



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

Relatório de Estágio

**Promoção do Conforto da Pessoa em Situação
Paliativa nos Últimos Dias e Horas de Vida e Família**

Promoting Comfort for the Person in Palliative Care in the Last Days and
Hours of Life and Family

Telma Marina Figueiredo Jorge Ruivo

**Lisboa
2024**



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

Relatório de Estágio

**Promoção do Conforto da Pessoa em Situação
Paliativa nos Últimos dias e Horas de Vida e Família**

Promoting Comfort for the Person in Palliative Care in the Last Days and
Hours of Life and Family

Telma Marina Figueiredo Jorge Ruivo

Orientadora: Professora Doutora Sandra Cristina da Silva Neves

**Lisboa
2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

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

Dame Cicely Saunders, founder of the modern hospice movement

Agradecimentos

Gostaria de expressar a minha sincera gratidão a todos aqueles, que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

Primeiramente, agradeço à Senhora Professora Doutora Sandra Neves, pelo apoio constante, pela orientação e partilha de conhecimentos, pela disponibilidade e pelo incentivo dado ao longo deste percurso. A sua paciência, dedicação e conselhos foram fundamentais ao longo de todo o processo.

Agradeço igualmente às instituições que me acolheram em estágio, pela oportunidade de desenvolver o meu trabalho num ambiente confortador, de aprendizagem e crescimento, proporcionando-me as ferramentas e experiências necessárias para a minha evolução profissional.

Às enfermeiras orientadoras, pelo apoio, pelo acompanhamento, e por toda a dedicação e partilha de conhecimento, um exemplo inspirador de excelência no cuidado.

Obrigada Tatiana, João, Ana João e Cláudio, a vossa amizade, compreensão e motivação foram essenciais para que eu pudesse enfrentar os desafios deste trabalho.

Um agradecimento especial à minha família e amigos, pelo apoio incondicional, compreensão e encorajamento em todos os momentos, mesmo os mais desafiantes, obrigada mãe, obrigada pai, obrigada mana. O vosso carinho, incentivo e apoio foram fundamentais para a conclusão desta etapa.

À minha avó Jaulina, cuja ausência é sentida em cada conquista, e cuja presença vive em cada lembrança.

Gostaria de expressar a minha profunda gratidão ao meu marido Nuno, e à minha filha Júlia, por todo o amor, paciência e apoio incondicional durante este percurso. A vossa compreensão e presença constante, foram essenciais para que conseguisse alcançar este objetivo. Este trabalho também é fruto do vosso carinho e encorajamento. Nuno, obrigada pelo carinho e força necessária para superar cada obstáculo, obrigada por estares sempre a meu lado. Sou eternamente grata por terem caminhado a meu lado e por serem a minha maior motivação.

Por fim, agradeço a todos os profissionais, PSP e famílias com quem tive o privilégio de aprender e crescer durante a minha trajetória. A experiência foi transformadora, e levo comigo um profundo respeito pela prática e pelo cuidado.

Lista de siglas

CCEE – Competências Comuns Enfermeiro Especialista

CEEEEMCPSP – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

CNCP – Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP – Cuidados Paliativos

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ECR – Equipa Coordenadora Regional

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMCPSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EMCCPSP - Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

ESAS - Edmonton Symptom Assessment System

FDV – Fim de Vida

NHB - Necessidades Humanas Básicas

OE – Ordem dos Enfermeiros

PPS – Palliative Performance Scale

PRN - Pro Re Nata (use quando necessário – SOS)

PSP – Pessoa em Situação Paliativa

QdV – Qualidade de Vida

RCCEE – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEEEMCPSP - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

UDHV – Últimos Dias e Horas de Vida

UICP – Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos

Resumo

O presente relatório está inserido no âmbito da unidade curricular estágio com relatório do terceiro semestre, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Este trabalho descreve, analisa e reflete o trajeto realizado nas unidades curriculares de estágio com projeto e estágio com relatório, com vista a desenvolver conhecimentos teóricos e práticos na área dos CP, desenvolvendo competências definidas pela OE para o título de EEEMCPSP e de competências de mestre.

O presente trabalho aborda o tema da promoção do conforto da PSP nos UDHV e família, à luz da teoria do conforto de Katharine Kolcaba. Conforto é um termo que tem uma associação histórica e contemporânea significativa, desde Nightingale, é considerado como um resultado desejável dos cuidados de enfermagem.

A elaboração deste trabalho demonstra o processo de desenvolvimento da aquisição de competências. A minha intervenção passou principalmente pela reflexão e análise da promoção do conforto da PSP nos UDHV e família, em dois contextos de estágio (EIHSCP e UICP). Tendo por base a metodologia de projeto, surgiu a questão: “Como promover o conforto à PSP nos UDHV e família?” Este trabalho, apresenta como finalidade, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no âmbito da promoção do conforto da PSP nos UDHV e família.

Com o objetivo de prestar cuidados de qualidade, este projeto possibilitou-me aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na promoção do conforto para a PSP nos UDHV. Além disso, foi possível sintetizar, sob forma de tabela, os sinais e sintomas mais comumente reportados na literatura e observados em contexto de estágio, bem como sobre as necessidades de conforto da PSP e ainda sobre as intervenções de enfermagem promotoras de conforto.

Palavras-Chave: Conforto, Cuidados Paliativos, Pessoa em Situação Paliativa, Últimos dias e Horas de Vida, Intervenções de Enfermagem.

Abstract

This report is part of the third semester curricular unit "Internship with Report" of the 1st Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, specialising in Palliative Care Nursing, at the Higher School of Nursing of Lisbon. This study describes, analyses, and reflects on the journey undertaken in the curricular units "Internship with Project" and "Internship with Report," aiming to develop theoretical and practical knowledge in the field of Palliative Care, and to develop the competencies defined by the Order of Nurses for the title of Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing with Palliative Care Specialisation and master's competencies.

The present report focuses on the theme of promoting comfort for patients in palliative care and their families, within the context of end-of-life care, in light of Katharine Kolcaba's Theory of Comfort. Comfort is a term with both historical and contemporary significance, and since Nightingale, it has been considered a desirable outcome of nursing care.

The development of this research demonstrates the process of acquiring competencies. My intervention primarily involved reflecting on and analysing the promotion of comfort for patients in palliative care during the last days and hours of life, and their families, in two clinical settings (Intra-Hospital Palliative Care Support Team and Palliative Care Inpatient Unit).

Based on project methodology, the question arose: "How can comfort be promoted for patients in palliative care during the last days and hours of life, and their families?". The purpose of this research is to contribute to improving the quality of nursing care in promoting comfort for patients in palliative care during the last days and hours of life, and their families. With the goal of providing high-quality care, this project allowed me to deepen my knowledge and develop skills in promoting comfort for person in palliative care during the last days and hours of life. Furthermore, it was possible to synthesise, in the form of a table, the signs and symptoms most commonly reported in the literature and observed in the internship context, along with the comfort needs of the person in a palliative situation, and the nursing interventions that promote comfort.

Keywords: Comfort, Palliative Care, Person in Palliative Situation, Last Days and Hours of Life, Nursing Interventions.

Índice

Introdução	9
1. Enquadramento teórico	11
1.1. A Pessoa em situação paliativa nos UDHV e família	12
1.2. Promoção do conforto: Necessidades da PSP nos UDHV e família e intervenções de Enfermagem	15
1.3. A Teoria do conforto de Katharine Kolcaba	23
2. Metodologia	25
2.1. Execução das atividades previstas	27
2.2. Estágio A.....	29
2.3. Estágio B.....	40
2.3.1. Desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica, no domínio da promoção do conforto da pessoa em situação paliativa nos últimos dias e horas de vida e família.	44
2.3.1.1. Divulgar o projeto formativo à equipa de enfermagem da UCP	44
2.3.1.2. Identificar os sinais e sintomas mais frequentes na PSP nos UDHV, para adequar os cuidados de modo a privilegiar o conforto da PSP.....	46
2.3.1.3. Identificar as necessidades de conforto da pessoa em situação paliativa em UDHV e família.....	49
2.3.1.4. Identificar as intervenções de enfermagem promotoras de conforto à pessoa nos últimos dias e horas de vida e família.....	57
2.3.1.5. Intervir na promoção do conforto na pessoa em situação paliativa nos últimos dias e horas de vida e família.....	61
3. Avaliação	67
3.1. Pontos fortes e fracos.....	67
3.2. Estratégias de gestão dos constrangimentos.....	69
3.3. Contributos do percurso de aprendizagem para a melhoria da qualidade dos cuidados	70
4. Conclusões e perspetivas futuras	71
Referências bibliográficas	73
Apêndices	
Apêndice I – Guia orientador para orientação da primeira consulta de CP – Estágio A	
Apêndice II - Síntese dos sinais e sintomas mais comuns nos UDHV	

Apêndice III – Síntese das necessidades identificadas no âmbito da promoção do conforto da PSP nos UDHV e família

Apêndice IV - Protocolo scoping review – intervenções promotoras de conforto na PSP nos UDHV

Apêndice V - Síntese das intervenções identificadas no âmbito da promoção do conforto na PSP em UDHV e família

Introdução

O presente relatório, foi realizado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, do 3º semestre do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Este relatório, é o resultado do trabalho desenvolvido ao longo das Unidades Curriculares de estágio com projeto e estágio com relatório. Relata a aquisição de competências de Mestre e de EEEMCPSP no âmbito da promoção do conforto da PSP nos UDHV e família, bem como as aprendizagens realizadas ao longo da prática clínica, em contexto de estágio, através de uma análise crítica e de natureza reflexiva, baseada nos objetivos previamente definidos e sustentada em evidência científica. Deste modo, será explanado neste relatório, as atividades planeadas e desenvolvidas ao longo dos dois contextos de estágio, que me permitiram alcançar os objetivos definidos. Tendo por base o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE) (Regulamento n.º 140/2019), o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (RCEEEEMCPSP) (Regulamento n.º 429/2018), e as competências de mestre previstas no Processo de Bolonha (decreto-lei 107/2008), serão abordadas as competências desenvolvidas nos contextos de estágio.

Este projeto foi desenvolvido através da metodologia de projeto. Ferrito et al., (2010), referem que esta metodologia, se baseia numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência.

O interesse em aprofundar o conhecimento sobre a promoção do conforto da PSP e família, especialmente nos UDHV, decorre de, diariamente, no contexto de um serviço de Medicina Interna contactar com pessoas com necessidades paliativas, contudo, perceciono que, nem sempre, consigo prestar um cuidado confortador, nomeadamente à pessoa em UDHV e sua família. Deste modo, propus-me desenvolver este tema no meu projeto formativo, e assim contribuir para a minha formação contínua, capacitando-me a prestar um cuidado confortador sustentado em evidência científica, promovendo assim o bem-estar, a dignidade e o conforto da PSP e família.

O conforto é um objetivo primordial da pessoa e fundamental para a sua experiência, pelo que maximizar o conforto é um objetivo universal para os cuidados de saúde (Lin et al., 2023). Na PSP em UDHV o conforto é promovido com recurso ao controlo sintomático, a cuidados compassivos, prestados num ambiente diferenciado, fomentador da esperança, das relações interpessoais, transpessoais e intrapessoais (Coelho et al., 2016), tendo o enfermeiro um papel fundamental na sua promoção. À luz da Teoria do Conforto de Kolcaba as intervenções de enfermagem promotoras de conforto serão consideradas uma boa prática nos cuidados de enfermagem, se as mesmas forem percecionadas como confortadoras pela pessoa, família ou comunidade, alvo dessa intervenção (Martins et al., 2022). Sendo assim uma responsabilidade do enfermeiro implementar as intervenções adequadas (Dowd, 2018), tendo em vista o conforto da pessoa e da família (INCA, 2023).

“Paliar é confortar, aliviar sintomas, ouvir, respeitar, compartilhar, acolher, acompanhar até o fim e depois da vida o doente e os familiares” (Souza et al., 2021, p. 435), sendo que os CP, enquanto cuidados holísticos, desempenham um papel vital no curso das doenças crónicas e ameaçadoras da vida de muitas pessoas, melhorando a qualidade de vida para as próprias, mas também para os seus cuidadores, familiares e amigos que os apoiam (CNCP, 2023).

Deste modo e resultante do meu interesse pessoal e profissional emergiu o tema escolhido, apresentando como objetivo geral, desenvolver competências de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no domínio da promoção do conforto da pessoa em situação paliativa nos últimos dias e horas de vida e família. Através deste objetivo geral, pretendendo desenvolver o projeto, de modo a contribuir para uma prática de cuidados mais humanizada e adaptada às necessidades da PSP nos UDHV e família, que assegure a dignidade, o respeito e o conforto.

Dando seguimento à metodologia projeto, e após o diagnóstico de necessidades e escolha do tema, elaborei um Projeto Formativo, onde delineei objetivos específicos e defini atividades, cuja realização me permitiu atingir as metas propostas, visando a aquisição das competências de Mestre e de Enfermeira Especialista.

O presente relatório transmite todo o percurso realizado, constituindo um elemento de avaliação, o qual tem como objetivos: apresentar, analisar e refletir sobre o

percurso realizado nos diferentes campos de estágio e refletir acerca da aquisição de competências durante o processo de desenvolvimento das mesmas.

Com o intuito de atingir os objetivos que delineei no projeto e desenvolver as competências a que me propus, foram realizados dois estágios, em dois contextos com o objetivo de desenvolver competências de mestre e enfermeiro especialista no domínio da promoção do conforto da pessoa em situação paliativa nos últimos dias e horas de vida e família. O primeiro local, estágio A, decorreu numa equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP), de um Centro Hospitalar. O estágio B, decorreu numa unidade de internamento em cuidados paliativos (UICP). Os dois locais permitiram-me desenvolver competências fundamentais para a promoção do conforto da PSP nos UDHV e família.

O relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos. No primeiro capítulo, o enquadramento teórico, onde será apresentado a fundamentação teórica, com o objetivo de fornecer uma base sólida de conhecimento, baseada em evidência científica na área da promoção do conforto da PSP nos UDHV e família. Serão abordados os conceitos basilares para a temática escolhida, que suportam o trabalho desenvolvido, o conceito de cuidados paliativos, últimos dias e horas de vida, sinais e sintomas desta fase, as necessidades de conforto da PSP nos UDHV e família, bem como as intervenções de enfermagem promotoras de conforto, e por fim será abordado o conforto tendo como referencial teórico a teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. No segundo capítulo constará a execução das atividades propostas, onde explanarei as atividades desenvolvidas, através dos objetivos específicos delineados, irei descrever e analisar as atividades realizadas com o intuito de adquirir as competências de EE e de Mestre. No terceiro capítulo irei realizar uma avaliação do percurso e dos resultados. Por último, no quarto capítulo, a conclusão do relatório e apresentação dos principais resultados e das perspetivas futuras.

1. Enquadramento teórico

Neste capítulo será apresentado o enquadramento teórico, que sustentou o desenvolvimento e implementação deste trabalho. Está dividido em três subcapítulos. No primeiro subcapítulo, será explanado o conceito PSP nos UDHV e família. Em seguida a

promoção do conforto: Necessidades da PSP e família e intervenções de Enfermagem. Por último irei apresentar a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, como base de sustentação do projeto.

1.1. A Pessoa em situação paliativa nos UDHV e família

A população mundial não só está a envelhecer como também sofre de doenças crónicas graves, o que exige uma necessidade crescente de cuidados no fim da vida (Ijaopo et al., 2023). As doenças crónicas fatais mais comuns são os cancros, as insuficiências de órgãos, a demência e os acidentes vasculares cerebrais (Lynn & Adamson, 2003).

Os CP são uma abordagem que melhora a qualidade de vida (QdV) das PSP (adultos e crianças) e das suas famílias que enfrentam problemas relacionados com doenças ameaçadoras da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação atempada e correto tratamento da dor e outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais (Cocks et al., 2016; WHO, 2014). Segundo Nadolny et al., (2023), os CP, contribuem para melhorar a saúde destas pessoas, respondendo às suas necessidades físicas, psicossociais e espirituais. O objetivo dos CP, é alcançar a mais elevada qualidade de cuidados para a PSP e família, estes afirmam a santidade da vida e consideram a morte como um processo natural; não a apressam nem a adiam; proporcionam alívio do sofrimento físico e psicológico e oferecem um sistema de apoio para a pessoa viver o mais ativamente possível e para a família lidar com o luto, preparando-os para um processo de morte pacífico. (Nuraini et al., 2018; Plonk & Arnold, 2005).

Os CP apresentam quatro pilares que devem ser encarados numa perspetiva de igual importância: o controlo de sintomas; a comunicação adequada; o apoio à família e o trabalho em equipa (Neto, 2016b). Para um bom controlo sintomático, devemos saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os múltiplos sintomas que surgem e que têm repercussões diretas sobre o bem-estar da pessoa (Neto, 2016). A comunicação adequada é um instrumento poderoso usado a favor da amenização do sofrimento ou mesmo na sua conversão, numa outra dimensão experiencial do viver (Salazar, 2017). A arte da comunicação em enfermagem envolve o uso terapêutico da presença, do eu, do

silêncio e da escuta para facilitar um processo centrado na pessoa e na família, inclui a recolha e a transmissão de informações e a prestação de apoio e garantias, conforme ditado pelas necessidades individuais da pessoa e da família (Dahlin & Wittenberg, 2019). A comunicação, tanto verbal, quanto não verbal, é um instrumento essencial na área da saúde, pois facilita as relações intersubjetivas entre a equipa, a pessoa e a família (Campos et al., 2019). O foco dos cuidados paliativos é a PSP e a família, a equipa multidisciplinar deverá construir um plano de cuidados que tome em consideração as necessidades destes (Salazar, 2017). A família, encontra-se numa posição dupla: prestam cuidados e apoiam, mas podem ser eles próprios beneficiários de apoio (Payne, 2010; Neto, 2008). A família também sofre o impacto da doença, apresentando necessidades, uma vez identificadas as principais necessidades da família, deverá ser elaborado um plano de cuidados que integre as respostas às mesmas (Neto, 2008). O trabalho em equipa é considerado uma componente central dos CP (Jünger et al., 2007), têm como objetivo uma atuação, cuja finalidade é o bem-estar da pessoa e da sua família. A atuação da equipa deve enfatizar a vida, encorajar a esperança e ajudar as pessoas a aproveitarem o melhor da vida (Bernardo, et al., 2016).

O reconhecimento e a ponderação dos fatores que podem indicar que alguém está nos últimos dias ou horas de vida são complexos e subtis (NICE, 2024; National Clinical Guideline Centre, 2015). Este período (UDHV), é designado também, segundo Neto (2016c), por “agonia”, no qual a pessoa atinge uma situação de marcada deterioração global, caracterizada por um conjunto de situações que deverão ser reconhecidas por todos os profissionais de saúde, de modo a adequar os cuidados às necessidades da pessoa e da família (Ijaopo et al., 2023). Nesta última fase da vida, observa-se um agravamento acentuado, patente de dia para dia. Podendo variar entre 1 a 14 dias, podendo ser mais prolongado em pessoas jovens (Neto, 2016c). Esta fase caracteriza-se pelo agravamento dos sintomas previamente existentes, mas também, muitas vezes, pelo aparecimento de novos sintomas (Neto, 2016c). Pelo que, a PSP nos UDHV, necessita de um conjunto de cuidados específicos, adequados às suas necessidades, direcionados ao conforto (Braga et al., 2017), não havendo, contudo, o intuito de acelerar ou atrasar o processo de morte.

O reconhecimento de que a pessoa se encontra nos últimos dias e horas de vida deve ser feito pela equipa multidisciplinar (idealmente, um médico e um enfermeiro)

(McGlinchey et al., 2023), a identificação desta fase pode ser melhorada se todos usarem a mesma linguagem, transmitirem uma mensagem consistente, que envolva: compreender o desafio; estar alerta para sinais e sintomas; compreender o controlo dos sintomas (Kinley, 2024). A avaliação prognóstica dos últimos dias de vida é fundamental para o planeamento dos cuidados, com o objetivo de melhorar a qualidade da morte da pessoa e minimizar o sofrimento da família (INCA, 2023). Ajudar as PSP e as suas famílias a compreender a natureza da doença e o prognóstico é um aspeto crucial dos cuidados paliativos perto do fim da vida, assim como ajudar a pessoa e a sua família a determinar os cuidados médicos adequados e a alinhar os objetivos dos cuidados (Rome et al., 2011).

Reconhecer e avaliar os indícios de que alguém está nos últimos dias e horas de vida pode ser complexo pois, por vezes, apresentam sinais e sintomas ambíguos e contraditórios (NICE, 2024).

Apesar de os sinais preditivos da fase dos UDHV, nem sempre serem lineares, existe um conjunto de características fisiológicas que permitem dizer que o doente se apresenta nos UDHV (Neto, 2016c). A National Clinical Guideline Centre (2015) identifica como sintomas frequentes nos UDHV, a falência de múltiplos órgãos, fraqueza progressiva, redução da mobilidade e da capacidade de realizar as atividades normais da vida diária, aumento dos períodos de sono, redução da ingestão oral e uma redução geral da função cognitiva, da consciência e da comunicação (com a família ou outras pessoas importantes, bem como com os profissionais). Sendo que as alterações que podem indicar uma morte iminente dentro de horas, incluem variações no ciclo respiratório, enfraquecimento do pulso e secreções respiratórias ruidosas. Outros sinais e sintomas referidos como comuns nos UDHV, são a recusa de alimentos e líquidos, dor intratável, dispneia crescente, apesar de intervenções terapêuticas otimizadas, secreções respiratórias/estertor, respiração de Cheyne-Stokes, perturbação da consciência, oligúria, agitação e/ou delirium, inquietação terminal, manchas na pele, náuseas e vômitos (Fernando & Praxedes, 2023, Griffith, 2022, Ijaopo et al., 2023).

Uma compreensão abrangente dos sinais e sintomas que podem surgir durante a fase de morte é útil para reconhecer efetivamente a aproximação da morte como uma possibilidade (Kinley, 2024), para o efeito é essencial realizar uma avaliação exaustiva da pessoa e da família de modo a planear e implementar os cuidados de enfermagem ajustados às necessidades (Chovan, 2019).

Na fase dos UDHV deverá ser fomentada uma atitude preventiva no controlo sintomático, antecipando possíveis complicações que inexoravelmente terão um impacto elevado na família (Neto, 2016c). Esta fase é particularmente difícil e dura para a família, visto que se materializa o final esperado e nem sempre aceite, o que pode gerar sentimentos ambivalentes, por um lado, temor pela morte próxima, por outro desejar que esta ocorra, porque supõe o alívio físico e psicológico. Face à aproximação da morte, a ansiedade da família aumenta, acompanhada de medos, incertezas e sensação de impotência, podendo ocorrer maior procura de suporte profissional por parte da família, pelo que os cuidados à família deverão ser intensificados (Neto, 2016c), sendo assim importante envolvê-los nos cuidados de enfermagem, se assim desejarem (Angheluta et al., 2020), até porque estes integram a unidade de cuidados em CP.

Em suma, os UDHV são uma etapa de vida com elevado impacto emocional na PSP, mas também na família e na equipa, sendo também um período de expressão de sentimentos, despedidas, conclusões e encerramento de ciclos (Neto, 2016c). Identificar e reconhecer este período da vida é importante, para, conjuntamente com a pessoa e sua família, se consensualizar os cuidados aos seus desejos e preferências (Kinley, 2024). Até porque, quando se aproxima a morte, as pessoas tendem a interessar-se mais pelos valores fundamentais da vida, podendo esta ser uma experiência de reencontro pessoal que pode ser gratificante não só para o próprio (Kang, 2018).

1.2. Promoção do conforto: Necessidades da PSP nos UDHV e família e intervenções de Enfermagem

A experiência de doença por si já está impregnada de sofrimento e desconforto, sendo que a perda de bem-estar, dá origem a alguma forma de desconforto (Pereira et al., 2020). Segundo Wensley et al. (2020), a pessoa caracteriza o conforto como um estado transitório e dinâmico caracterizado pelo alívio da dor, da angústia emocional e física e por um sentimento emergente de positividade, segurança, força e aceitação da situação a qual é apoiada e sustentada pelo facto de se sentir valorizado, cuidado, confiante, o que reforça a liberdade para fazer a escolha em relação ao tratamento. Deste modo o conforto é essencial para a pessoa doente, pelo que maximizar o conforto é um objetivo universal dos cuidados de saúde (Lin et al., 2023). As práticas de cuidado devem ser

orientadas para o alívio do sofrimento, centrando-se na pessoa e não na sua doença, valorizando as trocas intersubjetivas e o encontro autêntico entre quem cuida e quem é cuidado (Silva et al., 2015). Nesta fase de vida é fundamental saber redefinir os objetivos terapêuticos, adequando os cuidados às verdadeiras necessidades da pessoa e da família (Braga et al., 2017).

A pessoa e a família devem ser o centro dos cuidados de enfermagem, devendo-se avaliar se existe desconforto, quais os fatores que o desencadeiam, quais dimensões do conforto que estão afetadas, e que necessidades existem, de forma a poder suprimi-las com recurso a intervenções de enfermagem, cujo resultado deverá ser avaliado de modo a ser possível identificar se o conforto foi alcançado (Kisvetrová et al., 2018; Martins et al., 2022). O conforto é uma necessidade ao longo da vida e é um elemento-chave na prática dos cuidados de enfermagem à pessoa em fim de vida (Pereira & Ribeiro, 2023).

À Luz da Teoria de Kolcaba, as necessidades de conforto, podem ser experienciadas em quatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 2003). As crenças individuais de saúde, as práticas de saúde, as necessidades espirituais, culturais e linguísticas devem ser identificadas e apoiadas à medida que a pessoa se aproxima da morte, defender os desejos das pessoas, respeitar e ser sensível às necessidades individuais de pessoas de diversas origens culturais, linguísticas e espirituais, dos seus entes queridos e dos laços comunitários é parte integrante da prestação de cuidados de qualidade no fim da vida (Angheluta et al., 2020; Queensland Health, 2019).

Os enfermeiros podem implementar intervenções que contribuirão para o conforto, minimizando ou anulando os fatores que o prejudicam (Wilson & Kolcaba, 2004). As intervenções de enfermagem promotoras de conforto, segundo Kolcaba (2003), são ações de enfermagem e encaminhamentos concebidos para responder às necessidades específicas de conforto dos destinatários, incluindo necessidades fisiológicas, sociais, culturais, financeiras, psicológicas, espirituais, ambientais e físicas. As intervenções de conforto fazem com que a pessoa se sinta fortalecida de uma forma personalizada e intangível (Coelho et al., 2017). O conforto é promovido, através de intervenções de enfermagem, mas também através de outros profissionais e da própria família, todavia, os cuidados de enfermagem são cuidados abrangentes que apoiam as necessidades holísticas da pessoa e da sua família, incluindo a avaliação e o tratamento

da saúde física, emocional e espiritual (Hagan et al., 2018), sendo deste modo determinante compreender as formas e meios de confortar a pessoa (Pereira & Ribeiro, 2023).

No que diz respeito aos cuidados à família, devemos explorar proactivamente os temores, esclarecer qualquer dúvida existente, devemos fomentar a expressão de emoções, as despedidas, o toque e o acompanhamento nos últimos momentos (Neto, 2016c).

As famílias desempenham um papel cada vez mais importante nos cuidados e tratamentos médicos, atuando como prestadores de cuidados ou decisores, em vez de serem apenas observadores passivos, são uma importante fonte de apoio à PSP. É necessário compreender as experiências dos membros da família para lhes prestar cuidados adequados, (Kasar et al., 2023; Yoo et al., 2008). Para qualquer PSP é importante que o objetivo terapêutico seja definido, para que sejam tomadas decisões adequadas e realistas face ao estado da pessoa. Relembrando o aforismo “curar algumas vezes, aliviar outras, cuidar sempre” (Pais, 2019).

Integrados numa equipa interdisciplinar, os enfermeiros assumem um papel de extrema importância na assistência ao doente em fim de vida (Fernando & Praxedes, 2023).

Nesta fase procura-se o alívio do sofrimento, o controlo sintomático e uma comunicação assertiva com a PSP, família e outros profissionais (Fernando & Praxedes, 2023). A comunicação eficaz, a compaixão e a empatia, a confiança, a colaboração, a atenção, o silêncio, o cuidado, o alívio dos sintomas e a ausência de ruídos e conflitos, caracterizam os cuidados compassivos, os quais têm impacto na qualidade de vida dos doentes e, conseqüentemente, das suas famílias (Cardoso et al., 2024; Tarberg et al., 2020). A compaixão foi identificada como um elemento essencial no cuidado de enfermagem, sendo uma exigência de cuidados de saúde de elevada qualidade, que consiste numa ação responsiva por parte do enfermeiro que visa aliviar o sofrimento e garantir a dignidade e promover o bem-estar da PSP (Blomberg et al., 2016; Devik et al., 2020).

A PSP nos UDHV necessita de um conjunto de cuidados específicos e adequados às suas verdadeiras necessidades; não se trata de “desinvestir”, mas sim de adequar o esforço terapêutico, com o intuito de evitar obstinação terapêutica e de não acelerar ou

atrasar o processo de morte. Estes cuidados de conforto descrevem um conjunto de intervenções que permitem o alívio imediato dos sintomas na pessoa em processo de morte (Braga et al., 2017).

As necessidades da pessoa são influenciadas pela idade, antecedentes pessoais, disposição psicológica, tradições culturais, estadios da doença e fase do tratamento (Given et al., 2001). Os valores e as preferências da pessoa devem ser respeitados sempre que possível, devem ser identificadas quaisquer preferências religiosas, espirituais ou culturais (Cocks et al., 2016). Os enfermeiros atuam como defensores da causa, advogados da PSP, assegurando simultaneamente a autonomia e a tomada de decisões partilhadas (Alghamdi et al., 2023).

Segundo Kinley (2024), ao ser reconhecida a possibilidade de uma pessoa poder morrer nos próximos dias ou horas, deverão ser tomadas medidas de acordo com as necessidades e os desejos da pessoa; a pessoa que está a morrer e a sua família deverão ser envolvidas nas decisões sobre o tratamento e os cuidados; as necessidades das famílias e de outras pessoas identificadas como importantes para a pessoa que está a morrer deverão ser exploradas, respeitadas e satisfeitas, culminando num plano individual de cuidados acordado, coordenado e prestado com compaixão. À medida que as medidas de conforto se intensificam, o mesmo deve acontecer com o apoio prestado à família da PSP (Rome et al., 2011).

A gestão e o controlo eficaz dos sintomas na PSP nos UDHV pode permitir um processo de morte seguro, digno e confortável (Albert, 2017), esta gestão é um indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Coelho et al., 2022). Os enfermeiros, assumem um papel importante no cuidado à PSP nos UDHV, na promoção do conforto, no que respeita à dimensão física, na gestão de sintomas deverá ser assegurado o alívio/controlo das dores, da agitação, das secreções nas vias respiratórias, das náuseas, dos vômitos, da falta de ar, dos problemas urinários, dos problemas intestinais, da integridade da pele ou outros sintomas (McGlinchey et al., 2023). As intervenções de enfermagem promotoras de conforto, incluem, a monitorização da dor e de outros sintomas, gestão de medicação, posicionamentos (administração de analgesia antes dos mesmos, sempre que necessário), mudança de roupa, cuidados frequentes de higiene, de forma a otimizar o seu conforto e dignidade, cuidados orais (a boca deve estar limpa e húmida), cuidados com a pele, com as feridas, cuidados com os

olhos, (perto do fim da vida, a visão da pessoa pode estar reduzida e as pálpebras podem estar ligeiramente abertas, pelo que se deverá proporcionar luzes suaves e indiretas, aplicar "lágrimas artificiais" para aliviar a secura ocular, limpar regularmente os olhos com solução salina normal), e ainda, realização de técnicas de relaxamento, massagens, toque suave, promoção do sono e repouso, revisão das necessidades nutricionais, respeitando as preferências alimentares da pessoa (McGlinchey et al., 2023; Queensland Health 2019; Kisvetrová et al., 2018; Oliveira et al., 2016; Blinderman & Billings, 2015; Ramos et al., 2024; Sá et al., 2021). Tem sido demonstrado que as intervenções não farmacológicas e holísticas são importantes para a PSP, melhoram a qualidade de vida e o conforto e ajudam a reduzir a carga de sintomas, sendo eficazes no que diz respeito ao controlo de sintomas como a dor, dispneia e proporcionar bem-estar físico, emocional e mental, devendo o enfermeiro ser um promotor de práticas como: meditação, musicoterapia, técnicas de relaxamento, entre outras (Araujo et al., 2023; Düzgün & Karadakovan, 2024; Falkensteiner et al. (2011); Souza et al., 2021). Estas intervenções de conforto visam a transcendência, contribuindo para que a pessoa se sinta fortalecida de uma forma intangível e personalizada (Lin et al., 2023). No entanto, a gestão da medicação é uma das componentes que visa melhorar a qualidade de vida das pessoas que enfrentam uma doença limitadora da vida (Huisman et al., 2020). A via oral é a via terapêutica preferencial em CP, contudo, existem situações em que a sua utilização não é possível (Brito et al., 2022), sendo, necessário recorrer a vias alternativas à via oral, que não sejam vias que agravem o desconforto (Kisvetrová et al., 2018; Neto, 2008). Segundo Queensland Health (2019), nos UDHV, a maioria das pessoas já não é capaz de engolir medicamentos. Além disso, os medicamentos destinados à prevenção e à manutenção da doença a longo prazo deixam geralmente de ser relevantes ou necessários. Se ainda forem necessários medicamentos orais, estes devem ser convertidos para uma via subcutânea, transdérmica ou sublingual. Embora os medicamentos possam ser administrados por via intramuscular ou intravenosa, estas vias podem ser dolorosas e devem ser feitos esforços para evitar desconforto desnecessário nos últimos dias de vida. Recomenda-se a prescrição antecipada para evitar atrasos no tratamento de sintomas emergentes suscetíveis de causar angústia. Devem estar disponíveis medicamentos subcutâneos pro re nata (PRN) ou "conforme necessário" para a dor, a agitação, as náuseas, os vômitos, a dispneia e as secreções do trato respiratório (Queensland Health, 2019).

A PSP nos UDHV deve receber os seus cuidados num ambiente físico ajustado para apoiar as suas necessidades individuais (McGlinchey et al., 2023). Os enfermeiros devem implementar medidas de conforto para satisfazer as necessidades da PSP, bem como reavaliar os níveis de conforto após a sua implementação (Coelho et al., 2017). O objetivo dos cuidados nas áreas de pressão durante os UDHV é manter o conforto da pessoa. A frequência do reposicionamento deve ser determinada pela inspeção da pele, pela avaliação e pelas necessidades individuais da PSP nos UDHV. A utilização de auxiliares de alívio de pressão, almofadas, sobreposições e colchões pode ajudar a prevenir o desconforto e os problemas de pele, minimizando a necessidade de reposicionar a pessoa (Queensland Health, 2019). Deve-se encorajar a alimentação oral assistida por prazer, oferecer alimentos culturalmente adequados, oferecer frequentemente líquidos e alimentos moles, mas informar respeitosamente a PSP nos UDHV e a família de que a administração de fluidos intravenosos e de nutrição entérica ou parentérica não tem qualquer benefício em termos de conforto ou de sobrevivência nesta fase da doença. Deve ser adiada a alimentação quando a PSP apresenta fadiga (Lokker et al., 2021; Kisvetrová et al., 2018; Blinderman & Billings, 2015). Uma definição e um enquadramento para os cuidados de conforto são úteis para orientar os enfermeiros e os membros da equipa no seu trabalho com a PSP nos UDHV e as famílias durante o processo de tomada de decisão (Kolcaba & Fisher, 1996). As recomendações terapêuticas baseiam-se na comparação entre benefícios e riscos que podem resultar para a pessoa nos UDHV (Twicross, 2003). A anorexia é comum nas últimas semanas de vida, sendo aliás uma das características do processo de morte, é uma das situações que traz mais angústia e desespero aos familiares (Pais et al., 2019). A necessidade reduzida de comer e beber é uma parte normal do processo de morrer, existem provas mínimas de que a nutrição e a hidratação artificiais são benéficas nos últimos dias e horas de vida (Queensland Health, 2019). As perdas psíquicas e a falta de autonomia favorecem as experiências de desconforto psico-espiritual, uma vez que a autoestima da pessoa é afetada (Coelho et al., 2016).

No que concerne à satisfação das necessidades psicoespirituais os cuidados de enfermagem centraram-se principalmente no apoio à família no processo de luto (nas várias fases), incentivar a pessoa e a família a partilharem os seus sentimentos sobre a morte, na redução da ansiedade e do medo através da aplicação de medidas

farmacológicas e da comunicação, estar disponível para ouvir os sentimentos da pessoa e expressar empatia com os sentimentos demonstrados, dando apoio emocional, bem como de medidas não farmacológicas como a massagem terapêutica, a qual demonstrou benefícios na remissão dos sintomas de ansiedade e depressão, (Falkensteiner et al., 2011; McGlinchey et al., 2023). Centra-se também nos cuidados como o apoio religioso, é importante que os enfermeiros incentivem a pessoa, a melhorar seu bem-estar emocional através de práticas religiosas e espirituais, se assim for desejo da PSP (McGlinchey et al., 2023; Ramos et al., 2024; Souza et al., 2021; Kisvetrová et al., 2018; Sá et al., 2022).

No que respeita à dimensão ambiental, os cuidados de enfermagem que promovem o conforto das pessoas em cuidados paliativos consistem em reduzir o ruído, proporcionar um ambiente calmo e familiar, iluminação suave, reprodução de música suave e relaxante, ajustar a temperatura do quarto, flexibilizar as regras organizacionais para permitir a presença de familiares ou pessoas significativas, e a utilização de objetos pessoais, criar um ambiente físico que seja o mais similar possível com a vida e os gostos da pessoa no seu dia-a-dia, contacto com o ambiente externo, com a natureza e modificar o ambiente, com base nas necessidades e desejos da pessoa, estas intervenções de enfermagem podem aumentar o conforto durante a prestação de cuidados à PSP nos UDHV, proporcionando alívio e permitem à pessoa encontrar um estado de calma e tranquilidade (Blinderman & Billings, 2015; Kisvetrová et al., 2018; Queensland Health, 2019; Ramos et al., 2024; Souza et al., 2021). Os enfermeiros podem e devem manipular as características ambientais circundantes, como o ruído, o mobiliário e o ambiente, para aumentar o conforto da pessoa (Kolcaba, 2001).

Relativamente à satisfação das necessidades socioculturais, os cuidados de enfermagem refletem a preocupação não só com as relações interpessoais, familiares e sociais, mas também com os rituais e práticas religiosas, é importante o incentivo à participação da família nos cuidados e na tomada de decisões, deve ser respeitado o pedido de cuidados específicos da pessoa e da família. É deveras importante a comunicação, nomeadamente através da transmissão de informação adequada sobre o diagnóstico, o prognóstico, o tratamento e o percurso da pessoa (Ramos et al., 2024; Kisvetrová et al., 2018). Por a doença poder afetar a perceção da dignidade da pessoa e causar desespero e o desejo de apressar a morte (Sailian et al., 2024), os cuidados

prestados deverão respeitar a dignidade, proporcionando à PSP nos UDHV a oportunidade de discutir o que é importante para ela nesta altura, por exemplo, os seus desejos, preocupações, sentimentos, fé, crenças e valores (McGlinchey et al., 2023).

A prestação de cuidados centrados na pessoa e na família é vital para a promoção do conforto, e a individualização dos cuidados e a resposta a necessidades específicas podem resultar em alívio, tranquilidade e transcendência (Ramos et al., 2024).

Os enfermeiros têm um papel importante e fundamental na humanização dos cuidados, são profissionais que passam grande parte do tempo junto da pessoa, devendo atuar de forma holística no atendimento de suas necessidades, tratando-a com solidariedade, carinho e respeito (Sá et al., 2022).

Após a morte da pessoa, os CP centram-se essencialmente no luto e no apoio à família (Rome et al., 2011). A família que esteja presente na altura da morte deve ser apoiada de acordo com as suas necessidades individuais. Isto inclui proporcionar privacidade, se assim o desejarem, permitindo-lhes passar algum tempo com a pessoa que morreu, e apoio para a realização de rituais religiosos ou culturais específicos (Queensland Health, 2019).

Em suma, a compreensão do conforto orienta diretamente os cuidados de enfermagem que incluem intervenções físicas, psicoespirituais, sociais e ambientais (Kolcaba, 1994). As intervenções de enfermagem são bem-sucedidas se a pessoa obtiver um maior conforto em comparação com uma base de referência anterior (Kolcaba, 2001). O conforto total pode não ser possível em algumas situações, mas um aumento do conforto fortalecerá a PSP (Dowd, 2018).

O conceito de uma boa morte é crucial nos cuidados paliativos (Bovero et al., 2020). Existem elementos que são reconhecidos pela PSP em UDHV para se ter uma boa morte: Controlo dos sintomas; controlo da dor; sem tratamento excessivo; o respeito pela vontade da pessoa no que respeita aos tratamentos; presença de família e amigos; boa comunicação com os prestadores de cuidados de saúde; um espaço de partilha de emoções; respeito pela vontade da pessoa no que respeita à sua morte e paz interior; tomada de decisões claras; sentimento de conclusão; ser visto e percebido como uma pessoa, preparação para a morte e ainda ser capaz de dar algo aos outros (Bovero et al., 2020; Krikorian et al., 2020).

Cuidar para uma boa morte significa promover conforto como um resultado de intervenções que conciliem racionalidade e sensibilidade na interação entre o profissional de saúde e a pessoa e família, assegurando a sua dignidade (Silva et al., 2015).

1.3. A Teoria do conforto de Katharine Kolcaba

As teorias de enfermagem fornecem uma base de conhecimento científico que orientam a prática profissional, sistematizam o conhecimento e organizam os cuidados (Barbosa & Silva, 2018).

O conforto é um termo que tem uma associação histórica e contemporânea significativa com a enfermagem desde o tempo de Nightingale, é citado como designando um resultado desejável dos cuidados de enfermagem (Kolcaba & Kolcaba, 1991). O conforto é sensível aos cuidados de enfermagem e resulta da satisfação da necessidade de alívio, tranquilidade e transcendência, nas dimensões física, psicoespiritual, social e ambiental (Kolcaba, 2003; Ramos et al., 2023), foi descrito como o produto de uma prática de enfermagem holística (Krinsky et al., 2014), surge como algo inerente e essencial ao cuidado, é o resultado desejável dos cuidados de enfermagem (Martins et al., 2022) e é, diariamente, empregue nos diferentes contextos da prática de enfermagem, fazendo parte da linguagem usual dos enfermeiros (Apóstolo, 2009).

O conforto tem acompanhado a história dos cuidados de enfermagem. Primeiro, estava relacionado com os cuidados físicos e o alívio da dor. No entanto, atualmente, é considerado um constructo multidimensional que integra classificações e taxonomias e do qual derivaram muitas teorias de enfermagem (Pinto et al., 2015).

A Teoria do Conforto desenvolvida por Kolcaba tem sido a mais conhecida pela sua sistematização e projeção e a maioria das publicações mundiais relativas aos cuidados de conforto basearam-se nesta teoria (Lin et al., 2023). Para apoiar a sua teoria, Kolcaba recorreu a trabalhos de outros enfermeiros teóricos (Cardoso et al., 2020).

A Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, é uma teoria de médio alcance, sendo uma teoria mais específica à prática que propõe questões precisas e testáveis da prática de enfermagem e inclui pormenores como, faixa etária, situação familiar estado de saúde, localização da pessoa, e ação do enfermeiro (Dowd, 2018). Esta teoria pode ser empregada em diferentes contextos e ambientes de cuidado de enfermagem, trazendo

benefícios à pessoa/profissionais/instituição, quando aplicada no Processo de Enfermagem. Também o facto das necessidades de conforto serem inerentes ao ser humano, e estarem presentes em qualquer etapa do ciclo vital, permite que esta Teoria seja aplicada em diversas populações com características diferentes nos mais diversos contextos do cuidado (Silva & Nascimento, 2023).

À luz da Teoria de Katharine Kolcaba, Dowd (2018), refere que o conforto da pessoa era a primeira e última preocupação da enfermagem. Os bons enfermeiros proporcionam conforto à pessoa, e o conforto é o principal fator determinante da capacidade e do carácter dos enfermeiros, desde a sua criação, a teoria do conforto centrou-se no que a disciplina de enfermagem faz pelas pessoas, a enfermagem é a avaliação das necessidades de conforto, a conceção de intervenções de conforto para responder a essas necessidades e a reavaliação dos níveis de conforto após a implementação de intervenções, em comparação com uma linha de base.

Tendo por base os tipos de necessidades de conforto definidas por Kolcaba, o alívio refere-se à satisfação de uma necessidade específica de conforto, sendo este necessário para o regresso à função anterior ou para uma morte tranquila. Por seu lado, a tranquilidade refere-se a um estado de calma, que permite a uma pessoa comportar-se de forma funcional e eficiente. Enquanto, a transcendência refere-se à tentativa de satisfazer as necessidades que permitem resolver problemas ou dores, planear e controlar o próprio destino. (Kolcaba, 2003; Kolcaba & Fisher, 1996; Kolcaba, 1994).

Kolcaba refere ainda que o conforto é experienciado em quatro dimensões. A dimensão física refere-se à satisfação das necessidades relacionadas com as sensações corporais e os mecanismos homeostáticos. A dimensão psicoespiritual resulta da consciência interna que a pessoa tem de si própria, incluindo a estima, o conceito, a sexualidade e o sentido da vida; a relação de uma pessoa com uma ordem ou um ser superior. A dimensão sociocultural, engloba as relações interpessoais, familiares e sociais, e a ambiental, inclui o contexto e influências externas (Kolcaba, 2003; Kolcaba & Fisher, 1996; Kolcaba, 1994).

Os cuidados de conforto implicam pelo menos três tipos de intervenções de conforto propostas por Kolcaba, que podem ser implementadas para atingir o objetivo de aumentar o conforto total da pessoa, a saber: intervenções de conforto padrão, que se destinam a manter a homeostasia e a gerir a dor, administração de medicamentos

apropriados e reposicionamento. Estas intervenções de conforto destinam-se a ajudar a pessoa a manter ou a recuperar a função física e o conforto e a prevenir complicações. Intervenções tipo coaching, que visam aliviar a ansiedade, dar garantias e informações, promover a esperança, ouvir e ajudar a planear de forma realista a recuperação, a integração ou a morte de uma forma culturalmente sensível. A eficácia destas intervenções depende de, se a pessoa está pronta para aceitar pensamentos novos ou mais positivos. Intervenções de “alimento de conforto para a alma”, são as medidas de conforto que visam a transcendência, fazendo com que os doentes se sintam fortalecidos de uma forma intangível e personalizada. Exemplos destas intervenções são a massagem, a adaptação do ambiente para aumentar o calor, a musicoterapia, o toque e o apoio das mãos (Lin et al., 2023; Kolcaba, 2003; Wilson & Kolcaba, 2004).

A avaliação de enfermagem, é essencial para o planeamento dos cuidados, essa avaliação envolve o contributo da pessoa, da família e de todos os membros da equipa interdisciplinar, com informação partilhada verbalmente e nos registos de saúde da PSP (Chovan, 2019). Para o uso clínico Katharine Kolcaba, sugere que se peça à pessoa que classifique o seu conforto de 0 a 10, sendo 10 o conforto máximo possível numa determinada situação de cuidados de saúde (Dowd, 2018), podendo-se mobilizar o questionário de conforto geral (GCQ), desenvolvido por Kolcaba (Kolcaba, 2001).

Em síntese, a teoria do conforto descreve a prática centrada na pessoa, explica como as medidas de conforto são importantes para a pessoa e família. A teoria prevê o benefício das intervenções de enfermagem, para aumentar o conforto, é dedicada a sustentar a enfermagem, trazendo a disciplina de volta às suas raízes. A documentação das estratégias de conforto e dos seus efeitos demonstra empiricamente a arte da enfermagem (Dowd, 2018).

2. Metodologia

Neste capítulo descrevo a metodologia utilizada para a realização das atividades, nomeadamente, a aprendizagem experiencial e a metodologia de projeto.

No âmbito do desenvolvimento e implementação do projeto formativo utilizei a metodologia de projeto, a qual se constitui como uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na

prática. Esta metodologia é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência (Ferrito et al., 2010). Dado ter reconhecido um problema, que advém da minha necessidade de formação na área da promoção do conforto à PSP e família, recorri a esta metodologia tendo em vista a ‘resolução desse problema’, assim como a aquisição de capacidades e competências (Ferrito et al., 2010). A consecução das cinco etapas da metodologia de projeto, a saber: “(1) Diagnóstico da situação; (2) Definição dos objetivos; (3) Planeamento; (4) Execução e avaliação; (5) Divulgação de resultados (Relatório).” (Ferrito et al., 2010, p. 2), decorreu ao longo dos dois contextos de estágio.

Por seu lado a aprendizagem experiencial colocou-me, enquanto estudante, no centro do processo educacional, encorajando-me e envolvendo-me ativamente nas atividades práticas, experiências, simulações e projetos que me ajudaram a construir conhecimento através da vivência e da reflexão das experiências vivenciadas. Isto porque, esta aprendizagem destaca a importância da experiência direta como meio de aprendizagem. Sendo, o ensino clínico de enfermagem, uma experiência de aprendizagem para o desenvolvimento e aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessárias ao desenvolvimento de intervenções autónomas e interdependentes que visa o exercício profissional (Madeira, 2014), dado que, no tempo em que este decorre, ocorrem eventos influenciadores de mudanças do desenvolvimento da aprendizagem e enquanto seres humanos (Marques et al., 2015).

Acresce que, a perspectiva holística e integrativa da aprendizagem experiencial aproxima-se das tendências contemporâneas que destacam o papel do pensamento reflexivo para melhoria da qualificação profissional (Pimentel, 2007). Deste modo, aprender pela experiência não significa que qualquer vivência redunde em aprendizagem, mas sim que a apropriação de saberes procedentes da experiência, demanda processos contínuos de ação e reflexão.

A Teoria da Aprendizagem Experiencial de Kolb, diz-nos que o processo pelo qual o conhecimento é criado, acontece por transformação da experiência. Segundo Kolb (1984), relativamente ao processo de aprendizagem, as experiências práticas ajudam na construção da habilidade, do conhecimento e de atitudes para a resolução de problemas, sendo deveras importante fomentar a aquisição de aprendizagem pela experiência, uma vez que o conhecimento é resultado da combinação da obtenção e transformação da

experiência. Desta forma a experimentação é vital para se estabelecer relações entre prática e teoria, visando promover o desenvolvimento profissional (Pimentel, 2007).

Benner (2001), refere ainda que a aprendizagem experiencial em ambientes de alto risco requer o desenvolvimento de um sentido de estrutura moral e de responsabilidade. Sendo que, a formação clínica avançada, visa alcançar um alto nível de conhecimento e habilidades para conseguir responder às necessidades complexas dos doentes e suas famílias (Gómez-Batiste & Connor, 2017).

Por conseguinte, esta metodologia foi fundamental para o meu desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Paliativa, nos dois contextos clínicos de estágio.

O primeiro estágio, decorreu numa Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e o segundo numa Unidade de Internamento em Cuidados Paliativos (UICP). Deste modo o projeto desenvolvido, explanado neste relatório, é o produto do percurso realizado nesses contextos. Irei descrever e analisar as atividades desenvolvidas como meio para atingir os objetivos para cada local de estágio, bem como descrever e analisar o resultado obtido e as competências desenvolvidas. Os contextos de estágio, serão identificados nomeadamente como, A e B.

O estágio A, decorreu numa EIHSCP, no período compreendido entre 15 de Maio de 2023 e 21 de Julho de 2023, perfazendo o total de 230 horas de contacto, distribuídas por 10 semanas. O estágio B, decorreu numa UICP, no período compreendido entre 25 de Setembro de 2023 e 11 de Fevereiro de 2024, perfazendo um total de 306 horas de contacto. Ambos com a finalidade de me capacitar para um agir profissional, ético, técnico e cientificamente sustentado enquanto mestre e especialista em EMCPSP.

2.1. Execução das atividades previstas

Este capítulo destina-se à descrição e análise das atividades desenvolvidas no decorrer dos estágios, que atestam a aquisição das competências de mestre e enfermeiro especialista em EMCPSP. As atividades serão descritas e analisadas, refletindo sobre a aprendizagem retirada das mesmas.

Benner refere que a experiência prática tem um papel fundamental no desenvolvimento do enfermeiro, além disso a prática reflexiva e a aprendizagem contínua são essenciais para o crescimento profissional (Benner, 2001).

Benner adaptou o Modelo de Dreyfus da Aquisição de Competências (Brykcczynski, 2022). Este Modelo adaptado à enfermagem, estabelece que na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, um estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001).

A palavra “experiência” não faz só referência à passagem do tempo. Trata-se de melhorar teorias e noções pré-concebidas através do encontro de numerosas situações reais que acrescentam nuances ou diferenças subtis à teoria (Benner & Wrubel, 1982; Gadamer, 1970, conforme citado por Benner, 2001).

Ao longo dos estágios mantive a preocupação de mobilizar e aplicar conhecimentos adquiridos na teoria e de pesquisas realizadas autonomamente, refleti sobre eles, discuti com os pares de modo a aplicá-los de forma correta, com o objetivo de desenvolver competências inerentes ao grau de mestre e de enfermeiro especialista.

No estágio A, segui como linha orientadora os objetivos de estágio e os resultados de aprendizagem delineados para aquele efeito, objetivos específicos, mensuráveis e alcançáveis, definidos no documento orientador de estágio, nomeadamente:

1. Demonstrar conhecimentos e capacidades para a condução do processo de aprendizagem, do desenvolvimento profissional e de uma prática de cuidados baseada no conhecimento e em princípios e valores profissionais da enfermagem.
 - 1.1. Age profissionalmente integrando o conhecimento, as evidências e tendo por referência os princípios e valores ético-deontológicos e legais;
 - 1.2. Age demonstrando capacidades para a condução do processo de aprendizagem e do desenvolvimento profissional;
 - 1.3. Desenvolve capacidades liderança, gestão, melhoria e segurança dos cuidados.
2. Participar no cuidar a pessoa em situação paliativa e seu cuidador/familiar, num contexto de prática clínica, melhorando o conforto, maximizando o bem-estar e qualidade de vida.
 - 2.1. Constrói uma relação e comunicação terapêutica com a pessoa em situação paliativa e sua família/cuidador, proporcionando crescente suporte no

processo de adaptação às sucessivas perdas, à morte e ao acompanhamento no luto;

- 2.2. Participa na gestão do cuidado de enfermagem da pessoa em situação paliativa e sua família/cuidador, contribuindo para melhorar o conforto, o bem-estar e a qualidade de vida.

Estes objetivos e resultados de aprendizagem, guiaram-me ao longo do estágio, de forma que, tanto eu, como a enfermeira e a professora orientadora, pudessem avaliar o meu percurso e progresso ao longo do estágio. Além destes objetivos e resultados de aprendizagem supracitados, desenhar um projeto de formação, para implementação no estágio B, foi outro objetivo definido. Este estágio tinha como finalidade capacitar-me para um agir profissional ética, teórica, técnica e cientificamente sustentado, enquanto mestre e especialista em EMCPSP e seu cuidador/familiar.

O meu percurso em ambos os estágios, foi desenvolvido tendo em vista o desenvolvimento das competências comuns de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e as competências específicas inerentes ao grau de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

No estágio B, com a finalidade de desenvolver competências especializadas na promoção do conforto à Pessoa em Situação Paliativa e Família, para além de me guiar pelas competências comuns de enfermeiro especialista, e das competências específicas de enfermeiro especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, foram definidos objetivos e planeadas atividades.

2.2. Estágio A

O estágio A decorreu numa EIHS CP. A Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, consagra na Base XIV como uma das tipologias de equipas de prestação de cuidados paliativos as equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos.

Esta EIHS CP é composta por uma equipa multidisciplinar específica de cuidados paliativos, dotada de recursos próprios, que se articula e complementa com outras

unidades e equipas do centro hospitalar. Exerce a sua atividade prestando apoio e assessoria técnica diferenciada em cuidados paliativos aos diversos serviços da instituição, à pessoa em situação paliativa e suas famílias. Tem como missão contribuir para a melhoria dos cuidados paliativos prestados aos doentes, aliviando o sofrimento, promovendo o conforto e melhorando a qualidade de vida. Além de prestar apoio à PSP e suas famílias, a EIHS CP, disponibiliza uma ação de consultadoria contínua aos profissionais da instituição, promove a sua formação em cuidados paliativos, tem um papel central na identificação e referenciação de doentes para outros serviços de cuidados paliativos, desempenha um papel crucial a assessorar e colaborar com os serviços, na orientação do controlo sintomático, apoio psicológico, social, emocional, espiritual à pessoa em situação paliativa e sua família, apoia e intervém a nível do luto. Esta equipa garante ainda, o acompanhamento da pessoa em situação paliativa e da sua família, em consulta presencial e atendimento telefónico.

A equipa tem um espaço físico próprio, disponibilizado pelo conselho de administração, numa das unidades hospitalares do centro hospitalar. Este espaço, onde a PSP e a família são acolhidos no período da consulta e/ou tratamento, tenta ao máximo proporcionar uma sensação de bem-estar e promover o conforto da PSP.

Durante as semanas de estágio, senti uma atmosfera de simpatia, empatia e cordialidade para com a PSP e família, essa atmosfera permite promover o conforto da pessoa, num momento em que o receio e a vulnerabilidade podem estar a assoberbar a pessoa e a sua família. Sendo a dimensão ambiental umas das dimensões da experiência humana de conforto, de acordo com Kolcaba (2003), proporcionar um ambiente que seja calmo, acolhedor, seguro e adequado às necessidades da pessoa pode contribuir significativamente para seu conforto.

Esta equipa é constituída por quatro médicos, sendo um deles o médico coordenador que não está na prestação direta de cuidados; três enfermeiros; assistente social; psicóloga e administrativa. O funcionamento desta equipa é assegurado no horário das 9:00 às 17:00 de segunda-feira a sexta-feira, havendo consultas de CP três dias por semana, um dia para cada médico. O atendimento telefónico, disponibilizado de segunda a sexta-feira, é gerido pela equipa de enfermagem e encaminhado para a equipa médica, sempre que necessário. A assessoria aos outros serviços é organizado e gerido com a equipa, de acordo com os pedidos de encaminhamento para a EIHS CP.

Os CP pressupõem a ação de uma equipa multiprofissional, uma vez que deve ser dada importância de forma geral à pessoa e por isso esta deve ser cuidada em todos os aspetos: físico, mental, espiritual e social (Ribeiro & Martinez, 2016). As mesmas autoras referem que a aliança entre a equipa de CP, a pessoa e sua família é um pilar fundamental nos CP.

Durante o estágio, acompanhei a equipa nas várias atividades, nomeadamente, nas consultas de CP, nas conferências familiares e na observação e acompanhamento à PSP internada. Inicialmente mantive uma abordagem mais observacional, até porque sentia que precisava daquele tempo para observar, analisar e refletir sobre as intervenções do enfermeiro especialista em EMCPSP no cuidado à PSP e família. Foi importante também para observar o modo como a equipa trabalhava e a interação que tinham com a PSP e família. No entanto, com o decorrer do estágio, comecei a ter uma participação mais ativa durante as consultas, nas visitas à PSP internada e com as famílias, participando nas atividades desenvolvidas pela equipa.

As consultas de CP são realizadas pelo médico e pelo enfermeiro, sendo que se forem primeiras consultas a assistente social está presente ou já fez a sua abordagem prévia com a pessoa e com a família. Nestas consultas, realiza-se uma avaliação inicial, de modo a perceber as necessidades da PSP e da família. De acordo com as necessidades descritas e observadas, são delineadas as intervenções necessárias. Nesta consulta a PSP e família vêm esclarecidas as suas dúvidas em relação aos cuidados paliativos, à progressão da doença, ao descontrolo sintomático e à gestão de terapêutica, é disponibilizado apoio psicológico, social e/ou apoio espiritual.

Após observar as primeiras consultas e de modo a preparar-me para as seguintes, elaborei um guião de consulta de CP (apêndice I), com o intuito de me guiar nas consultas que eu iria realizar. Este documento ajudou-me a estruturar e organizar a consulta, de forma que nenhum ponto importante fosse negligenciado, bem como a direcionar as questões de forma relevante e eficaz, garantindo que obtinha as informações necessárias para identificar as necessidades da pessoa e da família, e os possíveis sintomas descontrolados, com intuito de desenvolver um plano individual de cuidados. A fim de garantir a sua relevância e adequação, discuti a sua elaboração com a enfermeira orientadora e com a professora orientadora, beneficiando das suas orientações e perspetivas especializadas para aprimorar o guião. Senti que aumentei a minha confiança

e segurança, ao ter por base este guião, pois forneceu-me estrutura, orientação, conhecimento e preparação. A pesquisa, análise, discussão e reflexão que mobilizei para a elaboração do guião e aquando da sua aplicação contribuíram para uma aprendizagem estruturada e abrangente, que me ajudou a expandir o meu conhecimento e experiência em CP, sendo uma ferramenta importante para o meu desenvolvimento de competências como profissional, ajudando a estruturar as consultas e direcionar perguntas relevantes. Durante a consulta de CP, tive oportunidade de realizar o levantamento das necessidades da PSP e da família, implementar as intervenções para dar resposta às suas necessidades e posteriormente avaliar os resultados. Toda a documentação das consultas era realizada no sistema de informação SClinico®. Ainda durante as consultas desenvolvi e aprimorei a capacidade de educação para a saúde à pessoa e à família, com recursos a ensinos realizados, como exemplo a colocação de fármacos transdérmicos, desmistificação do uso de medicação opióide, ensino sobre a toma e administração segura de fármacos, efeitos secundários possíveis e a sua prevenção, ensinos sobre a alimentação, prevenção e tratamento de obstipação.

Tive a oportunidade de observar a realização da referenciação de doentes para as UCP da RNCCI. A referenciação da PSP para as UCP-RNCCI é feita pelas Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e pelas Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), nas situações em que a pessoa se encontra internado em Hospital do SNS, ou no domicílio. A referenciação é realizada no sistema de informação da RNCCI - GestCare CCI, sendo a vaga alocada à pessoa pela Equipa Coordenadora Regional (ECR). Encaminhar estas pessoas para a UCP-RNCCI pode ser importante pelas mais variadas razões, destacando o alívio de sintomas que possam estar descontrolados. Estas unidades são especializadas e a equipa multidisciplinar trabalha de forma a proporcionar o alívio de sintomas mais complexos que não se conseguem controlar no domicílio, melhorando significativamente a qualidade de vida. Estas unidades também se focam numa abordagem holística, considerando também aspetos psicossociais, emocionais e espirituais, permitindo que a PSP receba cuidados que abrangem as suas necessidades individuais em todos os níveis.

De acordo com o disposto no ponto 4 da base XX da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (LBCP), aprovada pela Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, a exaustão do cuidador informal principal também pode constituir critério para internamento da pessoa nas UCP-

RNCCI. Foi importante durante o estágio fazer parte da discussão das situações clínicas, perceber os motivos e a importância da referência da pessoa para a UCP–RNCCI, pois enquanto profissional, tomei ainda mais consciência da relevância e do trabalho envolto nos CP, ganhei uma compreensão mais profunda do amplo alcance que estes cuidados proporcionam à pessoa e à sua família, no apoio físico, emocional, social e espiritual, oferecendo cuidados de qualidade para quem está a enfrentar a terminalidade da vida.

Juntamente com a enfermeira orientadora, apliquei instrumentos de avaliação, nomeadamente Palliative Performance Scale (PPS), instrumento de avaliação de sintomas de Edmonton (ESAS) e o instrumento de diagnóstico de complexidade em CP (IDC-Pal), cujo resultados eram apresentados nos registos de enfermagem. O uso de instrumentos de avaliação em CP é essencial para uma avaliação completa e precisa dos sintomas da PSP. Segundo Gardona & Barbosa (2018) os instrumentos de avaliação na prática clínica são instrumentos capazes de identificar objetivamente as alterações físicas, psíquicas e espirituais, examinar os fenómenos subjetivos e acompanhar regularmente a progressão, a regressão ou a estagnação de um estado de saúde-doença.

Em cada dia de estágio, elaborei notas de campo, decorrentes da observação realizada e de cada intervenção. Estas notas têm um papel fundamental, e são uma ajuda preciosa, pois promovem a reflexão, identificam situações pertinentes e documentam experiências significativas. À posteriori quando foram analisadas, permitiram-me refletir sobre as atividades realizadas, sobre o desenvolvimento de competências, sobre o autoconhecimento, de modo a promover um crescimento significativo no meu percurso académico e profissional.

Realizei uma análise reflexiva, seguindo as orientações do ciclo reflexivo de Gibbs, que permitiu a reflexão sobre uma situação experienciada. As pessoas aprendem melhor quando participam ativamente de um processo reflexivo baseado numa experiência em particular (AFS, 2014). Incorporar o processo reflexivo na minha prática diária foi uma estratégia eficaz para alcançar os objetivos. A realização desta análise reflexiva, permitiu-me melhorar a análise crítica e reflexiva sobre as necessidades da PSP e as intervenções de enfermagem que são necessárias implementar de acordo com as necessidades da PSP e família. Identifiquei as necessidades da pessoa, contribuindo juntamente com a equipa para a construção de um plano individualizado de cuidados. No entanto, enquanto refletia sobre a situação vivida, enquanto escrevia e após a leitura detalhada da minha

reflexão, pude constatar que ao lidar com situações complexas em CP, surgem dificuldades, e reconhecer e identificar essas mesmas dificuldades ajudou-me no meu crescimento e desenvolvimento profissional. É comum que, enfrentar situações desafiadoras em CP, despertem emoções tais como, tristeza, frustração, impotência ou até mesmo desconforto pessoal, identificar e reconhecer estas emoções é o primeiro passo para ultrapassar as dificuldades encontradas. E foi o que me aconteceu, ao experienciar aquela situação deparei-me com uma panóplia de emoções, que me assombravam o pensamento enquanto ali estava perante aquela pessoa. Tentei ao máximo, ser assertiva, ter uma comunicação eficaz, ser compassiva e identificar as necessidades para delinear um plano individual para ela. Mais tarde, refleti sobre aquela experiência, sobre os obstáculos que encontrei, sobre as emoções que senti, de modo a encontrar estratégias para lidar e ultrapassar essa dificuldade, de forma que, numa experiência futura e idêntica, possa intervir de um modo mais confiante, eficaz e compassivo. Os CP são um contexto de cuidados emocional e espiritualmente muito exigente (Buonaccorso et al., 2022). Os autores Beserra & Brito (2024), identificam os sentimentos mais frequentes nos enfermeiros que cuidam da PSP, nomeadamente, a tristeza, impotência, angústia, compaixão, medo, desespero, desgaste emocional, vergonha, raiva, culpa, solidão, gratidão, decepção e alívio, os quais se sobrepõem aos por mim experienciados. Este exercício reflexivo permitiu-me confrontar-me com as minhas dificuldades, percecionando cada experiência desafiadora como uma oportunidade de aprendizagem e crescimento, expressar as minhas dificuldades numa reflexão crítica foi uma parte importante do processo de aprendizagem e do meu desenvolvimento profissional na área dos CP.

Como já supracitado, tive a oportunidade de acompanhar a equipa em conferências familiares, estas conferências proporcionam um espaço de comunicação aberta entre a tríade PSP, a família e equipa. Nestas conferências familiares a equipa comunica e partilha com a família o estado de saúde da pessoa, prognóstico, opções de tratamento, e o encaminhamento possível, com recurso a uma comunicação clara e transparente, permitindo que a família esteja totalmente informada da situação. São também um momento em que se proporciona suporte emocional aos familiares que enfrentam múltiplas perdas em simultâneo. São tomadas decisões importantes nestas conferências, a PSP, a família e a equipa trabalham em conjunto para tomarem decisões

importantes acerca do cuidado a prestar. Segundo Girão (2022), a conferência familiar é um instrumento de apoio e intervenção familiar utilizado pela equipa de CP que promove a comunicação entre a PSP, a família e a equipa. É uma intervenção terapêutica planeada e estruturada com o objetivo de auxiliar no alívio do sofrimento da pessoa e família.

As conferências familiares são geralmente recomendadas como um meio útil para os profissionais de saúde transmitirem informações, discutir os objetivos dos cuidados e planear estratégias de cuidados com a pessoa e a sua família (Hudson et al., 2008).

Por seu lado, a observação e acompanhamento de PSP internadas nos vários serviços das várias especialidades, permitiu-me ter uma compreensão mais profunda das necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais da pessoa. A pessoa é um ser biológico social e também espiritual, psicológico, devendo dar-se atenção a todas estas dimensões, pressupondo que quando uma está alterada, todas as outras são afetadas (Ribeiro & Martinez, 2016).

Ao acompanhar a PSP pude desenvolver a empatia, a sensibilidade em relação às suas necessidades, preocupações e desejos, o que me permitiu oferecer um suporte mais compassivo, centrado na pessoa. Aprimorei a minha observação dos sinais e sintomas mais frequentes da PSP e principalmente nos UDHV, o que me permitiu a apropriação de estratégias para realizar uma avaliação abrangente e individualizada para garantir o alívio adequado dos sintomas. A participação nestas intervenções contribuiu para sinalizar, observar, analisar e refletir sobre os doentes em UDHV. Dependendo da doença subjacente, os doentes terminais podem apresentar uma sobrecarga de sintomas complexos que potenciam o declínio do seu estado clínico (Ijaopo et al., 2023).

Os cuidados em FDV devem ter como objetivos primordiais a promoção do conforto e preservação da dignidade da pessoa. Incluem a prevenção e o tratamento do sofrimento físico, psicossocial e espiritual e o apoio à família (Marote et al., 2019).

A avaliação das necessidades da PSP nos UDHV, visam ajudar e a planear antecipadamente as intervenções clínicas e a prepará-los para um fim de vida pacífico, em que a pessoa aceita a vida e a morte e a família aceita a partida do seu familiar (Lee et al., 2021).

Ao observar a equipa nas suas interações com a PSP e com a sua família, compreendi a importância de uma comunicação eficaz e compassiva na prestação de cuidados a pessoas em situação paliativa, essa observação fomentou em mim, a vontade

de melhorar as minhas habilidades comunicacionais, sendo este um ponto crucial dentro das equipas de CP (Ribeiro & Martinez, 2016). De acordo com Araújo & Silva (2011), o conhecimento de técnicas ou estratégias de comunicação interpessoal que sejam facilitadoras da interação e que possam transparecer atenção, compaixão e conforto são deveras importante em CP, sendo esta um dos pilares dos CP.

Twycross (2003), refere que reduzir a incerteza, melhorar os relacionamentos e indicar à pessoa e à sua família uma direção, são objetivos de uma boa comunicação. Neste estágio, coloquei em prática a escuta ativa, com recurso à comunicação não verbal, através da expressão facial, contacto 'olhos nos olhos', o tom de voz adequado, o toque. Optei por colocar questões abertas de "como" e "o quê", de modo que permitisse que a pessoa exprimisse os seus sentimentos e as suas preocupações. A importância desta abordagem encontra-se bem fundamentada na evidência científica, nomeadamente num estudo realizado por Araújo & Silva (2012), e por Andrade et al. (2013), onde referem que a comunicação verbal e não verbal, é uma ferramenta extremamente relevante no processo de cuidar, principalmente quando se trata de PSP nos UDHV, é um elemento essencial na relação humana, onde é possível detetar as necessidades da pessoa, facilitar o alívio dos sintomas, estimular e melhorar a autoestima e dignidade, conhecer valores e favorecer o bem-estar e fortalecer a relação entre a pessoa e o profissional. O toque afetivo, o olhar, o sorriso e a proximidade física são estratégias não verbais utilizadas para o estabelecimento de vínculo empático (Araújo & Silva 2012). A comunicação verbal, caracteriza-se pela expressão em palavras de pensamentos e sentimentos, enquanto a não verbal, usa a linguagem corporal, nomeadamente, gestos, olhares, expressões faciais e até o próprio silêncio, que transmite mensagens em determinado contexto (Campos et al., 2019).

Cada PSP tem necessidades únicas e variadas, e esse acompanhamento ajudou-me a reconhecer e a respeitar essa diversidade, sejam elas culturais, espirituais, familiares ou sociais. Este acompanhamento é essencial para garantir que a PSP, receba cuidados individualizados, compassivos e de alta qualidade, que promovam o conforto, a dignidade e o bem-estar durante os últimos dias e horas de vida. A observação e o acompanhamento por parte da equipa são uma peça chave durante o processo de cuidar, na preparação do luto antecipatório e no luto.

A equipa valoriza, igualmente, a formação em CP, considerando a formação contínua um contributo para a melhoria dos cuidados na instituição, promovendo várias formações ao longo do ano. Durante o estágio pude participar no processo formativo que a equipa realizou, assistindo à sua organização e posteriormente pude assistir a uma palestra ministrada por um dos médicos e por uma colega da EIHSCP no curso básico de CP que a equipa realizou numa das unidades do centro hospitalar.

Ao longo deste estágio pude concluir o projeto formativo. Este projeto foi realizado de acordo com a metodologia já supracitada, para aplicá-lo no estágio B.

O estágio na EIHSCP, proporcionou-me uma experiência valiosa que enriqueceu a minha prática clínica, permitindo-me oferecer um cuidado holístico e compassivo com a PSP e família.

Relativamente ao desenvolvimento das atividades realizadas, de forma a alcançar os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, posso afirmar que no que concerne ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (Regulamento n.º 140/2019), numa fase inicial de estágio, procurei analisar os protocolos e normas institucionais em vigor, de forma a reger-me de acordo com as mesmas. Participei em discussões de situações clínicas juntamente com a equipa multidisciplinar, compreendendo melhor as questões éticas e legais envolvidas no cuidado à pessoa e família, nomeadamente no que concerne à autonomia da pessoa, tomadas de decisão, consentimento informado, dilemas éticos, ajudando-me a desenvolver o pensamento crítico. Realizei atividades de reflexão pessoal sobre os meus próprios valores e princípios éticos, estudei e procurei informação pertinente que me ajudasse a desenvolver uma base sólida para a minha prática profissional. Todo o contacto com a pessoa e com a família, foi realizado com respeito, garantindo sempre a segurança, privacidade e dignidade, assegurando a confidencialidade, respeitando os valores, costumes e crenças espirituais. Observei os profissionais peritos a lidarem com situações éticas e legais desafiadoras, desejando que a minha aquisição de competências fosse célere. Na realização das atividades tive também por base o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros e o código deontológico do enfermeiro (REPE, 2015; OE, 2015).

Quanto ao desenvolvimento de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade (Regulamento n.º 140/2019) foi fundamental realizar a consulta de normas, protocolos, instrumentos de avaliação usados e projetos desenvolvidos na equipa. Assim

como, a participação nas reuniões de equipa, onde eram identificadas possíveis áreas de melhoria e projetados planos de ação para otimizar a qualidade dos cuidados. Durante o estágio apliquei instrumentos de avaliação, mobilizando ferramentas objetivas e padronizadas na prática clínica, constatando que, o uso de instrumentos validados, além de possibilitar uma avaliação consistente e confiável da pessoa, é fundamental para garantir a qualidade dos cuidados prestados (Palma & Diaz, 2024).

Relativamente às competências do domínio da gestão de cuidados (Regulamento n.º 140/2019), colaborei com a enfermeira orientadora, que neste caso era a enfermeira responsável pela EIHSCP, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados. Cabe ao enfermeiro responsável, coordenar e gerir recursos humanos, recursos materiais, gerir o desenvolvimento e organização das atividades planeadas para aquele dia, assegurando a qualidade dos cuidados. As competências neste domínio são fundamentais para garantir uma prestação de cuidados eficaz, segura, eficiente e de qualidade. O facto de ser orientada pela enfermeira responsável da equipa foi deveras motivador na aquisição das competências neste domínio. Nomeadamente, na organização e coordenação dos cuidados à pessoa e família, na tomada de decisão em contextos complexos e na gestão de recursos humanos e materiais. Além disso, pude aprimorar a capacidade de comunicação com a equipa.

Por último, no que concerne às competências adquiridas no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019), pesquisei, baseei-me em evidência científica recente, desenvolvi o autoconhecimento através de reflexão, de autocrítica e da gestão de emoções. Refleti sobre a minha prática, identifiquei os pontos fortes e as áreas a melhorar e a desenvolver. A autocrítica e a reflexão foram essenciais para o desenvolvimento e aprimoramento pessoal e profissional na área dos CP. A capacidade de analisar, avaliar de maneira objetiva e reflexiva é crucial para a formação, o pensamento crítico tem sido reconhecido como uma habilidade essencial para a formação integral dos indivíduos (Araújo et al., 2024). Foi possível maximizar o meu potencial de crescimento e alcançar os meus objetivos.

Relativamente às competências específicas do EMCPSP (Regulamento n.º 429/2018), no estágio A, e no desenvolvimento das atividades supramencionadas, cuidei da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/famíliares, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar,

conforto e qualidade de vida, identificando as necessidades da pessoa e da família, planeei e implementei e avaliei o plano de cuidados, olhando para a pessoa como um ser holístico, maximizando a qualidade de vida e preservando a sua dignidade. Durante as consultas e as visitas aos internamentos, na avaliação realizada, e na comunicação que estabeleci com a pessoa, avaliei os sintomas, e as suas necessidades. Utilizei perguntas simples e abertas, nomeadamente, “Como se sente hoje?” ou “Neste momento o que poderia fazer por si para o deixar confortável?” ou “Há alguma coisa que o incomode neste momento?”. Esta abordagem, permitiu-me identificar as necessidades imediatas da pessoa, permitindo adaptar as intervenções para promover o conforto, alinhando-as com as prioridades da pessoa. As perguntas abertas, permitiram à pessoa expressar livremente as suas prioridades, sentimentos e necessidades, dando oportunidade de partilhar o que considera mais importante ou urgente, sem restringir ou influenciar a resposta com perguntas fechadas. Esta tipologia de questões, fornece espaço para a pessoa ou familiar mencionar assuntos que gostaria de discutir, sem restringir a sua resposta (Ekberg et al., 2021). Consegui assim estabelecer relações terapêuticas, com a PSP e família, explorei os valores, as crenças e as expectativas, tentando estabelecer uma relação de confiança. As relações entre o enfermeiro e a pessoa, são um componente integral dos CP centrados na pessoa (Bishaw et al., 2024). Foi possível promover conversas abertas sobre o processo de fim de vida, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas, à morte e no acompanhamento no luto. Estes encontros entre a pessoa, o enfermeiro e a família, são uma oportunidade para abordar o medo dos CP, frequentemente associados com o fim da vida, e para permitir uma melhor compreensão do que estes cuidados implicam (Goni-Fuste et al., 2023). Respeitei a singularidade e a autonomia da pessoa e da família, negociando objetivos de cuidados mutuamente acordados. Sempre que necessário a família era encaminhada para outros recursos de apoio. Dessa forma, as intervenções realizadas não só atenderam às necessidades físicas, psicoespirituais, sociais, mas também fortaleceram o suporte durante o processo de luto.

Em relação aos objetivos do estágio A, considero que face ao exposto, demonstrei conhecimentos e capacidades para a condução do processo de aprendizagem, do desenvolvimento profissional e de uma prática de cuidados baseada no conhecimento e em princípios e valores profissionais da enfermagem e participei no cuidar da pessoa em situação paliativa e seu cuidador/familiar, num contexto de prática clínica, melhorando o

conforto, maximizando o bem-estar e qualidade de vida. Sendo assim, posso afirmar que ao longo do estágio A, fui realizando atividades que me permitiram alcançar os objetivos previstos e as competências comuns e específicas. Os objetivos foram alcançados através da minha dedicação, compromisso e procura contínua para uma prática de excelência.

2.3. Estágio B

O estágio B decorreu numa UICP, uma unidade que presta cuidados à PSP internada e sua família, através de uma abordagem multidisciplinar e interdisciplinar. O doente e a família estão envolvidos no processo e tomada de decisão e integrados no plano de cuidados. A UICP, funciona numa perspetiva de alta precoce, com transferência para outra tipologia de cuidados ou até mesmo para o domicílio, assim que o estado da PSP o permita e estejam reunidas as condições para tal. É constituída por profissionais com formação específica em CP, médicos, enfermeiros, psicólogo, assistente social, assistentes operacionais e assistente técnica. A título de consultadoria, estão disponíveis também profissionais como nutricionista, capelão/assistente espiritual, terapeuta ocupacional, farmacêutico e fisioterapeuta. O internamento de CP dispõe de uma lotação de 12 camas, distribuídas por quartos individuais e duplos. Todos os quartos dispõem de casa de banho privativa. A unidade dispõe ainda de banho assistido, salas de trabalho multiprofissionais, sala de refeições, sala de conferência familiar e sala de bem-estar. A sala de bem-estar é um espaço projetado para oferecer conforto, tranquilidade e apoio emocional à pessoa e à sua família. Tem um ambiente calmo e acolhedor, com cores e iluminação suaves, criando um ambiente propício para relaxamento e reflexão, mas também é um espaço usado para interação social e familiar, projetado para reuniões familiares em épocas especiais e momentos significativos para a pessoa. Esta sala, desempenha um papel significativo no apoio ao conforto físico, emocional e espiritual da PSP e da sua família. A UICP assegura designadamente cuidados médicos e de enfermagem permanentes, intervenção psicológica para a PSP, familiares e profissionais, intervenção e apoio social, intervenção no luto, intervenção espiritual e também colabora na formação de profissionais, e assessoria na área dos CP a profissionais de saúde, designadamente de CSP, hospitalares e cuidados continuados.

O processo de integração na equipa multidisciplinar, foi gradual e natural, proporcionando-me conforto imediato e reconhecendo-me prontamente como parte integrante dela. Isso teve um impacto significativo na minha aprendizagem e no desenvolvimento e aquisição de competências.

A UICP onde realizei o estágio B, é uma unidade projetada para proporcionar o conforto físico, emocional, psicoespiritual, social, ambiental à pessoa e à sua família. É uma equipa que trabalha em conjunto para prestar cuidados individuais que visam proporcionar o conforto, promovendo a qualidade de vida, dignidade e bem-estar da PSP e família.

O conforto da pessoa em situação paliativa não se limita apenas a aspetos físicos, mas também está profundamente ligado ao ambiente, à atmosfera emocional, espiritual e social ao seu redor. Esta unidade proporciona um ambiente calmo e tranquilo, proporcionando uma sensação de paz e tranquilidade. Proporciona um ambiente com privacidade, um ambiente intimista. A PSP, tem o seu próprio espaço, dedicado a si, permitindo os seus pertences pessoais e significativos, a disposição do mobiliário é feita de forma a garantir que a pessoa se sinta confortável. A personalização do ambiente, não só contribui para o conforto da PSP nos UDHV, como também apoia a satisfação e o bem-estar da família, reforça a perceção de dignidade e demonstra respeito pelas preferências individuais (Zadeh et al., 2018).

Existe a possibilidade de a família estar presente, por vezes fora do horário de visita, sendo a presença de familiares e pessoas significativas uma das intervenções de enfermagem promotoras de conforto na dimensão sociocultural e psicoespiritual (Ramos et. al., 2023). Encontramos nesta unidade espaços privados para conversas delicadas, onde se incorpora elementos naturais, como plantas, flores, vistas para áreas ao ar livre, que ajudam a criar um ambiente mais reconfortante. Também os sons suaves, os aromas agradáveis, são usadas para estimular os sentidos e promover o bem-estar. Virada para o jardim, com janelas grandes, esta unidade proporciona que a PSP privilegie do som da natureza, e da iluminação natural, o que se reflete positivamente no bem-estar emocional e espiritual. Os aromas emanados através de essências, sentem-se quando entramos na unidade, despertam uma sensação de bem-estar e tranquilidade. A aromaterapia é utilizada em CP para pessoas em fase terminal, visa reduzir sintomas e melhorar a QdV (Jodie et al., 2024; Kreye et al., 2022). A conexão com a natureza é feita através das grandes

janelas viradas para o jardim, e com o acesso a esse espaço, sempre que a condição da pessoa o permita e esta o deseje. Relativamente à dimensão ambiental, os cuidados de enfermagem promotores do conforto na PSP, podem ser traduzidos através de várias intervenções (Ramos et al., 2023), estas desempenham um papel fundamental na promoção do conforto da PSP nos UDHV e da sua família. Uma conceção ambiental cuidada pode transformar o espaço num ambiente acolhedor e tranquilizador, contribuindo significativamente para o conforto físico, espiritual e emocional. No exterior, a criação de elementos naturais agradáveis, pode oferecer distrações positivas que melhoram o estado mental e reduzem o sofrimento. Facilitar o acesso a essas áreas, através de pátios com portas abertas para a natureza e caminhos acessíveis para cadeiras de rodas ou camas, reforça a sensação de conexão com o ambiente natural. No interior, a integração de plantas, janelas amplas com vista para a natureza e a incorporação de cores, obras de arte, música e aromas nos espaços contribuem para reduzir a perceção da dor, diminuir a ansiedade e promover uma sensação de paz e tranquilidade. Estas intervenções não apenas alimentam os sentidos, mas também criam um ambiente mais humanizado e acolhedor. Além disso, a ocultação de equipamentos médicos, a possibilidade de personalização do espaço pela pessoa e a disponibilização de comodidades para os familiares favorecem a presença e o envolvimento da família. Estas medidas fortalecem os laços afetivos, aumentam a perceção de dignidade e melhoram a satisfação geral. Outros aspetos, como o controlo ajustável da temperatura, contribuem para reduzir o comportamento agitado e aumentar o conforto e a qualidade de vida. A iluminação adequada, com equilíbrio entre luz natural e artificial durante o dia, e iluminação noturna que respeite os ritmos circadianos, melhora a visão, o humor, o sono e a estabilidade postural, reduzindo o risco de quedas (Zadeh et al., 2018).

O ambiente da unidade desempenha um papel essencial na promoção do conforto espiritual da PSP nos UDHV. A integração de elementos naturais e tranquilos, como jardins acessíveis e vistas inspiradoras, favorece uma sensação de transcendência e paz interior. Por outro lado, a conceção de espaços serenos e personalizáveis permite ao doente refletir sobre a sua vida, valores e crenças, criando condições para que encontre sentido e aceitação no seu processo de fim de vida. Assim, o ambiente físico não só contribui para o conforto físico, mas também para a expressão e fortalecimento da espiritualidade. A existência de uma capela e sala de bem-estar, que pode ser usada como

um espaço reservado para práticas religiosas e espirituais ou meditação, pode oferecer um refúgio para a PSP e a família, reforçando a sensação de suporte espiritual. Incentivar a pessoa a participar em atividades lúdicas, promover o apoio religioso, respeitar os desejos da pessoa são algumas das intervenções de enfermagem identificadas como promotoras de conforto (Ramos et al., 2023). Ao considerar estes aspetos, é possível criar na unidade um ambiente que promove o conforto e bem-estar da PSP, ajudando a viver esta fase da vida, com dignidade, paz e qualidade de vida. A promoção do conforto para a PSP além do cuidado direto e do apoio à família, a individualização dos cuidados e da resposta às necessidades específicas, pode resultar alívio, tranquilidade e transcendência (Ramos et al., 2023).

O conceito de conforto, tanto na aplicação de medidas de conforto como na avaliação do estado de conforto do doente, está na essência da prática de enfermagem (Morse, 1992, conforme citado por Novak et al., 2001).

A PSP na fase terminal da doença tem frequentemente necessidades de conforto que vão para além do controlo da dor. Essas necessidades de conforto incluem apoio social, ambiente calmo, paz espiritual e resolução de conflitos (Novak et al., 2001). Esta unidade, desempenha um papel crucial e fundamental no acompanhamento da PSP e da sua família, oferecendo um ambiente promotor de conforto, apoio e dignidade.

Segundo Vendlinski & Kolcaba (1997), uma conceptualização holística do conforto é especialmente relevante para os cuidados em fim de vida, porque, teoricamente, um aumento do conforto fortalece a pessoa e a família num sentido espiritual, de modo a permitir uma morte tranquila.

O conceito de uma boa morte é crucial nos CP, tendo este sido o primeiro campo da medicina a considerar este conceito, uma vez que se centram na prevenção e no alívio do sofrimento através da identificação, avaliação e tratamento precoces dos problemas físicos, psicossociais, espirituais e existenciais na pessoa (Bovero et al., 2020). Durante o estágio, tive a oportunidade de acompanhar a morte da PSP nos UDHV, de forma alinhada com os princípios da boa morte, assegurando o conforto, a dignidade e o respeito pelas necessidades físicas, psicossociais, ambientais e espirituais. Esta experiência despertou em mim uma profunda reflexão sobre o impacto das intervenções de enfermagem holísticas no alívio do sofrimento, que promovem o conforto e dignidade nos últimos momentos de vida.

2.3.1. Desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica, no domínio da promoção do conforto da pessoa em situação paliativa nos últimos dias e horas de vida e família.

Delineei este objetivo geral, claro e tangível, para o estágio B, tendo por base a importância do conforto na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação paliativa e família. Este objetivo proporciona um ponto focal para as atividades relacionadas com o projeto. Delineá-lo, ajudou-me a direcionar as atividades no rumo certo, serviu como um ponto de referência. Durante o estágio, revi teoria, conceitos e princípios chave dos cuidados paliativos lecionados anteriormente, apliquei na prática os seus pilares: controlo de sintomas, comunicação, apoio à família e trabalho em equipa. Prestei cuidados prestando atenção à PSP e família, reconhecendo que a pessoa é um ser holístico, com necessidades físicas, psicológicas, espirituais e sociais.

O conhecimento da dinâmica e da organização do local de estágio, foi bastante facilitador para a minha integração enquanto estudante na equipa multidisciplinar e consequentemente na realização dos objetivos definidos.

2.3.1.1. Divulgar o projeto formativo à equipa de enfermagem da UCP

No que concerne ao primeiro objetivo específico, divulgar o projeto formativo à equipa de enfermagem e ao Enfermeiro Chefe, foi realizada uma reunião com a enfermeira responsável e orientadora, tendo sido discutidos os pontos, pela seguinte ordem: apresentação do tema projeto e apresentação do plano de atividades proposto. Após a apresentação do tema e das atividades delineadas para desenvolvimento, chegou-se à conclusão que seria possível desenvolver as mesmas neste contexto de estágio.

Apresentei o projeto aos restantes elementos da equipa, usando os canais de comunicação adequados a cada situação, presencialmente, em momentos que antecederiam as passagens de turno e via e-mail. Foi deveras motivador o facto de receber o apoio da equipa, acerca da possibilidade de desenvolver as atividades naquele contexto, a equipa manifestou interesse, demonstrando que poderia ser crucial para o desenvolvimento contínuo da equipa e para garantir a sua atualização através das

melhores práticas e competências, guiadas pela evidência científica mais recente, uma vez que, as mudanças geradas por meio da utilização da prática de enfermagem baseada em evidência são relevantes para um maior desenvolvimento profissional (Pedrosa et al., 2015). Por último realizei uma ata da reunião de apresentação, onde ficou documentado os envolvidos na reunião e o assunto da mesma. Esta ata forneceu um registro claro dos acontecimentos e conclusões, permitindo posteriormente a sua consulta, facilitando o acompanhamento e progresso das atividades delineadas. Logo nos primeiros dias de estágio, procurei integrar-me plenamente no serviço e na equipa, dediquei-me à compreensão da dinâmica, das normas e protocolos institucionais em vigor. Conhecer as normas e protocolos, foi fundamental, pois forneceram-me diretrizes claras sobre como realizar atividades e procedimentos de forma correta e eficiente, garantindo a segurança. O cumprimento das normas e dos protocolos institucionais em vigor, contribui para a prestação de cuidados de alta qualidade, assegurando que os procedimentos, são realizados de maneira consistente e conforme as melhores práticas. Conhecer as normas e protocolos é também uma demonstração de compromisso ético, pois implica respeitar os padrões estabelecidos daquela instituição e serviço. O conhecimento e aplicação das normas e dos protocolos, ajudaram-me a garantir a conformidade ética e legal, mas também me facilitaram na integração da equipa, permitindo uma transição natural, e uma colaboração eficaz desde início. Estas atividades contribuíram para o desenvolvimento de competências, nomeadamente das CCEE, do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (Regulamento n.º 140/2019), bem como das competências de mestre (Decreto-lei nº 107, 2008), nomeadamente através da divulgação do projeto à equipa, tendo sido capaz de comunicar as minhas conclusões, conhecimentos e raciocínios, quer a especialistas, quer a não especialistas de forma clara e sem ambiguidades. Os cuidados baseados em protocolos são vistos como um mecanismo para facilitar a prática profissional da enfermagem e padronizar cuidados prestados (Sales et al., 2018). O uso de protocolos aprimora os cuidados, favorece o uso de práticas cientificamente sustentadas em evidência, são instrumentos legais, construídos dentro dos princípios da prática baseada em evidências e oferecem as melhores opções disponíveis de cuidado (Pimenta et al., 2017).

2.3.1.2. Identificar os sinais e sintomas mais frequentes na PSP nos UDHV, para adequar os cuidados de modo a privilegiar o conforto da PSP

Em relação ao segundo objetivo específico, durante o estágio B, foi-me permitido observar, planejar, executar, gerir e avaliar situações de cuidados no âmbito da promoção do conforto da PSP em UDHV e família.

Ao longo do estágio, fui integrando a equipa de enfermagem, procurei observar a dinâmica e o método de trabalho da equipa, observei a interação dos enfermeiros com a PSP e família, assisti e participei nas passagens de turno, colocando questões sempre que me suscitavam dúvidas. De modo a aprofundar conhecimentos, realizei pesquisa de evidência científica, no âmbito da identificação dos sinais e sintomas da fase dos UDHV.

Nos últimos dias e horas de vida da pessoa em situação paliativa, é comum observar-se uma série de sinais e sintomas que indicam a proximidade da morte iminente. Esses sinais podem variar de acordo com a condição de saúde subjacente e a resposta individual da pessoa (Ijaopo et al., 2023). É fundamental que os profissionais de saúde estejam preparados para reconhecer e gerir esses sintomas de forma compassiva e eficaz, proporcionando conforto e apoio durante esse período delicado (Blomberg et al., 2016; Devik et al., 2020; INCA, 2023), sendo a gestão dos sintomas um aspeto essencial dos cuidados paliativos e de fim de vida (Baillie et al., 2018)

Segundo Pais et al. (2019), os UDHV, corresponde ao período que antecede a morte, caracterizado por um enfraquecimento progressivo das funções vitais. Corresponde à fase terminal da doença, enquadrado num agravamento súbito ou progressivo sem causa reversível identificável. Contudo, nem sempre é fácil determinar se um doente se encontra nos últimos dias de vida (Pais et al., 2019).

A capacidade dos profissionais de saúde para reconhecer os sinais e sintomas clínicos de morte iminente em pessoas com doenças terminais pode levar a uma antecipação das necessidades de cuidados e a um melhor planeamento para prestar cuidados adaptados às necessidades da pessoa e, em última análise, resultar em melhores cuidados, melhor assistência no fim de vida, e a uma melhor experiência de adaptação ao luto para as famílias (Ijaopo et al., 2023c). Assim sendo, nos UDHV da PSP, a identificação de sinais e sintomas torna-se essencial para ajustar os cuidados com o intuito de promover o conforto, aqui incluem-se as questões espirituais, psicológicas ou

sociais pois se estas não forem abordadas e se ficarem sem resposta podem impedir o controlo conveniente dos sintomas físicos (Gonçalves, 2016).

O resultado obtido através da pesquisa de evidência científica permitiu-me prestar cuidados de qualidade, informados, fundamentando as minhas práticas. Aumentou a minha confiança como profissional, capacitando-me para oferecer cuidados holísticos, que respeitam as necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais. A prática baseada na evidência, proporciona aos enfermeiros atuar de forma qualificada e leva ao desenvolvimento profissional, valorizando a categoria de enfermagem (Sales et al., 2018).

Realizei fichas de leitura acerca dos sinais e sintomas mais comuns que caracterizam esta fase, que partilhei com a professora orientadora e com a equipa. Esta atividade contribuiu para o desenvolvimento da competência de análise crítica, aprendendo a avaliar a qualidade, a relevância e a aplicabilidade das evidências apresentadas em cada artigo, mantendo-me assim informada e atualizada, melhorando a qualidade dos cuidados prestados à PSP e família, adotando abordagens baseadas em evidência, que suportaram uma tomada de decisão informada de acordo com as melhores práticas e recomendações atuais. Ao realizar estas pesquisas e estas fichas de leitura, posso afirmar que senti um enriquecimento e valorização profissional.

Elaborei uma síntese dos sinais e sintomas mais comuns na fase dos UDHV (apêndice II), com base na observação direta da PSP durante a prestação de cuidados, registando essas observações em notas de campo. A PSP nos UDHV, pode apresentar uma série de sinais e sintomas que indicam a aproximação do fim de vida. É importante reconhecer e compreender esses sinais, de forma a proporcionar o maior conforto e suporte possível à pessoa e à família, adequando e individualizando os cuidados prestados. Recorrendo à minha observação em estágio e às notas de campo que realizei, posso referir que os sinais e sintomas mais comuns apresentados pela PSP nos UDHV, foram: dor, estertor, sonolência, alteração do estado de consciência, inquietude, náuseas, anorexia, caquexia, má perfusão periférica, úlceras de Kennedy, diminuição da ingesta oral, fadiga, insónia e confusão. Estando em concordância com os resultados da pesquisa que realizei onde vários autores nos seus estudos, referem que os sinais e sintomas mais comuns, apresentados pela PSP nos UDHV, são: dor, estertor, delirium, diminuição do nível de consciência, fadiga, sonolência, anorexia, insónia, dispneia, náuseas, agitação,

cianose periférica (Braga et al., 2017; Hiratsuka et al., 2022; Ijaopo et al., 2023b; Jiao & Chow, 2023; Mori et al., 2022; Pais, 2019).

Através destas atividades, desenvolvi competências que me capacitam para uma prática de cuidados mais sólida e uma tomada de decisão mais bem fundamentada, nomeadamente CCEE, no domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019), desenvolvi o autoconhecimento e a assertividade enquanto profissional, mas também a nível pessoal, com recurso à autorreflexão e autocrítica, reconheci as minhas próprias limitações, soube pedir ajuda quando senti essa necessidade, demonstrando responsabilidade e compreensão das minhas capacidades e competências baseando sempre a minha práxis em evidência científica.

A concretização destas atividades permitiu igualmente o desenvolvimento de CEEEMCPSP (Regulamento n.º 429/2018), relativamente aos critérios à gestão e controlo de sintomas, tendo avaliado a sua presença e priorizado as intervenções de acordo com as necessidades da pessoa, tendo neste processo mobilizado instrumentos de avaliação, como por exemplo a ESAS, uma vez que, reconhecer/avaliar os sinais e sintomas na PSP em UDHV fase e trata-los adequadamente é um dos instrumentos básicos em que se apoia a aplicação dos conhecimentos atuais dos CP (Neto, 2016).

Ainda durante o desenvolvimento das atividades e com o intuito de desenvolver as CEEEMCPSP, valorizei o impacto de variáveis psicoemocionais, valores e crenças na intensidade de sintomas e do sofrimento, integrando uma abordagem multimodal e multidimensional, explorei o contexto pessoal e cultural da pessoa, que me ajudou a compreender como os valores e as crenças influenciam a experiência de sintomas. Antecipei em tempo útil, as situações de agudização, atuando atempadamente, realizando avaliações regulares e cuidadosas dos sintomas, principalmente os que já tinham sido identificados anteriormente como descontrolados, estando desperta para sinais de agravamento ou o início súbito de novos sintomas. Ao notar qualquer sinal de agudização, comunicava de imediato à enfermeira orientadora e à equipa. Adotei medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas, com base na prescrição médica, administrei medicação analgésica, antiemética, ansiolítica e outras, ajustando as doses, sempre em segurança e conforme a avaliação dos sintomas, de forma a garantir o máximo alívio dos mesmos e por sua vez o conforto. Implementei igualmente intervenções não farmacológicas, recorri ao posicionamento, massagens suaves, ajustei

a iluminação, minimizei ruídos, proporcionei um ambiente acolhedor e reformulei o plano individual de cuidados, baseando-me na eficácia das intervenções. Por último, relativamente às competências de mestre demonstrei possuir conhecimentos, desenvolvendo-os, aprofundando-os e aplicando-os na compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares em contextos multidisciplinares.

2.3.1.3. Identificar as necessidades de conforto da pessoa em situação paliativa em UDHV e família

Relativamente ao terceiro objetivo específico, durante o estágio B, pude identificar as necessidades de conforto da PSP em UDHV e família em diversos momentos, nomeadamente, durante a prestação de cuidados.

O conforto é sensível aos cuidados de enfermagem e resulta da satisfação da necessidade de alívio, tranquilidade e transcendência, nas dimensões física, psicoespiritual, social e ambiental (Ramos et al., 2023).

As principais necessidades de conforto que identifiquei durante a prestação de cuidados à PSP, relacionadas com o contexto físico, foram principalmente, a dor, dispneia, as alterações relacionadas com a alimentação e náuseas.

Segundo Pina (2016), a dor tem um elevado impacto na qualidade de vida da pessoa e da família. A presença de dor desorganiza totalmente o ser humano. A avaliação e o tratamento precoce da dor, seja ela física, psicossocial ou espiritual, são fundamentais para a PSP (Larson et al., 2024). O mesmo autor refere que a dor não aliviada resulta em angústia para o próprio e para a família.

Ao cuidar da PSP, os enfermeiros precisam de compreender os mecanismos subjacentes que geram a dor (Marie, 2013). A avaliação da dor é a base de um bom controlo da dor (Marie, 2013).

Durante a passagem de turno, registava de forma sistemática, através de notas, as necessidades identificadas no turno anterior e as intervenções realizadas, analisando a sua eficácia. Depois de receber toda a informação necessária, dirigia-me à PSP, comunicando de forma aberta para avaliar diretamente o seu estado atual e perguntar, por exemplo, se sentia dor ou se apresentava outros sintomas, com necessidade de intervenção. Além disso, aplicava instrumentos de avaliação de sintomas, para obter

dados objetivos e, com base nestes, planeava intervenções adaptadas às necessidades emergentes. Vários instrumentos de avaliação dos sintomas são normalmente utilizados em CP para avaliar as necessidades físicas, sociais, terapêuticas, espirituais e psicológicas da pessoa (Richards et al., 2011). Utilizei como instrumento de avaliação a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS), para identificar e monitorizar o nível de intensidade dos sintomas e desconforto experimentados pela pessoa. A ESAS é um instrumento para avaliar e monitorizar nove sintomas físicos e psicológicos na PSP (Monteiro et al., 2010). Segundo Neto (2020), a ESAS é o instrumento mais utilizado consensualmente. Foi revista em 2010, tendo a sua versão mais recente na ESAS-r, que contém a variante para ambulatório e internamento. A sua aplicação pode fazer-se com diferente periodicidade (diária, de dois em dois ou 3 em 3 dias), mas pressupõe a realização de um registo regular, com vista a aferir quer a carga sintomática, quer o impacto e eficácia das medidas terapêuticas aplicadas no bem-estar da pessoa (Neto, 2020). A avaliação realizada pela ESAS possibilita que se conheça a frequência e intensidade dos sintomas apresentados pela PSP, permitindo que a equipa tome decisões adequadas para realização dos cuidados necessários (Monteiro et al., 2010). Na avaliação sintomática da pessoa, em alguns casos consegui estabelecer uma comunicação verbal que, por meio do diálogo, permitiu identificar desconfortos, preocupações e necessidades da pessoa e da família. Em outros casos, observei a comunicação não verbal, identificando necessidades de conforto através de sinais como expressões faciais, postura corporal, alterações de comportamento e sintomas descontrolados. Sempre que possível tentava incluir na conversa, temas que me pudessem direcionar às necessidades da pessoa e da família. Este processo permitiu-me também antecipar e implementar estratégias para evitar desconfortos futuros, reforçando a continuidade e a qualidade dos cuidados.

Além da dor, um dos principais sintomas observados na PSP, foi a dispneia. A dispneia é uma experiência subjetiva, que é frequentemente descrita como uma sensação de falta de ar ou dificuldade respiratória resultante da interação de múltiplos fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais (Alves & Pina, 2018). A dispneia é um sintoma comumente sentido pelos doentes com cancro que causa um sofrimento significativo, que se agrava ao longo da trajetória da doença e pode ser mais difícil de

gerir do que outros sintomas, para a PSP com dispneia refratária, os opiáceos são um tratamento seguro e eficaz (Crombeen & Lilly, 2020).

Uma das PSP que cuidei, referia que “sinto falta de ar” (SIC), “parece que o ar não chega aos meus pulmões” (SIC), perante estas afirmações tentei confortar a pessoa, posicionar, arejar o ambiente, realizei medicação prescrita em PRN para o caso de dispneia, tentei implementar medidas farmacológicas e não farmacológicas, e discuti a situação com a enfermeira orientadora. Segundo um estudo realizado por Severino (2020), considera-se como uso recomendado no controlo da dispneia, opióides orais e parentéricos, oxigenioterapia, mas apenas na exacerbação aguda da insuficiência crónica de órgão com hipoxemia, ventoinha dirigida ao rosto, abrir a janela e arrefecimento do rosto e o posicionamento adequado. Também é importante fazer a avaliação de sintomas concomitantes através de uma escala de sintomas validada, uma vez que a presença de depressão, ansiedade, cansaço e falta de apetite é preditiva de dispneia moderada a grave em pessoas com cancro, e a ansiedade está associada a uma maior gravidade (Crombeen & Lilly, 2020). Esta situação descrita anteriormente permitiu-me desenvolver CEEEMCPSP, nomeadamente, identifiquei as necessidades da pessoa e da família, elaborando um diagnóstico das necessidades de cuidados paliativos, a nível físico, psicoemocional, espiritual e sociofamiliar, atuei em tempo útil, na situação de agudização. Adotei medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas. Respeitei a singularidade da pessoa e a sua autonomia (Regulamento n.º 429/2018).

Durante os cuidados de alimentação, pude observar a capacidade, bem como a vontade da PSP de se alimentar, estive atenta às suas preferências alimentares, bem como à necessidade de ajustar a quantidade, a consistência e a temperatura dos alimentos, particularmente porque à medida que a doença da pessoa em fim de vida progride, há degradação contínua do seu estado e à medida que se aproxima da morte, assiste-se a um desinteresse e recusa de comida e bebida (Alves, 2013).

Ao longo do estágio, na observação da PSP nos UDHV e da sua família, pude analisar a interação entre ambos, comuniquei com cada um, assisti às passagens de turno, conferências familiares e com a devida autorização, consultei os processos clínicos, conseguindo desta forma identificar as principais necessidades de conforto aos quatro níveis definidos por Kolcaba. Procurei proporcionar uma abordagem integral que atendesse às necessidades holísticas da pessoa e da família, abrangendo a avaliação e o

tratamento da saúde física, emocional e espiritual. Estar atenta às mudanças no estado de saúde dos doentes, permitiu-me conhecer a PSP e a evolução da sua condição clínica, conseguindo assim prestar um cuidado qualificado e estabelecer relações positivas, envolvendo-me numa prática especializada, que de acordo com Hagan et al. (2018) cria a possibilidade de defender a PSP. Dediquei tempo à comunicação, pois, ouvir atentamente e estar disposto a falar de vários assuntos, é vital nesta etapa de vida, devendo-se incluir na conversa diversas questões do fim da vida, nomeadamente: sintomas, medos, desejos e expectativas, assuntos inacabados e preferências no fim da vida (Rodrigues & Bernardino, 2024).

Relativamente ao contexto psicoespiritual, as necessidades que identifiquei nas PSP que cuidei, referem-se principalmente ao controlo da ansiedade, ao controlo do medo, a necessidade de exprimir a sua religião (Fé) e a esperança. Que vão ao encontro de um estudo realizado por Evangelista et al. (2016), que demonstraram que as necessidades da PSP neste contexto, incluem: necessidade de apoio familiar, de perdão, de amor, de crença, de fé e de esperança. Sendo estas sempre únicas e subjetivas, pois para cada PSP e a família o significado psicossocial e espiritual atribuído ou encontrado no final da vida é moldado por uma vida inteira de experiências (Steinhauser et al., 2000).

A espiritualidade é uma parte essencial do ser humano. Os cuidados espirituais, destinados a satisfazer as necessidades da PSP e da sua família, são um dos aspetos mais importantes dos cuidados paliativos (Kang, 2018). Uma vez que, a PSP em UDHV, debate-se com questões espirituais sobre o significado e o objetivo da vida, a ligação interpessoal e os problemas religiosos (Yang et al., 2023). Deste modo o cuidado espiritual é relevante para a pessoa e para a família, pois possibilita enfrentamento desta etapa com mais facilidade, possibilita a sensação de autorrealização, plenitude e satisfação pela vida, e favorece a aceitação do processo de doença e uma nova visão acerca da vida e da morte (Jesus et al., 2023).

No decurso do estágio, sempre que o estado de saúde o permitisse e a PSP o desejasse, encaminhávamos e acompanhávamos à capela e contactávamos o capelão, ou o líder espiritual que a pessoa pretendesse. Nas interações, respeitei as diversas tradições espirituais e religiosas das pessoas, garantindo sempre o cuidado individual. Durante a prestação de cuidados demonstrei disponibilidade para escutar as necessidades e preocupações da pessoa e da família de forma empática e com respeito. Por

compreender a espiritualidade como uma parte fundamental nos cuidados de enfermagem na PSP, promovi, com estas intervenções, o bem-estar holístico da pessoa, respeitando o valor e as suas crenças. Reconheci os valores e expectativas em relação ao processo de fim de vida e à diversidade individual, cultural e espiritual (Regulamento n.º 429/2018). A esperança é um mecanismo de coping importante em todas as fases da doença, mas ainda mais, para as pessoas em situação paliativa (Beng et al., 2022). Quando uma doença é incurável, a PSP ainda pode ter a esperança de sofrer menos ou de ter uma melhor qualidade de vida (Beng et al., 2022). A esperança nem sempre tem a ver com a cura, para a PSP, a esperança pode ser viver um pouco mais, gozar o resto da vida, ver o amanhã, viver normalmente como as outras pessoas ou simplesmente viver o momento presente (Beng et al., 2022). Nutrir o sentimento de esperança, mesmo diante de um prognóstico limitado, melhora a qualidade de vida da pessoa (Beng et al., 2022). Isto porque, a esperança atenua o medo e faz esquecer a morte. (Beng et al., 2022). Na tentativa de preservar a esperança da PSP e o bem-estar emocional, durante a prestação de cuidados comuniquei com a pessoa, escutei-a, procurei identificar e perceber os seus objetivos de vida, as metas que pretendia alcançar, perante a doença, proporcionei um ambiente calmo, onde se pudessem sentir ouvidos e compreendidos. Negocie metas e objetivos, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico, desenvolvendo assim CEEEMCPSP (Regulamento n.º 429/2018).

Uma vez que, a comunicação e a relação interpessoal em CP são essenciais para garantir um apoio completo à pessoa e à sua família, as orientações para uma comunicação eficaz, podem ser variadas, mas o primeiro passo é sempre escutar, pois isso permite avaliar a melhor maneira de passar informações em cada situação, a partir do que se conhece da pessoa e da família (Campos et al., 2019). A comunicação terapêutica, consiste em estabelecer uma relação efetiva, de confiança, bem como uma interação comunicativa intencional com a pessoa, de modo a enfrentar os seus problemas (Sequeira & Coelho, 2016), funciona como ferramenta profissional, permite aos profissionais compreender as necessidades da pessoa, muitas vezes fragilizada pela doença e pelas suas limitações (Rodrigues & Bernardino 2024). Trata-se de um método de comunicação, onde o profissional responde às necessidades explícitas e implícitas da pessoa (Sequeira & Coelho, 2016). Durante os cuidados, mesmo que intencionalmente a PSP não quisesse falar, ou a sua situação clínica não o permitisse, observava-a, com a

intenção de identificar as suas necessidades naquele momento. A comunicação não-verbal é essencial para a transmissão de emoções e sentimentos (Sequeira, 2016). Este tipo de comunicação está presente através das mensagens paraverbais, nomeadamente na tonalidade, sons, choro, gaguejo, e através das mensagens não-verbais, nomeadamente a postura corporal, contacto ocular, toque, movimentos faciais, proximidade entre os membros (Sequeira, 2016).

No que concerne ao contexto ambiental, o ambiente em que os cuidados em fim de vida são prestados, pode apoiar ou prejudicar as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais da pessoa e das suas famílias (Miller et al., 2022). No estágio B, a maioria das pessoas referiam, a necessidade de manter um ambiente calmo e acolhedor, com uma luminosidade adequada, e principalmente a família, referia a necessidade de manter os gostos pessoais do seu ente querido.

É essencial que os ambientes físicos em que são prestados os cuidados paliativos em regime de internamento apoiem as necessidades dos doentes e facilitem a prestação multidimensional de cuidados paliativos (Wong et al., 2023). Para responder às necessidades físicas, psicossociais e espirituais da PSP em fim de vida, e das suas famílias, é necessário melhorar o ambiente físico nas enfermarias (Miller et al., 2022). A PSP sente-se segura quando o ambiente é desmedicalizado e criado um ambiente familiar no seu quarto, com espaço para exibir e rodear-se de pequenos objetos familiares e domésticos, especialmente na fase de últimos dias de vida (Miller et al., 2022). De forma a promover o bem-estar, o conforto e a dignidade, o ambiente físico envolvente do quarto era projetado e adequado individualmente, com o intuito de proporcionar uma sensação de tranquilidade, segurança, dignidade e conforto, tanto para a PSP internada, como para a família.

Por fim, o contexto socio-cultural, onde as principais necessidades eram a situação socio-económica, a resolução de conflitos existentes e a presença de pessoas significativas, foi proporcionada a presença de pessoas significativas em horário alargado, incluindo o período noturno. Quanto a conflitos e preocupações, sempre que identificados, avaliávamos em conjunto com a equipa a melhor forma de atuar, de modo a aliviar as inquietações e o sofrimento da pessoa. Esta atividade permitiu-me desenvolver CEEEMCPSP (Regulamento n.º 429/2018) e CCEE (Regulamento n.º 140/2019), na medida em que envolvi a família para otimizar resultados na satisfação das

necessidades, no sentido de compreender e assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais individuais. Desenvolvi também competências de mestre, visto que, fui desafiada a aplicar os conhecimentos adquiridos e a minha capacidade de compreensão em situações novas e complexas, muitas em contextos multidisciplinar (Decreto-lei nº 107, 2008).

Nas últimas horas de vida da PSP, é importante perceber os desconfortos da pessoa e da família, entender as suas necessidades, de modo a planear intervenções ajustadas e individuais para a sua satisfação. Resolver conflitos, solucionar assuntos pendentes, sentir-se confortável, participar nas decisões terapêuticas fazem parte do “morrer bem” (Lima & Manchola-Castillo, 2021). Discutir o fim da vida envolve questões que estão além de conflitos entre os profissionais, a PSP em UDHV e a família. É necessário refletir sobre questões físicas, espirituais, sociais e emocionais (Lima & Manchola-Castillo, 2021).

Os cuidados de qualidade no fim da vida são altamente individuais e devem ser realizados através de um processo de tomada de decisão partilhada e de uma comunicação clara que reconheça os valores e as preferências da pessoa e da sua família (Natan et al., 2010).

Quanto à importância de reconhecer as necessidades da família, pude identificar as suas preocupações e necessidades durante as conferências familiares e na permanência junto da PSP. As necessidades da família são particularmente importantes nos CP, as famílias são muitas vezes os principais prestadores de cuidados e são a principal fonte de apoio da pessoa que está a morrer, pelo que a satisfação das necessidades do prestador de cuidados pode ter um impacto positivo na qualidade de vida da PSP (Clayton et al., 2005). Segundo Neto (2008), as principais necessidades da família da PSP nos UDHV passam, habitualmente, pelos seguintes tópicos: receber informação honesta e realista; sentir respeito pelas suas crenças, valores culturais e espirituais, e atitudes; disponibilidade de apoio logístico e de apoio emocional por parte da equipa; participar nos cuidados, com possibilidade de estar com a PSP, num ambiente de privacidade e expressar sentimentos.

Durante o estágio B, e com o intuito de alcançar com sucesso o objetivo proposto, delineeí várias atividades que fui desenvolvendo, nomeadamente, realização de pesquisa de evidência científica, sobre a necessidade de conforto na pessoa em situação paliativa

em UDHV e família. Esta pesquisa é essencial para garantir cuidados de qualidade à pessoa, e a prática baseada em evidência, envolve o uso das melhores evidências disponíveis. Pude desenvolver assim, CCEE (Regulamento n.º 140/2019) no domínio da melhoria contínua da qualidade, divulguei à equipa as minhas pesquisas, estudos recentes que encontrava e que achava que eram pertinentes para discussão. Segundo a OE (2012), ao adotarem uma abordagem baseada na evidência, os enfermeiros conseguem formular boas questões sobre como e quando devem ajustar a sua prática, evidenciando que fundamentam as suas decisões em informações de qualidade. Além disso, avaliam continuamente a sua prática e verificam antecipadamente se os resultados pelos quais serão avaliados são adequados e aceites.

Outra atividade executada foi a realização de fichas de leitura acerca da promoção do conforto da pessoa em situação paliativa em UDHV e família. Após a leitura de artigos e a realização das fichas de leitura, apresentava à equipa resultados que achasse pertinentes de discussão entre a equipa. Realizei ainda a síntese das necessidades de conforto identificadas na pessoa em situação paliativa em UDHV e família, através da observação da prática e discussão desta com o/a Enf. Orientador clínico, que complementei com a evidência científica consultada (apêndice III). Esta síntese revela um conjunto de áreas que exigem atenção e intervenção dos profissionais de saúde e evidência a importância de uma abordagem holística da pessoa. Por fim realizei uma reflexão crítica, através da metodologia do ciclo reflexivo de aprendizagem de Gibbs, sobre um evento significativo no âmbito promoção do conforto na pessoa em situação paliativa e família. Este exercício reflexivo escrito, assumiu um papel muito facilitador, nomeadamente através Ciclo reflexivo de Gibbs, pois com este recurso consegui organizar e sistematizar o pensamento e traduzir pela escrita a experiência vivida (Pereira-Mendes, 2016). A reflexão com recurso a esta metodologia revelou-se de fácil aplicação e orientada para o futuro, tendo facilitado a estruturação da aprendizagem e da prática profissional através da análise das próprias experiências, como refere Carvalho et al. (2022). A realização destas atividades foi extremamente importante para o meu desenvolvimento enquanto profissional, pois, permitiram-me, de forma enriquecedora, sempre baseada em evidência científica, desenvolver e adquirir novos conhecimentos relativamente às necessidades de conforto da PSP nos UDHV e família. Os ganhos obtidos vão para além da competência técnica e científica, englobam o desenvolvimento da

empatia, da comunicação, o controlo das minhas emoções, sendo uma experiência transformadora tanto a nível profissional como pessoal, conseguindo desenvolver a minha inteligência emocional. Esta refere-se à capacidade de reconhecer as próprias emoções e as dos outros, além da habilidade de lidar com sentimentos, intervenções reflexivas e vivenciais podem contribuir para o desenvolvimento das habilidades relacionadas à inteligência emocional (Tessaro & Lampert, 2019). Reconhecida também pelo conjunto de capacidades que nos permite identificar, gerir e compreender as próprias emoções, além de nos automotivar em situações desafiadoras e de conflito. Esta competência reflete-se nas atitudes e comportamentos do profissional em diversos contextos, impactando a qualidade de sua atuação (Sousa et al., 2020). Estratégias importantes como aprendizagem reflexiva, atividades de reflexão em grupo, vivências experienciais e aperfeiçoamento das habilidades de inteligência emocional, permitem ao enfermeiro desenvolver suas competências pessoais e sociais (Marcelino et al., 2021).

2.3.1.4. Identificar as intervenções de enfermagem promotoras de conforto à pessoa nos últimos dias e horas de vida e família

Ao longo do estágio B, na UICP, estiveram internadas PSP nos UDHV, o que me permitiu observar e prestar cuidados de conforto. O termo "cuidados de conforto" é utilizado para descrever um conjunto de intervenções de cuidados paliativos que proporcionam o alívio dos sintomas na PSP (Blinderman & Billings, 2015). É importante compreender o significado de conforto, bem como as formas e os meios de o proporcionar, para definir intervenções eficazes (Pereira & Ribeiro, 2023).

Para alcançar este objetivo específico, recorri à pesquisa de evidência científica e observei peritos na prestação de cuidados à PSP em UDHV e família. Participei, colaborei e refleti sobre as intervenções promotoras de conforto à PSP nos UDHV e família em contexto de internamento na unidade de CP. Desta forma desenvolvi CEEEMCPSP (Regulamento n.º 429/2018), visto que promovi intervenções baseadas na evidência no cuidado às pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, seus cuidadores/familiares. As passagens de turno foram momentos importantes para perceber as estratégias e intervenções de enfermagem implementadas para satisfazer as necessidades de conforto da pessoa e da família. A comunicação dos

enfermeiros na reunião de passagem de turno é um processo de partilha de informação/relação e transferência de responsabilidade pelo doente, com linguagem verbal e não verbal, vital à qualidade dos cuidados (Frias & Paiva-Santos, 2023).

Acompanhei a enfermeira orientadora na prestação de cuidados, identificando as necessidades das pessoas e da família, e refletindo sobre as intervenções de enfermagem que poderíamos implementar para satisfazer as necessidades. Respeitando as suas preferências e envolvendo a família sempre que possível, capacitando-a para desenvolver e aplicar estratégias adequadas (Regulamento n.º 429/2018).

Durante a prestação de cuidados pude desenvolver estratégias de promoção de conforto, tais como a colocar música de relaxamento durante os cuidados, colocar a música preferida daquela pessoa a tocar, massagem de conforto. Em cada intervenção realizada, respeitei a singularidade e autonomia da pessoa, negociando os objetivos e metas (Regulamento n.º 429/2018).

A musicoterapia e a massagem terapêutica são amplamente utilizadas nos cuidados paliativos em doentes próximos do fim da vida, com o objetivo de reduzir a carga de sintomas e melhorar a QdV (Jodie et al., 2024). A musicoterapia é a utilização da música ou dos elementos da música, nomeadamente: som, ritmo, melodia e harmonia, para facilitar, e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão e organização, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas (Nogueira et al., 2023). Perceções auditivas das ondas sonoras musicais possibilitam sensações de emoções como: prazer e felicidade, a dopamina é libertada, ao ser induzida pela musicoterapia, essas sensações desencadeiam e transformam o estado que a pessoa está naquele momento (Marins et al., 2022). A música age no corpo da pessoa, promovendo benefícios nos aspetos físicos, psicossociais e espirituais (Turchetti et al., 2022), faz muitas vezes sonhar e reviver lembranças, possibilitando desviar-se muitas vezes da dor (Turchetti et al., 2022). A musicoterapia é uma intervenção de cuidado a ser implementada pela equipa de enfermagem (Marins et al., 2022).

Por seu lado, a massagem terapêutica contribui para redução da carga de sintomas e melhorar a qualidade de vida (Cates et al., 2023). Alguns estudos referem a alterações significativas após a massagem, nomeadamente, a redução da dor, o aumento da sensação de bem-estar, a redução do cansaço e da angústia, e o equilíbrio do humor a curto prazo (Camilo et al., 2022; Groninger et al., 2023).

Ainda, no âmbito da equipa multiprofissional, os enfermeiros podem ajudar a apoiar o controlo da dor com intervenções não farmacológicas viáveis para a sua prática e adaptáveis às necessidades dos doentes em cuidados paliativos (Veen et al., 2024). As intervenções não farmacológicas têm sido cada vez mais utilizadas para promover o conforto em contextos de cuidados paliativos (Düzgün & Karadakovan, 2024). As intervenções não farmacológicas realizadas por enfermeiros no controlo da dor e de outros sintomas em cuidados paliativos são essenciais para promover o conforto, aliviar o sofrimento e maximizar a qualidade de vida da pessoa em situação paliativa (Alghamdi et al., 2023; Vicente et al., 2022).

Identifiquei as necessidades da PSP e da família, realizando intervenções que pudessem satisfazer as mesmas, tentei sempre identificar atempadamente problemas, nomeadamente, perda de apetite, disfagia, dor, falta de ar, ansiedade. Atendendo que, os enfermeiros prestam cuidados de forma completa, observando fatores biológicos, psicológicos, espirituais e sociais da PSP e da família (Ferreira et al., 2024).

Em suma, no que concerne às intervenções de enfermagem promotoras de conforto, foram realizadas indo ao encontro das necessidades identificadas, no sentido de promover o máximo conforto possível à pessoa e à sua família, promovendo a dignidade, bem-estar e qualidade de vida. Permitindo-me assim, desenvolver CCEE (Regulamento n.º 140/2019), visto que, promovi o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, promovi a proteção dos direitos humanos, respeitei a pessoa, a sua dignidade e privacidade, nas intervenções realizadas, assegurei os gostos, valores, crenças individuais. Garanti um ambiente terapêutico seguro.

Para ajudar na concretização deste objetivo realizei as seguintes atividades: Realizei um protocolo scoping review sobre as intervenções promotoras de conforto da pessoa em situação paliativa em UDHV e família (apêndice IV); elaborei fichas de leitura no âmbito das intervenções da promoção do conforto à pessoa em situação paliativa em UDHV e família; uma reflexão crítica, através da metodologia do ciclo reflexivo de aprendizagem de Gibbs, no âmbito das intervenções promotoras de conforto à pessoa em situação paliativa em UDHV e família, e uma síntese das intervenções identificadas no âmbito da promoção do conforto na PSP em UDHV e família (apêndice V).

A pesquisa de evidência científica foi fundamental para que eu pudesse identificar as intervenções mais eficazes na promoção do conforto da PSP nos UDHV e família. Este

processo permitiu-me aprofundar conhecimentos, fortalecer as minhas decisões e garantir que as práticas que adotei foram sustentadas por evidência. A prática baseada na evidência fortalece o empoderamento do enfermeiro e contribui para aumentar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (Pinto & Mota, 2023).

Desenvolver um protocolo *scoping review* foi importante, uma vez que defini previamente os objetivos, métodos e relatórios da revisão, o que permite a transparência do processo e a especificação dos critérios que os revisores tencionam utilizar para incluir e excluir fontes de evidência e para identificar quais os dados relevantes, bem como a forma como os dados serão extraídos e apresentados (JBI, 2024). As revisões *scoping* são cada vez mais utilizadas no ensino das profissões da saúde para sintetizar a investigação e os estudos e para informar sobre a profundidade e a amplitude da literatura sobre um determinado tópico (Thomas et al., 2020).

No que concerne à realização do protocolo *scoping review*, para a elaboração do mesmo, defini como objetivo mapear a evidência científica disponível sobre como promover o conforto na pessoa em situação paliativa nos últimos dias e horas de vida e família, tendo por base a metodologia de Joanna Briggs Institute, considerando os critérios de inclusão e a delimitação temporal. Foram considerados estudos publicados, quantitativos, qualitativos ou de métodos mistos. A pesquisa foi realizada nas bases de dados MEDLINE Complete, CINAHL Complete.

A elaboração do protocolo *scoping review* além de contribuir para o desenvolvimento das competências comuns e específicas, contribuiu para desenvolver competências de mestre, uma vez que exigiu uma abordagem crítica e sistemática na análise de evidências e interpretação de dados científicos. Tendo ainda, neste âmbito, mobilizado competências para comunicar as minhas conclusões, conhecimentos e raciocínios, quer a especialistas, quer a não especialistas de forma clara.

Acresce a reflexão, refletir sobre a prática clínica, analisando as nossas competências pessoais e sociais, revelou-se uma ferramenta fundamental para desenvolver o quociente emocional, pois refletir sobre as próprias emoções aprimora nossa capacidade de as gerir, enquanto que, refletir sobre as emoções dos outros fortalece a empatia (Marcelino et al., 2021).

2.3.1.5. Intervir na promoção do conforto na pessoa em situação paliativa nos últimos dias e horas de vida e família

Durante o estágio na UICP, tive a oportunidade de prestar cuidados a pessoas em estádios avançados de doença. O meu papel enquanto enfermeira e estudante em estágio, envolveu a execução de intervenções essenciais para garantir conforto e qualidade de vida da PSP nos UDHV e família.

Os últimos dias e horas de vida podem parecer um desafio intransponível, tanto para as pessoas com uma doença terminal como para a família que as apoiam (Bpac, 2023). A prestação de cuidados paliativos de elevada qualidade é importante para a prática da enfermagem (Moran et al., 2024) os cuidados que os enfermeiros prestam à PSP nos UDHV, são importantes para garantir uma boa morte (Nacak & Erden, 2022)

No que concerne a este último objetivo, posso referir que atuei e prestei cuidados de acordo com os pilares dos cuidados paliativos, o controlo sintomático, a comunicação, apoio à família e o trabalho em equipa. Nos primeiros turnos, observei de forma participativa a equipa a trabalhar atendendo às necessidades da PSP em UDHV e família. Nos turnos seguintes e num aumento progressivo, fui ficando responsável pela prestação de cuidados da PSP em UDHV.

Realizei o acolhimento à PSP em UDHV e família, realizando a admissão na UICP. As unidades de CP, desempenham um papel essencial no apoio às PSP que apresentam sintomas complexos e necessitam de cuidados paliativos especializados (Haraldsdottir et al., 2023). O principal motivo de admissões na unidade foi a necessidade de controlo de sintomas. Conforme demonstrado pelo estudo de Haraldsdottir et al. (2023), o controlo de sintomas físicos, como dor, falta de ar e náuseas, são apontados como uma das principais razões para admissão num UICP. Além disso, os autores referem que, a ansiedade, o medo, o isolamento social e a prestação de cuidados nos UDHV são outros motivos frequentes para internamento em unidades de cuidados paliativos. Durante o acolhimento à pessoa e família, demonstrei disponibilidade, apoiei e esclareci as dúvidas que eram colocadas. É uma fase de grande importância para a família e para a pessoa.

Prestei cuidados de enfermagem individualizados, centrados na pessoa, o que implica que os enfermeiros trabalhem em parceria com a pessoa, para garantir que as suas necessidades e preferências estejam no centro dos seus cuidados (Kelsall-Knight &

Stevens, 2024). Realizei cuidados de higiene e conforto, garantido que a pessoa se sentisse digna e confortável, respeitando o corpo, preservando a sua imagem, a ausência de odores, o surgimento de feridas é uma forma de cuidar da dor e do sofrimento e assim, de promover conforto, o que é fundamental para o resgate da dignidade do ser humano neste contexto crítico de UDHV (Silva et al., 2015). Uma vez que a dignidade é sentida subjetivamente e cada pessoa tem as suas necessidades, é importante que os profissionais de saúde utilizem uma abordagem aberta para avaliar as necessidades de cada pessoa e procurem satisfazê-las em conformidade com os seus desejos (Essay & Kennedy, 2016). A dignidade é um fenómeno multidimensional complexo, influenciado por valores e pelo contexto (Sailian et al., 2024).

Avaliei, identifiquei e monitorizei sintomas, como a dor, dispneia, náuseas, fadiga, entre outros. Uma avaliação e gestão de sintomas de elevada qualidade são fundamentais para a prestação de cuidados holísticos e centrados na pessoa, apresentando resultados positivos (Henson et al., 2020). Administrei medicação prescrita em PRN, a prescrição de medicamentos sempre que necessário (PRN), é amplamente aceite, como sendo fundamental para facilitar o controlo eficaz dos sintomas nos últimos dias de vida (Bowers et al., 2022). Coloquei acessos sub-cutâneos e administrei medicação por essa via, que geralmente é bem tolerada (Wernli et al., 2022). A prescrição de medicamentos PRN pode prevenir falhas no controlo de sintomas, evitando, assim, o sofrimento da pessoa nos UDHV e dos seus familiares. Os medicamentos prescritos devem ser ajustados às necessidades individuais previstas, com indicações clínicas claras, incluindo a dosagem e as vias de administração, considerando que alguns medicamentos podem ser prescritos para mais de uma indicação e em doses diferentes (NICE, 2024). Implementei também, intervenções não farmacológicas como a massagem e a musicoterapia. Realizei tratamento a feridas malignas. As feridas malignas ocorrem frequentemente na PSP com cancro e podem ser difíceis de gerir. A dor, a hemorragia, o exsudado, o mau cheiro e a angústia psicológica associada à não cicatrização causam um sofrimento significativo. Estas pessoas, beneficiam de uma abordagem de cuidados paliativos que visa otimizar a qualidade de vida e a funcionalidade face a uma doença terminal (White & Kondasinghe, 2022).

Reconheci a importância das necessidades espirituais e sociais da pessoa e da família nesta fase da doença, facilitando o acesso a serviços religiosos e espirituais,

respeitando sempre as crenças individuais. A espiritualidade é um aspeto da experiência humana que é único para cada pessoa e torna-se mais importante perante uma doença potencialmente fatal (Miller et al., 2023). Durante a prestação de cuidados à PSP nos UDHV, tentei comunicar de forma eficaz, com o intuito promover a confiança, com o propósito de facilitar a tomada de decisões, dando conhecimento do plano de cuidados, escutei as necessidades da pessoa e da família, tentei perceber as suas expectativas de forma a intervir na promoção do conforto, respeitando os desejos, valores e respeitando a sua autonomia e dignidade, sempre com a PSP e a família no centro dos cuidados. Uma boa comunicação permite estabelecer uma ligação com a pessoa e com a família, compreender as suas prioridades e desejos e ajudá-lo a tomar decisões informadas sobre os seus cuidados (Curie, 2020). Segundo Querido et al., (2016), a comunicação envolve um conjunto de coisas que podem ser ditas e feitas, que asseguram à PSP a oportunidade de apresentar os seus problemas, as suas preocupações e de explicar como se sentem. Essas perícias incluem, ouvir, observar e tomar consciência dos nossos próprios sentimentos. Durante a prestação de cuidados tinha sempre presente a vontade de proporcionar uma melhor qualidade de vida, aliviar o sofrimento, tanto físico, como emocional, espiritual e social, promovendo uma maior satisfação da PSP. Atuei em conformidade com a equipa e com o método de trabalho que usavam.

Apoiei a família na vivência da perda, pois quando um ente querido desenvolve uma doença grave terminal, é normal que a família passe por uma experiência emocional semelhante ao luto, é importante falar sobre a morte e planejar o fim da vida (Harvard Healht, 2024). É normal emoções associadas ao medo de perder a pessoa (Singer et al., 2022). O luto pode ser vivido enquanto a pessoa por quem se está de luto ainda está viva e antes de se ter sofrido a perda, este fenómeno é conhecido como luto antecipatório (McCarroll & Yan, 2024). Ainda de forma a atingir este objetivo, desenvolvi uma reflexão sobre uma interação significativa que tive durante o estágio, no âmbito da promoção do conforto da PSP nos UDHV. Ao longo deste processo, desenvolvi competências essenciais, como a capacidade de escuta ativa e a sensibilidade para interpretar sinais não verbais e a capacidade de realizar intervenções promotoras de conforto, centradas na pessoa e na família, na sua vontade e nos seus desejos.

Todos os cuidados foram planeados, implementados e documentados, com vista a proporcionar conforto, preservando a dignidade. Não descurei a correta documentação

dos cuidados de enfermagem, pois esta permite promover a sua continuidade, possibilita a sua avaliação, facilita a investigação e otimiza a gestão dos mesmos (Sousa & Figueiredo, 2021). A qualidade dos cuidados de enfermagem, segundo os padrões de qualidade (Conselho de Enfermagem, 2001) passam pela “existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente” (Conselho de Enfermagem, 2001 p. 18).

Estagiar neste serviço, acompanhar e cuidar da PSP em UDHV, foi muito enriquecedor, tive oportunidades e experiências que me permitiram adquirir competências na área da promoção do conforto à PSP nos UDHV, cada interação reforçou a importância de cuidar de cada pessoa com dignidade, respeito, empatia, compaixão e humanidade até ao fim da vida. Nos últimos dias e horas de vida, concentrei-me em proporcionar o máximo conforto e dignidade à pessoa e à sua família, incluindo a rigorosa monitorização e controlo de sintomas, promovendo um ambiente tranquilo, sereno, de acordo com o gosto de cada pessoa. Permaneci presente sempre que assim o desejavam, respeitando a individualidade, os desejos e as necessidades físicas, emocionais, espirituais, ambientais e sociais de cada um.

Para Silva et al., (2015), cuidar para uma boa morte significa, sobretudo, promover o conforto, que pode ser resultante de práticas de cuidados de enfermagem que conciliem racionalidade e sensibilidade assegurando a dignidade da pessoa e família.

Relativamente à aquisição de CCEE (Regulamento n.º 140/2019), e no que alude à primeira competência (A1), durante o estágio, procurei reger os cuidados de enfermagem prestados de acordo com o código deontológico, desenvolvendo uma prática profissional ética e legal, que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Durante toda a prática de cuidados, assegurei o respeito à privacidade da pessoa, assegurei a confidencialidade e a segurança da informação oral e escrita, assegurei o respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais (A2.1). Refletir sobre as crenças pessoais e explorar formas de dar sentido e encontrar esperança podem ser práticas essenciais nos cuidados de enfermagem (Miller et al., 2023). Adotei uma conduta em que garantia a segurança da pessoa, a sua privacidade e dignidade (A2.2). No que concerne ao domínio da melhoria contínua da qualidade (B), durante o estágio, procurei mobilizar

conhecimentos já adquiridos e ir ao encontro de novos conhecimentos através de experiência apreendida. Divulguei essas experiências aos meus pares. Assisti a reuniões, onde eram discutidas situações para identificar oportunidades de melhoria e implementar estratégias para melhorar a qualidade do cuidado e o conforto da pessoa. Durante o estágio, pesquisei a mais recente evidência científica (B2.1), acerca da promoção do conforto da pessoa nos UDHV e família, usei essa pesquisa para me orientar na prestação de cuidados, na avaliação dos cuidados prestados, de forma a perceber onde poderia haver uma melhoria, identificando essas oportunidades de melhoria (B1.1), garantindo sempre um ambiente terapêutico seguro (B3). A prática baseada em evidência integra o melhor conhecimento científico, a experiência clínica do profissional e as preferências da pessoa, promovendo uma assistência em saúde mais resolutiva (Schneider et al., 2018). A prática e a tomada de decisões baseadas em evidências têm sido consistentemente associadas à melhoria da qualidade dos cuidados e à segurança das pessoas (Connor et al., 2023).

No domínio da gestão de cuidados, fi-lo de forma eficaz e segura, colaborei com a equipa nas decisões de tratamento, reconheci quando era o momento de referenciar para outro profissional de saúde. Supervisionei os cuidados que delegava durante os turnos (Regulamento n.140/2019). Este estágio permitiu-me desenvolver competências no domínio da gestão de cuidados em cuidados paliativos, muito pela observação da enfermeira orientadora na gestão e organização do seu trabalho. Os enfermeiros gestores de unidades de CP, são fundamentais para a liderança clínica e desempenham um papel importante no contexto contemporâneo da gestão dos cuidados de saúde (Haddad et al., 2022). A gestão do trabalho e dos cuidados garantiam que todos os aspetos estivessem coordenados e focados no bem-estar, no conforto e na dignidade da pessoa e da família, envolvendo liderança na gestão, comunicação eficaz, tomada de decisões informadas e uma gestão eficiente de recursos.

No que concerne ao último domínio, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, detive consciência de mim, enquanto pessoa e profissional (Regulamento n.140/2019). Os enfermeiros em CP, enfrentam desafios emocionais significativos devido à natureza exigente da sua profissão, sendo essencial deterem competências para lidar emocionalmente com a situação (Alodhialah et al., 2024, Arantzamendi et al., 2024). Para ajudar a melhorar o meu trabalho, empenhei-me em pesquisar em bases de dados

científicas e integrei as melhores evidências disponíveis na prática clínica, combinadas com as preferências da pessoa, incentivando a sua participação ativa na tomada de decisões (Regulamento n.140/2019). A prática baseada na evidência, aumenta a autonomia e a confiança dos enfermeiros na tomada de decisões, melhora o pensamento crítico, incentiva a aprendizagem ao longo da vida, e promove resultados positivos (ANA, 2024). Participei em discussões com a equipa, onde compartilhei evidências científicas relevantes, contribuindo para a melhoria das práticas coletivas dentro da unidade. Demonstrei um compromisso numa aprendizagem contínua, mantendo-me atualizada com novas pesquisas e diretrizes na área de cuidados paliativos, e incorporando essas atualizações na prática (Regulamento n.140/2019). Ao desenvolver esta competência durante o estágio, fortaleci a minha capacidade de oferecer cuidados de qualidade, fundamentados nas melhores evidências disponíveis.

Relativamente às CEEEMCPSP (Regulamento n.º 429/2018), ao longo do estágio e para responder a este objetivo, prestei cuidados de acordo com as necessidades individuais da pessoa, inicialmente mais a nível observacional, evoluindo para a prática. Baseei-me também numa prática reflexiva, após cada interação com a pessoa e com a família, refleti sobre o que correu bem, o que poderia ter melhorado na minha interação. Esta prática reflexiva, ajudou-me a desenvolver uma maior sensibilidade, para captar sinais verbais e não verbais, das necessidades da pessoa e da família. Sempre que me surgiam dúvidas, solicitava aconselhamento e feedback dos meus pares e da enfermeira orientadora. Durante a minha prática de cuidados, também desenvolvi a capacidade de identificar as necessidades e antecipar situações emergentes de agudização, ou situações inesperadas, adaptando e antecipando os cuidados necessários. Envolvi a família para entender as suas expectativas, preocupações e necessidades, reconhecendo que a família é parte integral do cuidado à PSP.

Estabeleci relação terapêutica com a PSP e família, respeitando a sua singularidade e autonomia. O exercício da autonomia da PSP é importante para uma prática clínica baseada em princípios éticos universais (Rego et al., 2020). Cada pessoa, tem valores, crenças e preferências únicas, de forma a respeitar as preferências da pessoa, realizei planos de cuidados adaptados às necessidades e respeitando a sua singularidade, onde refletia as escolhas e prioridades da pessoa, garantindo que cada intervenção fosse alinhada com os seus desejos. Envolvi ativamente a pessoa e a família, fornecendo

informações claras e compreensíveis, para que pudessem tomar decisões informadas. Assegurei que as escolhas da pessoa, fossem respeitadas. Prestei cuidados de forma a criar um ambiente de cuidados acolhedor, confortável, respeitando sempre as preferências, valores e crenças da pessoa. Demonstrei flexibilidade ao adaptar intervenções para melhor atender às necessidades e aos desejos da PSP e da família, garantindo a dignidade e os direitos da PSP (Regulamento n.º429/2018).

Em suma, os enfermeiros desempenham um papel fundamental na humanização dos cuidados na PSP nos UDHV, para tal deverão estar atentos às reais necessidades da pessoa, identificando-as rapidamente, seja por meio de sinais verbais ou não verbais, e atendendo-as da melhor forma possível, agindo em colaboração com a equipa multiprofissional (Franco et al., 2017).

3. Avaliação

Neste capítulo, irei refletir sobre o meu percurso, focando-me no desenvolvimento e aquisição de competências. Para isso, irei analisar os pontos fortes e fracos do percurso realizado, esta análise permitirá identificar e analisar, de forma crítica, os meus pontos fortes e as áreas que necessitam de melhoria. Esta análise ajudará também a explorar as oportunidades de crescimento pessoal e profissional, bem como os desafios que enfrentei ao longo deste processo.

3.1. Pontos fortes e fracos

Pontos fortes são fatores que terão um efeito positivo sobre (ou serão um facilitador para) alcançar os objetivos (Sincy, 2016). Como pontos fortes, ressalto as forças e oportunidades que contribuíram para a implementação do projeto formativo, bem como para o processo de desenvolvimento de competências. Destaco:

- O sentir-me acolhida pelas equipas nos serviços em que estagiei foi fundamental na fase inicial de integração, tendo esta ocorrido de forma tranquila e natural, o que tornou o processo rápido e sem obstáculos. Em ambos os serviços, pude conhecer novos métodos de abordagem à PSP e família, bem como aprofundar o trabalho em equipa e ampliar a minha compreensão sobre cuidados paliativos;

- O trabalho com a equipa multidisciplinar proporcionou-me uma visão ampla dos cuidados prestados, permitindo a troca de conhecimentos entre a equipa;
- A disponibilidade e abertura da equipa de enfermagem para a implementação do meu projeto formativo, proporcionou um ambiente de aprendizagem rico, aumentando a minha confiança, permitindo assumir tarefas e responsabilidades com maior autonomia e segurança;
- O apoio da professora orientadora e das enfermeiras orientadoras, experientes e sempre disponíveis para orientação contínua ao longo dos estágios, facilitaram a aprendizagem teórica e prática, bem como a minha adaptação à prática no contexto dos CP, bem como ao desenvolvimento das minhas competências;
- A aplicação instrumentos de avaliação em CP permitiu-me desenvolver competências na identificação das necessidades da PSP e família, garantindo uma abordagem centrada na pessoa, promovendo o conforto;
- O desenvolvimento da capacidade de comunicação com a PSP e com a família, de modo a facilitar a compreensão das suas necessidades, promovendo um cuidado baseado na promoção do conforto;
- A oportunidade de ter assistido a formações, de ter participado em reuniões de serviço, conhecer os protocolos existentes, usados em cada serviço, proporcionaram o enriquecimento da experiência;
- As discussões com a equipa, foram oportunidades de melhoria na prestação de CP, proporcionando conforto ao cuidar da PSP em UDHV e da família, e nas capacidades de comunicação entre enfermeiros, PSP e famílias relativamente à doença terminal e ao processo de morrer;
- A motivação de aprendizagem.

Estes pontos refletem a riqueza das forças e oportunidades oferecidas por esta experiência, a qual foi fundamental para o desenvolvimento das minhas competências e do projeto formativo. Essas experiências permitiram-me aprimorar habilidades essenciais e adquirir uma compreensão mais profunda dos cuidados paliativos, preparando-me melhor para enfrentar os desafios desta área e proporcionar um cuidado centrado na promoção do conforto da PSP e da sua família.

Pontos fracos são fatores que podem ter um efeito negativo (ou constituir um obstáculo) na realização dos objetivos (Sincy, 2016). Para que possam ser objeto da minha

reflexão e no que alude às fraquezas e ameaças, considerados como pontos fracos, destaco:

- As condições pessoais e profissionais que contribuíram para a sobrecarga experienciada ao longo deste percurso.

Realizando uma análise ao meu percurso, posso afirmar que o trabalho desenvolvido foi essencial para aprimorar a minha prática e para o desenvolvimento de competências na área da promoção do conforto na PSP nos UDHV e família, enriquecendo a minha formação e contribuindo para o meu crescimento profissional. As atividades desenvolvidas ao longo dos estágios permitiram-me atingir os objetivos a que me propus.

3.2. Estratégias de gestão dos constrangimentos

Apesar das dificuldades e dos constrangimentos que existiram ao longo deste percurso, consegui adaptar as atividades de forma a superar esses desafios e alcançar os objetivos propostos, o que faz parte do processo de desenvolvimento e aperfeiçoamento contínuo.

Para contornar a falta de tempo pessoal e, principalmente, profissional adotei estratégias que me permitiram gerir melhor as minhas responsabilidades e garantir a conclusão das atividades propostas, geri melhor o tempo para organizar e priorizar as tarefas pendentes. Esta adaptação foi fundamental para prevenir a sobrecarga, permitindo uma gestão mais equilibrada das atividades, garantindo que as responsabilidades fossem cumpridas sem comprometer o bem-estar.

Durante os estágios, aproveitei plenamente cada oportunidade de aprendizagem para evoluir tanto a nível pessoal como a nível profissional. Dediquei-me a adquirir novas competências, aprofundando o conhecimento nas áreas de identificação de sinais e sintomas, gestão de sintomas, comunicação, entre outras. Além disso, participei ativamente na execução de técnicas, aprimorando competências.

3.3. Contributos do percurso de aprendizagem para a melhoria da qualidade dos cuidados

A implementação deste projeto formativo permitiu-me desenvolver competências na área da promoção do conforto na PSP nos UDHV e família. Sinto-me realizada com os resultados alcançados através deste projeto de formação, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados, com foco na promoção do conforto da PSP nos UDHV e família. A realização das atividades planeadas, permitiu-me identificar os sinais e sintomas da PSP nos UDHV, as necessidades da PSP e da família e as intervenções de enfermagem promotoras de conforto. Consegui integrar na prática clínica a filosofia dos cuidados paliativos, mobilizando a Teoria de Conforto de Kolcaba (2003), na conceção, implementação e avaliação do cuidado prestado com a PSP em UDHV e família.

A Ordem dos Enfermeiros, definiu os padrões de qualidade inerentes aos cuidados de enfermagem, que contemplam seis enunciados descritivos, nomeadamente a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado do cliente, a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem (Conselho de Enfermagem, 2001). Estes enunciados servem como guias fundamentais para assegurar práticas de excelência, segurança e humanização dos cuidados prestados. Ao longo deste percurso formativo pautei a minha atuação pelo cumprimento dos padrões de qualidade, contribuindo diretamente para a eficácia das intervenções e para a promoção do conforto da PSP e da família, promovendo a melhoria contínua nos cuidados.

Este projeto contribui para a minha formação profissional e aquisição de novas competências, mas também para a sensibilização dos pares sobre este tema e sobre como desenvolver uma prática com qualidade. O projeto formativo desenvolvido, desempenhou um papel importante, ao promover o interesse da equipa na pesquisa e na identificação de práticas eficazes na promoção do conforto da PSP nos UDHV e da sua família. Pela observação efetuada, perceciono que esta atitude e envolvimento contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados oferecidos, mas também incentivou a equipa a desenvolver a sua pesquisa e investigação contínua. Este estímulo à pesquisa é propulsor da melhoria e excelência no cuidar.

4. Conclusões e perspectivas futuras

Findo este percurso, e ao concluir este relatório, posso afirmar que os objetivos definidos previamente para o desenvolvimento e implementação do projeto de formação foram alcançados, sendo o balanço final claramente positivo. Além disso, este percurso revelou-se fundamental para o meu crescimento pessoal e profissional, promovendo não apenas a aquisição de conhecimentos e práticas específicas em cuidados paliativos, mas também no desenvolvimento das competências necessárias para o exercício profissional como enfermeira especialista e para a obtenção do grau de mestre. Desde a realização dos estágios até à elaboração deste relatório, procurei sempre orientar a minha prática pelo respeito aos direitos da PSP e da família, reconhecendo-a e cuidando dela como um ser biopsicossocial e espiritual. Regendo-me pelo regulamento para o exercício profissional dos enfermeiros (Decreto-Lei Nº161/1996) e pelo código deontológico para a prática de enfermagem (OE, 2015).

Neste percurso e ao longo das etapas e das atividades desenvolvidas, consegui adquirir e desenvolver as competências a que me propus. Este percurso proporcionou-me múltiplas oportunidades de aprendizagem, permitindo a aquisição de novos conhecimentos e o desenvolvimento de outros, necessários à prática e ao cuidado com a PSP em UDHV e família, tendo em vista a promoção do conforto. A realização dos estágios nos diferentes contextos, proporcionou-me um crescimento progressivo em termos de aprendizagem, conhecimento e de experiência, contribuindo para o meu desenvolvimento. A realização de pesquisa da evidência científica, foi fundamental neste percurso, para adquirir e consolidar o conhecimento, e suportar as intervenções de enfermagem adotadas para a promoção do conforto. Foi possível identificar as melhores práticas, sustentadas por estudos recentes, promovendo uma abordagem de cuidados segura, eficaz e baseada na evidência. Ao longo dos estágios, foi possível a realização das atividades baseadas na reflexão crítica, tendo desempenhado um papel deveras importante. Permitiu-me identificar as áreas de melhoria, permitiu-me desenvolver o meu espírito crítico e de autoavaliação. Tanto a pesquisa de evidência, como os momentos de reflexão foram fundamentais para ganhar confiança na tomada de decisão, na implementação de intervenções de enfermagem baseadas na evidência científica,

aumentando assim, a minha capacidade de atuar de forma autónoma, intencional e consciente.

Considero que ao longo do percurso, foi possível desenvolver as competências previstas no regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019), no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa (Regulamento n.º 429/2018), bem como as competências de mestre identificadas no (Decreto-lei nº 107, 2008).

Este percurso, permitiu-me compreender a complexidade das necessidades de conforto da PSP e da família, no momento tão delicado como os UDHV. A prática possibilitou o desenvolvimento de competências essenciais para lidar com o sofrimento e para oferecer um suporte emocional adequado e intervenções de enfermagem promotoras de conforto à pessoa e família. Além disso, a mobilização da Teoria do Conforto de Kolcaba na conceção, planeamento, execução de intervenções de enfermagem e sua avaliação, promoveu uma abordagem mais holística e humanizada, alinhada com as melhores práticas. Este percurso contribuiu para a construção da minha identidade profissional como futura enfermeira especialista, reforçando o compromisso com o bem-estar, o conforto e a dignidade da PSP nos UDHV e das suas famílias.

Como perspetivas futuras, pretendo proceder à disseminação do trabalho desenvolvido no âmbito deste percurso junto da equipa do serviço onde exerço funções, de modo a fomentar a integração da promoção do conforto como uma prioridade no cuidado prestado com a PSP internada no serviço de Medicina Interna. Futuramente, espero também integrar uma equipa de CP, de modo a desenvolver o meu trabalho de enfermeira especialista. Irei continuar a estudar e a pesquisar sobre esta temática, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Referências bibliográficas

- AFS (2014). Ciclo de aprendizagem experiencial de Kolb. *AFS Intercultural Programs*.
https://d22dvihj4pfop3.cloudfront.net/wp-content/uploads/sites/27/2019/02/13111431/Kolb_sExperientialLearningCycleforAFS_Friends-Portuguese.pdf
- Albert, R. H. (2017). End-of-life care: managing common symptoms. *American Family Physician* 95(6), 356-361. https://medicine.vumc.org/sites/default/files/documents/pcec/SM-Albert_EOL-Care-Symptoms_AFP_2017.pdf
- Alghamdi, F. A., Alahmed, Z. A., Sowadi, S. Y., Alkhulaif, Z. A., Bubshait, S. W., Alsiyahi, L. M., Alqarni, A. H., Alhajji, F. H., Aljameeli, H. B., & Alharbi, A. S. (2023). Nursing role and strategy in pain management in palliative care. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 11(1), 398–402. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20233830>
- Alodhialah, A. M., Almutairi, A. A., & Almutairi, M. (2024). Exploring nurses' emotional resilience and coping strategies in palliative and end-of-life care settings in Saudi Arabia: A qualitative study. *Healthcare (Switzerland)*, 12(16). <https://doi.org/10.3390/healthcare12161647>
- Alves, A. R. M. V., & Pina, P. S. D. R. S. (2018). Dyspnea in palliative care: Nursing records and self-assessment of dyspnea. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(16), 53–62. <https://doi.org/10.12707/RIV17075>
- Alves, P. V. (2013). Intervenção do Enfermeiro que Cuida da Pessoa em Fim de Vida com Alterações do Comer e Beber. *Pensar Enfermagem*, 17(1), 17-30. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23906/1/PE17-1_17_30.pdf
- ANA Nursing Resources Hub (2024). What is evidence-based practice in nursing? <https://www.nursingworld.org/content-hub/resources/workplace/evidence-based-practice-in-nursing/>
- Andrade, A. G. A., Costa, S. F. G. & Lopes, M. E. L. (2013). Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciência & Saúde Coletiva*,

<https://www.scielo.br/j/csc/a/tqWXjVYtSTqDbm7BXGhc7cn/?lang=pt&format=pdf>

Angheluta, A. A., Gonella, S., Sgubin, C., Dimonte, V., Bin, A., & Palese, A. (2020). When and how clinical nurses adjust nursing care at the end-of-life among patients with cancer: Findings from multiple focus groups. *European Journal of Oncology Nursing*, 49. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101856>

Apóstolo, J. L. A. (2009). *O conforto nas teorias de enfermagem-análise do conceito e significados teóricos. Referência 2(9), 61-67.* <https://www.index-f.com/referencia/2009/r9-6167.php>

Arantzamendi, M., Sapeta, P., Belar, A., & Centeno, C. (2024). How palliative care professionals develop coping competence through their career: A grounded theory. *Palliative Medicine*, 38(3), 284–296. <https://doi.org/10.1177/02692163241229961>

Araujo, M. C. R., da Silva, D. A., & Wilson, A. M. M. M. (2023). Nursing interventions in palliative care in the intensive care unit: A systematic review. *Enfermeria Intensiva*, 34(3), 156–172. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2022.04.001>

Araújo, M. M. T. & Silva, M. J. P (2012). Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. *Rev Esc Enferm USP*, 46(3), 626-632
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/PkND3TttB3sCS8d9jWQkLGQ/?format=pdf&lang=pt>

Araújo, M. V, Junior, F. S. T., Silva, F. A., Rodrigues, A. D. & Monteiro, J. R. (2024). A Importância do Pensamento crítico na educação para a vida pessoal. *IOSR Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS)*, 29, 51–57. <https://doi.org/10.9790/0837-2906055157>

Baillie, J., Anagnostou, D., Sivell, S., Van Godwin, J., Byrne, A., & Nelson, A. (2018). Symptom management, nutrition and hydration at end-of-life: A qualitative exploration of patients', carers' and health professionals' experiences and further research questions. *BMC Palliative Care*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0314-4>

Barbosa, V. M. da S., & Silva, J. V. dos S. (2018). Utilização de teorias de enfermagem na sistematização da prática clínica do enfermeiro. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 7(1). <https://doi.org/10.18554/reas.v7i1.2517>

- Beng, T. S., Xin, C. A., Ying, Y. K., Khuen, L. P., Yee, A., Zainuddin, S. I., Chin, L. E., & Loong, L. C. (2022). Hope in palliative care: A thematic analysis. *Journal of Palliative Care*, 37(2), 177–182. <https://doi.org/10.1177/0825859720948976>
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.
- Bernardo, A., Rosado & Salazar, H. (2016). Trabalho em equipa. In: Barbosa, A., Pina, P. R., Tavares, F., Neto, I.G. Manual de Cuidados Paliativos. 3ª ed. (pp.907-913) Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Beserra, V. dos S., & Brito, C. (2024). Difficult situations and feelings in palliative oncology care. *Cadernos de Saude Publica*, 40(1), 1-15. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT116823>
- Bishaw, S., Coyne, E., Halkett, G, KB., Bloomer, M. J. (2024). Fostering nurse-patient relationships in palliative care: An integrative review with narrative synthesis. *Palliative Medicine*, 00(0), 1-16. <https://doi.org/10.1177/02692163241277380>
- Blinderman, C. D., & Billings, J. A. (2015). Comfort care for patients dying in the hospital. *New England Journal of Medicine*, 373(26), 2549–2561. <https://doi.org/10.1056/nejmra1411746>
- Blomberg, K., Griffiths, P., Wengström, Y., May, C., & Bridges, J. (2016). Interventions for compassionate nursing care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 62, 137–155. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.07.009>
- Bovero, A., Gottardo, F., Botto, R., Tosi, C., Selvatico, M., & Torta, R. (2020). Definition of a good death, attitudes toward death, and feelings of interconnectedness among people taking care of terminally ill patients with cancer: An exploratory study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 37(5), 343–349. <https://doi.org/10.1177/1049909119883835>
- Bowers, B., Pollock, K., & Barclay, S. (2022). Simultaneously reassuring and unsettling: a longitudinal qualitative study of community anticipatory medication prescribing for older patients. *Age and Ageing*, 51(12). <https://doi.org/10.1093/ageing/afac293>
- Bpac (2023). Navigating the last days of life: a general practice perspective. <https://bpac.org.nz/2023/last-days-of-life/docs/ldol-perspective.pdf>

- Braga, B., Rodrigues, J., Alves, M., & Neto, I. G. (2017). Guia Prático da Abordagem da Agonia. *Medicina Interna*, 24(1), 48-55. <https://doi.org/10.24950/rspmi.578>
- Brito, S., Bertão, M., Freire, E. (2022). Cuidados paliativos no domicílio: vias alternativas a administração de fármacos. *Medicina Interna*, 9(3), 207-214. <https://doi.org/10.24950/rspmi.432>
- Broca, P. V., Ferreira, M. A. (2012). Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista brasileira de enfermagem*, Brasília, 65(1): 97-103. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100014>
- Brykczynski, K. A. (2022). Patricia Benner: caring, clinical wisdom, and ethics in nursing practice. In Alligood, M. R. (Eds.), *Nursings theorists and their work*. (10^aed, 101-122). Missouri. Elsevier.
- Buonaccorso, L., Tanzi, S., Sacchi, S., Alquati, S., Bertocchi, E., Autelitano, C., Taberna, E., & Martucci, G. (2022). Self-care as a method to cope with suffering and death: a participatory action-research aimed at quality improvement. *Frontiers in Psychology*, 13, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.769702>
- Camilo, A. O., Nascimento, D. K., Mazur, T. B., & Martins, H. R. F. (2022). Efeitos da massoterapia em cuidados de fim de vida: uma revisão sistemática. *Movimenta* 15(3), <https://doi.org/10.31668/movimenta.v15i3.13171>
- Campos, V. F., Silva, J. M. & Silva, J. J. (2019). Communication in palliative care: Team, patient and family. *Revista Bioética*, 27(4), 711–718. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274354>
- Cardoso, A. G. C., Souza, J. P., Santos, M. E. P., Sales, S. M. S., & Menezes, M. R. S. (2024). Compassion and empathy in palliative care for end-of-life patients. Seven Editora. <https://doi.org/10.56238/sevened2023.006-133>
- Cardoso, R. B., de Souza, P. A., Caldas, C. P., & Bitencourt, G. R. (2020). Nursing diagnoses in hospitalized elderly patients based on kolcaba's comfort theory. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2020(4), 1–10. <https://doi.org/10.12707/RV20066>
- Carvalho, M. S., Duarte, T., & Charepe, Z. (2022). Promover a esperança perante um diagnóstico de cardiopatia congénita: reflexão sobre as vivências dos pais Promoting hope in the face

- of a diagnosis of congenital heart disease: reflection on parents' experiences. *Cadernos de Saúde* 8, 14, 51–57. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2022.10195>
- Cates, C., Jordan, K., Munk, N., Farrand, R., Kennedy, A. B., & Groninger, H. (2023). Massage therapy in palliative care populations: a narrative review of literature from 2012 to 2022. *Annals of Palliative Medicine*, 12(5), 963–975. <https://doi.org/10.21037/apm-23-126>
- Chovan, J. D. (2019). Principles of patient and family assessment. In In: Ferrel, B. R. & Paice, J. A. Oxford Textbook of Palliative Nursing. 5^a ed. (pp. 32-54). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780190862374.003.0004>
- Clayton, J. M., Butow, P. N., & Tattersall, M. H. N. (2005). The needs of terminally ill cancer patients versus those of caregivers for information regarding prognosis and end-of-life issues. *Cancer*, 103(9), 1957–1964. <https://doi.org/10.1002/cncr.21010>
- Cocks, H., Ah-See, K., Capel, M., & Taylor, P. (2016). Palliative and supportive care in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *The Journal of laryngology and otology*, 130(S2), S198–S207. <https://doi.org/10.1017/s0022215116000633>
- Coelho, A., Parola, V., Cardoso, D., Bravo, M. E., & Apóstolo, J. (2017). Use of non-pharmacological interventions for comforting patients in palliative care: a scoping review. *JBI database of systematic reviews and implementation reports* 15(7), 1867–1904. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003204>
- Coelho, A., Parola, V., Escobar-Bravo, M., & Apóstolo, J. (2016). Comfort experience in palliative care: A phenomenological study. *BMC Palliative Care*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0145-0>
- Coelho, A., Rocha, A., Cardoso, D., Rodrigues, R., Costeira, C., Gomes, S., & Parola, V. (2022). Monitoring and management of the palliative care patient symptoms: a best practice implementation project. *Nursing Reports*, 12(2), 365–370. <https://doi.org/10.3390/nursrep12020035>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2023). Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos. https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP-2023_2024_signed.pdf

- Connor, L., Dean, J., McNett, M., Tydings, D. M., Shrout, A., Gorsuch, P. F., Hole, A., Moore, L., Brown, R., Melnyk, B. M., & Gallagher-Ford, L. (2023). Evidence-based practice improves patient outcomes and healthcare system return on investment: Findings from a scoping review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 20(1), 6–15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12621>
- Conselho de Enfermagem (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem-Enquadramento conceptual Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 18/08/2021. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-doscuidados.pdf>
- Crombeen, A. M., & Lilly, E. J. (2020). Management of dyspnea in palliative care. *Current Oncology*, 27(3), 142–145. <https://doi.org/10.3747/co.27.6413>
- Curie, M. (2020). Good communication at end of life. https://www.mariecurie.org.uk/professionals/palliative-care-knowledge-zone/individual-needs/good_communication
- Dahlin, C. M. & Wittenberg, E. (2019). Communication in palliative care: an essential competency for nurses. In: Ferrel, B. R. & Paice, J. A. Oxford Textbook of Palliative Nursing. 5ª ed. (pp. 55-78). Oxford University Press.
- Decreto-lei nº 107 (2008). Processo de Bolonha. Ministério da Ciência, Inovação e Ensino Superior. Diário da República, I Série (Nº 121 de 25/06/2008), 3835-3853. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/107/2008/06/25/p/dre/pt/html>
- Devik, S. A., Enmarker, I., & Hellzen, O. (2020). Nurses' experiences of compassion when giving palliative care at home. *Nursing Ethics*, 27(1), 194–205. <https://doi.org/10.1177/0969733019839218>
- Dowd, T. (2018). Katharine Kolcaba: teoria do conforto. In Alligood, M. R. (Eds.), *Nursing theorists and their work* (9ªed, 527-539). Elsevier.
- Düzgün, G., & Karadakovan, A. (2024). Effect of music on pain in cancer patients in palliative care service: A randomized controlled study. *Omega (United States)*, 88(3), 1085–1100. <https://doi.org/10.1177/00302228211059891>

- Ekberg, S., Parry, R., Land, V., Ekberg, K., Pino, M., Antaki, C., Jenkins, L., Whittaker, B. (2021). Communicating with patients and families about illness progression and end of life: a review of studies using direct observation of clinical practice. *BMC Palliative Care*, 20 (186), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00876-2>
- Essay, J. L., & Kennedy, G. (2016). *The Importance of Patient Dignity in Care at the End of Life*. www.ums.ac.uk
- Evangelista, C. B., Lopes, M. E. L., Costa, S. F. G. da, Abrão, F. M. da S., Batista, P. S. de S., & Oliveira, R. C. de. (2016). Spirituality in patient care under palliative care: A study with nurses. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 20(1). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160023>
- Falkensteiner, M., Mantovan, F., Müller, I., & Them, C. (2011). The use of massage therapy for reducing pain, anxiety, and depression in oncological palliative care patients: A narrative review of the literature. *ISRN Nursing*, 2011, 1–8. <https://doi.org/10.5402/2011/929868>
- Fernando, M., & Praxedes, S. (2023). *Autonomia e processo de cuidar*. Atena Editora. <https://atenaeditora.com.br/catalogo/ebook/enfermagem-autonomia-e-processo-de-cuidar-4>
- Ferreira, B. E. S, Nascimento, N. B., Assis, V. L., Castro, C. M. F., Ferreira, G. R., Pereira, V. L. D, Silva, E. L. & Araújo, C. M. (2024). Atuação do enfermeiro a pacientes e cuidados paliativos: uma revisão integrativa da literatura. *Nursing Edição Brasileira*, 28(312), 9359–9365. <https://doi.org/10.36489/nursing.2024v28i312p9359-9365>
- Ferrito, C., Nunes, L. & Ruivo, M.A. (2010). Metodologia de Projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15 (1), 3-37. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Franco, H.C.P., Stigar, R., Souza, S.J.P., Burci, L.M. (2017). Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo de morrer. *Revista gestão & saúde*, 17(2): 48-61. <https://www.herrero.com.br/files/revista/file56fb2faad065b8f7980ccdf2d0aa2da1.pdf>

- Frias, A. C. M. F. de, & Paiva-Santos, F. M. (2023). Nurses' conceptions of communication in shift handover meetings. *Revista de Enfermagem Referencia*, 6(2). <https://doi.org/10.12707/RVI22110>
- Gardona, R. G. B. & Barbosa, D. A. (2018). The importance of clinical practice supported by health assessment tools. *Rev Bras Enferm*, 71(4), 1815-1816 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4968574/>
- Girão, A. (2022). A importância da implementação da conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos: revisão sistemática. *Egitania Scientia*, número especial: Congresso Internacional Age. 143-164. <https://doi.org/10.46691/es.vi.61>
- Given, B. A., Given, C. W., & Kozachik, S. (2001). Family Support in Advanced Cancer. *CA Cancer Journal for Clinicians*, 51(4), 213–231. <https://doi.org/10.3322/canjclin.51.4.213>
- Gómez-Batiste, X., & Connor, S. (2017). *Building integrated palliative care programs and Services*. 1-385 <https://www.researchgate.net/publication/317258932>
- Gonçalves, J. F. (2016). Como avaliar sintomas em cuidados paliativos: da investigação à prática. In: Barbosa, A., Pina, P. R., Tavares, F., Neto, I.G. *Manual de Cuidados Paliativos*. 3ª ed. (pp.963-975) Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Goni-Fuste, B., Pergolizzi, D., Monforte-Royo, C., Julià-Torras, J., Rodríguez-Prat, A. & Crespo, I. (2023). What makes the palliative care initial encounter meaningful? A descriptive study with patients with cancer, family carers and palliative care professionals. *Palliative Medicine*. 37(8) 1252-1265. <https://doi.org/10.1177/02692163231183998>
- Griffith, S. (2022). Managing symptoms at the end of life: a guide for non-palliative care nurses. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain))* 37(11), 61–66. <https://doi.org/10.7748/ns.2022.e11999>
- Groninger, H., Nemati, D., Cates, C., Jordan, K., Kelemen, A., Shipp, G., & Munk, N. (2023). massage therapy for hospitalized patients receiving palliative care: A randomized clinical trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 65(5), 428–441. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.01.011>

- Haddad, M. El, Faithfull-Byrne, A., Thompson, L., Wilkinson, G., & Moss, C. (2022). Nurse unit managers' work and impacts on clinical leadership: A cross-sectional study. *Collegian*, 29(5), 635–644. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2022.02.004>
- Hagan, T. L., Xu, J., Lopez, R. P., & Bressler, T. (2018). Nursing's role in leading palliative care: A call to action. *Nurse Education Today* 61, 216–219. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.037>
- Haraldsdottir, E., Lloyd, A., Bijak, M., Milton, L., & Finucane, A. M. (2023). Inpatient hospice admissions. Who is admitted and why: a mixed-method prospective study. *Palliative Care and Social Practice*, 17. <https://doi.org/10.1177/26323524231182724>
- Harvard Health (2024). When a Loved One is Terminally Ill. <https://www.helpguide.org/aging/end-of-life/when-a-loved-one-is-terminally-ill>
- Henson, L. A., Maddocks, M., Evans, C., Davidson, M., Hicks, S., & Higginson, I. J. (2020). Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. *J Clin Oncol*, 38, 905–914. <https://doi.org/10.1200/JCO.19>
- Hiratsuka, Y., Suh, S. Y., Won, S. H., Kim, S. H., Yoon, S. J., Koh, S. J., Kwon, J. H., Park, J., Ahn, H. Y., Cheng, S. Y., Chen, P. J., Yamaguchi, T., Morita, T., Tsuneto, S., Mori, M., & Inoue, A. (2022). Prevalence and severity of symptoms and signs in patients with advanced cancer in the last days of life: the East Asian collaborative cross-cultural study to elucidate the dying process (EASED). *Supportive Care in Cancer*, 30(6), 5499–5508. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-06969-9>
- Hudson, P., Quinn, K., O'Hanlon, B., & Aranda, S. (2008). Family meetings in palliative care: multidisciplinary clinical practice guidelines. *BMC Palliative Care*, 7(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-7-12>
- Huisman, B. A. A., Geijteman, E. C. T., Dees, M. K., Schonewille, N. N., Wieles, M., Van Zuylen, L., Szadek, K. M., & Van Der Heide, A. (2020). Role of nurses in medication management at the end of life: A qualitative interview study. *BMC Palliative Care*, 19(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00574-5>

- Ijaopo, E. O., Zaw, K. M., Ijaopo, R. O., & Khawand-Azoulai, M. (2023). A Review of clinical signs and symptoms of imminent end-of-life in individuals with advanced illness. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 9, 1-15. <https://doi.org/10.1177/23337214231183243>
- INCA (2023). Últimos dias de vida: Cuidados paliativos na prática clínica, v. 2 (1nd ed.). RJ Offset. https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/14930/1/Serie_Cuidados_Paliativos_Volume_2_completo.pdf
- JBI (2024). Manual for evidence synthesis. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/355862619/10.2+Development+of+a+scoping+review+protocol>
- Jesus, G. T. de, Freitas, F. G., Bispo, D. B. S., Pereira, J. V., Gomes, R. V., & Araujo, L. M. B. (2023). O papel da espiritualidade no contexto dos cuidados. *Research, Society and Development*, 12(1), e19812139531. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i1.39531>
- Jiao, K., & Chow, A. Y. M. (2023). The connections of physical and psychosocial symptoms among patients with terminal illnesses: A network analysis. *Palliative Medicine*, 37(1), 120–130. <https://doi.org/10.1177/02692163221128452>
- Jodie, F., Anna, K., & Ursula, W. (2024). Effectiveness of music therapy, aromatherapy, and massage therapy on people in palliative care with end-of-life needs: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2024.07.024>
- Jünger, S., Pestinger, M., Elsner, F., Krumm, N., & Radbruch, L. (2007). Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. *Palliative Medicine*, 21(4), 347–354. <https://doi.org/10.1177/0269216307078505>
- Kang, K. A. (2018). Models for spiritual care in hospice and palliative care. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 21(2), 41–50. <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2018.21.2.41>
- Kasar, K. S, Yildirim, Y. & Bulut, U. (2023). Comfort level in caregivers of palliative care patients and affecting factors: what should we know? *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 86(4), 1461-1472. DOI: 10.1177/00302228211014779

- Kelsall-Knight, L., & Stevens, R. (2024). Exploring the implementation of person-centred care in nursing practice. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain))*, 39(1), 70–75. <https://doi.org/10.7748/ns.2023.e12190>
- Kinley J., (2024). How to recognise the dying phase in palliative and end-of-life care. *Nursing Times [online]*, 120(9), 1-6 <https://emap-moon-prod.s3.eu-west-1.amazonaws.com/wp-content/uploads/sites/3/2024/08/240819-How-to-recognise-the-dying-phase-in-palliative-and-end-of-life-care.pdf>
- Kisvetrová, H., Vévodová, Š., & Školoudík, D. (2018). Comfort-supporting nursing activities for end-of-life patients in an institutionalized environment. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(2), 126–133. <https://doi.org/10.1111/jnu.12341>
- Kolb, D. A. (1987). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. NJ, Prentice Hall. <http://www.learningfromexperience.com/images/uploads/process-of-experiential-learning.pdf>
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing «The Relationship between Comfort and Adherence in Hemodialysis Patients» View project. *Article in Journal of Advanced Nursing*. <https://www.researchgate.net/publication/15269336>
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, 49(2), 86–92. <https://doi.org/10.1067/mno.2001.110268>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K. Y., & Fisher, E. M. (1996). A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nursing Quarterly*, 18(4), 66–76. Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/00002727-199602000-00009>
- Kolcaba, K., & Kolcaba, R. J. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1301-1310. <https://www.researchgate.net/publication/21402816>
- Kreye, G., Wasl, M., Dietz, A., Klaffel, D., Groselji-Strele, A., Eberhard, K., & Glechner, A. (2022). Aromatherapy in palliative care: A single-institute retrospective analysis evaluating the effect of lemon oil pads against nausea and vomiting in advanced cancer patients. *Cancers*, 14(9). <https://doi.org/10.3390/cancers14092131>

- Krikorian, A., Maldonado, C., & Pastrana, T. (2020). Patient's perspectives on the notion of a good death: A systematic review of the literature. *Journal of Pain and Symptom Management*, 59(1), 152–164 <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.07.033>
- Krinsky, R., Murillo, I., & Johnson, J. (2014). A practical application of Katharine Kolcaba's comfort theory to cardiac patients. *Applied Nursing Research*, 27(2), 147–150. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.02.004>
- Larson, S., Laures, E., Seo, M., Cox, M., & Wagner, M. (2024). Evidence-based pain assessment in nonverbal palliative care patients. *Pain Management Nursing*, 25(2), 152–159. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2023.12.005>
- Lee, E. K., Jeong, H. Y., & Kim, K. W. (2021). End-of-life assessments and communication for dying patients and their families. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 24(3), 194–197. <https://doi.org/10.14475/jhpc.2021.24.3.194>
- Lei nº 52/2012 (2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Assembleia da República. Diário da República, I série (nº 172 de 05-09-2012), 5119-5124. ELI <https://data.dre.pt/eli/lei/52/2012/09/05/p/dre/pt/html>
- Lima, M. A., & Manchola-Castillo, C. (2021). Bioethics, palliative care and liberation: a contribution to “dying well”. *Revista Bioetica*, 29(2), 268–278. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021292464>
- Lin, Y., Zhou, Y., & Chen, C. (2023). Interventions and practices using comfort theory of Kolcaba to promote adults' comfort: an evidence and gap map protocol of international effectiveness studies. *Syst Ver*, 12(33), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02202-8>
- Lin, Y., Zhou, Y., & Chen, C. (2023). Interventions and practices using comfort theory of Kolcaba to promote adults' comfort: an evidence and gap map protocol of international effectiveness studies. *Systematic Reviews*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02202-8>
- Lokker, M. E., van der Heide, A., Oldenmenger, W. H., van der Rijt, C. C. D., van Zuylen, L. (2021). *BMJ Supportive & Palliative Care*, 11, 335-343. (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2018-001729>).

- Lynn, J., & Adamson, D. M. (2003). Living well at the end of life: adapting health care to serious chronic illness in old age. *RAND Health*. https://www.researchgate.net/publication/237461231_Living_well_at_the_end_of_life_Adapting_health_care_to_serious_chronic_illness_in_old_age
- Madeira, A. C. S. C. M. (2014). *O Estudante de Enfermagem no Processo de Cuidados em Contexto de Ensino Clínico*. [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/78973/2/35058.pdf>
- Marcelino, T., Pontífice-Sousa, P. & Marques, R. (2021). Estratégias promotoras da inteligência emocional nos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (25). <https://doi.org/10.19131/rpesm.0296>
- Marie, B. S. (2013). Pain management in patients receiving palliative care. *Oncol Nurse Advis*, 1-9. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4755508/pdf/nihms688661.pdf>
- Marins, J. M., Gomes, M. G., Carvalho, M. N., Lemos, A. C. M., Lemos, K. T. de B. D., & Figueiredo, N. M. A. de. (2022). A implementação da musicoterapia como cuidado paliativo de enfermagem durante o tratamento de pacientes acometidos pelo câncer. *Global Academic Nursing Journal*. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200181>
- Marote, S., Ferrão, J. B., & Barreira, J. V. (2019). Cuidados em fim de vida num serviço de medicina interna. *Medicina Interna*, 26(2). <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/395/239>
- Marques, G., Amendoeira, J., & Vieira, M. (2015). Aprendizagens dos estudantes, reflexos de um currículo com vista ao cuidado humano. <http://hdl.handle.net/10400.14/19785>
- Martins, A. G., Sousa, P. P. & Marques, R. (2022). Conforto: contributo teórico para a enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 27, 1-8. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.85214>
- McCarroll, C. J., & Yan, K. (2024). Mourning a death foretold: memory and mental time travel in anticipatory grief. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*. <https://doi.org/10.1007/s11097-024-09956-z>

- McGlinchey, T., Early, R., Mason, S., Johan-Fürst, C., van Zuylen, L., Wilkinson, S., & Ellershaw, J. (2023). Updating international consensus on best practice in care of the dying: A Delphi study. *Palliative Medicine*, 37(3), 329–342. <https://doi.org/10.1177/02692163231152523>
- Miller, E. M., Porter, J. E., & Barbagallo, M. S. (2022). The physical hospital environment and its effects on palliative patients and their families: A qualitative meta-synthesis. *Health Environments Research and Design Journal* 15(1) 268–291). <https://doi.org/10.1177/19375867211032931>
- Miller, M., Addicott, K., & Rosa, W. E. (2023). Spiritual Care as a Core Component of Palliative Nursing. *American Journal of Nursing*, 123(2), 54–59. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000919748.95749.e5>
- Monteiro, D. R., Kruse, M. H. L. & Almeida, M. A. (2010). Avaliação do instrumento Edmonton symptom assessment system em cuidados paliativos: revisão integrativa. *Rev. Gaúch. Enferm*, 31(4), 785-793 <https://core.ac.uk/download/pdf/303964687.pdf>
- Moran, S., Bailey, M. E., & Doody, O. (2024). Role and contribution of the nurse in caring for patients with palliative care needs: A scoping review. *PLoS ONE*, 19(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307188>
- Mori, M., Morita, T., Bruera, E., & Hui, D. (2022). Prognostication of the Last Days of Life. *Cancer Research and Treatment*, 54(3), 631–643. <https://doi.org/10.4143/CRT.2021.1573>
- Nacak, U. A., & Erden, Y. (2022). End-of-life care and nurse's roles. *Eurasian Journal of Medicine*, 54, 141–144. <https://doi.org/10.5152/eurasianjmed.2022.22324>
- Nadolny, S., Schildmann, E., Gaßmann, E. S., & Schildmann, J. (2023). What is an “early palliative care” intervention? A scoping review of controlled studies in oncology. *Cancer Medicine*, 12(23), 21335–21353. <https://doi.org/10.1002/cam4.6490>
- Natan, B. M., Garfinkel, D., & Shachar, I. (2010). End-of-life needs as perceived by terminally ill older adult patients, family and staff. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 299–303. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.05.002>
- National Clinical Guideline Centre (2015). Care of dying adults in the last days of life. *Clinical guideline NICE Guideline 31 Methods, evidence and recommendations*.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng31/resources/care-of-dying-adults-in-the-last-days-of-life-pdf-1837387324357>

Neto, I. G. (2008). Utilização da via subcutânea na prática clínica. *Medicina Interna*, 15(4), 277-283 https://www.spmi.pt/revista/vol15/vol15_n4_2008_277_283.pdf

Neto, I. G. (2016). Modelos de controlo sintomático. In: Barbosa, A., Pina, P. R., Tavares, F., Neto, I.G. Manual de Cuidados Paliativos. 3ª ed. (pp.43-48) Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Neto, I. G. (2016b). Cuidados paliativos: princípios e conceitos fundamentais. In: Barbosa, A., Pina, P. R., Tavares, F., Neto, I.G. Manual de Cuidados Paliativos. 3ª ed. (pp.1-22) Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Neto, I. G. (2016c). Cuidados na agonia. In: Barbosa, A., Pina, P. R., Tavares, F., Neto, I.G. Manual de Cuidados Paliativos. 3ª ed. (pp.317-344) Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Neto, I. G. (2020). Princípios do controlo de sintomas: um pilar dos cuidados paliativos. <https://ordemosmedicos.pt/principios-do-controlo-de-sintomas-um-pilar-dos-cuidados-paliativos-por-isabel-galrica-neto/>

Neto, I.G. (2008). As conferências familiares como estratégia de intervenção e apoio à família em cuidados paliativos. *Dor*, 16(3), 27-34 https://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2008_03.pdf

NICE (2024). Care of dying adults in the last days of life. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs144/resources/care-of-dying-adults-in-the-last-days-of-life-pdf-75545479508677>

Nogueira, A. J. da S., Silva, M. K. de L., & Pachú, C. O. (2023). O uso da musicoterapia como uma ferramenta terapêutica na área da saúde. *Research, Society and Development*, 12(1). <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i1.39377>

Novak, B., Kolcaba, K., Steiner, R., & Dowd, T. (2001). Measuring comfort in caregivers and patients during late end-of-life. *American journal of hospice & palliative care*. 18(3) DOI: 10.1177/104990910101800308

- Nuraini, T., Andrijono, A., Irawaty, D., Umar, J. & Gayatri, D. (2018). Spirituality-focused palliative care to improve Indonesian breast cancer patient comfort. *Indian J Palliat Care*, 24, 196-201. DOI:[10.4103/IJPC.IJPC_5_18](https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_5_18)
- OE (2012). Combater a desigualdade: da evidência à acção. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf
- OE (2015). Código deontológico do enfermeiro. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Oliveira, I., Fothergill-Bourbonnais, F., McPherson, C., & Vanderspank-Wright, B. (2016). Battling a tangled web: The lived experience of nurses providing end-of-life care on an acute medical unit. *Research and Theory for Nursing Practice*, 30(4), 353-378. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.30.4.353>
- Pais, C. (2019). Uma Boa Morte: Reconhecer a Agonia a Tempo. *Medicina Interna*, 26(3), 238-246. <https://doi.org/10.24950/rspm/Revisao/253/18/3/2019>
- Palma, D. A., & Gomez Diaz, I. R. (2024). The relevance of scales measuring health outcomes in clinical practice. *Acta Medica Portuguesa* 37(4), <https://doi.org/10.20344/amp.21114>
- Payne, S. A. (2010). White paper on improving support for family carers in palliative care: Part 1: Recommendations from the European association for palliative care (EAPC) task force on family carers. <https://www.researchgate.net/publication/286514608>
- Pedrosa, K. K. A., Oliveira, I. C. M., Feijão, A. R., Machado, R. C. (2015). Enfermagem baseada em evidência: caracterização dos estudos no Brasil. *Cogitare Enferm*, 20(4), 733-741. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1128/40768-166899-1-pb.pdf>
- Pereira, R. A. M., & Ribeiro, P. C. P. S. V. (2023). Ways and means to comfort people at the end of life: how is the nurse a privileged player in this process? *Palliative Care and Social Practice*, 17. <https://doi.org/10.1177/26323524231182730>
- Pereira, R., Silveira, T., Vilelas, J., Pontífice-Sousa, P. (2020). Conforto ao adulto em fim de vida hospitalizado. *Ver Rol Enferm* 43(1), 451-457.

- Pereira-Mendes, A. (2016). Reflective Practice in the clinical learning: earnings for the building of the nursing thinking. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 1–23. <https://doi.org/10.15359/ree.20-1.9>
- Pimentel, A. (2007). *A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional*. *Estudos de Psicologia*, 12(2), 159-168. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2007000200008>
- Pina, P. R. (2016). Controlo da dor em cuidados paliativos. In: Barbosa, A., Pina, P. R., Tavares, F., Neto, I.G. *Manual de Cuidados Paliativos*. 3ª ed. (pp.49-100) Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Pinto, A. C. P., & Mota, L. A. N. (2023). Evidence-based practice instruments for nurses validated for Portugal: scoping review protocol. *RevSALUS - Revista Científica da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia*, 5(1). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487>
- Pinto, S., Caldeira, S. & Martins, J. C. (2015). A Systematic Literature Review Toward the Characterization of Comfort. *Holistic nursing practice*. 30, 14-24. 10.1097/HNP.000000000000126.
- Plonk, W. M. & Arnold, R. M. (2005). Terminal care: last weeks of life. *Journal of Palliative Medicine*, 8(5), 1042-1054. DOI: [10.1089/jpm.2005.8.1042](https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.1042)
- Quennsland Health (2019). Care Plan for the Dying Person: Health Professional Guidelines. https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0023/833315/cpdp-care-plan-hp-guidelines.pdf
- Querido, A., Salazar, H. & Neto, I. G. (2016). Comunicação. In: Barbosa, A., Pina, P. R., Tavares, F., Neto, I.G. *Manual de Cuidados Paliativos*. 3ª ed. (pp.815-831) Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Ramos, O. A. M., de Sá, J. A. F. T. M., Figuerola, M. M., Gomes, J. M. P. A., Augusto, M. C. B., & Gomes, M. J. A. R. (2024). Nursing Care to Promote Comfort for People in Palliative Care: A Scoping Review. *Aquichan*, 24(3). <https://doi.org/10.5294/aqui.2024.24.3.2>
- Ramos, O. M., Augusto, C., Almendra, M. J., & Gomes, R. (2023). *Cuidados de enfermagem promotores do conforto na pessoa em situação paliativa-protocolo de scoping review*. ON. <https://doi.org/10.31877/on.2023.47.04>

- Rego, F., Rego, G., & Nunes, R. (2020). Moral agency and spirituality in palliative care. *Annals of Cardiothoracic Surgery*, 9(4), 2286–2293. <https://doi.org/10.21037/apm-19-436>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. Assembleia da República. Diário da República, 2.ª Série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.
- Regulamento n.º 429/2018 (2018). 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. Assembleia da República. Diário da República, 2.ª série (N.º 135 de 16-08-2018), 19359-19370. ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dicocirurgica.pdf>.
- REPE (2015). Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ribeiro, C. M. & Martinez, M. J. V. (2016). Cuidados Paliativos: a importância do trabalho em equipa e aliança terapêutica. *RPO* 2(1), 25-29 <https://doi.org/10.57678/rpo.13>
- Richards, C. T., Gisondi, M. A., Chang, C. H., Courtney, D. M., Engel, K. G., Emanuel, L., & Quest, T. (2011). Palliative care symptom assessment for patients with cancer in the emergency department: Validation of the screen for palliative and end-of-life care needs in the emergency department instrument. *Journal of Palliative Medicine*, 14(6), 757–764. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0456>
- Rodrigues, A. S. A. & Bernardino, S. P. (2024). Princípios bioéticos no processo de comunicação em cuidados paliativos. *RIAGE*, 5, 390-403. <https://www.riagejournal.com/index.php/riage/article/view/253/210>
- Rome, R. B., Luminais, H. H., Bourgeois, D. A., & Blais, C. M. (2011). *The Role of Palliative Care at the End of Life. The Ochsner Journal*, 11(4), 348-352. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3241069/pdf/i1524-5012-11-4-348.pdf>

- Sailian, S. D., Salifu, Y., & Preston, N. (2024). Dignity enhanced through faith & family support in palliative care: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01478-4>
- Salazar, H. (2017). *Intervenção Psicológica em Cuidados Paliativos* (1ª ed.). Lisboa: Pactor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação
- Sales, C. B., Bernardes, A., Gabriel, C.S., Brito, M. F. P., Moura, A. A. & Zanetti, A. C. B. (2018). Protocolos operacionais padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. *Rev Bras Enferm*, 71(1), 126-34. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>
- Schneider, L. R., Pereira, R. P. G., & Ferraz, L. (2018). A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, 42(118), 594-605. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811804>
- Sequeira, C. & Coelho, T. (2016). Comunicação terapêutica. In: Sequeira. C. Comunicação clínica e relação de ajuda. 1ª ed. (pp. 97-102) Lisboa: Lidel
- Sequeira, C. (2016). Tipos de comunicação. In: Sequeira. C. Comunicação clínica e relação de ajuda. 1ª ed. (pp. 22-37) Lisboa: Lidel
- Severino, R. (2020). Gestão da dispneia em cuidados paliativos: intervenções farmacológicas e não farmacológicas. *Revista Investigação em Enfermagem*, 31 (2), 9-23. https://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE31_s2.pdf
- Silva, A. D. & Nascimento, S. S. (2023). Teoria do conforto de Kolcaba no cuidado de enfermagem: uma revisão integrativa. *JRG de Estudos Acadêmicos*, 6(13), 946-969 <https://doi.org/10.5281/zenodo.8065092>
- Silva, R. S., Pereira, Á., & Mussi, F. C. (2015). Comfort for a good death: perspective nursing staff's of intensive care. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 19(1). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150006>
- Sincy, P. (2016). SWOT Analysis in Nursing. *International Journal of Nursing Care*, 4(1), 34. <https://doi.org/10.5958/2320-8651.2016.00008.9>

- Singer, J., Roberts, K. E., McLean, E., Fadalla, C., Coats, T., Rogers, M., Wilson, M. K., Godwin, K., & Lichtenthal, W. G. (2022). An examination and proposed definitions of family members' grief prior to the death of individuals with a life-limiting illness: A systematic review. *Palliative Medicine*, 36(4), 581–608. <https://doi.org/10.1177/02692163221074540>
- Sousa, L., Pereira, C., Lopes, A., Faísca, M., Fortuna, T., Príncipe, F., & Mota, L. (2020). Inteligência emocional do enfermeiro na abordagem ao doente crítico: estudo qualitativo. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(2), 39–48. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.97>
- Sousa, M. H. A., & Figueiredo, A. S. (2021). Nursing records in Portuguese journals (1958-1998): A bibliometric study. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2021(8). <https://doi.org/10.12707/RV20173>
- Souza, M. C. S., Jaramillo, R. G., & Borges, M. S. (2021). Comfort of patients in palliative care: an integrative review. *Enfermeria Global*, 20(1), 451–465. <https://doi.org/10.6018/eglobal.420751>
- Souza, M. C. S., Jaramillo, R. G. & Borges, M. S. (2021). Conforto de pacientes em cuidados paliativos: revisão integrativa. *Enfermeria Global*, 61, 433-448. <https://doi.org/10.6018/eglobal.420751>
- Souza, M. O. L., Troadio, I. F. M., Sales, A. S., Ribeiro Da Costa, R. E. A., De Carvalho, D. N. R., Holanda, G. S. L. S., De Aguiar, V. F. F., Dos Correa, R. M. S., & Feitosa, E. S. (2022). Reflections of nursing professionals on palliative care. *Revista Bioetica*, 30(1), 162–171. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022301516PT>
- Steinhauser, K. E., Christakis, N. A., Clipp, E. C., McNeilly, M., McIntyre, L., & Tulsky, J. A. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA*, 284(19), 2476–2482. <https://doi.org/10.1001/jama.284.19.2476>
- Tarberg, A. S., Landstad, B. J., Hole, T., Thronæs, M., & Kvangarsnes, M. (2020). Nurses' experiences of compassionate care in the palliative pathway. *Journal of Clinical Nursing*, 29(23–24), 4818–4826. <https://doi.org/10.1111/jocn.15528>
- Tessaro, F., & Lampert, C. D. T. (2019). Developing emotional intelligence at school: Experience report. *Psicologia Escolar e Educacional*, 23. <https://doi.org/10.1590/2175-35392019018696>

- Thomas, A., Lubarsky, S., Varpio, L., Durning, S. J., & Young, M. E. (2020). Scoping reviews in health professions education: challenges, considerations and lessons learned about epistemology and methodology. *Advances in Health Sciences Education*, 25(4), 989–1002. <https://doi.org/10.1007/s10459-019-09932-2>
- Turchetti, H. A., Fenner, D., Andres, S. C., Reginaldo, M. P., Moreschi, C., & Dornelles, C. da S. (2022). Musicoterapia em cuidados paliativos. *Brazilian Journal of Development*, 8(5), 37923–37935. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n5-341>
- Twycross, R. (2003). Cuidados Paliativos. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores
- Veen, S., Drenth, H., Hobbelen, H., & Finnema, E. (2024). Non-pharmacological interventions feasible in the nursing scope of practice for pain relief in palliative care patients: a systematic review. *Palliative Care and Social Practice*, 18, 1-23. <https://doi.org/10.1177/26323524231222496>
- Vendlinski, S., & Kolcaba, K. Y. (1997). Comfort care: A framework for hospice nursing. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 14(6), 271–276. <https://doi.org/10.1177/104990919701400602>
- Vicente, A., Coelho, A. N, Lobão, C., Gonçalves, R., & Parola, V. (2022). *Intervenções não farmacológicas implementadas por enfermeiros no controlo da dor em cuidados paliativos: protocolo scoping review*. 43. <https://doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.v>
- Wensley, C., Botti, M., McKillop, A., & Merry, A. F. (2020). Maximising comfort: How do patients describe the care that matters? A two-stage qualitative descriptive study to develop a quality improvement framework for comfort-related care in inpatient settings. *BMJ Open*, 10(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033336>
- Wernli, U., Dürr, F., Jean-Petit-Matile, S., Kobleder, A., & Meyer-Masseti, C. (2022). Subcutaneous drugs and off-label use in hospice and palliative care: A scoping review. *Journal of Pain and Symptom Management* 64(5), 250–259. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.07.006>
- White, D., & Kondasinghe, S. (2022). Managing a malignant wound in palliative care. *Wound Practice and Research* 30(3), 150–157. <https://doi.org/10.33235/wpr.30.3.150-157>

- Wilson, L., & Kolcaba, K. (2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 19(3), 164–173. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2004.03.006>
- Wong K, McLaughlan R, Collins A, Philip J. (2023) Designing the physical environment for inpatient palliative care: a narrative review. *BMJ Support Palliat Care*. 13(1):45-51. doi: 10.1136/bmjspcare-2021-003087.
- World Health Organization (2014). Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care. Resolution EB134.R7. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_R7-en.pdf
- Yang, Y., Cui, M., Zhao, X., Wang, S., Wang, Y., & Wang, X. (2023). Association of pain management and positive expectations with psychological distress and spiritual well-being among terminally ill cancer patients admitted to a palliative care unit. *BMC Nursing*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01259-z>
- Yoo, J. S., Lee, J. H., & Chang, S. J. (2008). Family experiences in end-of-life Care: A literature review. *Asian Nursing Research*, 2(4), 223–234. [https://doi.org/10.1016/S1976-1317\(09\)60004-9](https://doi.org/10.1016/S1976-1317(09)60004-9)
- Zadeh, R. S., Eshelman, P., Setla, J., Kennedy, L., Hon, E. & Basara, A. (2018). Environmental design for end-of-life care: An integrative review on improving quality of life and managing symptoms for patients in institutional settings. *J Pain Symptom Manage*. 55(3), 1018-1034. doi:10.1016/j.jpainsymman.2017.09.011.