas.

Não foi desenvolvido nenhum projeto de melhoria contínua, contudo foi realizada pesquisa ativa de conhecimento científico que permitisse solidificar a prática no âmbito dos quatro pilares dos CP.

Realizou-se com maior afinco uma abordagem crítico-reflexiva, de forma autónoma e juntamente com a enfermeira tutora, sobre a prestação de cuidados no processo de acompanhamento espiritual e o processo de tomada de decisão. Este pensamento crítico proporcionou o desenvolvimento de um projeto de investigação intitulado Enfermagem e Acompanhamento Espiritual em Contexto Paliativo: Projeto de Investigação sobre Representação Social.

5.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

Referente a este domínio, o EE deve gerir os cuidados de forma a otimizar as respostas de enfermagem e da sua equipa assim como adequar os recursos às necessidades de cuidados, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019).

Neste âmbito, ao longo do ENP, realizou-se a gestão dos cuidados de enfermagem tendo em conta os recursos disponíveis, as barreiras organizacionais e as necessidades e preferências da pessoa em situação paliativa e seu cuidador/familiar.

A capacidade de resposta para novas admissões era por vezes demorada, devido à grande abrangência geográfica a dar resposta, com limitação no tempo de viagem para chegar ao destino e também pelo limitado número de recursos humanos e físicos (carros). Atentou-se em priorizar a resposta a doentes com score elevado na RUN-PC e sempre que se programava o local onde decorreriam as visitas domiciliárias do dia verificava-se se existia alguma admissão a fazer na área com o intuito de a incluir no plano, caso a gestão do tempo do turno assim o permitisse.

Também se notou a referenciação tardia como uma lacuna à prestação de cuidados para além do controlo sintomático mais exacerbado.

Durante o ENP, a comunicação aberta entre todos os elementos da equipa multidisciplinar foi uma importante ferramenta na perspetiva de aquisição de conhecimentos e partilha de vivências e pareceres. Adotou-se desta forma, uma postura de colaboração e partilha de informação que fomentava o trabalho colaborativo entre os diferentes elementos da equipa.

5.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Por último, neste domínio o EE desenvolve a capacidade de autoconhecimento com consciência

de si enquanto pessoa e profissional e sustenta a sua prática na melhor evidência científica (Regulamento nº 140/2019).

O desenvolvimento enquanto EE pauta-se pela procura contínua de aprendizagens em torno do conhecimento técnico e científico, fundamentado na melhor evidência possível. Situações de elevada complexidade e sofrimento fizeram-me refletir, investir e assim potenciar o meu crescimento pessoal e profissional. Para tal, foi discutido primeiramente com a orientadora o tema a desenvolver no projeto de desenvolvimento de competências. Posteriormente, o tema foi discutido com a enfermeira tutora e com a enfermeira gestora de forma a adequar ao contexto da prática clínica.

O processo de enfermagem é algo que está a ser desenvolvido de forma gradual no serviço, pelo que aprofundar o processo de acompanhamento espiritual foi uma mais valia.

A NANDA-I (2018) menciona três diagnósticos no âmbito da espiritualidade sendo eles: sofrimento espiritual, risco de sofrimento espiritual e disposição para o bem-estar espiritual melhorado. Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), ao invés de sofrimento, menciona o diagnóstico como angústia. Ambos os conceitos estão definidos em consenso. A NANDA-I (2018) refere sofrimento espiritual como sendo um “estado de sofrimento relacionado à capacidade prejudicada de experimentar significado na vida por meio de conexões consigo mesmo, com os outros, com o mundo ou com um poder maior” (p.721), e a ICN (2019) define angústia espiritual como “ruptura com o que a pessoa acredita acerca da vida, questões acerca do sentido da vida, associada ao questionar do sofrimento, separação dos laços religiosos ou culturais, mudança nos sistemas de crenças e valores, sentimentos de intenso sofrimento e zanga contra a divindade” (s/p).

Numa revisão integrativa realizada por Oliveira, Bocchi & Popim (2020) referente ao Diagnóstico de enfermagem e o cuidado na dimensão espiritual, há referência a um baixo registo do diagnóstico pelos enfermeiros associado às “fragilidades e a omissão do cuidado espiritual pelo enfermeiro, talvez por se sentirem despreparados, ansiosos e desconfortáveis em discutir um assunto considerado individual” (p. 4143).

Com base na escassa literatura neste âmbito e também pelo baixo, e em alguns casos até mesmo nulo, registo dos diagnósticos na dimensão espiritual surgiu a necessidade de dar início a um projeto de investigação nesta área (Anexo 1) com o objetivo de identificar a representação social dos enfermeiros que trabalham em equipas do SICP sobre o processo de acompanhamento espiritual à pessoa em situação paliativa. Neste projeto espera-se identificar os facilitadores e as barreiras existentes e sugestões de melhorias, com o intuito de contribuir para a melhoria contínua no contexto da prática clínica bem como a nível organizacional, de forma a gerar ganhos em saúde.

Na área espiritual existe um vasto leque de necessidades a avaliar. Após a formulação do

diagnóstico, recorrendo a instrumentos que nos auxiliem na devida avaliação, as intervenções são implementadas em conformidade com o intuito de que as pessoas possam usufruir do maior bem-estar espiritual possível.

No âmbito da espiritualidade, o Observatório Português de Cuidados Paliativos (OPCP) compilou as seguintes escalas validadas para português:

- Portuguese end of life spiritual comfort questionnaire;
- Questionário do Bem estar espiritual (SWBQ);
- Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well Being (FACIT-Sp-12);
- Questionário GES: Avaliação de recursos e necessidades espirituais;
- Spirituality and spiritual care rating scale - versão portuguesa (SSCRS).

Para a avaliação desta dimensão o objetivo é ter um questionário que seja “útil (...), aplicação curta e fácil, para estimular o diálogo com pacientes em fase terminal sobre aspetos fundamentais da sua dimensão espiritual e cuidados” (Benito et al., 2014, p. 1013).

Atendendo estas particularidades optou-se por explorar o questionário GES. Este, nas suas instruções de uso refere que:

- A atitude do profissional deve ser de escuta profunda, atenta, acolhedora, respeitosa e afável;
- É importante um espaço de intimidade e um clima de serenidade, porém caso não se tenha criado um vínculo suficientemente próximo e/ou terapêutico, sugerem-se algumas perguntas abertas iniciais;
- Tenta avaliar-se as necessidades, experiências e recursos no âmbito intrapessoal, interpessoal e transpessoal, reconhecendo e validando a experiência da pessoa;
- É importante afirmar que não há respostas corretas ou erradas, e que o objetivo é explorar inquietudes que o estejam a afetar e que são extensíveis de afetar qualquer pessoa;
- É pedida, à medida que se siga o questionário de 8 afirmações, que valorize em que medida se sente identificado e qual o grau;
- Clarifica que, o objetivo não é tanto atribuir uma categoria a cada resposta, mas sim estimular o diálogo. Pretende-se que através do diálogo, o doente possa explorar, refletir e encontrar uma resposta intuitiva que possa ser uma porta de entrada para atender à sua necessidade espiritual ao mesmo tempo que pode ser acompanhado, aceite, reconciliado, transcendido, entre outros.

(OPCP, 2020)

Pela análise da Nursing Interventions Classification (NIC, 2010) destacam-se o apoio espiritual e a facilitação do crescimento espiritual entre as intervenções de enfermagem a implementar.

Num estudo realizado por Austin et al. (2025) destacam-se as seguintes intervenções com eficácia na redução do sofrimento espiritual e melhoria da qualidade de vida:

- Terapia da dignidade, através da realização da reflexão e criação de um documento de legado com significado;
- Revisão de vida, realizada pela reflexão sobre experiências passadas e acontecimentos significativos da vida para encontrar significado e resolver assuntos inacabados;
- Intervenções centradas no significado, que centram em ajudar a encontrar significado e propósito na vida;
- Outras intervenções: promoção da esperança, meditação, redução do stress baseado na atenção e ioga.

Relativamente à saúde espiritual, segundo a NOC (2016), são indicadores de resultado: a qualidade da fé, qualidade da esperança, sentido e propósito na vida, alcance de uma visão do mundo espiritual, sentimentos de paz, capacidade de amor, capacidade de perdoar, capacidade de rezar, capacidade de adorar, experiências espirituais, satisfação espiritual, participação em rituais e passagens espirituais, participação em meditação, participação em leituras espirituais, interação com líderes espirituais, expressão por meio da música, expressão por meio da arte, expressão por meio da escrita, conexão com o eu interior, conexão com outras pessoas e interação com outras pessoas para partilhar pensamentos, sentimentos e crenças (p. 912-913).

Nascimento et al. (2016), referem a “falta de conhecimento para lidar com a espiritualidade (...), o desconforto em abordar esses aspetos na prática clínica e a organização do processo de trabalho” (p. 190) como principais dificuldades citadas ao longo do estudo realizado.

Pela necessidade de melhor compreender e adquirir competências nas intervenções neste âmbito, além da revisão de literatura realizou-se formação extra plano curricular do curso de Mestrado. Começou pela participação no Workshop de Acompanhamento Espiritual em CP – Compreender e atender o sofrimento na clínica e no autocuidado profissional (Anexo 2), lecionado pelo Dr. Enric Benito. Deste, destacaram-se pontos chave como: a definição do conceito espiritualidade já anteriormente mencionada; a utilização de ferramentas de avaliação/escalas na medida em que estas auxiliam como guias orientadores de uma conversa e não como o preenchimento de uma checklist junto do doente; a importância da formação diferenciada nesta área para que os profissionais estejam preparados para intervir nesta dimensão de sofrimento fundamentalmente introspetiva; a relevância do treino da comunicação, da presença e escuta ativa centrada intensamente e ativamente no doente; e o essencial autocuidado do profissional.

Integrou-se o Curso de Cuidados Paliativos Integrativos (Anexo 3), com o intuito de acolher

métodos/estratégias terapêuticas complementares no atendimento à pessoa em situação paliativa como são alguns exemplos a aromaterapia, musicoterapia, acupuntura, meditação, ioga e massagem terapêutica.

Outra das formações realizadas foi a participação no Curso Básico de Acompanhamento Espiritual (Anexo 4), dinamizado pelo Grupo de Espiritualidade em Saúde (GRES) da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP). Desta formação destacaram-se os seguintes pontos chave: as diferenças entre espiritualidade e religiosidade; ferramentas de avaliação de necessidades espirituais; modelos de acompanhamento espiritual; relação e comunicação; o profissional como agente de acompanhamento espiritual; questões éticas; o autocuidado profissional; e exercícios práticos como role play, escrever uma carta com significado, preenchimento do gráfico pessoal do tempo e experiência de relaxamento com musicoterapia.

Esta última formação decorreu essencialmente após o término no ENP, contudo foi uma mais valia para o enriquecimento de conhecimento para a prática profissional nesta área, que exige efetivamente formação diferenciada. Também destacar a aquisição de estratégias de autocuidado e autoconhecimento, deveras importante para melhor prestarmos cuidados de acompanhamento nesta área.

5.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

No que diz respeito às competências específicas estas são competências que são demonstradas por um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades da pessoa, definido para cada área de especialidade.

No que compete à especialização na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa seguem as competências específicas 1 e 2 conforme descritas no Regulamento nº 429/2018, com a descrição das atividades realizadas de acordo com cada critério de avaliação à unidade de competência identificada.

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

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.

Critério de Avaliação	Atividade desenvolvida
-----------------------	------------------------

1.1.1. Elabora o diagnóstico das necessidades de cuidados paliativos do doente, ao nível físico, psicoemocional, espiritual e sociofamiliar	- Utilizou-se a ferramenta de triagem RUN-PC para a priorização das admissões na equipa, através dos dados apresentados na referenciação; - Realizou-se colheita de dados no contacto com os doentes acompanhados no ENP, com base na ESAS, ECOG, PPS, Questionário GES e questões sobre rede de apoio, suporte familiar e situação económica.
1.1.2. Reconhece valores e expectativas em relação ao processo de fim de vida e à diversidade individual, cultural e espiritual	- Identificou-se o nível de conhecimento da pessoa em situação paliativa e seu cuidador/familiar sobre a situação clínica, através de conversas informais, com o intuito de adequar as intervenções consoante as suas expectativas e preferências, influenciadas por valores individuais, culturais e espirituais; - Encorajou-se a partilha de pensamentos e sentimentos, numa postura de presença para com a pessoa em situação paliativa e seu cuidador/familiar; - Demonstrado respeito pelas convicções distintas às minhas e realizada validação dos sentimentos expressos.
1.1.3. Avalia os sintomas no doente, segundo as suas características, priorizando o impacto no próprio, utilizando ferramentas padronizadas	- Utilizou-se escalas validadas em CP (ESAS, PPS, ECOG, Questionário GES).
1.1.4. Valoriza o peso de variáveis psicoemocionais, valores e crenças na intensidade dos sintomas e do sofrimento, numa abordagem multimodal e multidimensional	- Reconhecidos e valorizados sintomas como ansiedade, e humor deprimido e/ou triste que se interligam com a exacerbação da dor, dispneia ou de outro sintoma relacionado com o agravamento e progressão da doença.
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	- Realizou-se avaliação do grau de dependência nos autocuidados; - Adaptados os cuidados de acordo com o grau de dependência.
1.1.6. Antecipa, em tempo útil, as situações de agudização	- Antecipadas situações de agudização como perda da via oral, agravamento da agitação ou dispneia; - Administrada terapêutica analgésica, prescrita em SOS, antes da realização de intervenções que possam causar ou agravar a dor, como por exemplo: tratamento de feridas e cuidados de higiene; - Capacitou-se o cuidador/família sobre processo de doença, sintomas expectáveis, como agir e disponibilizado o contacto da equipa; - Agendadas transfusões de sangue e paracenteses evacuadoras em hospital de dia de forma a tentar evitar determinadas agudizações.

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 as suas preferências.

Critério de Avaliação	Atividade desenvolvida
1.2.1. Estabelece um plano individualizado para a pessoa e seus cuidadores/familiares, preservando a dignidade, diminuindo o sofrimento, maximizando a autonomia e qualidade de vida e respeitando as perspectivas dos próprios	- Participou-se na elaboração do plano individual de cuidados juntamente com a equipa, doente e seu cuidador/família; - Adequado o plano de cuidados de acordo com as preferências do doente no momento; - Realizou-se duas conceções de cuidados através a plataforma e4nursing.
1.2.2. Utiliza estratégias para o desenvolvimento do autoconhecimento e da capacitação da pessoa e seus cuidadores/familiares	- Capacitou-se a pessoa em situação paliativa e seu cuidador/familiar para a vigilância e reconhecimento de sinais e sintomas, gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio de sintomas, através de transmissão de conhecimento, demonstração e treino de habilidades dos intervenientes.
1.2.3. Atua, em tempo útil, nas situações de agudização	- Interveio-se no momento da agudização, através do controlo de sintomas com recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas, no momento da visita domiciliar; - Incentivou-se intervenções a realizar, por via telefónica, quando a equipa não conseguia dar resposta presencialmente.
1.2.4. Demonstra conhecimentos específicos na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de Resistência a Antimicrobianos	- Recorreu-se à solução alcoólica antes e depois de cada visita domiciliar para desinfecção das mãos; colocou-se luvas e máscara facial sempre que a situação assim necessitasse; separação do lixo de risco biológico após cada visita em contentor próprio disposto no carro.
1.2.5. Adota medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas	- Realizou-se a gestão e administração de terapêutica prescrita para o controlo de: dor, agitação, ansiedade, obstipação, hemorragia, febre e náuseas; - Adotadas estratégias não farmacológicas para alívio de sintomas como: Dor - massagem, posicionamento; Dispneia - uso de ventoinha, janelas abertas; Xerostomia - hidratação frequente da mucosa oral; Ansiedade - escuta ativa.
1.2.6. Reformula o plano individualizado baseando-se na eficácia das intervenções desenvolvidas	- Realizou-se a avaliação do resultado das intervenções e reformulou-se o plano de cuidados sempre que necessário .

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.

Critério de Avaliação	Atividade desenvolvida
1.3.1 Reúne periodicamente com cuidadores/familiares, reavaliando as suas necessidades, utilizando sempre que necessário a conferência familiar	- Todos os momentos de contacto presenciais foram considerados com cuidador/familiar presente e envolvido; - Nos momentos que não se conseguia realizar visita presencial, foi estabelecido contacto telefónico com o cuidador/familiar; - Realizadas conferências familiares, consoante oportuno no momento ou agendadas em articulação com os intervenientes.
1.3.2 Atualiza o plano de intervenção em parceria com os cuidadores/familiares.	- Realizada atualização do plano de cuidados a partir dos dados obtidos, e em parceria com cuidadores/familiares sobretudo na fase em que o doente não fosse capaz de se expressar.

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

Critério de avaliação	Atividade desenvolvida
1.4.1 Adequa estratégias de comunicação na relação com todos os intervenientes no processo de cuidar	- Participou-se nas reuniões multidisciplinares (enfermeiros, médicos, assistente social, nutricionista e capelão/assistente espiritual); - Participou-se em conferências familiares com integração de diferentes elementos da equipa multidisciplinar; - Participou-se na referenciação para serviços de apoio: ECCI; ULDM - Participou-se na referenciação para consulta de psicologia.
1.4.2 Dinamiza o trabalho em equipa, fomentando a partilha e potenciando os contributos individuais no processo de tomada de decisão	- Transmitidas informações relevantes para o funcionamento da equipa assim como foram partilhados conhecimentos e experiências; - Participou-se na tomada de decisão, sobre aspetos relacionados com a gestão dos cuidados, alterações no plano terapêutico, encaminhamento de casos com necessidade de apoio psicológico, social e/ou espiritual.

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

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.

Critério de Avaliação	Atividade desenvolvida
2.1.1 Mobiliza conhecimentos da vertente sociocultural, espiritual e dos contextos e vivências da pessoa, cuidadores/famíliares	- Praticada escuta ativa e proporcionada relação de confiança; - Proporcionado apoio emocional ao doente e seu cuidador/família; - Demonstrado respeito pelas crenças de cariz religioso ou não.
2.1.2 Estabelece plano assistencial mediante a fase do processo de luto em que a pessoa, cuidadores e família se encontram	- Realizou-se referência para psicologia, sempre que necessário.
2.1.3 Demonstra resultados qualificados de comunicação entre os vários intervenientes no processo de cuidar, salvaguardando preferências e vontades da pessoa	- Realizada discussão de casos com os diferentes intervenientes no processo de cuidar: enfermeiros, médicos, nutricionista, assistente social e capelão/assistente espiritual; - Atendidas preferências e últimos desejos do doente e cuidador/família.
2.1.4 Apoia a pessoa, seus cuidadores/famíliares, de modo continuado, nas perdas sucessivas e nas tarefas de resolução do luto (incluindo o antecipatório e complicado)	- Adotada postura de presença empática e compassiva, com demonstração de disponibilidade e compreensão. Respeito pelos silêncios e recurso à comunicação não verbal através do olhar e do toque; - Validou-se sentimentos e emoções exprimidos; - Observou-se a realização da consulta de enfermagem de apoio no luto.
2.1.5 Encaminha, quando necessário, os cuidadores/famíliares para outros recursos de apoio.	- Esclareceu-se o doente e cuidador/família sobre disponibilidade de apoio da psicóloga, nutricionista, assistente social e assistente espiritual, caso necessário; - Encaminhados sempre que necessário.

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/famíliares.

Critério de Avaliação	Atividade desenvolvida
2.2.1 Incentiva ativamente a pessoa, seus cuidadores/famíliares como parceiros na avaliação, planeamento, execução e avaliação de cuidados holísticos, em consonância com os seus desejos e preferências	- Incentivou-se doente e cuidador/família a participar ativamente no plano de cuidados, incluindo-os nas decisões sobre a prestação de cuidados de acordo com as suas preferências; - Capacitou-se o cuidador/familiar a participar ativamente nos cuidados prestados (por exemplo, gestão terapêutica, hidratação da mucosa oral, gestão do regime alimentar); - Realizou-se reforço positivo, através do elogio, das tarefas realizadas.

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	- Realizou-se discussão com a equipa multidisciplinar sobre os objetivos do plano de cuidados; - Informou-se e justificou-se os objetivos e prioridades do plano de cuidados ao doente e cuidador/família, de forma a chegar a um acordo.
---	--

Unidade de Competência 2.3 Negoceia objetivos/metasp de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico.

Crítério de Avaliação	Atividade desenvolvida
2.3.1 Capacita a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e seus cuidadores/familiars, mobilizando os seus recursos, de modo a facilitar a tomada de decisão	- Incluiu-se o doente e cuidador/família na elaboração do plano de cuidados; - Dotou-se o doente e cuidador/família de conhecimento e habilidades de forma a facilitar a tomada de decisão; - Foram esclarecidos mitos relacionados com a medicação analgésica opióide e alimentação/hidratação.
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	- Utilizou-se as seguintes ferramentas: - Escuta ativa; - Comunicação verbal e não verbal; - Protocolo SPIKES para comunicação de más notícias; - Participação em conferências familiar.
2.3.3 Ajuda a pessoa a completar, gradualmente, as tarefas de desenvolvimento em fim de vida, em parceria com os cuidadores/familiars.	- Promoveu-se essencialmente a comunicação entre familiares e doentes.

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/familiars, sobre si, outros membros da equipa, respondendo de forma eficaz.

Crítério de Avaliação	Atividade desenvolvida
2.4.1 Identifica fatores de risco e situações problemáticas, associados a exaustão física e emocional	- Monitorizou-se o cuidador/familiar de forma a identificar sinais de exaustão física e emocional.
2.4.2 Utiliza estratégias eficazes de autocuidado para minimizar fatores geradores de stress relacionados com a dependência crescente e a proximidade da morte;	- Dedicou-se tempo para o autoconhecimento, introspeção e autoavaliação; - Desenvolveu-se momentos de reflexão e de ventilação de sentimentos com os restantes elementos da equipa.

2.4.3 Desenvolve estratégias de apoio aos restantes intervenientes no processo de cuidar.	- Incentivou-se o cuidador/familiar a adotar estratégias de autocuidado como ter tempo para si e para conviver com demais pessoas significativas; - Quando identificadas situações de exaustão do cuidador ou incapacidade para execução do papel, os doentes acompanhados foram referenciados para a RNCCI, decisão esta tomada sempre em parceria com o doente (se tivesse capacidade para tal) e cuidador/família.
---	--

A aquisição de conhecimento, habilidades e atitudes estão envolvidas num processo contínuo de aprendizagem, na medida em que se investe no desenvolvimento de investigação e surge evidência científica mais recente e atualizada, assim como pela prática e experiência adquirida ao longo do exercício profissional. Através da compilação das atividades desenvolvidas no decorrer do ENP, apresentadas neste capítulo, expôs-se o percurso de aprendizagem e desenvolvimento profissional e pessoal de competências comuns e específicas adquiridas que não finda com a conclusão do Mestrado.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A análise crítica e reflexiva sobre as práticas e competências desenvolvidas constitui um elemento fundamental na melhoria contínua dos cuidados, na medida em que nos permite avaliar aspetos positivos, dificuldades e limitações sentidas, implicações para a prática clínica e incita o investimento em formação e na área de investigação.

O EE na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa sustenta a sua prática num cuidado multidimensional, com a finalidade de promover o bem-estar e a qualidade de vida à pessoa em situação paliativa e seu cuidador/familiar, naqueles que são os quatro pilares fundamentais dos CP: controlo de sintomas, comunicação eficaz, apoio à família/cuidador antes e depois da morte do doente e trabalho em equipa.

No decorrer do ENP, esteve presente a inclusão das diferentes dimensões no plano de cuidados destacando-se: na dimensão física a avaliação de sinais e sintomas corporais com predomínio da dor, dispneia, obstipação, febre, anorexia, xerostomia e alterações analíticas; na dimensão sociocultural foram tidas em consideração as relações familiares, sociais e aspetos financeiros; na dimensão ambiental observou-se as condições do meio envolvente; e na dimensão psicoespiritual foram avaliados os sintomas mentais e emocionais com destaque da ansiedade, humor deprimido, tristeza e delirium, e no cariz espiritual evidenciou-se a sua associação à componente religiosa, havendo também o cuidado à expressão de sentimentos de culpa, medos e metas/objetivos a atingir.

Analisando os objetivos traçados para o desenvolvimento de competências, destaca-se como ponto comum: desenvolver a capacidade de estabelecer uma relação terapêutica eficaz com a pessoa em situação paliativa e seus cuidadores/familiares, visando a tomada de decisão. Para tal, a revisão de literatura foi um importante ponto de partida para esclarecimento de conceitos e pesquisa sobre evidência científica nas diferentes temáticas.

Refletindo sobre o conceito de espiritualidade, esta é uma componente intrínseca e indissociável do indivíduo. A espiritualidade reflete sobre a pessoa ter consciência de si e a partir daí deriva a forma como ela se relaciona consigo mesma, com o sentido, propósito e valor da sua vida; a relação com os outros que pode se manifestar por afetos de estima e de paz, mas também pela necessidade de perdão e reconciliação; e a relação com um Ser superior, seja este Deus, o Universo ou algo que nos transcenda enquanto pessoa. No caso da pessoa em situação paliativa esta torna-se uma dimensão imprescindível de ser acompanhada pelo momento de grande vulnerabilidade que esta enfrenta. Os medos e inquietações, a busca por um sentido, a atribuição de um significado, são exemplos de alguns dos aspetos a ter em atenção. Cabe ao

profissional de saúde, nesta dimensão, o papel de “acompanhante”. É fundamental estabelecer uma relação de proximidade e confiança alicerçada pela escuta ativa, presença compassiva e mutualidade relacional. Relativamente à religião e às práticas religiosas, estas podem sustentar a espiritualidade de uma pessoa, contudo as pessoas que não têm uma fé religiosa também têm crenças que dão significado à sua vida.

A observação atenta sobre esta dimensão aplicada na prática permitiu identificar que o acompanhamento espiritual não é realizado de forma integral, pois denota-se que os assuntos são explorados e o sofrimento é reconhecido contudo, o diagnóstico no processo de enfermagem não é identificado e a intervenção fica aquém do que pode ser feito. Algumas das barreiras identificadas na revisão de literatura passam pela falta de conhecimento para lidar com a espiritualidade, o desconforto em abordar a temática, falta de formação e a falta de tempo. Intrigada com o assunto, deu-se início a um projeto de investigação com o objetivo de identificar a representação social dos enfermeiros que trabalham em equipas do SICP sobre o processo de acompanhamento espiritual à pessoa em situação paliativa, com o intuito de identificar na prática quais os facilitadores e as barreiras existentes nos serviços para a implementação deste acompanhamento, o processo de tomada de decisão autónoma de enfermagem, as intervenções autónomas e indicadores de resultado deste acompanhamento.

Após a realização de formação na área, destacou-se a importância da realização da mesma para prestar cuidados espirituais. Esta é uma dimensão que tem escalas e questionários publicados para a sua avaliação, contudo, na prática estes servem-nos como um guião para uma conversa. Ressalvar que, por vezes, até mesmo subtilmente no discurso da pessoa, se revelam necessidades espirituais.

Outro aspeto importante para o profissional de saúde, é que também este reconheça a sua própria espiritualidade. Sentir-se confortável com as inseguranças do outro, ter perceção das suas próprias vulnerabilidades e ter a capacidade de estar presente, com focagem efetiva na pessoa de quem cuida e na relação que está a ser construída. O autoconhecimento do profissional, a presença compassiva, a escuta ativa e as competências comunicacionais são elementos fundamentais no processo de acompanhamento espiritual.

O ENP associado ao percurso formativo desenvolvido foram uma mais valia para atingir o objetivo de desenvolver competências na tomada de decisão no processo de acompanhamento espiritual à pessoa em situação paliativa. Deste surge a intenção de investir em formação avançada e contribuir para o desenvolvimento de investigação na área. Contudo, a atividade proposta de desenvolver um protocolo de atuação de acompanhamento espiritual e a pretensão de dar formação à equipa sobre o mesmo não foi realizado visto que se sentiu a necessidade deste investimento formativo que, ainda que de forma básica, terminou depois de concluir o ENP.

O segundo objetivo, desenvolver competências para a construção da relação terapêutica com a

família e cuidadores visando a tomada de decisão no autocuidado alimentar, foi atingido com sucesso através da revisão de literatura sobre as crenças e significados atribuídos pela família/cuidador ao autocuidado alimentar. Através desta pesquisa, foi possível ajustar expectativas e adequar as intervenções, com base numa relação de confiança e respeito pelos demais intervenientes e a inclusão dos mesmos na elaboração do plano de cuidados. Contrariamente ao que seria expectável, observou-se no domicílio uma maior aceitação e adaptação por parte dos cuidadores/familiares.

A realização dos estudos de caso na plataforma e4Nursing, possibilitou o desenvolvimento de competências relacionadas com a elaboração do processo de enfermagem que contempla a recolha de dados, a identificação dos diagnósticos, o planeamento e a implementação das intervenções, e a avaliação dos resultados obtidos. Na conceção do plano de cuidados visou-se promover o conforto da pessoa em situação paliativa, aliviando o seu sofrimento atendendo às suas necessidades e preferências de forma multidimensional.

No decorrer do ENP a maior dificuldade sentida foi essencialmente a gestão de tempo entre as horas presenciais no estágio, a pesquisa bibliográfica, participação em formações, desenvolvimento dos estudos caso e ainda a vida pessoal e profissional. Todavia, foi uma dificuldade ultrapassada, que valeu a pena cada esforço, e proporcionou um grande crescimento académico, pessoal e profissional. Este permitiu colocar na prática conhecimentos adquiridos na componente teórica e desenvolver competências relacionais, comunicacionais, emocionais e espirituais com o objetivo de prestar cuidados de qualidade.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, H., Moreira, J., & Mota, C. (2021). Dor. In *Humanização em Cuidados Paliativos*. Lidel.
- Apolónia, A., Moreira, B., Silva, D., Castro, F., Oliveira, J., Mota, L., & Emídio, M. (2018). Perspetivas das Pessoas que Recebem Más Notícias em Contexto Hospital: Revisão Integrativa. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 1(1). <https://doi.org/10.37914/riis.v1i1.36>
- Austin, P., Lee, W., Keall, R., & Lovell, M. (2025). Efficacy of spiritual interventions in palliative care: An umbrella review of systematic reviews. *Palliative Medicine*, 39(1). <https://doi.org/10.1177/02692163241287650>
- Azevedo, S., Pereira, N., Silva, I., Alves, J., Bertão, M., Correia, J., & Freire, E. (2023). Portrait of the Palliative Needs of an Internal Medicine Service of a Tertiary Hospital in Portugal. *Medicina Interna*, 30(3). <https://doi.org/10.24950/rspmi.1594>
- Barbosa, A. (2016). Espiritualidade. In *Manual de Cuidados Paliativos*. Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética e Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Benito, E., Oliver, A., Galiana, L., Barreto, P., Pascual, A., Gomis, C., & Barbero, J. (2014). Development and Validation of a New Tool for the Assessment and Spiritual Care of Palliative Care Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(6). <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.06.018>
- Best, M., Leget, C., Goodhead, A., & Paal, P. (2020). An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. *BMC Palliative Care*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0508-4>
- Bizutti, N., Antunes, R., Melo, R., Jensen, I., & Camargo, J. (2024). Evolução Histórica do Conforto no Cuidado de Enfermagem a Pacientes Oncológicos em Fim de Vida: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 70(1). <https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2024v70n1.4437>
- Botejara, A., & Neto, I. G. (2016). Hidratação e Nutrição em Fim de Vida. In *Manual de Cuidados Paliativos*. Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética e Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Brito, S., Bertão, M., & Freire, E. (2022). Palliative Care at Home: Alternative Routes for Pharmaceutical Administration. *Medicina Interna*, 29(3). <https://doi.org/10.24950/rspmi.432>
- Bulechek, G., Butcher, H., & Dochterman, J. (2010). Classificação das Intervenções de

Enfermagem (NIC). Elsevier Health Sciences Brazil.

Campanha de prevenção do cancro colorretal . (2025). Sociedade Portuguesa de Coloproctologia.

<https://www.spcoloprocto.org/noticias/spcp-patrocina-campanha-de-prevencao-do-cancro-colorretal.html>

Cancer Today. (n.d.). Gco.iarc.who.int.
<https://gco.iarc.fr/today/en/fact-sheets-populations#global>

Cancro do pulmão . (2024, June 14). European Lung Foundation.
<https://europeanlung.org/pt-pt/information-hub/lung-conditions/cancro-do-pulmao-2/>

Capelas, M., & Coelho, S. (2014). Pensar a organização de serviços de Cuidados Paliativos. Handle.net; Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

Capelas, M., Coelho, S., Silva, S., & Ferreira, C. (2017). Cuidar a pessoa que sofre. Universidade Católica Editora. Capelas, M., Sapeta, P., Mamede, A., Jorge, M., Oliveira, M., Simões, N., Passos, V., Macedo, A., Mendes, C., Macedo, E., Macedo, J., Gomes, M., Mendes, M., Encarnação, P., Batista, S., Vilaça, S., Pereira, C., & Coelho, S. (2018). Doentes paliativos nos hospitais públicos portugueses. Cadernos de Saúde, 10(1). <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7263>

Cardoso, D., Mortola, L., & Arrieira, I. (2016). Terapia subcutânea para pacientes em cuidados paliativos: a experiência de enfermeiras na atenção domiciliar. Journal of Nursing and Health, 6(2). <https://doi.org/10.15210/jonah.v6i2.6478>

Cardoso, R., Alfradique, P., Caldas, C., & Ribeiro, G. (2020). Diagnóstico de enfermagem em idosos hospitalizados à luz da teoria do conforto de Kolcaba. Revista de Enfermagem Referência, 5(4), -. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388265454007>

Castro, M., Fuly, P., Santos, M., & Chagas, M. (2021). Total pain and comfort theory: implications in the care to patients in oncology palliative care. Revista Gaúcha de Enfermagem, 42. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200311>

Cunha, D., Carvalho, P., & Anastácio, Z. (2024). Diretrizes práticas na conferência familiar em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology., 2(1), 39–48. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2024.n1.v2.2706>

Cunha, S., Silva, P., Oliveira, S., Fernandes, O., & Lourenço, M. (2022). Interventions in the control of xerostomia in the person in palliative situation – scoping review. Millenium, 2(18), 51-63. <https://doi.org/10.29352/mill0218.26797>

Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1998). Diário da República nº 93, Série I-A, pp. 1739-1757.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>

Delalibera, M., Barbosa, A., & Leal, I. (2018). Circunstâncias e consequências do cuidar: caracterização do cuidador familiar em cuidados paliativos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(4). <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.12902016>

Diretório de Escalas validadas para Portugal. (2021). FCSE-Católica. <https://fcse.lisboa.ucp.pt/sobre-overview/observatorio-portugues-dos-cuidados-paliativos/diretorio-de-escalas-validadas-para-portugal>

Ferreira, A., Pierdevara, L., Ventura, I., Gracias, A., Marques, J., & Reis, M. (2018). The Gugging Swallowing Screen: A contribution to the cultural and linguistic validation for the Portuguese context. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(16), 85-94. <https://doi.org/10.12707/riv17090>

Galvão, C., & Pazes, C. (2016). Astenia/Fadiga. In *Manual de Cuidados Paliativos*. Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética e Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *NANDA International, Inc. nursing diagnoses : definitions & classification 2018-2020* (11th ed.). Thieme.

ICNP Browser. (2019). ICN - International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Infomed. (n.d.). Infarmed. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/index.xhtml>

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice : a vision for holistic health care and research*. Springer Pub. Co.

Lei nº 52/2012 de 5 de setembro. Lei de Bases de Cuidados Paliativos (2012). *Diário da República: I Série*, nº 172. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/52-2012-174841>

Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2015). *Diário da República: I Série*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Lin, Y., Zhou, Y., Chen, C., Yan, C., & Gu, J. (2024). Application of Kolcaba's Comfort Theory in healthcare promoting adults' comfort: a scoping review. *BMJ Open*, 14(10), e077810-e077810. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-077810>

Lourenço, I., Gonçalves, M., Sequeira, M., Melo, M., & Gouveia, M. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, 30. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>

Lourenço, M., Encarnação, P., & Lumini Landeiro, M. J. (2021). Cuidados paliativos, conforto e espiritualidade. *Autocuidado : Um Foco Central Da Enfermagem*, 85-98. <https://doi.org/10.48684/mx4w-3d93>

Lourenço, M., Cunha, S. ., Fernandes, O. ., Silva, P., & Oliveira, S. (2022). Interventions in the

control of xerostomia in the person in palliative situation: scoping review . Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health, 2(18). <https://doi.org/10.29352/mill0218.26797>

Martins, A., Sousa, P., & Marques, R. (2022). CONFORTO: CONTRIBUTO TEÓRICO PARA A ENFERMAGEM. *Cogitare Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.85214>

Mitos de Cuidados Paliativos. (2022). Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. <https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/2022/07/Flyer-NEMPAL-Mitos-de-Cuidados-Paliativos-2022.pdf>

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2016). *NOC: Classificação dos Resultados de Enfermagem*. Elsevier.

Nascimento, L., Oliveira, F., Santos, T., Pan, R., Flória-Santos, M., Alvarenga, W., & Rocha, S. (2016). Atenção às necessidades espirituais na prática clínica de enfermeiros. *Aquichan*, 16(2). <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.2.6>

Neto, I. G. (2008). Utilização da via subcutânea na prática clínica. *Medicina Interna*, 15(4). <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/1496>

Neto, I. G. (2016a). Cuidados na Agonia. In *Manual de Cuidados Paliativos*. Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética e Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Neto, I. G. (2016b). Cuidados Paliativos: Princípios e Conceitos Fundamentais. In *Manual de Cuidados Paliativos*. Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética e Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Neto, I. G. (2016c). Modelos de Controlo Sintomático. In *Manual de Cuidados Paliativos*. Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética e Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Neto, I. G. (2020). *Cuidados Paliativos - Conheça-os melhor*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Neto, I. G. (2021). Princípios dos Cuidados Paliativos. In *Humanização em Cuidados Paliativos*. Lidel.

Novaes, F., Cataneo, D., Junior, R., Defaveri, J., Michelin, O., & Cataneo, A. (2008). Câncer de pulmão: histologia, estágio, tratamento e sobrevida. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34(8). <https://doi.org/10.1590/s1806-37132008000800009>

Oliveira, F., Bocchi, S., & Popim, R. (2020). Diagnóstico de enfermagem e o cuidado na dimensão espiritual: revisão integrativa. *Nursing Edição Brasileira*, 23(265), 4141-4150. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i265p4141-4150>

Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico Cirúrgica. (2017). Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Palliative care. (2023, June 1). World Health Organisation. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>

Pina, P. (2016a). Controlo da Dor em Cuidados Paliativos. In Manual de Cuidados Paliativos. Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética e Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Pina, P. (2016b). O Controlo da Obstipação em Cuidados Paliativos. In Manual de Cuidados Paliativos. Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética e Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Pinho-Reis, C. (2018). Os Cuidados Paliativos Domiciliários, a Alimentação e os Familiares-Cuidadores. Revista Kairós : Gerontologia, 21(4). <https://doi.org/10.23925/2176-901x.2018v21i4p09-30>

Pinho-Reis, C., & Coelho, P. (2014). Significado da alimentação em cuidados paliativos. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. <https://repositorio.ucp.pt/entities/publication/68108170-514e-4e37-aded-d974f1f61b84>

Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. G. (2016). Comunicação. In Manual de Cuidados Paliativos. Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética e Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019). Diário da República: II Série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (2018). Diário da República: II Série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Regulamento nº 613/2022 de 8 de julho. Regulamento que define o ato do enfermeiro (2022). Diário da República: II Série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>

Ribeiro, H., Rocha-Neves, J., Dourado, M., & Andrade, J. P. (2024). Evaluating the Benefits of Transition to Home Palliative Care: Pharmacological Prescriptions, Social, and Psychological Support Post-Referral. Journal of Primary Care & Community Health, 15. <https://doi.org/10.1177/21501319241285340>

- Rijpsstra, M., Vissers, K., Centeno, C., Menten, J., Radbruch, L., Mercadante, S., Van der Elst, M., Adile, C., Arantzamendi, M., Kuip, E., Payne, S., Preston, N., & Hasselaar, J. (2023). Monitoring the clinical practice of palliative sedation (PALSED) in patients with advanced cancer: an international, multicentre, non-experimental prospective observational study protocol. *BMC Palliative Care*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01125-w>
- Russell, B., Philip, J., Phillips, J., Smith, A., Collins, A., & Sundararajan, V. (2024). Pilot Implementation of the Responding to Urgency of Need in Palliative Care (RUN-PC) Triage Tool. *Journal of pain and symptom management*, 67(3), 260–268.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.12.012>
- Santos, G., Aranha, J., Valadares, G., Silva, J., Santos, S., & Guerra, T. (2020). Qualification of palliative nursing assistance in the use of the subcutaneous route. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0056>
- Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(2), 91–96. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(02\)00440-2](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(02)00440-2)
- Sereno, S., Matias, D., Trindade, I. I. D., Ressureição, J. I. D., Araújo, R. J. C. S., Fernandes, S. L. T., Afonso T. S., Capelas, M. L. (2022). PPS PT – Escala de Avaliação do Desempenho do Doente em Cuidados Paliativos. Observatório Português dos Cuidados Paliativos. <https://fcse.lisboa.ucp.pt/asset/9536/file>
- Sholjakova, M., Durnev, V., Kartalov, A., & Kuzmanovska, B. (2018). Pain Relief as an Integral Part of the Palliative Care. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 6(4). <https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.163>
- Silva, A., & Nascimento, S. (2023). Teoria do conforto de Kolcaba no cuidado de enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 6(13). <https://doi.org/10.5281/zenodo.8065092>
- Silva, L., Pacheco, E., & Dadalto, L. (2021). Obstinação terapêutica: quando a intervenção médica fere a dignidade humana. *Revista Bioética*, 29(4). https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/2707
- Silva, R., Trindade, G., Paixão, G., & Silva, M. (2018). Conferência familiar em cuidados paliativos: análise de conceito. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0055>
- Simões, Â. (2011). A dor irruptiva na doença oncológica avançada. *Revista Dor*, 12(2). <https://doi.org/10.1590/s1806-00132011000200014>
- Sotto-Mayor R. Mortalidade por cancro do pulmão, *Acta Med Port* 20, 27(1)

Weng, M.-T., Chao, K.-H., Tung, C.-C., Chang, H.-C., Shih, I-Lun., Lin, B.-R., Shieh, M.-J., Shun, C.-T., Wong, J.-M., & Wei, S.-C. (2022). Characteristics of primary signet ring cell carcinoma of colon and rectum: a case control study. *BMC Gastroenterology*, 22(173). <https://doi.org/10.1186/s12876-022-02258-1>

Woodayagiri S, Moorthy S, Ahmed B, et al. (January 28, 2022) Uncommon Cardiac Metastasis in Common Carcinoma Colon. *Cureus* 14(1). doi:10.7759/cureus.21703

8. ANEXOS

Anexo I

**ENFERMAGEM E ACOMPANHAMENTO ESPIRITUAL EM CONTEXTO PALIATIVO: PROJETO DE
INVESTIGAÇÃO SOBRE REPRESENTAÇÃO SOCIAL**

**NURSING AND SPIRITUAL SUPPORT IN A PALLIATIVE CONTEXT: RESEARCH PROJECT ON
SOCIAL REPRESENTATION**

**ENFERMERÍA Y APOYO ESPIRITUAL EN UN CONTEXTO PALIATIVO: PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN SOBRE REPRESENTACIÓN SOCIAL**

Sandrina Silva Afonso¹, Soraia Isabel Ribeiro Ferreira², Sónia Alexandra de Lemos Noavais³

¹Enfermeira da ERPI Congregação Nossa Sra da Caridade de Viana do Castelo e mestranda do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa na ESSNorteCVP, Oliveira de Azeméis

²Enfermeira da ULS de Santo António e mestranda do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa na ESSNorteCVP, Oliveira de Azeméis

³Professora Adjunta na ESSNorteCVP, Oliveira de Azeméis, Investigadora Integrada Cintesis@Rise

INTRODUÇÃO:

A espiritualidade é definida como uma dimensão da vida humana que se relaciona com a forma como as pessoas vivenciam, expressam e/ou procuram significado, propósito e transcendência assim como com a maneira como se conectam com o momento, consigo mesmas, com o outro, com a natureza e/ou com o sagrado. Em contexto paliativo, os profissionais de saúde são confrontados com o desconforto multidimensional da pessoa em situação paliativa, sendo que o bem-estar espiritual pode ser afetado por múltiplos fatores.

A evidência científica neste âmbito ainda é escassa e a documentação do processo de tomada de decisão não reflete a realidade da prática clínica. Assim, entendemos que é importante compreender a representação social dos enfermeiros sobre o processo de acompanhamento espiritual.

OBJETIVO:

Identificar a representação social dos enfermeiros que trabalham em equipas do Serviço Integrado de Cuidados Paliativos (SICP) sobre o processo de acompanhamento espiritual à pessoa em situação paliativa.

METODOLOGIA:

A metodologia usada será uma abordagem qualitativa, utilizando uma técnica de amostragem não probabilística de conveniência, complementada por uma técnica de amostragem em bola de neve através de contactos e redes sociais. Irá ser aplicado um teste de associação livre de palavras (TALP), construído no aplicativo da Google Forms, a enfermeiros que trabalhem em equipas do SICP de Portugal e Regiões Autónomas. O teste irá ter uma informação prévia sobre o objetivo do estudo e serão explicados os procedimentos quanto à garantia de anonimato, privacidade e confidencialidade dos dados obtidos. Os dados recolhidos serão analisados com o apoio do software IRAMUTEQ. Será solicitado parecer ético à Comissão de Ética para garantir a integridade ética da investigação.

DISCUSSÃO:

Espera-se identificar a representação social dos enfermeiros que exercem funções em equipas do SICP sobre o processo de acompanhamento espiritual à pessoa em situação paliativa. Após análise dos resultados obtidos, e com base na evidencia científica, esperamos identificar os facilitadores e as barreiras existentes nos serviços para a implementação deste acompanhamento; o processo de tomada de decisão autónoma de enfermagem; e as intervenções autónomas e indicadores de resultado deste acompanhamento.

CONCLUSÃO:

Este estudo permitirá contribuir para a melhoria continua no contexto da prática clínica do processo de acompanhamento espiritual da pessoa em situação paliativa.

PALAVRAS-CHAVE: Espiritualidade; Cuidados Paliativos; Cuidados de Enfermagem.

KEYWORDS: Spirituality; Palliative Care; Nursing Care.

PALABRAS CLAVES: Espiritualidad; Cuidados paliativos; Cuidados de enfermería.

Declaramos que não existem custos associados aos participantes e/ou outros financiamentos.

Declaramos não existir conflitos de interesse.

Anexo II

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos efeitos que **Sandrina Afonso**, frequentou o **Workshop: Acompanhamento Espiritual em Cuidados Paliativos - Compreender e atender o sofrimento na clínica e no autocuidado profissional (7 horas)**, organizado pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, dia 9 de outubro de 2024, em Aveiro.

Porto, 19 de novembro de 2024



Presidente da APCP

Enf^a Catarina Pazes

Anexo III

Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Sandrina Silva Afonso natural de Viana do Castelo nascida em 13/10/1995, com o N.º de Identificação Civil (CC/BI) 14907635 válido até 04/08/2025, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Cuidados Paliativos Integrativos, em 31/01/2025, com a duração de 56:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação
Introdução aos Cuidados Paliativos Integrativos	7:00	-
Gestão de Sintomas	13:30	-
Comunicação	7:30	-
Bem estar e saúde em fim de vida	18:00	-
Luto	3:00	-
Cuidados Paliativos Integrativos	7:00	-

Esposende, 12 de fevereiro de 2025

O(A) Responsável pelo(a) AIM Life, Lda

 (Assinatura e selo branco ou carimbo)

Certificado n.º 118/2025 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

Anexo IV

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos efeitos que **Sandrina Silva Afonso**, participou no Curso Básico de acompanhamento Espiritual em Cuidados Paliativos organizado pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, com uma duração total de **25 horas**, que decorreu entre os dias 10 de fevereiro 2025 e 1 de março 2025.

Porto, 21 de março de 2025



Presidente da APCP

Enfª Catarina Pazes