



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

**Intervenção do Enfermeiro Especialista na Promoção do
Conforto da Pessoa em Últimos Dias ou Horas de Vida e sua
Família**

Specialist Nurse Intervention to Promote Comfort for People in their Final
Days or Hours of Life and their Family

Ana Raquel Gomes Borralho



**Lisboa
2024**



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

**Intervenção do Enfermeiro Especialista na Promoção do
Conforto da Pessoa em Últimos Dias ou Horas de Vida e sua
Família**

Specialist Nurse Intervention to Promote Comfort for People in their Final
Days or Hours of Life and their Family

Ana Raquel Gomes Borralho

Orientadora: Professora Doutora Célia Maria Gonçalves Simão de
Oliveira



Lisboa
2024

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*“Nenhum homem é uma ilha isolada;
cada homem é uma partícula do continente, uma parte da terra;
se um torrão é arrastado para o mar, a Europa fica diminuída, como se fosse um
promontório, como se fosse a casa dos teus amigos ou a tua própria;
a morte de qualquer homem diminui-me, porque sou parte do género humano.
E por isso não perguntes por quem os sinos dobram;
eles dobram por ti.”*

John Donne

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Célia Maria Gonçalves Simão de Oliveira pela orientação, motivação e persistência ao longo do meu percurso.

À Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Às senhoras enfermeiras especialistas, Orientadoras Clínicas da minha aprendizagem nos estágios, pelas partilhas, compreensão e dedicação.

Às pessoas em situação paliativa e suas famílias, sem as quais este trabalho não seria possível.

À Luísa, à Rita e à Tânia que a vida se encarregou de nos juntar.

Aos meus colegas de trabalho, que são também amigos, que compreenderam e contribuíram para o sucesso deste percurso.

À minha mãe, ao meu pai, à minha irmã e sobrinhas, às tias, à Sandra, à madrinha, à Matilde, à Avó e aos afilhados que humildemente me transmitem que é possível regressar aos braços de quem se gosta e se importa com o nosso bem-estar, sucesso e felicidade.

Aos meus amigos que são os irmãos que escolhi fazerem parte da minha vida.

À minha mestre e melhor amiga Cláudia pelas horas infindáveis de amizade, compreensão e sensatez desde há vinte anos.

À Júlia e ao Simba.

Ao João, o meu companheiro e amor desta e de outras tantas vidas que vivemos e viveremos. Agradeço-te a compreensão e motivação nos dias que pareceram não ter fim e nas ausências necessárias ao longo desta caminhada.

Ao Angelino, à Ilídia, ao Mário e ao Octávio que pintam o meu céu estrelado.

E ao melhor de mim que está para chegar.

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CCC – *Checklist* Comportamental do Conforto

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP – Cuidados Paliativos

DO - Docente Orientador

EcP – Estágio com Projeto

EcR – Estágio com Relatório

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EE – Enfermeiro Especialista

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EM - Equipe Multidisciplinar

EOC - Enfermeiro Orientador Clínico

MTP - Metodologia Trabalho de Projeto

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAINAD - *Pain Assessment in Advanced Dementia*

PEDCP – Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

PF - Projeto de Formação

PSP – Pessoa em Situação Paliativa

RCCEE - Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

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

RE – Relatório de Estágio

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados

TC – Teoria do Conforto

UC - Unidade Curricular

UCP - Unidade de Cuidados Paliativos

UDHV - Últimos Dias ou Horas de Vida

RESUMO

Este Relatório de Estágio, no âmbito 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, visa demonstrar o meu percurso de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, bem como competências de mestre. Aquele sintetiza o percurso de aprendizagem em dois estágios daquele Curso, em contextos de prestação de cuidados paliativos especializados, um numa Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos e o outro numa Unidade de Cuidados Paliativos.

As metodologias de aprendizagem utilizadas foram a formação pela experiência em estágio e o trabalho por projeto. O projeto de formação desenvolvido centrou-se na questão: “Como se desenvolve a intervenção do enfermeiro especialista para a promoção do conforto da pessoa em últimos dias ou horas de vida e sua família?”.

O aumento da longevidade e os avanços técnicos e científicos trouxeram desafios para a forma como se vive a morte. No entanto, o facto de se viver mais tempo não impede que se morra de forma digna, pelo que surge a necessidade de investimento em Cuidados Paliativos, como filosofia e abordagem à pessoa e sua família. Os últimos dias ou horas de vida correspondem à fase de declínio cognitivo e funcional irreversível, na qual surgem ou se agravam sintomas. Dada a irreversibilidade da situação e previsível curta duração da vida, é essencial que a intervenção de enfermagem reforce o seu enfoque na promoção do conforto da pessoa e sua família. Por tal, o percurso de aprendizagem em estágio teve como referencial teórico a Teoria do Conforto, de Katharine Kolcaba.

Pelas atividades realizadas e pelas aprendizagens e objetivos alcançados, considera-se ter desenvolvido competências de enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa e competências de mestre.

Palavras-chave: conforto; cuidados paliativos; família; intervenção de enfermagem; últimos dias ou horas de vida.

ABSTRACT

This Internship Report, as part of the 1st Master's Degree in Medical-Surgical Nursing with a specialization in Palliative Care Nursing from the Lisbon School of Nursing, aims to demonstrate the development of my competences as a specialist nurse in palliative care, as well as the competences required for a master's degree. It summarizes the learning process during two placements in specialized palliative care settings: one with a Community Palliative Care Support Team and the other in a Palliative Care Unit.

The learning methodologies employed were training through internship experience and project work. The training project centred on the question: "How does the specialist nurse intervene to promote comfort for people in the last days or hours of life and their families?".

Increased longevity and advances in science and technology have brought challenges to the way we experience death. However, living longer does not prevent us from dying with dignity, highlighting the need for investment in Palliative Care as a philosophy and approach for individuals and their families. The last days or hours of life correspond to a phase of irreversible cognitive and functional decline, where symptoms appear or worsen. Given the irreversibility of the situation and the foreseeable short duration of life, nursing interventions must focus on promoting comfort for both the patient and their family. Consequently, the internship learning process was based on Katharine Kolcaba's Comfort Theory.

Based on the activities carried out, the learning achieved, and the objectives met, I consider that I have developed the competences of a nurse specializing in palliative care and those required for a master's degree.

Keywords: comfort; family; last days or hours of life; nursing interventions; palliative care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. O ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.1. A Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba	14
1.2. A Pessoa em Últimos Dias ou Horas de Vida e sua Família.....	19
1.3. A Intervenção do Enfermeiro na Promoção do Conforto da Pessoa em Últimos Dias ou Horas de Vida e sua Família	21
2. O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO	26
2.1. Estágio numa Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos.....	27
2.2. Estágio numa Unidade de Cuidados Paliativos	39
3. A AVALIAÇÃO E OS CONTRIBUTOS DO PERCURSO DE APRENDIZAGEM	62
CONCLUSÕES E PERSPETIVAS DE FUTURO.....	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

APÊNDICES

Apêndice I - Intervenção de Enfermagem na Promoção do Conforto da Pessoa em Últimos Dias ou Horas de Vida e sua Família em Cuidados Paliativos: protocolo de *scoping review*

Apêndice II - Plano de atividade de formação “A importância dos Cuidados Paliativos na abordagem à pessoa com AVC e sua família”

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à PSP, ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e constitui o corolário deste processo de formação, dirigido ao desenvolvimento académico ao nível do 2º ciclo, conforme o Decreto-Lei nº 74/2006. Por minha opção, a via selecionada para a especialização de natureza profissional foi a de realização de “um estágio de natureza profissional objeto de relatório final, consoante os objetivos específicos visados (...)” (Lei nº 74/2006, p. 2248), no caso, os definidos pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa atendendo ao perfil de competências de mestre e às competências de enfermeiro especialista (EE) definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), para a prestação de cuidados especializados à pessoa em situação paliativa (PSP).

O RE resulta do percurso de aprendizagens desenvolvido ao longo da Unidade Curricular Estágio com Projeto (UC EcP) e da UC Estágio com Relatório (EcR) do Curso, que constituindo a sua componente clínica, não deixa de integrar e repercutir, necessariamente, a dimensão teórica do mesmo. Conforme os quesitos da OE (2021), realizei estágios em dois de três contextos de Cuidados Paliativos (CP) especializados. O primeiro estágio, inserido na UC EcP, realizou-se numa (Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) e o segundo, no âmbito da UC EcR, numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP). Neles pude realizar diversas atividades pedagógicas que conduziram a minha aprendizagem, ou seja, o desenvolvimento das competências requeridas para o reconhecimento e atribuição do título profissional de EE, quer as competências comuns ao EE (Regulamento nº 140/2019), quer as específicas de EE em Enfermagem à PSP (Regulamento nº 429/2018). Este Relatório visa documentar esse percurso formativo e os seus adquiridos. Os estágios representaram a principal estratégia pedagógica que contribuiu para o meu processo de desenvolvimento e demonstração de competências de EE e mestre. O percurso formativo em estágio contou ainda com os contributos da Metodologia de Trabalho de Projeto (MTP), para o desenho e implementação do Projeto de Formação (PF) que deu nome a este RE e que constituiu, afinal, uma parte do percurso de aprendizagem em estágio.

Trabalhar por MTP na construção de um PF, requereu começar por diagnosticar as minhas necessidades de aprendizagem (Castro & Ricardo, 2002). No Curso de Licenciatura em Enfermagem, desenvolvi um Trabalho Monográfico, final, sobre "Confortar a pessoa idosa hospitalizada", focado nas intervenções de enfermagem e no contexto sociocultural da experiência de conforto, conforme a teoria de Katharine Kolcaba. O Trabalho Monográfico e o estágio, num serviço de medicina, incrementaram o meu interesse pelo fenómeno do conforto e pelas intervenções de enfermagem confortadoras. Após a conclusão daquele Curso iniciei funções numa UCP e comecei a realizar ações paliativas. Face à complexidade das situações de cuidados e o meu diminuto conhecimento em CP necessitei de realizar diversas pesquisas bibliográficas, clarificar dúvidas com a equipe multidisciplinar (EM) e participar em atividades de formação e cursos básicos de CP. Naquela Unidade prestei cuidados a pessoas em fim de vida e suas famílias, especialmente na fase dos últimos dias ou horas de vida (UDHV) e fui aumentando o meu interesse no tema. Posteriormente, a exercer funções num outro serviço de medicina, confrontei-me com o aumento progressivo das comorbilidades e a escassa preocupação dos profissionais de saúde com a antecipação e gestão de expectativas das pessoas e suas famílias. Verifiquei uma grande discrepância entre o que havia aprendido e desenvolvido na UCP com os cuidados tidos neste outro serviço. Ainda, enfrentei dificuldades na avaliação dos níveis de conforto e os meus registos de enfermagem não refletiam, de um modo geral, as necessidades de conforto das pessoas, a minha intervenção confortadora e o seu resultado. Posto isto, notei uma necessidade crescente de oferecer cuidados mais individualizados às pessoas e suas famílias e de contribuir para integrar os CP na abordagem da equipe. Mas isso exigia mais formação e reconhecimento de competências de EE, o que viria a determinar o ingresso no Curso de Mestrado. As minhas experiências académicas e profissionais despertaram-me para o elevado valor do conforto para as pessoas. Por outro lado, atendendo às competências requeridas para o Enfermeiro Especialista na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (EEEPSP) e à filosofia dos CP, o conforto adquire uma dimensão absolutamente central, inexcedível no cuidado com a pessoa que se encontra em UDHV. O conforto é "consistentemente declarado como resultado desejado nos padrões de CP" (Kolcaba, 2017, p. 209) e o conceito de conforto, como definido pela Teoria do Conforto (TC) "é congruente com a experiência de morrer, com os objetivos e normas interdisciplinares

dos CP e com os resultados desejados pelas pessoas e famílias nas fases finais da morte.” (Novak et al., 2001, p. 171). Tal centralidade do conforto no cuidado com a pessoa em UDHV e família, determinou a seleção do problema do Projeto — Como intervém o EE na promoção do conforto da pessoa em UDHV e sua família? — e a eleição da TC, de Kolcaba, como referencial teórico de suporte ao meu percurso formativo.

A competência é adquirida progressivamente ao longo da vida profissional, sendo que “com a experiência e o domínio, a competência transforma-se (...) e leva a uma melhoria das atuações” (Benner, 2001, p. 63). Antes de iniciar o percurso nos estágios e ao identificar as minhas necessidades de aprendizagem, percebo que já demonstrava características de enfermeira de nível competente. Segundo Benner, a enfermeira

torna-se competente quando começa a aperceber-se dos seus atos em termos objetivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente. (...) para a enfermeira competente, um plano estabelece uma perspectiva e baseia-se sobre uma análise consciente, abstrata e analítica do problema (2001, p. 53).

Neste RE espero manifestar características de enfermeira de nível proficiente. A enfermeira proficiente percebe as “situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados, e as suas ações são guiadas por máximas. (...) A perspectiva (...) é fundada sobre a experiência e os acontecimentos recentes.” (Benner, 2001, p. 55). Através da percepção global, a enfermeira manifesta características que lhe permite focar-se “diretamente sobre o problema” (Benner, 2001, p. 56) e identificar os aspetos mais relevantes.

O RE tem como tema: A intervenção do EE na promoção do conforto da pessoa em UDHV e sua família. Defini como objetivos deste documento: descrever as atividades desenvolvidas nos dois estágios; refletir acerca das aprendizagens ao longo do percurso; explicar as competências de EE e de mestre desenvolvidas; avaliar o percurso que possibilitou o desenvolvimento de competências; analisar a contribuição da implementação do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados enquanto estudante; e apresentar as conclusões e contribuições para o futuro.

O RE irá comportar três grandes capítulos. No primeiro tratarei o enquadramento teórico onde será abordada a TC, que sustentou a prática pessoal de cuidados em estágio, as características da pessoa em UDHV e sua família e uma súmula da intervenção do enfermeiro na promoção do conforto da pessoa e sua família naquela fase. No segundo capítulo apresentarei os contextos e objetivos dos estágios, refletirei sobre as atividades

realizadas nos estágios, incluindo as relacionadas com o PF, e resumirei o processo de desenvolvimento de competências de EE e de mestre. No capítulo seguinte farei uma avaliação do percurso e dos resultados de aprendizagem e descreverei os contributos para a melhoria da qualidade da prática pessoal de cuidados enquanto estudante. Concluirei o RE com uma síntese do percurso realizado e as perspetivas futuras para o meu desenvolvimento profissional.

O Relatório cumpre as normas da 7ª edição da American Psychological Association (2020) e está redigido de acordo com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

1. O ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Partindo do problema do PF e considerando os objetivos propostos para o meu percurso de aprendizagem, é relevante abordar a perspectiva teórica e conceitos que lhe estão subjacentes, com recurso à teoria de enfermagem e à evidência científica. A explanação começará com a descrição do referencial teórico de suporte ao meu percurso formativo. De seguida, será caracterizada a pessoa em UDHV e sua família, e por último, apresentada uma súmula sobre a intervenção de enfermagem na promoção do conforto da pessoa e sua família naquela fase.

1.1. A Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba

Twycross refere que “Nos CP, o objetivo principal do tratamento não é prolongar a vida, mas tornar a vida que resta tão confortável e significativa quanto possível.” (2003, p.15). Pinto et al. (2017) corroboram, afirmando que os CP visam aliviar o sofrimento e melhorar o conforto e a qualidade de vida das pessoas. Pese embora o conforto ser frequentemente associado aos CP, ele é amplamente reconhecido como essencial em diversos contextos de saúde (Lin et al, 2023), constituindo um elemento fundamental em Enfermagem (Lourenço et al., 2021).

A palavra conforto tem origem do latim “*confortare*” que “significa fortificar, corroborar, conceder, consolar, aliviar, assistir, ajudar e auxiliar.” (Souza et al., 2021, p. 437). Enquanto constructo complexo e multidimensional (Bice & Kolcaba, 2020), o conforto é considerado como produto da prática de enfermagem holística e como necessidade humana básica (Bice, 2022; Kolcaba, 2015). Em Notas Sobre Enfermagem, Florence Nightingale faz várias referências ao conceito de conforto:

O alívio e o conforto, sentidos pelo doente após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada (...). Não deve ser esquecido, entretanto, que o alívio e o conforto obtidos, de facto, nada mais são do que um sinal de que as forças vitais foram auxiliadas pela remoção de alguma coisa que as oprimia (2005, p.132).

Paulatinamente, o conceito de conforto foi sofrendo alterações e autores como Kolcaba iniciaram a sua análise concetual e teorização. Segundo a TC, a intervenção de enfermagem é a ação de confortar e o conforto é o resultado essencial dessa intervenção (Bice, 2022; Kolcaba, 2003; 2015). O conforto é mais do que a ausência de desconforto

(Kolcaba & Steiner, 2000) e refere-se à “experiência imediata de se sentir fortalecido por ter as necessidades humanas de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas nos quatro contextos da experiência humana (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental)” (Kolcaba, 2003, p. 159). A teórica postula que as necessidades de cuidados de saúde são definidas como necessidades de conforto, não satisfeitas por outros sistemas de suporte existentes (Kolcaba, 2015), que compreendem “o desejo ou o déficit de alívio/tranquilidade/transcendência das pessoas ou famílias nos contextos físicos, psicoespirituais, socioculturais e ambientais da experiência humana.” (Kolcaba, 2017, p. 196). Estas necessidades emergem de situações ou estímulos, que causam tensões negativas nas pessoas (Kolcaba, 1994), e podem ser avaliadas subjetivamente, através da comunicação direta com a pessoa ou família, ou objetivamente, por meio da observação direta (Kolcaba & Fisher, 1996). Além disso, informações adicionais podem ser obtidas por meio de outros profissionais de saúde que cuidam daquelas pessoas (Kolcaba & Fisher, 1996).

Para operacionalizar o conceito de conforto, Kolcaba desenvolveu uma estrutura taxonômica de “doze células que abrangem tipos de conforto e contextos de experiência de conforto” (2015, p. 382). A estrutura bidimensional oferece um mapa abrangente do conceito de conforto (Bice, 2022) aplicável no cuidado a qualquer pessoa e sua família, independentemente da sua capacidade cognitiva (Kolcaba, 2015), e contexto de cuidados de saúde (Kolcaba, 2017). Ainda, a estrutura possibilita aos enfermeiros a criação de um plano de cuidados holísticos, orientando na identificação das necessidades de conforto não atendidas e na conceção de intervenções confortadoras (Bice & Kolcaba, 2020; Kolcaba, 2003). Dada a natureza holística da experiência de conforto, os diferentes tipos de conforto e os contextos de experiência estão interligados e justapostos (Bice, 2022; Dowd, 2018). O primeiro tipo de conforto é o alívio que é entendido como “o estado de ter uma necessidade de conforto específica satisfeita” (Bice, 2022, p. 528). O segundo tipo diz respeito à tranquilidade enquanto “estado de calma ou contentamento” e a transcendência “o estado em que a pessoa se eleva acima dos seus problemas ou da sua dor” (Bice, 2022, p. 528). Neste terceiro tipo de conforto as pessoas “sentem-se motivadas ou inspiradas para controlar o seu destino, resolver os seus problemas e fazer planos construtivos para o seu futuro.” (Apóstolo & Kolcaba, 2009, p. 404). A experiência de conforto ocorre no contexto físico “relativo às sensações corporais, mecanismos

homeostáticos, função imunitária, entre outros” e no contexto psicoespiritual “relativo à consciência interna de si próprio, incluindo a autoestima, a identidade, a sexualidade, o sentido da vida e a relação com uma ordem ou ser superior” (Kolcaba, 2003, p. 15). No ambiental, o conforto situa-se no “contexto externo da experiência humana (temperatura, luz, som, odor, cor, mobiliário, paisagem, entre outros)” e no contexto sociocultural desenvolve-se nas “relações interpessoais, familiares e sociais (finanças, ensino, pessoal de saúde, (...) tradições familiares, rituais e práticas religiosas.” (Kolcaba, 2003, p. 15).

O cuidado confortador não é exclusivo à intervenção de enfermagem, pois, conforme postulado por Kolcaba “os cuidados de conforto podem ser coordenados com outros membros da equipe de cuidados de saúde.” (2003, p. 35). No processo de confortar, o enfermeiro e a equipe de saúde traçam intervenções confortadoras para suprir as necessidades de conforto, que constituem “ações qualificadas (...) intencionalmente concebidas para aumentar o conforto da pessoa ou da família.” (Kolcaba, 2017, p. 196) e que tendem a deslocar as tensões negativas para o sentido positivo (Kolcaba, 1994). Os planos de ação, adaptados a cada situação, abordam simultaneamente várias necessidades e consideram as variáveis intervenientes que consistem em “fatores positivos ou negativos sobre os quais a equipe de cuidados de saúde tem pouco controlo, mas que afetam a orientação e o sucesso dos (...) cuidados de conforto, (...) estudos (...) ou das intervenções de conforto” (Kolcaba, 2017, p. 196). São exemplos as experiências passadas, idade, género, défice cognitivo, estado emocional, prognóstico, literacia, dificuldades financeiras e condições habitacionais (Bice, 2022; Bice & Kolcaba, 2020).

Na TC, o cuidado de conforto envolve três tipos de medidas de conforto: intervenções técnicas, *coaching* e o alimento de conforto para a alma (Bice, 2022; Kolcaba, 2015). As intervenções técnicas comportam a monitorização dos sinais vitais, a realização de tratamentos e administração de medicação (Kolcaba, 2003; 2015) “para manter a homeostase e gerir a dor, (...) a manter ou recuperar a função fisiológica e o conforto e prevenir complicações.” (Kolcaba, 2003, p. 84). O *coaching* “consiste em ações de enfermagem de apoio, escuta ativa, encaminhamento para outros membros da equipe (...), advocacia, tranquilidade, (...)” (Kolcaba, 2015, p. 385), de “(...) aliviar a ansiedade, dar garantias e informações, incutir esperança, ouvir e ajudar a planear de forma realista a

recuperação, a integração ou a morte de uma forma culturalmente sensível.” (Kolcaba, 2003, p. 84). O alimento de conforto para a alma “inclui aquelas intervenções (...) especiais, holísticas e mais demoradas, como massagem nas costas ou nas mãos, imagens guiadas, música ou terapia artística, um passeio ao ar livre ou preparativos especiais para os membros da família.” (Kolcaba, 2015, p. 385). Estas medidas visam a transcendência e são concebidas para “(...) fazer com que os doentes se sintam fortalecidos de uma forma intangível e pessoal.” (Kolcaba, 2003, p. 86). Os últimos dois grupos de intervenções requerem aos enfermeiros “(...) mais conhecimentos e confiança (...)” (Kolcaba, 2015, p. 385) e são aqueles que as pessoas e os seus familiares mais se recordam (Bice & Kolcaba, 2020). Para além de propor esta tipologia de medidas de conforto, a TC salienta que o cuidado confortador assenta em “intervenções adequadas e atempadas, numa abordagem que demonstra cuidado e empatia e na intenção de proporcionar conforto” (Kolcaba, 2003, p. 252).

A avaliação das medidas confortadoras é efetuada por via da comparação da apreciação do nível de conforto da pessoa e sua família antes e depois da implementação das intervenções (Kolcaba, 2003). Além disso, a documentação e a apreciação das medidas confortadoras auxiliam na determinação da efetividade das intervenções e na identificação da necessidade de desenhar medidas adicionais para aumentar o nível de conforto (Bice & Kolcaba, 2020; Kolcaba, 2015). A teórica propõe a utilização de métodos verbais de autoavaliação dos níveis de conforto, designadamente: a Escala de Avaliação Verbal do Conforto, na qual as pessoas são convidadas a descrever o seu nível de conforto usando descrições verbais como "muito confortável", "confortável", "desconfortável" e "muito desconfortável"; a Escala de Avaliação Numérica, em que é solicitada à pessoa que classifique o seu nível de experiência de conforto numa escala numérica de 0 a 10, em que 0 representa "nenhum conforto" e 10 representa "o máximo de conforto possível"; e as perguntas abertas, tais como "neste momento, como se sente em relação ao seu conforto?" ou "o que pode ser feito para aumentar o seu conforto?" (Bice, 2022; Kolcaba, 2015; 2017). Segundo a teórica, estes instrumentos simples e de rápida aplicação possibilitam ao enfermeiro desencadear “conversas significativas sobre os fatores que prejudicam o conforto no contexto clínico e as possíveis soluções.” (2017, p. 208). Outro instrumento, como o Questionário Geral de Conforto pode ser aplicado e adaptado a qualquer pessoa com necessidades de conforto e em qualquer fase da doença (Bice &

Kolcaba, 2020). Existem dois instrumentos traduzidos e validados para o português europeu: a Escala de Conforto Holístico para Doentes Crónicos (Querido, 2012) e o Questionário de Conforto Holístico para a Família (Marques et al., 2016). Em fim de vida torna-se difícil efetuar uma recolha precisa dos dados e das necessidades de conforto, pelo que Kolcaba considerou fundamental desenvolver uma *Checklist* Comportamental do Conforto (Kolcaba, 2017). Este instrumento, em processo de tradução e validação para o português europeu, possibilita apreciar o “conforto aparente do doente (...) quando este perde a capacidade cognitiva de classificar o seu próprio conforto.” (Kolcaba, 2017, p. 209) pois, a CCC “preenche uma lacuna no que diz respeito à recolha de dados em doentes muito frágeis ou cognitivamente limitados.” (Kolcaba, 2017, p. 209).

Conforme Oliveira e Lopes (2010) o “confortar é uma forma de concretizar o cuidado” (p. 70) e, enquanto estado percebido e resultado essencial e desejável da intervenção de enfermagem, o conforto é holístico, dinâmico, ativo e temporário (Kolcaba, 2015). Atendendo à natureza do conceito de conforto, é raro as pessoas experienciarem o estado de conforto total, pelo que as intervenções confortadoras devem visar o conforto melhorado face ao seu estado basal, isto é, ao nível inicial de conforto avaliado (Bice, 2022; Kolcaba, 2015). Mais, autores como Wensley et al. (2020) afirmam que “o conforto total é aparente; as pessoas procuram estar tão confortáveis quanto possível nas circunstâncias da sua interação com os cuidados de saúde.” (p. 3). Quando uma necessidade de conforto é atendida, as tensões negativas diminuem e as outras necessidades são influenciadas positivamente contribuindo para reforçar os níveis de conforto (Bice, 2022; Kolcaba, 1994). O conforto melhorado constitui uma medida da qualidade dos cuidados, representando “(...) um resultado de saúde positivo, afirmativo e desejado” (Bice & Kolcaba, 2020, p. 376). Perante a melhoria do conforto, a pessoa sente-se envolvida, capacitada e motivada a adotar comportamentos de procura de saúde (Bice, 2022). Estes comportamentos são negociados pelas pessoas e os enfermeiros, e compõe uma ampla categoria de resultados internos — que não podemos ver diretamente —, externos — que podemos ver direta ou indiretamente — ou a morte tranquila (Bice, 2022; Kolcaba, 2003). A morte tranquila ou pacífica é “uma morte em que os conflitos são resolvidos, os sintomas são bem geridos e a aceitação por parte do doente e dos familiares permite que o doente parta com dignidade.” (Kolcaba, 2003, p. 257). O conforto melhorado associado a comportamentos de procura de saúde também proporcionam

benefícios nas instituições, tais como a melhoria das práticas de cuidados e das políticas de saúde (Bice, 2022; Dowd, 2018), a satisfação das pessoas, internamentos curtos e a estabilidade financeira das unidades de saúde (Kolcaba, 2015). Ademais, pese embora a TC não tratar do conforto dos enfermeiros este “é frequentemente reforçado quando sabem que conseguiram confortar os doentes de forma eficaz.” (Kolcaba, 2003, p. 16).

A natureza complexa e multidimensional do conforto aproxima-o da perspetiva holística dos CP (Lourenço et al., 2021), sendo “consistentemente declarado como resultado desejado nos padrões de CP, (...)” (Kolcaba, 2017, p. 209). A experiência de conforto “é congruente com a experiência de morrer, com os objetivos e normas interdisciplinares dos CP e com os resultados específicos desejados pelos doentes e famílias nas fases finais da morte.” (Novak et al., 2001, p. 171). A família/cuidadores assumem um papel importante no processo de confortar, na medida em que “têm necessidades de conforto múltiplas e complexas, para além da sua preocupação com o conforto dos doentes. (...) que incluem informação, encorajamento, reforço positivo, descanso, socialização e nutrição.” (Novak et al., 2001, p. 170). Assim, a estrutura taxonómica da TC “fornece e organiza (...) cuidados completos e eficientes (...) às pessoas e suas famílias.” (Kolcaba, 1996, p. 68), e em fim de vida a teoria acentua o seu papel na orientação da família e dos profissionais de saúde “a atenderem às necessidades de conforto conhecidas das pessoas e a renunciarem a intervenções (...) que prolongariam a morte.” (Kolcaba & Fisher, 1996, p. 75). Kolcaba (2017) corrobora, afirmando que a TC se torna ainda mais pertinente “no domínio dos CP, ao incluir a morte pacífica como um comportamento de procura de saúde (...)” (p. 209).

1.2. A Pessoa em Últimos Dias ou Horas de Vida e sua Família

O aumento da longevidade e os avanços da medicina e tecnologia trouxeram desafios para a forma como se vive a morte, todavia, o facto de se viver mais tempo não impede que se passe a morrer de forma digna e com qualidade (Neto, 2016a). Estima-se que uma em cada dez pessoas morre subitamente e as restantes têm um percurso de doença crónica que culmina em morte (Carneiro, 2020).

Em fim de vida, os últimos doze a catorze dias correspondem ao estado de declínio cognitivo e funcional denominados de agonia, síndrome de morte iminente ou UDHV

(Barosa et al., 2021; Díez-Manglanoa et al., 2020). Porém, esta fase pode ser “mais prolongada nos doentes jovens, (...) ou naquelas pessoas com “problemas não resolvidos” ou “assuntos inacabados.” (Neto, 2016a, p. 317). Os UDHV constituem uma fase fisiológica, na sequência de uma doença crónica avançada, com o aparecimento gradual e natural de novos sintomas e/ou agravamento dos existentes, de etiologia não reversível, e de manifestações físicas, psicoemocionais, sociais e espirituais (Barosa et al., 2021; Braga et al., 2017; Hui et al., 2014; Neto, 2016a). Nesta fase as pessoas “carecem de resposta às suas necessidades e de um tipo específico de cuidados para lhes garantir dignidade e qualidade de vida.” (Neto, 2016a, p. 317).

Quando a pessoa se encontra numa fase de doença avançada e bastante debilitada poderá ser difícil a identificação precisa dos UDHV. As manifestações clínicas mais prevalentes da pessoa em UDHV incluem uma variedade de sinais e sintomas em diferentes sistemas do corpo (Carneiro, 2020). No sistema nervoso central ocorrem oscilações no estado de consciência, desorientação temporal e espacial, dificuldade de concentração e memória, compromisso do reconhecimento dos familiares, convulsões, mioclonias e diferentes tipos de *delirium* (Barosa et al., 2021). Também é comum observar compromisso da reatividade das pupilas à luz (Barosa et al., 2021). No sistema respiratório são frequentes a dispneia, períodos de apneia, respiração de *Cheyne-Stokes* (Braga et al., 2017) e outros movimentos respiratórios irregulares, além de alterações como a queda da mandíbula, a presença de secreções na orofaringe e o estertor que é indicador da proximidade da morte e pode causar sofrimento aos familiares (Barosa et al., 2021). Alterações gastrointestinais como náuseas, vômitos, diminuição da ingestão de alimentos e fluidos, perda do reflexo de deglutição e secura da mucosa oral são comuns devido à progressão da doença (Barosa et al., 2021). Nas últimas horas de vida ocorrem alterações cardiovasculares como a hipoperfusão tecidual, hipotensão e diminuição da temperatura corporal, especialmente nas extremidades, acompanhadas de cianose periférica e livedo *reticularis* (Barosa et al., 2021). Outras manifestações incluem a estase venosa, vasoconstrição periférica e o edema devido à insuficiência hepática (Braga et al., 2017). No sistema renal e urinário a anúria, oligúria, urina escura, retenção urinária aguda e o relaxamento dos músculos esfínterianos são frequentes devido à hipoperfusão (Barosa et al., 2021). As manifestações intestinais incluem a incontinência, obstipação ou diarreia e a oclusão intestinal (Braga et al., 2017). Episódios de febre e sudorese podem

ocorrer devido à destruição tecidual, desidratação ou infecção. As feridas não cicatrizáveis e de progressão rápida como as úlceras terminais de *Kennedy* e as lesões tecidulares terminais de *Trombley-Brennan* são indicadores de falência tecidual e preditivas da proximidade da morte (Brennan et al., 2019; Vicente et al., 2023). Por último, a dor crônica é comum devido à caquexia e diminuição da perfusão periférica (Carneiro, 2020).

A família e cuidador desempenham um papel fundamental na unidade de cuidados (Lima & Machado, 2018), desde o momento do diagnóstico até o período de luto e em particular em UDHV (Pereira & Ribeiro, 2023). Segundo Neto, a pessoa e sua família constituem uma “unidade recetora de cuidados (...) e não devem considerar-se realidades desligadas” (2016b, p. 3). Os UDHV pautam-se por uma intensidade emocional e sofrimento elevados, de origem multifatorial (Barosa et al., 2021; Pereira & Ribeiro, 2023), uma vez que constituem “um período de expressão de sentimentos, de despedidas, de conclusões, de encerrar de ciclos” (Neto, 2016a, p. 318). Nesta fase, os cuidados devem privilegiar o conforto da pessoa e sua família/cuidadores (Kolcaba & Fisher, 1996), exigindo “flexibilidade da equipe (...) à grande diversidade das necessidades (...)” (Neto, 2016a, p. 319) e intensificação dos cuidados (Kolcaba, 2003).

1.3. A Intervenção do Enfermeiro na Promoção do Conforto da Pessoa em Últimos Dias ou Horas de Vida e sua Família

O conforto é um conceito e fenómeno de grande importância e valor crucial na prática de enfermagem, sendo essencial na prestação de cuidados, especialmente com a pessoa em UDHV e sua família (Pereira & Ribeiro, 2023). Durante o processo de doença, em particular naquela fase, a pessoa e sua família enfrentam necessidades de conforto e experienciam níveis elevados de sofrimento, flutuações de humor, ansiedade, sentimentos de impotência e incerteza (Neto, 2016a). Dada a irreversibilidade e previsível curta duração da vida, em UDHV torna-se imperativo reavaliar os objetivos terapêuticos e redefinir o plano de intervenção (Hui et al., 2014). Conforme Kolcaba e Fisher (1996), os cuidados devem privilegiar o conforto da pessoa e sua família/cuidadores.

Para promover o cuidado confortador é fundamental entender o processo de confortar e a percepção da experiência de conforto da pessoa e sua família (Kolcaba, 2017). Neste sentido, Neto (2016b), corroborado por Chen et al. (2023), considera que a

intervenção de enfermagem em CP assenta e tem como finalidade o controlo sintomático, a promoção do conforto e a morte digna. Em fim de vida, é imperativo que o enfermeiro saiba prestar cuidados de qualidade onde quer que as pessoas escolham morrer (McGlinchey et al., 2023), pois, é importante garantir que as pessoas experienciam o conforto melhorado e uma morte tranquila (Bice & Kolcaba, 2020; Kolcaba, 2015). Em UDHV o enfermeiro acentua o seu papel na promoção do conforto (Neto, 2016a) e é reconhecido pela EM, pessoa e família como detentor de ampla competência em proporcioná-lo (Pereira & Ribeiro, 2023). No processo de confortar é necessário que o enfermeiro se questione e desafie, permitindo olhar a pessoa de forma empática, com atenção aos detalhes e à complexidade global da situação de cuidados (Pereira & Ribeiro, 2023). O enfermeiro demonstra habilidades na apreciação das necessidades de conforto da pessoa em UDHV e sua família, compreendendo de forma holística os tipos de conforto e os contextos em que este é experienciado (Kolcaba, 2003; 2017). Ademais, desenha de forma criativa as medidas de conforto e avalia os resultados, comparando-os com a avaliação inicial (Kolcaba, 2003), selecionando os métodos de avaliação apropriados para cada pessoa e contexto de cuidados (Bice, 2022; Kolcaba, 2003).

A identificação da fase dos UDHV permite que o enfermeiro e a EM adaptem as intervenções de conforto à pessoa e sua família, promovendo a transição de cuidados (Angheluta et al., 2020; McGlinchey et al., 2023) e o estado de conforto melhorado (Kolcaba, 2003). No contexto físico de experiência de conforto privilegia-se que o enfermeiro melhore o conforto por via da satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência. A TC propõe intervenções técnicas (Kolcaba, 2015), como a administração de terapêutica por via oral e subcutânea para controlo de sintomas, os cuidados de higiene oral e corporal adaptados à condição da pessoa, a promoção do sono e repouso e os alimentos e líquidos a gosto e conforme tolerância (Barosa et al., 2021). A escuta ativa (Kisvetrová et al., 2018), o apoio emocional (Dowd, 2018) e a referenciação para outros profissionais de saúde constituem intervenções de *coaching* (Kolcaba, 2015). Quanto ao alimento de conforto para a alma podem constituir como medidas confortadoras a terapia energética, a massagem, a musicoterapia e a redução de estímulos ambientais (Dowd, 2018).

A presença de sintomas físicos da pessoa nos UDHV conduz a que o conforto físico ainda surja como uma das principais preocupações nos cuidados de enfermagem (Silva

et al., 2023). Todavia, a teoria de enfermagem e os enfermeiros têm manifestado crescente preocupação com os contextos sociocultural, psicoespiritual e ambiental da experiência de conforto da pessoa e sua família (Kolcaba, 2003; 2017; Novak et al., 2001). Para atender às necessidades de conforto não satisfeitas naqueles contextos de experiência identificam-se intervenções confortadoras como instrumentos de revisão de vida, técnicas de imagem guiada e de relaxamento, massagem corporal e psicoeducação (Silva et al., 2023). Estas intervenções relacionam-se com as intervenções confortadoras da TC, como *coaching* e alimento de conforto para a alma (Kolcaba, 2015).

O enfermeiro desempenha um papel no contexto ambiental de experiência de conforto, gerindo aspetos como a luminosidade, temperatura e ruído, o acesso à natureza e o contato com os elementos naturais e/ou sintéticos (Kolcaba, 2003). Tal como nos restantes contextos de experiência de conforto, as medidas de conforto destinadas a este contexto podem impactar positivamente os outros contextos de experiência (Kolcaba, 1994). Como exemplo, Kisvetrová et al. (2018) afirmam que a gestão das condições ambientais pode auxiliar no controlo de sintomas físicos como o *delirium* terminal e, conforme a TC, ao serem deslocadas as tensões para o lado positivo obtém-se como resultado o conforto melhorado da pessoa e sua família (Kolcaba, 1994).

Os familiares das pessoas em fim de vida, em particular nos UDHV, apresentam, conforme Novak et al. (2001) necessidades de conforto a vários níveis. O apoio, presença, orientação, necessidade de informação, reforço positivo, a prevenção do isolamento social e a promoção do descanso da família constituem intervenções confortadoras nos UDHV (Andrade et al., 2022; Novak et al., 2001). Também, atender às necessidades de conforto da família, seja por promover a privacidade, privilegiar a presença e envolvimento nos cuidados (Chen et al., 2023), se for seu desejo, gerir conflitos (Novak et al., 2001), promover a discussão das despedidas e preparativos dos rituais fúnebres, constituem medidas confortadoras da prática de enfermagem (McGlinchey et al., 2023). Este apoio pauta-se por considerar a pessoa e família como uma unidade, alvo e parceira de cuidados (Fernandes, 2016), na qual o enfermeiro atua como um vetor de conforto (Pereira & Ribeiro, 2023). Com base o referencial teórico de Kolcaba, estas intervenções fortalecem os contextos psicoespiritual e sociocultural da experiência de conforto e a promoção do conforto de tipo transcendência (Kolcaba, 2003).

A comunicação constitui um instrumento que possibilita o enfermeiro intervir no conforto nos contextos de experiência, nomeadamente no conforto físico, psicoespiritual e sociocultural (Kolcaba, 2003; 2015). Os enfermeiros têm a habilidade de facilitar a discussão sobre a morte e encorajar a expressão e partilha de emoções da pessoa em UDHV e sua família (Kisvetrová et al., 2018). As conferências familiares e o planeamento antecipado de cuidados possibilitam intervir no processo de conclusão da vida e construção de um legado significativo (Chen et al., 2023; Kisvetrová et al., 2018; Lalani et al., 2019). Apoiar na exposição à incerteza e imprevisibilidade das trajetórias de doenças também constitui intervenção de enfermagem confortadora. Através de técnicas comunicacionais é possível abordar notícias difíceis (Silva et al., 2023) e clarificar com a pessoa e sua família os sintomas e comportamentos que aquela possa evidenciar nos UDHV (Chen et al., 2023).

Discutir diretivas antecipadas de vontade, traçar planos de cuidados individualizados e refletir acerca dos valores e objetivos na fase dos UDHV (Kelemen & Groninger, 2018) previnem a conspiração do silêncio e a futilidade terapêutica (Andrade et al., 2022; Feaster et al., 2023). Intervenções como a colocação de dispositivos médicos para alimentação artificial ou administração de fluidos por via intravenosa, aspiração de secreções, cuidados às feridas, enemas e higiene corporal poderão constituir medidas desproporcionadas e potencialmente desconfortáveis (Akdeniz et al., 2021; McGlinchey et al., 2023). Em fim de vida e à luz da TC, por forma a prevenir a futilidade terapêutica, os enfermeiros e os familiares daquelas pessoas poderão considerar no processo de confortar as seguintes questões orientadoras:

A intervenção X é uma medida de conforto? A quem é que a intervenção X proporciona conforto? A quem é que o conforto (...) diz respeito em primeiro lugar? Qual a melhor forma de confortar esta família para que o doente fique mais confortável? Há alguém a quem eu possa recorrer para me ajudar nesta decisão? Comuniquei tudo o que se refere às necessidades de conforto e às medidas de conforto (...) às visitas ou à equipe interdisciplinar? (Kolcaba, 2003, p. 141).

Em UDHV preconiza-se a transição de cuidados curativos para CP (Neto, 2016a). De acordo com Canzona et al. (2018), a transição de tratamentos curativos para os cuidados direcionados à promoção do conforto pode, aparentemente, conduzir à ideia de “não há mais nada a oferecer”. Os *Comfort Measures Only*, conhecidos como medidas de conforto ou cuidados de conforto, comportam “(...) um plano de cuidados (...) que pode ser implementado quando o tratamento curativo é interrompido e a morte é expetável.”

(Dickerson et al., 2022, p. 1). Embora essa abordagem partilhe com a TC os objetivos de proporcionar conforto e aliviar o sofrimento das pessoas e suas famílias, são notáveis as suas diferenças tanto no foco quanto na sua aplicação. Os *Comfort Measures Only* têm enfoque exclusivo no alívio imediato de desconfortos físicos e no apoio emocional das pessoas em fim de vida e afastam-se, segundo Kelemen e Groninger (2018), dos planos de cuidados individualizados e dos valores das pessoas e famílias. Contrariamente, a TC oferece uma estrutura teórica ampla, dinâmica e ativa, aplicável com as pessoas em várias fases da vida e trajetórias de doença e em diferentes contextos de saúde (Kolcaba, 2017). Esta visão holística e flexível orienta a equipe de saúde a identificar os fatores que contribuem ou prejudicam o conforto das pessoas, em múltiplos contextos de saúde, e a traçar intervenções confortadoras (Bice & Kolcaba, 2020; Kolcaba & Fisher, 1996).

Em fim de vida a tomada de decisão deve assentar na análise da contribuição das intervenções “para o controlo dos sintomas e para o conforto geral, em vez de terem uma intenção de prolongar a vida.” (Meeker & White, 2021, p. 530). A TC envolve ativamente os enfermeiros, a pessoa e sua família no processo de confortar, em particular nos UDHV, orientando-os “sobre os fatores que contribuem ou prejudicam o conforto do doente.” (Kolcaba & Fisher, 1996, p. 75). O conforto pode ser apenas o alívio de pequenos desconfortos, a realização de objetivos e a satisfação de desejos e vontades das pessoas, particularmente importantes nos UDHV. Por esta razão, a TC acentua o seu papel nesta fase, na medida em que o conforto é uma experiência holística e dinâmica, em que o todo é maior do que a soma das partes (Bice & Kolcaba, 2020). Além disso, orienta a prestação de cuidados baseada num modelo ativo, “eficiente, criativo e satisfatório para si e para os destinatários dos seus cuidados.” (Kolcaba, 2015, p. 384), assentando em intervenções atempadas e num cuidado atencioso e intencional (Kolcaba, 2003). Posto isto, o conforto melhorado conduz a que pessoa e sua família se sintam fortalecidas e motivadas a adotar comportamentos de procura de saúde, e nestes, a encontrarem significado e valor e a preparem-se para uma morte digna e tranquila (Kolcaba, 2017).

2. O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO

Segundo as recomendações da OE para atribuição do título de EE, o “estágio em contexto profissional e elaboração do respetivo relatório final, é a modalidade (...) que melhor permite a prossecução dos objetivos de aprendizagem e aquisição de competências exigidas ao EE” (OE, 2021, p. 2). Desta forma, cumprindo os quesitos da OE realizaram-se estágios em dois de três contextos prestadores de CP especializados, que contemplaram 45 ECTS, sob orientação de EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2021). Respeitando as recomendações da OE, foi possível compaginar o meu desejo e necessidades de aprendizagem com a seleção dos contextos de estágio numa ECSCP e numa UCP, campos de estágio onde haveria maior probabilidade de prestar cuidados à pessoa em UDHV e sua família, possibilitando assim a concretização dos objetivos das unidades curriculares EcP e EcR. Essa escolha possibilitou explorar dois ambientes distintos de prestação de CP especializados: um no âmbito do suporte comunitário e domiciliar e outro numa unidade de internamento.

O trabalho de projeto constituiu outra metodologia de aprendizagem que contribuiu para o meu desenvolvimento de competências de EE e mestre. Esta metodologia é uma prática experimental de investigação-ação, no qual “se aprende porque se faz e pelo que se faz” (Leite et al., 2001, p.72) e que permite orientar, prever e contribuir para a resolução de problemas (Leite et al., 2001). Conforme Castro e Ricardo (2002) a utilização desta metodologia possibilita desenvolver a autonomia, iniciativa, adaptação, capacidade de resolução de problemas e aprendizagem em ação. Como a implementação do projeto ocorreu na UC EcR, opto por desenvolver este tópico no final do subcapítulo 2.2 do RE.

No presente capítulo serão apresentados os contextos e objetivos dos estágios realizados numa ECSCP e numa UCP. Em cada estágio, será apresentado o meu percurso de desenvolvimento de competências por via da descrição das atividades realizadas e das aprendizagens adquiridas.

2.1. Estágio numa Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

No âmbito da UC EcP, do 2º semestre do 1º ano do Curso, de 15 de maio a 21 de julho de 2023 decorreu o primeiro estágio numa ECSCP. A Equipa está inserida numa Unidade Local de Saúde da área Metropolitana de Lisboa. De acordo com a Lei nº 52/2012, constitui uma equipe de prestação de CP a nível local da Rede Nacional de CP, como a UCP e a EIHS CP. A Equipa detém recursos específicos e é responsável por prestar CP totais e integrais à pessoa e sua família/cuidador no domicílio, que se reconhece como residência particular, estabelecimento ou instituição onde aquela pessoa reside (Lei nº 52/2012). A sua referenciação é efetuada por profissionais de saúde das EIHS CP, ECSCP ou UCP (CNCP, 2016). As equipes comunitárias realizam consultoria a unidades da RNCCI e Estruturas Residenciais para Idosos (CNCP, 2019), assegurando formação aos profissionais dessas instituições e divulgando informação junto da população sobre os CP e o seu acesso (Lei nº 52/2012). As ECSCP são responsáveis por realizar programas de formação para cuidadores formais e informais (CNCP, 2021) e cumprir os indicadores de qualidade referentes à realização de conferências familiares, cálculo do tempo médio da primeira avaliação da ECSCP, controlo sintomático, proporção de óbitos no local escolhido pela pessoa, registo do plano individual de cuidados e apoio no luto (CNCP, 2019; 2023).

A ECSCP é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista. Dos enfermeiros que compõe a equipe alguns são mestres em CP e mestres e especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em Enfermagem de Reabilitação e na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Os restantes profissionais de saúde que a constituem possuem formação básica, intermédia e avançada em CP. As atividades da EM assentam nos pressupostos dos PEDCP e incluem as consultas domiciliárias e não presenciais de consultoria, a consulta externa de medicina paliativa, reuniões multidisciplinares, conferências familiares, atividade formativa e investigação. A sua atividade assistencial desenvolve-se durante os dias úteis entre as 8:00 e as 17:30 horas, a utentes com complexidade baixa, denominada baixa intensidade, e de complexidade moderada a elevada, alta intensidade. Aos sábados, domingos e feriados, entre as 9:00 e as 14:00 horas, a assistência desenvolve-se a utentes

de alta intensidade. Aos utentes de complexidade moderada a elevada preconizam-se visitas ou contatos telefónicos diários e aos utentes de seguimento de baixa intensidade o contato telefónico e visitas semanais ou em caso de necessidade. O modelo de organização do trabalho da ECSCP baseia-se numa abordagem transdisciplinar, na qual a responsabilidade é partilhada entre os profissionais e a realização das tarefas é realizada de forma conjunta (Fernando & Hughes, 2019). As visitas domiciliárias são efetuadas por enfermeiro e médico. A presença de outro membro da Equipe é determinada de acordo com a necessidade de intervenção. Semanalmente são realizadas duas reuniões com a EM, a primeira para discutir recursos técnicos, desenvolver projetos e distribuir tarefas, enquanto a segunda é exclusiva à discussão do plano de cuidados individual dos utentes.

O estágio teve como objetivos os propostos para a UC EcP, que se encontram alinhados com as competências de mestre e EE no cuidado à PSP:

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; e participar no cuidar a PSP e seu cuidador/familiar, num contexto de prática clínica, melhorando o conforto, maximizando o bem-estar e qualidade de vida¹.

Teve ainda como resultados de aprendizagem e critérios os presentes no instrumento de avaliação da componente clínica. De acordo com os objetivos da UC EcP e os resultados de aprendizagem e critérios de avaliação supramencionados, apresentam-se as atividades realizadas e as aprendizagens adquiridas que possibilitaram o desenvolvimento das competências de EE e de mestre.

A componente clínica numa ECSCP permitiu-me confrontar com várias situações de difícil controlo sintomático e eventos súbitos e catastróficos em CP. Uma das situações em que tive oportunidade de participar no cuidado à PSP e sua família, construindo uma relação terapêutica. Esta situação relacionou-se com o processo de tomada de decisão em equipe numa situação de emergência em contexto domiciliário. Um dos utentes que acompanhávamos apresentava uma ferida maligna bastante exsudativa na região mandibular e cervical anterior à direita, pelo que havia necessidade diária de realização de cuidados de limpeza da ferida. Numa das consultas domiciliárias a ferida apresentou

¹ Oliveira, C. (2023). Documento Orientador de Estágio. UC Estágio com Projeto. Unidade Curricular Estágio com Projeto 2022/23. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

alguns focos hemorrágicos, pelo que, com supervisão da EOC, informei o utente e a esposa acerca da possibilidade de uma hemorragia intensa e potencialmente grave (evento catastrófico, como a hemorragia terminal massiva). De acordo com a literatura, a hemorragia significativa constitui um sintoma perturbador para as pessoas (Gonçalves & Oliveira, 2016), pelo que tentei explicar a situação de forma adequada ao utente e esposa, mantendo a calma e escolhendo os termos a usar. O utente pareceu compreender e disse-nos que estava satisfeito com o apoio da equipe, pedindo para falecer em casa. Já a sua esposa idosa, muito chorosa, partilhou com a equipe que embora tivesse prometido ao esposo que o acompanharia até ao final dos seus dias, respeitando a sua vontade em permanecer em casa, o risco de ocorrência de uma hemorragia fatal deixava-a bastante ansiosa e com receio de não conseguir cuidá-lo.

Embora o número de falecimentos no domicílio seja menor em comparação em instituições de saúde, estudos indicam que o domicílio é o local de eleição das pessoas para morrer (Nysæter et al., 2022). Em fim de vida os cuidados de qualidade incluem morrer no local desejado, com controlo dos sintomas, dignidade e conforto (McGlinchey et al., 2023). O EE age com conhecimentos e habilidades para promover o que a pessoa considera uma boa morte, oferecendo cuidados individualizados e holísticos.

Após discussão com a equipe, reconheci e validei os sentimentos dos dois e, considerando as circunstâncias clínicas e pessoais em questão, planeámos que durante o período assistencial da ECSCP manteríamos o acompanhamento dos utentes, respeitando o desejo e vontade do senhor e capacitando a esposa. Isto foi o proposto àqueles utentes. Perante as variáveis intervenientes da situação de cuidados, nomeadamente a idade da esposa e a sua disponibilidade para o cuidado, e as necessidades de cuidados de saúde do casal, ou necessidades de conforto (Kolcaba, 2003; Kolcaba & Bice, 2020), e tendo em vista promover o conforto dos tipos alívio e tranquilidade, realizámos algumas intervenções confortadoras. Criámos um ambiente de partilha de emoções e preocupações dos utentes, esclarecemos dúvidas relativamente aos procedimentos a realizar, tais como a sedação, expliquei as técnicas de manuseio dos dispositivos médicos para administração de terapêutica de resgate por via subcutânea e expliquei os sinais de morte iminente. Ainda, sugerimos algumas adaptações designadamente: perante a hemorragia, o senhor permaneceria no leito ou sofá com almofadas para elevação da cabeça; o ambiente deveria ter redução da luminosidade; a

esposa utilizaria toalhas, cobertores e lençóis de cor escura (White & Kondasinghe, 2022). Procurámos proporcionar um ambiente tranquilizador, pelo que reforçámos a presença e o compromisso de não abandono da equipe. Estas medidas, à luz da TC (Kolcaba, 2003), foram dirigidas ao conforto melhorado e holístico, e atendendo tanto às necessidades do senhor como às da esposa. Aquelas intervenções podem ser consideradas medidas técnicas de conforto e de tipo alimento de conforto para a alma, nos contextos de experiência física, psicoespiritual e ambiental. Pelo reforço da presença e compromisso da equipe, considero que o segundo grupo de medidas se dirigiram ao contexto de experiência sociocultural.

Dias após, a cuidadora identificou sinais de hemorragia, pelo que contactou a equipe. Não tive oportunidade de estar presente, porém, questionei e soube que o senhor faleceu confortavelmente na presença da enfermeira, do médico e da esposa e, ao longo do evento a senhora apresentou sinais sugestivos de tranquilidade e segurança referindo sentir-se grata e apoiada pela equipe.

O processo de tomada de decisão é influenciado pelo contexto em que a situação ocorre, as expectativas e conhecimentos do enfermeiro e a relação que este estabelece com a pessoa cuidada (Jessee, 2021; Tanner, 2006). A perceção inicial tanto da situação clínica quanto dos desejos, expectativas e temores dos utentes, permite ao enfermeiro acionar um padrão de raciocínio orientador da interpretação e intervenção (Tanner, 2006). Ainda, o julgamento clínico implica uma reflexão na ação e sobre a ação, requerendo a análise dos seus resultados e do próprio processo de raciocínio e julgamento clínicos (Tanner, 2006). Reconheço que a hemorragia catastrófica constituía um sintoma perturbador quer para mim, quer para a equipe e para os utentes, considerado uma situação de difícil controlo no domicílio, nomeadamente pela complexidade do evento, idade da esposa e risco de impossibilidade de acompanhamento da equipe. Pese embora deter conhecimentos prévios à situação relacionados com a patologia, história clínica e preferências dos utentes, necessitei de realizar pesquisas bibliográficas e discutir com a EOC, de forma a desenvolver a minha capacidade de interpretação da situação e traçar intervenções confortadoras face ao contexto de cuidados e às pessoas. Pois, de acordo com Gonçalves e Oliveira (2016), os profissionais de saúde deverão ter conhecimento sobre a fisiopatologia das situações de emergência em CP por forma a antecipá-las, conduzindo à redução da incerteza e

ansiedade das pessoas. Outro conjunto de intervenções de enfermagem que realizei inclui a promoção de um ambiente calmo, de facilitação da expressão de emoções e preocupações, a escuta ativa e a atenção aos detalhes. Estas medidas possibilitaram a construção da confiança dos utentes e o desenvolvimento de habilidades da cuidadora informal (Batista & Sapeta, 2023), podendo ser consideradas intervenções de enfermagem confortadoras (Pereira & Ribeiro, 2023).

Em discussão com a EOC refleti sobre o raciocínio e julgamentos clínicos realizados por mim e pela equipe. Esta atividade constituiu um grande momento de aprendizagem, na medida em que me permitiu participar no processo de tomada de decisão relativamente ao controlo sintomático, perante um evento agudo e catastrófico da PSP, apoiar a esposa e respeitar o desejo e vontade do utente em falecer no domicílio. A reflexão acerca do julgamento clínico permitiu-me analisar a ação, incluindo as decisões tomadas e os seus impactos em mim, na equipe e nos utentes. Os resultados do processo de tomada de decisão permitem-me dizer, em sede de reflexão, que o julgamento clínico foi aparentemente bem conduzido.

Esta atividade concorreu para alcançar as unidades de competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal do RCCEE (Regulamento n.º 140/2019), designadamente “demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas” (p. 4746) e “avalia o processo e os resultados da tomada de decisão” (p. 4746). No que concerne à promoção da proteção dos direitos humanos fomentei o respeito da pessoa “à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde” (p. 4746), assegurando “o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas” (p. 4746). Também promovi a segurança e dignidade, adotando uma conduta antecipatória. Ainda, de acordo com o RCCEE, considero ter desenvolvido algumas unidades de competência do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade referentes à promoção de um ambiente terapêutico e seguro, gerador da segurança e proteção das pessoas, respeitando a identidade e necessidades culturais e espirituais e envolvendo a família na satisfação dessas necessidades.

Sobre as competências do RCEEEEMCEPSP (Regulamento nº 429/2018) considero que desenvolvi a unidade de competência de identificação das “(...) necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos

seus cuidadores/familiares” (p. 19365) e os respetivos critérios de avaliação. Ademais, promovi “(...) intervenções baseadas na evidência”, na medida em que:

estabelece um plano individualizado para a pessoa e seus cuidadores/familiares, preservando a dignidade, diminuindo o sofrimento, maximizando a autonomia e qualidade de vida e respeitando as perspetivas dos próprios; (...) utiliza estratégias para o desenvolvimento do autoconhecimento e da capacitação da pessoa e seus cuidadores/familiares; (...) adota medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas (p. 19365).

Esta atividade possibilitou desenvolver a unidade de competência da promoção de “(...) parcerias terapêuticas com a pessoa (...) e seus cuidadores/familiares” e o critério de avaliação “incentiva ativamente a pessoa, seus cuidadores/familiares como parceiros na avaliação, planeamento, execução e avaliação de cuidados holísticos, em consonância com os seus desejos e preferências” (p. 19365). Também possibilitou negociar “(...) objetivos/metapas de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico” (p. 19366) e capacitar a pessoa e sua esposa, “mobilizando os seus recursos, de modo a facilitar a tomada de decisão”, reconhecer “(...) os efeitos da natureza do cuidar na pessoa (...) nos seus cuidadores/familiares, sobre si, outros membros da equipe, respondendo de forma eficaz.” e desenvolver “(...) estratégias de apoio aos restantes intervenientes no processo de cuidar” (p. 19366).

Durante o estágio demonstrei conhecimentos e habilidades na condução do meu processo de aprendizagem e desenvolvimento profissional, bem como na melhoria da qualidade dos cuidados². Numa situação de cuidados específica, outro utente com uma ferida maligna estava a ser acompanhado pela equipe para controlo sintomático e cuidados com a ferida. Devido à dor relacionada com os cuidados de limpeza da ferida, combinei com o senhor que, quando o contactássemos a informar da ida da equipe a sua casa, tomaria a morfina solução oral. Numa das visitas programadas ao utente, e apesar de diversas tentativas de contato prévio, este nunca atendeu o telefone. Posteriormente, informou-nos que, na rua, teve sensação de mal-estar generalizado e, por não ter consigo o contato da ECSCP, havia recorrido ao serviço de urgência hospitalar.

Esta situação inquietou-me particularmente, na medida em que considero que poderíamos ter, antecipadamente, ajudado o utente e evitando uma ida potencialmente desnecessária ao serviço de urgência. Partilhei a minha preocupação com a EOC e

² Oliveira, C. (2023). Documento Orientador de Estágio. UC Estágio com Projeto. Unidade Curricular Estágio com Projeto 2022/23. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

restante equipe e propus a elaborar cartões de dados com os contatos e horário da ECSCP. Pretendia que estes cartões fossem entregues aos utentes e cuidadores aquando da sua admissão e em seguimento pela equipe e, uma vez que apresentavam um tamanho semelhante aos dos cartões de identificação pessoal, era passível serem afixados no frigorífico ou transportados na carteira. A proposta foi apresentada à equipe e aprovada com sucesso. Posteriormente, procedi à plastificação de cada cartão e a equipe passou a entregá-los em cada visitação domiciliária. As pessoas e os seus cuidadores mostraram-se agradados e reconheceram o seu benefício. Alguns utentes relataram que, ao saírem de casa, passaram a levar consigo o cartão e contactavam-nos com mais frequência para esclarecer dúvidas ou reportar intercorrências.

De acordo com Cunha e Martins (2020) “O serviço de urgência é considerado um local de abordagem ao doente crítico, com necessidade de estabilização rápida (...)” (p. 68). Conforme Gonçalves e Oliveira (2016), as emergências em CP são mudanças clínicas inesperadas no estado de saúde da pessoa com necessidades paliativas, exigindo a intervenção imediata dos seus cuidadores ou profissionais de saúde. O tratamento não adequado ou que não assegura as vontades e nem preferências das pessoas pode conduzir ao agravamento da situação clínica e ao compromisso da qualidade de vida e do conforto das pessoas (Gonçalves & Oliveira, 2016). Pese embora a complexidade das situações de cuidados e as trajetórias variáveis das doenças, a abordagem de uma urgência em CP deverá ser individualizada e apropriada a cada pessoa e deve ser avaliada com base o contexto clínico e não apenas o episódio agudo (Gonçalves & Oliveira, 2016).

A situação de cuidados constituiu um momento de aprendizagem, na medida em que tive iniciativa de fornecimento de contatos da ECSCP aos utentes, melhorando a acessibilidade à equipe, para prevenir idas eventualmente desnecessárias ao serviço de urgência. Ainda, constatei que a situação poderia ter sido resolvida pela ECSCP: evitando a observação por profissionais de saúde que não estavam a par da situação clínica do senhor; profissionais, eventualmente, sem formação especializada em CP; exposição a risco de infeções; e possível realização de tratamentos desproporcionados.

Neste contexto de estágio também surgiu a oportunidade de participar num projeto de melhoria contínua da ECSCP dirigido à capacitação dos cuidadores informais em CP. Senti necessidade de contribuir para a elaboração do projeto e, em colaboração com uma colega de mestrado, efetuámos pesquisas bibliográficas, participámos no

planeamento da atividade de formação e de um folheto, e realizámos uma sessão de apresentação aos profissionais da EM com o título “Capacitação dos Cuidadores Informais em CP”. A atividade de formação e o folheto foram desenhados para se centrarem nas necessidades individuais dos cuidadores em função das suas necessidades formativas e das funções que iriam desempenhar. Em reunião com a EM, com a audiência dos profissionais de saúde, realizámos a sessão de formação e apresentámos o folheto. A parte expositiva comportou uma sessão de teste da sessão preparada para os cuidadores, com o objetivo de avaliar a apresentação e adequação do conteúdo da mesma àquele público. As propostas apresentadas (forma e conteúdo) foram recebidas com bastante satisfação, tendo sido apontados pontos positivos como a harmonização dos conteúdos dos diapositivos, a clareza da mensagem e a sua relação com os objetivos do projeto. Quanto ao folheto, foram sugeridas algumas alterações, designadamente a inclusão do estatuto do cuidador informal e a simplificação das funções dos cuidadores.

Conforme Batista e Sapeta (2023) o cuidador informal é entendido como o “familiar ou pessoa significativa que assegura cuidados regulares, não especializados e não remunerados” (p. 2), em contexto de domicílio e de forma permanente ou não permanente. O apoio dos cuidadores é fundamental na prestação de CP, uma vez que têm necessidades de formação e de aprendizagem (Batista & Sapeta, 2023). Para proporcionar benefícios tanto para a pessoa cuidada quanto para o cuidador, como identificar e intervir atempadamente nas necessidades paliativas e melhorar a qualidade de vida, conforto e segurança, é essencial o suporte das equipas de saúde de proximidade, como as comunitárias. Programas de intervenção flexíveis e adaptados às necessidades específicas de cada pessoa e cuidador informar, conforme Batista e Sapeta (2023), são fundamentais.

Posto isto, esta atividade constituiu um momento de aprendizagem por me permitir identificar oportunidades de melhoria da qualidade dos cuidados, realizar pesquisas bibliográficas nas bases de dados sobre o tópico em estudo, treinar a comunicação na exposição dos conteúdos e partilhar os conhecimentos adquiridos com os diferentes profissionais de saúde da equipe.

As duas atividades descritas (a elaboração dos cartões de dados para melhorar a acessibilidade à EM) e a participação no projeto de melhoria da qualidade dos cuidados (pela participação na atividade de formação e elaboração de folheto), possibilitaram o

desenvolvimento de competências do RCCEE (Regulamento nº 140/2019), do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, tais como “mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade” (p. 4747), e o respetivo critério de avaliação “promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados” (p. 4747). Também possibilitou desenvolver a unidade de competência “planeia programas de melhoria contínua” (p. 4747), na qual cumpri os critérios de avaliação: “identifica oportunidades de melhoria; estabelece prioridades de melhoria; seleciona estratégias de melhoria; (...) fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade” (p. 4747).

A partilha de informação com os diferentes profissionais de saúde da ECSCP, acerca da segunda atividade, possibilitou o desenvolvimento da competência de mestre: “ser capaz de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” (Lei nº 74/2006, p. 2246).

Ao longo deste estágio aprimorei as técnicas de manuseamento de cateteres periféricos subcutâneos e centrais, administração de terapêutica e manipulação de bombas de infusão elastoméricas. Por via de alguns autores consultados (Julião et al., 2021; *Woodlands Health*, 2023), da consulta de protocolos de atuação da ECSCP e da discussão com a EOC e EM aferi que as bombas permitem a infusão contínua de medicamentos de forma a controlar os sintomas decorrentes da doença e, em contexto domiciliar, conforme Simões et al. (2024), garante maior estabilidade clínica e controlo sintomático. A evidência científica consultada também permitiu-me melhorar a qualidade dos cuidados tidos, na medida em que passei a vigiar com regularidade o local de inserção do cateter, com vista à prevenção das complicações no local de punção, como vermelhidão e dor, e conseqüente diminuição da eficácia dos fármacos (Simões et al., 2024). Também foi possível compreender a estabilidade, doses e concentração das terapêuticas, assegurar a prevenção de acidentes pelo manuseio de instrumentos corto perfurantes e promover um ambiente terapêutico, seguro, assético e limpo. Com supervisão da EOC, adquiri autonomia na transmissão de informações às pessoas e seus familiares relativamente aos cuidados com a bomba de infusão elastomérica, na preparação da terapêutica e preenchimento do dispositivo. Ainda, efetuei o registo da

preparação dos fármacos na perfusão contínua e aprimorei a minha técnica de colocação de cateter por via subcutânea.

Na realização destas atividades, o mais desafiante terá sido a minha adaptação às condições habitacionais e a ausência de espaço dedicado à preparação e administração de terapêutica para minimizar o risco de acidentes. Todavia, considero que assegurei a assepsia nos procedimentos, os princípios da ergonomia e o posicionamento correto das pessoas que, na sua maioria, se encontravam no leito.

No que concerne ao RCCEE (Regulamento nº 140/2019), a realização destas atividades possibilitou a evolução nas competências, do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, quanto à promoção de um ambiente físico gerador de segurança e proteção das pessoas, assegurando a “(...) aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substância terapêuticas pelos pares” (p. 4748), a “(...) ergonomia (...) para evitar danos nos profissionais e utentes” e “(...) a segurança de dados e de registos”. Ademais, possibilitou a participação na gestão do risco, na medida em que colaborei na gestão dos recursos e prevenção do risco ambiental, cooperei com a equipe na organização do trabalho e delegação de tarefas para minimizar o erro e contribuí na implementação de medidas de prevenção e controlo de infeção. No Domínio da Gestão dos Cuidados otimizei “(...) o trabalho da equipe adequando os recursos às necessidades de cuidados” (p. 4748).

Dos critérios de avaliação no RCEEEEMCEPSP (Regulamento nº 429/2018) demonstrei “(...) conhecimentos específicos na prevenção, intervenção e controlo da infeção (...)” (p. 19365).

No estágio com a ECSCP foi possível colaborar na realização de consultoria a instituições da RNCCI e da Estrutura Residencial para Idosos da área de abrangência. Uma das instituições da RNCCI solicitou apoio para os cuidados a um utente em fim de vida, com dor generalizada não controlada. Com autorização da EOC, contatei a equipe de enfermagem daquela instituição e recolhi a seguinte informação: o utente apresentava diminuição do apetite, sendo oferecidos suplementos proteicos; apresentava humor deprimido; não realizava levante por dor não controlada ao nível da bacia; e tinha uma úlcera de pressão na região sacrococcígea, com exsudado purulento abundante, odor intenso e dor não controlada durante a realização de cuidados à ferida. Apurei que a equipe tinha dificuldade em realizar alterações de terapêutica e estava preocupada com

o risco de isolamento social do utente, uma vez que o senhor se recusava realizar levante para cadeirão e permanecer na sala de lazer com as pessoas institucionalizadas. Acordou-se que a ECSCP iria avaliar a condição do utente dois dias depois.

Na ida à instituição reunimo-nos com o enfermeiro que estava responsável pelo utente. Primeiramente aferimos o estado atual do utente, as necessidades de conforto e a terapêutica instituída. Desde há dois dias que o senhor estava mais sonolento, alternando períodos de inquietação, não apresentava deglutição eficaz e gemia aquando da alternância de decúbitos e cuidados com a ferida. Questionei o enfermeiro acerca do plano individual de cuidados do utente, da existência de família ou pessoas significativas e as preocupações da equipe. Em reunião com a EM haviam discutido a colocação de sonda nasogástrica para alimentação entérica, cateter venoso periférico para administração de terapêutica e a referência para tratamento à úlcera de pressão. Considerei o momento oportuno para abordar a caracterização da fase dos UDHV, os sinais e sintomas mais prevalentes da pessoa em UDHV e algumas intervenções de enfermagem confortadoras, designadamente: cuidados de higiene corporal simples e adequados à condição do utente; cuidados à boca; alimentação de conforto; sugestões para o controlo do odor da ferida; via subcutânea como via de eleição em detrimento da via endovenosa. À observação o senhor apresentava as seguintes manifestações clínicas: respiração *Cheyne-Stokes*, farfalheira, hipoperfusão tecidual com *livedo reticularis* nos membros inferiores e distensão abdominal sem presença de ruídos hidroaéreos. Posteriormente, confirmei com a EOC e o médico que o utente apresentava alterações respiratórias, tecidulares, de termorregulação e gastrointestinais compatíveis com falência orgânica, isto é, manifestações clínicas características da fase dos UDHV. Face à transição de cuidados, acrescentei que era necessário adequar as intervenções, com enfoque na promoção do conforto.

Os UDHV representam uma fase fisiológica decorrente de uma doença crónica avançada, caracterizada pelo aparecimento gradual e irreversível de novos sintomas ou agravamento dos existentes, com manifestações físicas, psicoemocionais, sociais e espirituais (Barosa et al., 2021; Braga et al., 2017; Neto, 2016a). Dada a irreversibilidade e previsível curta duração da vida, a identificação desta fase permite aos enfermeiros e à EM ajustar os objetivos terapêuticos e redefinir o plano de intervenção (Angheluta et al.,

2020; McGlinchey et al., 2023). Não obstante, e conforme Kolcaba e Fisher (1996), os cuidados devem privilegiar o conforto da pessoa e sua família.

A consultoria comporta uma das funções da ECSCP (CNCP, 2016). A solicitação da consultoria a equipes especializadas em CP prende-se com a dificuldade dos profissionais de saúde em gerirem situações de maior complexidade das pessoas com necessidades paliativas e suas famílias, pela ausência de resposta de tratamento curativo, em fases finais da doença, como também perante a exacerbação de sintomas (Marques et al., 2022).

A atividade permitiu-me colaborar com a EOC e o médico da ECSCP na identificação das necessidades dos profissionais de saúde quanto aos cuidados à pessoa institucionalizada, apoiar no processo de tomada de decisão, participar no cuidar à PSP e integrar os conhecimentos e evidência científica na prática clínica em estágio³. Ademais, possibilitou-me compreender a importância da ECSCP no apoio e consultoria das equipes, quer no esclarecimento de dúvidas dos profissionais de saúde, quer na gestão das expectativas relativamente à progressão da doença e transição de cuidados. Também foi possível aferir que diferentes profissionais de saúde sem formação na área dos CP, apresentam medos e mitos relacionados com a colocação de dispositivos médicos e administração de terapêutica por via subcutânea, a analgesia prévia à realização de tratamentos potencialmente desconfortáveis, e dificuldades na identificação da fase dos UDHV e na revisão do plano individual de cuidados. Esta atividade foi desafiante, na medida em que tinha uma expectativa acerca da situação de cuidados, decorrente da informação recolhida nos dias anteriores, vindo a confrontar-me com uma realidade bastante diferente. Assim, considero ter sido importante reunirmo-nos com o enfermeiro antes da avaliação do utente.

A participação na atividade de consultoria possibilitou desenvolver competências comuns de EE (Regulamento n.º 140/2019), do Domínio da Gestão dos Cuidados, ao disponibilizar assessoria aos enfermeiros e à equipe de cuidados, colaborando no processo de tomada de decisão e identificando a necessidade de referenciar para outros prestadores de cuidados. Do RCEEEEMCEPSP (Regulamento n.º 429/2018) considero ter desenvolvido a minha “intervenção numa perspetiva interdisciplinar e em articulação com

³ Oliveira, C. (2023). Documento Orientador de Estágio. UC Estágio com Projeto. Unidade Curricular Estágio com Projeto 2022/23. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

os serviços de apoio” (p. 19365). Esta atividade concorreu ainda para o desenvolvimento de competências de mestre, no que concerne a “saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares” (Lei nº 74/2006, p. 2246).

2.2. Estágio numa Unidade de Cuidados Paliativos

No âmbito da UC EcR, do 1º semestre do 2º ano do Curso, de 25 de setembro de 2023 a 11 de janeiro de 2024 decorreu o segundo estágio da componente clínica, numa UCP. A UCP é uma equipe local de CP integrada na Rede Nacional de CP (Lei n.º 52/2012). Inserida numa instituição particular de solidariedade social, a Unidade possui um espaço físico independente e recursos próprios nomeadamente equipe médica e de enfermagem a tempo inteiro. Esta destina-se ao acompanhamento de pessoas com necessidades paliativas complexas em situação de descontrolo sintomático ou emergência social, como exaustão do cuidador (Lei n.º 52/2012). A referenciação para a UCP é da responsável das equipas que prestam CP, nomeadamente a EIHSCP, ECSCP ou UCP (CNCP, 2016). O tempo máximo de internamento previsto é de trinta dias, com possibilidade de prorrogação por mais trinta conforme necessidade clínica ou transferência para outra tipologia da RNCCI. Anualmente, para descanso do cuidador é possível solicitar dois períodos de trinta dias de internamento. A UCP pode articular com os hospitais de agudos e, em caso de alta, com a equipe referenciadora com vista a manter o seguimento no domicílio ou em consulta (CNCP, 2016). Ainda, as UCP são responsáveis pelo desenvolvimento de investigação e formação dos seus profissionais de saúde (CNCP, 2016).

A UCP é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, assistente social e espiritual, administrativo e dietista. Dos enfermeiros que compõe a equipe alguns são mestres e especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Outros enfermeiros têm pós-graduação em CP ou frequentam o Curso de Mestrado em CP. A Unidade possui quartos duplos e individuais para internamento privado ou para as pessoas referenciadas pela RNCCI. Realiza-se uma reunião com a EM uma vez por semana para discussão do plano individual

de cuidados e para partilha das dificuldades da equipe na prestação dos cuidados a situações mais complexas. O trabalho em equipe segue as linhas orientadoras do modelo de organização interdisciplinar, ao promover a interação e a complementaridade entre os membros, centrando-se na definição e assunção de objetivos comuns que orientam a atuação partilhada entre os profissionais da equipe (Fernando & Hughes, 2019).

O estágio na UCP visou os seguintes objetivos:

cuidar da PSP, cuidador e família no alívio do sofrimento, maximização do bem-estar, conforto e qualidade de vida; estabelecer uma relação terapêutica (...) proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento do luto; demonstrar conhecimentos e capacidades para a condução do processo de aprendizagem, desenvolvimento profissional e prática clínica baseada no conhecimento e em princípios e valores da profissão de enfermagem; demonstrar capacidade de utilização de métodos e técnicas de investigação e relato de resultados⁴.

No decurso deste estágio ocorreu, também, a etapa de implementação do Projeto de Formação. O plano de trabalho a implementar, decorreu da etapa de desenho do projeto (durante a UC EcP) em que: identifiquei as minhas necessidades de aprendizagem e o problema (referidos na Introdução); identifiquei os problemas parcelares; tracei os objetivos geral e específicos; previ atividades, recursos e adequei os critérios de avaliação e indicadores de resultado (Castro & Ricardo, 2002; Leite et al., 2001), a implementar no estágio em UCP. Como referido, o PF pretendeu responder ao problema: “Como se desenvolve a intervenção do EE para a promoção do conforto da pessoa em UDHV e sua família?”. O seu objetivo geral consistiu em: Desenvolver competências de EE para a promoção do conforto da pessoa em UDHV e sua família. Para tal, propus atingir os seguintes objetivos específicos: integrar progressivamente a EM da UCP e a sua dinâmica; descrever os sinais e sintomas suscetíveis de serem apresentados pela pessoa em UDHV; identificar as necessidades de conforto da pessoa em UDHV e sua família e os instrumentos de apreciação e avaliação do conforto; caracterizar o processo de confortar da pessoa em UDHV e sua família à luz da TC; e prestar intervenção especializada em Enfermagem na promoção do conforto da pessoa em UDHV e sua família. O PF obteve a aceitação dos profissionais responsáveis pelo contexto clínico – UCP – para a sua implementação. Atendendo às condições emergentes neste contexto e à avaliação

⁴ Sá, E. (2023). Documento Orientador. UC Estágio com Relatório. Unidade Curricular Estágio com Relatório 2023/24. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

contínua, o plano sujeitou-se a alterações necessárias para contextualizar e facilitar a minha aprendizagem. Ao longo deste subcapítulo, apresentarei as atividades desenvolvidas e as aprendizagens obtidas em estágio, decorrentes quer do PF quer outras. As atividades, também alinhadas com os objetivos para este estágio, contribuíram para o desenvolvimento das competências de EE e de mestre.

Um dos objetivos do meu PF dizia respeito à minha integração na dinâmica da UCP e na EM. Para a sua concretização defini determinadas atividades a desenvolver e que que passo a explanar e comentar. Apresentei o meu projeto à enfermeira responsável da UCP e à EOC, que apontaram a pertinência e o interesse do tema e mostraram disponibilidade em colaborar na implementação do projeto por forma a facilitar a minha aprendizagem. Com os seus contributos procedi às alterações ao cronograma.

Posteriormente, de modo a conhecer quais as orientações formais e políticas da UCP, relativamente aos cuidados à PSP e sua família, consultei os documentos e que se encontravam *online* no portal da instituição. Com esta atividade pretendia integrar melhor as políticas organizacionais da Unidade e os protocolos de atuação em CP.

Observar a prestação de cuidados e passagem de turno da EOC e de outros enfermeiros constituiu outra valiosa fonte de conhecimento e um método facilitador de aprendizagem. Pela aprendizagem, através da observação e a integração das aprendizagens subsequentes na prática de cuidados é possível desenvolver competências (Estabrooks et al., 2005). Deste modo, para concretizar o primeiro objetivo do meu PF, colaborei na prestação de cuidados de enfermagem com a EOC e equipe, fomentando a partilha e o meu contributo pessoal nos processos de tomada de decisão.

Para além desta atividade, pareceu fazer sentido, com autorização da EOC e respeitando o anonimato dos profissionais, consultar alguns registos de enfermagem efetuados pela equipe. A consulta possibilitou obter um conjunto de informações relativas aos cuidados nesta UCP, designadamente, a identificação da fase dos UDHV, com o registo do aparecimento de novos e/ou agravamento dos sintomas mais prevalentes da pessoa: dor, dispneia, tosse, farfalheira, xerostomia, náuseas e vômitos, obstipação, febre, ansiedade, insónia, *delirium*, anorexia e caquexia (Barosa et al., 2021; Carneiro, 2020). Aparentemente, prevaleceram registos de intervenções de conforto de tipo técnicas, com ênfase nas medidas farmacológicas de alívio de sintomas como a dor, dispneia, farfalheira e *delirium*. Outras intervenções que denominaríamos dos tipos

coaching e alimento de conforto para a alma foram mais escassamente registadas sendo, contudo, frequentemente transmitidas em passagem de turno ou em reunião com a EM. Estes grupos de intervenções constituem aqueles que as pessoas e os seus familiares mais se recordam, mas que nem sempre são documentadas (Bice & Kolcaba, 2020; Kolcaba, 2015).

A reflexão acerca dos registos de enfermagem também importou para conhecer os instrumentos de avaliação do nível de conforto utilizados pela equipe. Identifiquei que os enfermeiros se apropriavam de instrumentos de avaliação da dor para avaliar o nível de conforto das pessoas. Recorriam a escalas que, conforme postulado por Pina (2016), eram passíveis de aplicar a pessoas com alterações do estado de consciência ou de compromisso na colaboração da avaliação da dor, designadamente: a Escala de Faces, a Escala de Avaliação Numérica da Dor, a Escala Visual Analógica e a PAINAD. Por forma a dar algum contributo para a equipe, tive oportunidade de utilizar perguntas abertas e instrumentos de avaliação dos níveis de conforto — Escala de Avaliação Verbal do Conforto, Escala de Avaliação Numérica e CCC — na minha prática enquanto estudante e apresentá-los aos enfermeiros durante a discussão de situações de cuidados e nos momentos de passagem de turno. Ressalvei que o último instrumento serviu apenas de treino pessoal, uma vez que se encontra em fase de tradução e validação para o português europeu, como explicitarei adiante. Conforme Kolcaba (2017), o recurso a métodos de avaliação possibilita ao enfermeiro desencadear conversas profundas e significativas no processo de confortar.

As atividades apresentadas possibilitaram-me alcançar o critério de avaliação, do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, “rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas” (Regulamento nº 140/2019, p. 4750). No que concerne às competências de mestre (Lei nº 74/2006), as atividades possibilitaram-me desenvolver:

capacidade para integrar conhecimentos, (...) desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta; saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas; competências que permitem uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (p. 2246).

Foram várias as situações de cuidados com a PSP e sua família, que facilitaram o treino de técnicas comunicacionais adequadas ao estabelecimento de uma relação

terapêutica. Uma das situações na qual mobilizei conhecimentos e extraí aprendizagens ocorreu com uma utente que havia sido admitida na Unidade para controlo sintomático. No dia seguinte à sua admissão, sugeri à EOC prestar cuidados àquela senhora, por forma a recolher dados sobre a sua história clínica, família, preferências, vontades e expetativas quanto à doença e internamento e, assim, iniciar o processo de cuidados com aquela utente. Durante a colaboração da utente nos cuidados de higiene corporal, a conversa desenrolou-se, de forma intencional, promovendo a construção da sua narrativa de vida. Falou-me sobre a sua profissão, as viagens favoritas, os seus quatro filhos, a espiritualidade e religião. Perguntou-me *“isto é muito grave, não é?”*. Compreendi que a utente valorizava a comunicação assente na verdade e honestidade, e tentei esclarecer o que a própria entendia do seu estado e quais as suas expetativas. A partir dos factos, com tom calmo, assertivo e adequado, falei-lhe sobre a evolução da doença e a possível progressão da mesma, questionando-a sobre o que a mais preocupava. Procurei demonstrar compreensão da sua vivência, validando as suas emoções, *“não estou no seu lugar e nem imagino o que deva estar a sentir; é natural que se sinta nervosa; estamos cá para apoiá-la”*. Sugeri-lhe, após anuência da EOC, realizar um passeio no jardim da UCP. Ofereci-lhe um café, assinado com o seu nome, e um bolo. Enquanto observava as árvores, fazia inspirações profundas e expirações prolongadas e fechava os olhos enquanto bebericava o café. Afastei-me e fiquei a contemplá-la. Antes de regressarmos ao quarto disse-me: *“senti-me vista por si... notada; olhou para mim como eu sou, para além da minha doença, dos tubos e dos meus olhos amarelos; sinto-me muito grata por este momento e por estar a cuidar de mim”*.

A disponibilidade, presença, empatia, escuta, respeito e contato visual constituem instrumentos facilitadores da construção da relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa e sua família (Dahlin & Wittenberg, 2019). A presença é crucial no processo de cuidar e de confortar, além disso possibilita conhecer e entender os valores, desejos e preocupações das pessoas, acentuando a sua importância em fim de vida (Dahlin & Wittenberg, 2019). A comunicação é essencial na construção da relação terapêutica e na compreensão dos significados atribuídos pela pessoa às suas experiências (Ferreira & Alves, 2019; Querido et al., 2016). A comunicação adequada é um dos pilares dos CP (Neto, 2016b) e, perante um contexto de doença avançada e terminal, é uma estratégia terapêutica de intervenção no alívio do sofrimento, preservação da dignidade e

promoção do conforto (Neto, 2016b; Querido et al., 2016). Esta perspetiva assenta num cuidado individualizado e holístico com a PSP e sua família, possibilitando formar uma aliança terapêutica e intervir nos contextos de experiência de conforto (Kolcaba, 2015).

Segundo Phaneuf (2005) a relação terapêutica é aquela que “ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação de um clima de compreensão e o fornecimento de apoio” (p. 324), o que ocorreu com a utente nesta situação de cuidados. Tive oportunidade de treinar comportamentos e refletir sobre atitudes que possibilitaram desenvolver uma relação terapêutica, tais como: comunicação honesta e verdadeira (Querido et al., 2016); demonstrar disponibilidade e preocupação (Andrade et al., 2022; Dahlin & Wittenberg, 2019; Meeker et al., 2019); escuta ativa e compreensão empática (Kisvetrová et al., 2018; Querido et al., 2016); presença e contato visual (Dahlin & Wittenberg, 2019; Phaneuf, 2005); linguagem corporal positiva e silêncio terapêutico (Querido et al. 2016).

Comunicar terapeuticamente é complexo e desafiante, requerendo treino e utilização de técnicas comunicacionais com a pessoa, família e equipe de cuidados (Ferreira & Alves, 2019; Querido et al., 2016), para além de atitude, disponibilidade, ética e um trabalho de autoconhecimento, reflexão e de desenvolvimento pessoal do enfermeiro sobre esta competência. Considero que treinei e aprendi mais sobre as técnicas comunicacionais eficazes no cuidado com a PSP, que me permitiram conhecer e apoiá-la. O recurso àquelas técnicas permitiu estabelecer uma relação terapêutica, o que vai ao encontro do objetivo da UC EcR: “estabelecer uma relação terapêutica (...) proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento do luto”⁵.

No que concerne às competências de EE no cuidado com a PSP, a atividade possibilitou alcançar as competências, designadamente:

cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal (...) aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; estabelece relação terapêutica (...) proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, (...) (Regulamento nº 429/2018, p.19360).

⁵ Sá, E. (2023). Documento Orientador. UC Estágio com Relatório. Unidade Curricular Estágio com Relatório 2023/24. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Das competências de mestre (Lei nº74/2006) demonstrei: “saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas (...)” (p. 2246).

Por forma a oferecer cuidados de qualidade à PSP e sua família, é essencial um trabalho de equipe coordenado e interdisciplinar. Por isso, considerei que interagir com profissionais de saúde de outras áreas disciplinares seria uma mais-valia para o meu desenvolvimento durante o estágio. Assim, oportunamente e após discussão com a EOC e equipe médica, articulei e referenciei situações de cuidados para outros profissionais, nomeadamente fisioterapia, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, dietista e assistente espiritual. Também, envolvi a EIHS CP, do hospital da área de referência da UCP, por forma a encaminhar os utentes ao serviço de urgência, para realização de exames complementares de diagnóstico, e promover a continuidade dos cuidados.

A articulação com os diferentes profissionais da instituição em que a UCP se insere, bem como com a EIHS CP, possibilitou desenvolver competências de liderança, isto é, de influenciar e apoiar os profissionais num objetivo comum, e treinar a comunicação com pares (na EM), de modo a torná-la mais adequada ao trabalho em equipe. Conforme Fernando e Hughes (2019), a interdisciplinaridade constitui o modelo de organização de trabalho em equipe com maiores benefícios na abordagem à PSP. Este modelo promove a interação e complementaridade no trabalho em equipe, pela definição e assunção de valores, metodologias e objetivos comuns orientadores da atuação dos profissionais de saúde (Kesonen et al., 2022). Também conduz à adequação das respostas às necessidades complexas das pessoas (Fernando & Hughes, 2019). Esta organização de cuidados está alinhada com a natureza holística dos CP e com as competências de EE.

A atividade possibilitou o desenvolvimento de competências comuns de EE (Regulamento nº 140/2019), do Domínio da Gestão dos Cuidados, no que concerne a: “otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” (p. 4748), colaborando nas tomadas de decisão em equipe, melhorando a informação e reconhecendo o momento oportuno de negociação e referência para outros profissionais de saúde. Face ao RCEEEEMCEPSP, a atividade possibilitou o desenvolvimento da unidade de competência “desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interdisciplinar e em articular com os serviços de apoio” (Regulamento nº 429/2018, p. 19365) e os respetivos

critérios de avaliação. A atividade permitiu-me ainda demonstrar competências de grau de mestre (Lei nº 74/2006), designadamente:

saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; e ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; (p. 2246).

A participação na realização de conferências familiares constituiu uma atividade desenvolvida ao longo do estágio. Aquando da transição de cuidados, sempre que houve oportunidade, participei na realização destas conferências com a presença da família, médico, psicólogo e enfermeiro. Para tal, necessitei de me preparar previamente pesquisando as etapas das conferências, técnicas comunicacionais eficazes (Andrade et al., 2022; Chen et al., 2023; Dowd, 2018; Kisvetrová et al., 2018; McGlinchey et al., 2023; Silva et al., 2023) e os protocolos para transmissão de más notícias, designadamente o Protocolo S-P-I-K-E-S (Ferreira & Alves, 2019).

As conferências familiares têm como finalidade "(...) informar a família, discutir objetivos, situação clínica, prognóstico e planeamento avançado dos cuidados, assim como apoio à família" (Capelas et al., 2018, p. 19). Por constituírem uma técnica estruturada de intervenção à PSP e família e, como tal, é necessária uma preparação por parte da equipe, devendo obedecer a certos princípios, tais como ser realizada em local próprio, sem interrupções e num ambiente de confiança (Campbell et al., 2021; Fernandes, 2016). Para a reunião é essencial preparar antecipadamente os tópicos a serem discutidos, decidir os participantes, nomear um moderador e informar os intervenientes, convocando-os (Fernandes, 2016). Segundo aqueles autores, as conferências familiares são desafiantes e requerem treino e desenvolvimento de habilidades comunicacionais, implicando dispêndio de tempo no planeamento, agendamento, execução e registo. Estes momentos, com o propósito de promover a tomada de decisão partilhada, potenciam a aliança terapêutica com a pessoa e sua família (Fernandes, 2016; Glajchen et al., 2022). Ademais, procuram capacitar a família e apoiá-la, reduzindo o sofrimento e a ansiedade associados à progressão da doença, possibilitando a gestão de expectativas, manutenção da esperança e prevenção da conspiração do silêncio. As conferências não devem ser exclusivas à gestão das situações

de crise, mas sempre que se entendam necessárias (Fernandes, 2016), e em UDHV acentuam a sua pertinência (Chen et al., 2023). O registo permite a continuidade dos cuidados e a efetividade do plano terapêutico (Frechman & Wright, 2023; Glajchen et al., 2022).

A participação nas conferências familiares foi bastante desafiante, possibilitando-me aplicar e treinar o Protocolo S-P-I-K-E-S. O modelo orienta e facilita na transmissão de más notícias, gestão de emoções e definição de um plano de ação (Ferreira & Alves, 2019; Querido et al., 2016). A minha inexperiência na sua aplicação e a dificuldade em gerir as emoções da família, face à receção de uma má notícia, levou-me a tomar consciência sobre mim, sobre a minha prática e a necessidade de aprender sobre estratégias comunicacionais e modelos de transmissão de más notícias. Conforme Ferreira e Alves (2019), "(...) o processo de transmissão de más notícias é (...) desafiador e complexo, suscetível de ser fonte de desconforto para (...) a pessoa (...), (...) sua família, mas também para os profissionais de saúde." (p. 9). Por tal, são requeridos treino e experiência na realização de conferências familiares (Ferreira & Alves, 2019). São exemplos: a incorporação de métodos de ensino criativos, designadamente *role-play*, exercícios reflexivos e discussão de artigos; a reflexão sobre as emoções experienciadas pelos profissionais antes e após a conferência; e utilizar grelhas de avaliação dos comportamentos comunicacionais durante a reunião (Campbell et al., 2021). Todavia, considero que mobilizei técnicas comunicacionais efetivas, respeitei os objetivos das conferências e os papéis e abordagens de cada interveniente. Além disso validei emoções, geri expectativas das famílias, participei no processo de tomada de decisão e planeamento futuro, como a referenciação para outros profissionais de saúde. Ainda, promoveu a minha aprendizagem, na medida em que desenvolvi habilidades no apoio, presença e orientação da família na exposição a notícias difíceis, à incerteza e à imprevisibilidade da trajetória das doenças, respeitando as vontades e desejos das pessoas (Kelemen & Groninger, 2018), prevenindo a conspiração do silêncio e a futilidade terapêutica (Andrade et al., 2022; Feaster et al., 2023). Estas intervenções de enfermagem designam-se de medidas confortadoras (Novak et al., 2001) e coadunam-se com o perfil de competências de EE.

Posto isto, considero que a participação na realização das conferências familiares possibilitou alcançar os objetivos da UC EcR⁶. No que concerne ao RCCEE (2019) alcancei as unidades de competência do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais referentes a “detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” (p. 4749) e “(...) gera respostas de adaptabilidade individual (...)”, bem como os seus critérios de avaliação. Em relação ao RCEEEEMCEPSP (2018), a atividade descrita possibilitou o desenvolvimento das unidades de competência “respeita a singularidade e autonomia da pessoa (...) e seus cuidadores/familiares no acompanhamento de vivências individuais específicas, no processo de morrer e de luto” (p. 19365) e “reconhece os efeitos da natureza do cuidar na pessoa (...) nos seus cuidadores/familiares, sobre si, outros membros da equipe, respondendo de forma eficaz” (p. 19366), como também os respetivos critérios de avaliação. Quanto às competências do grau de mestre (Lei nº 74/2006) demonstrei “saber aplicar os (...) conhecimentos e a (...) capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a (...) área de estudo” (p. 2246).

Ao longo do percurso em estágio elaborei pesquisas bibliográficas acerca dos tópicos: sinais e sintomas suscetíveis de serem apresentados pela pessoa em UDHV (Barosa et al., 2021; Braga et al., 2017; Brennan et al., 2019; Carneiro, 2020; Díez-Manglano et al., 2020; Hui et al., 2014; Vicente et al., 2023); necessidades de conforto da pessoa e sua família e intervenções de enfermagem confortadoras (Akdeniz et al., 2021; Andrade et al., 2022; Angheluta et al., 2020; Chen et al., 2023; Feaster et al., 2023; Kisvetrová et al., 2018; McGlinchey et al., 2023; Meeker & White, 2021; Pereira & Ribeiro, 2023; Silva et al., 2023); e o processo de confortar à luz da TC (Bice & Kolcaba, 2020; Bice, 2022; Dowd, 2018; Kolcaba & Fisher, 1996; Kolcaba, 1994; 2003; 2015; 2017; Novak et al., 2021; Wensley et al., 2020). Estas pesquisas contribuíram para adquirir conhecimentos sobre os tópicos acima apresentados e desenvolver habilidades na identificação da fase dos UDHV, o que, segundo a literatura, permite ao enfermeiro e equipe adaptar as intervenções de conforto à pessoa e sua família promovendo a transição de cuidados (Angheluta et al., 2020; McGlinchey et al., 2023; Neto, 2016a). Ainda, as pesquisas

⁶ Sá, E. (2023). Documento Orientador. UC Estágio com Relatório. Unidade Curricular Estágio com Relatório 2023/24. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

contribuíram para o meu melhor entendimento sobre a TC e a sua apropriação na prestação pessoal de cuidados em estágio.

A realização de um protocolo de revisão *scoping* constituiu uma das atividades previstas do PF. Para o desenvolvimento desta atividade, sob a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (Peters et al., 2020), elaborou-se a questão de investigação “Qual a intervenção de enfermagem na promoção do conforto (C-conceito) da pessoa em últimos dias ou horas de vida e sua família (P-participantes) em Cuidados Paliativos (C-contexto)?”. O protocolo com o título “Intervenção de Enfermagem na Promoção do Conforto da Pessoa em Últimos Dias ou Horas de Vida e sua Família em Cuidados Paliativos: protocolo de *scoping review*” (Apêndice I). Sob orientação da DO e em colaboração com uma colega de mestrado elaborei o protocolo e registei-o na *Open Science Framework* (10.17605/OSF.IO/TJ62B). Embora sem oportunidade de realizar a revisão *scoping* durante o estágio, a expressão de pesquisa possibilitou-me aceder a algumas das fontes. Concomitantemente, tive oportunidade de participar na elaboração de um outro protocolo de revisão *scoping*, no âmbito do CP, integrando a equipe de revisores.

A realização dos protocolos permitiu-me desenvolver habilidades na utilização de métodos e técnicas de investigação em base de dados. Pese embora ainda não ter realizado a *scoping review*, a atividade possibilitou-me aprender sobre boa-prática de elaboração de protocolos sob a metodologia do *Joanna Briggs Institute* e os resultados preliminares obtidos enriqueceram o meu percurso em estágio e o enquadramento teórico-concetual do presente RE.

O planeamento e realização de uma entrevista formativa a enfermeiro perito, com caráter apenas formativo, previsto no PF, sobre a experiência de confortar da pessoa em UDHV e sua família, teve como objetivos gerais aprofundar conhecimentos sobre o fenómeno do conforto e do processo de confortar daquelas pessoas, na perspetiva do perito, e utilizar técnicas de entrevista científica e análise temática de conteúdo. Por via da bibliografia consultada estruturei o guião sob a forma de blocos temáticos e elaborei várias questões de resposta aberta, para a condução de uma entrevista semiestruturada (Filion et al., 2009; Vilelas, 2017). Após autorização da enfermeira responsável pela UCP e do próprio enfermeiro perito, realizei a entrevista semiestruturada. Os dados foram partilhados apenas com a DO e, após a transcrição do *verbatim*, procedeu-se à análise temática de conteúdo segundo Bardin (2015).

A realização do guião da entrevista foi desafiante, uma vez que não possuía conhecimentos na elaboração deste tipo de atividade e foram precisas várias tentativas até conseguir um guião com questões que não parecessem “avaliar” o participante e não induzissem a resposta. Durante a realização da entrevista não senti necessidade de a conduzir, uma vez que o perito, a partir da primeira questão (aberta), descreveu a sua perspetiva de forma bastante clara e completa e abordou conceitos de grande interesse e que se relacionam com o tópico em estudo. Contudo, encontrei dificuldades na realização da análise temática de conteúdo, por inexperiência, pelo que fui orientada pela DO. Pese embora as dificuldades, considero que todo o processo foi muito enriquecedor pela oportunidade e privilégio da partilha e recolha de informação com um dos peritos da UCP e pela oportunidade de contatar de perto com técnicas de recolha e análise de dados.

Ao longo do percurso em estágio, os registos de enfermagem que elaborei também espelharam a minha evolução. Paulatinamente, os registos passaram a demonstrar maior completude e rigor na mobilização do referencial teórico que orientou o meu percurso. A estrutura taxonómica da TC facilitou e orientou o processo de confortar da PSP e sua família, pelo que procurei registar detalhadamente as necessidades de conforto das pessoas e suas famílias, as intervenções de enfermagem confortadoras de tipo técnicas, *coaching* e de alimento de conforto para a alma e os seus resultados. Conforme Bice e Kolcaba (2020), a avaliação da efetividade das medidas confortadoras auxilia quer na determinação da efetividade das intervenções, quer na identificação da necessidade de desenhar medidas adicionais para aumentar o nível de conforto das pessoas. A bibliografia consultada (Bice, 2022; Kolcaba, 2003; 2015) sobre os métodos de avaliação dos níveis de conforto, designadamente as perguntas abertas, a Escala Verbal de Conforto e a Escala de Avaliação Numérica, possibilitou-me aprender sobre a sua aplicação e o seu treino, tendo procedido aos registos em notas de enfermagem (Dowd, 2018). A CCC foi utilizada durante os cuidados tidos com as pessoas com compromisso cognitivo ou com dificuldades em comunicar de forma verbal (Kolcaba, 2003; 2017), nomeadamente com as pessoas em UDHV. Utilizei este instrumento, pese embora não validado, com o objetivo de aprender sobre a sua aplicação. Tal utilização não constituiu incómodo ou risco para as pessoas cuidadas, por um lado, pela natureza

observacional externa dessa utilização e, por outro, porque as decisões sobre cuidados não ficaram dependentes dos resultados da mesma.

As atividades explanadas demonstraram a minha crescente preocupação pelo meu desenvolvimento enquanto estudante, a minha postura proativa, a qualidade das minhas intervenções, o meu envolvimento nos processos de tomada de decisão e a prestação de cuidados de qualidade à PSP e sua família.

Em relação ao RCCEE (2019), a minha atitude ética e o respeito pelos utentes, assegurando que não fossem prejudicados pelo treino pessoal nas atividades referidas, contribuíram para alcançar a unidade de competência do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal “promove a proteção dos direitos humanos” (p. 4746). Do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, as atividades possibilitaram-me alcançar a unidade de competência “suporta a prática clínica em evidência científica” (p. 4749) e alguns dos seus critérios de avaliação, designadamente: “identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação”, “investiga e colabora em estudos de investigação” (p. 4749), “possui conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada”, “rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, (...)” e “usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados.” (p. 4750).

Face às competências de mestre, as atividades possibilitaram desenvolver:

capacidade para integrar conhecimentos, (...) desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta; saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas; competências que permitem uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Lei nº 74/2006, p. 2246).

No PF estava prevista a realização de pelo menos um exercício de reflexão sobre a prestação pessoal de cuidados. Pese embora a minha constante reflexão e partilha com a EOC, realizei um exercício de reflexão, escrito, desenvolvido com base o Ciclo Reflexivo de *Gibbs* (Gibbs, 2013; Jasper, 2003).

A situação de cuidados que mereceu reflexão disse respeito a uma utente que foi admitida na UCP e apresentou um agravamento muito rápido, com transição para últimas horas de vida. Quando reconheci o agravamento e identifiquei a fase em que a utente se encontrava, após a anuência da EOC, contatei telefonicamente a família a informar da alteração da situação e a solicitar que se deslocassem à UCP. Na sala de reuniões

organizei a disposição das cadeiras em círculo e coloquei na mesa os lenços de papel. Enquanto aguardava a chegada da família, dirigi-me ao quarto onde a utente estava, observei-a e apliquei o instrumento de avaliação PAINAD, obtendo o *score* 0 (ausência de dor). A eleição deste instrumento foi motivada pela minha necessidade de avaliar o nível de dor da utente, que apresentava alteração do estado de consciência e incapacidade em colaborar na avaliação, fatores que, segundo Pina (2016), justificam a utilização da escala. Quanto à CCC, esta não foi utilizada, pois os seus critérios de aplicação requerem a avaliação comparativa do nível de conforto após a implementação de medidas confortadoras. Como, naquele momento, não realizei intervenções confortadoras dirigidas aos contextos de experiência de conforto, a sua aplicação não seria pertinente.

Informei os enfermeiros que eu e a EOC nos ausentariamos para receber a família e pedi que a fossem observando. Posteriormente, na sala de reuniões recebemos a família e convidei-os a sentarem-se. Mantendo o contato visual e adotando um tom calmo, iniciei a conversa agradecendo a sua presença e questionei-os acerca da sua percepção sobre o estado da senhora antes de se ausentarem da UCP. Os filhos afirmaram que notaram diferenças comparativamente ao momento da admissão, porém, aos seus olhos, a mãe parecia estar confortável. Confrontei-os com essas diferenças ao que referiram que denotavam alguma inquietação, com tentativas de sair do leito, respiração ruidosa e pele muito quente. O recurso a técnicas comunicacionais como a escuta ativa (Kisvetrová et al., 2018), apoio emocional (Dowd, 2018), presença, orientação, informação e reforço positivo (Andrade et al., 2022) possibilitaram-me transmitir a má notícia sobre a aparente irreversibilidade da situação e a transição para a fase de UDHV. A presença de lívido *reticulares*, o estertor e o *delirium* constituem manifestações potencialmente desconfortáveis para a família (Barosa et al., 2021; Carneiro, 2020), pelo que antecipei a possibilidade do seu aparecimento (Silva et al., 2023).

Durante o ponto de situação expliquei a necessidade de reformular o plano individual de cuidados (Kelemen & Groninger, 2018), discutindo intervenções farmacológicas e não farmacológicas, como mobilizações apenas quando necessário, higiene oral, hidratação labial e remoção de prótese dentária devido a prostração (Barosa et al., 2021). Destaquei os benefícios da utilização da via subcutânea, a suspensão da alimentação devido à dificuldade de deglutição e ao risco de aspiração (Barosa et al., 2021), assim como os malefícios da alimentação por via entérica, por forma a reduzir as

medidas desproporcionadas e potencialmente desconfortáveis para a senhora (Akdeniz et al., 2021; McGlinchey et al., 2023). A minha intervenção possibilitou à família expressar as suas dúvidas e emoções (Kisvetrová et al., 2018), apresentar manifestações de carinho e a construção da narrativa de vida, que constituem medidas confortadoras na prática de enfermagem (McGlinchey et al., 2023). Reforcei o compromisso da equipe de não abandono, encorajei a presença da família e sugeri a vinda de pessoas significativas para as despedidas (McGlinchey et al., 2023), envolvendo a família nos cuidados de conforto, como seu desejo (Chen et al., 2023). Intervim no contexto físico da experiência de conforto, sugerindo a hidratação da mucosa oral e no contexto ambiental na gestão do ruído, da luminosidade e temperatura. Ao nível do contexto sociocultural da experiência de conforto sugeri a presença da família e no contexto psicoespiritual a conclusão de assuntos pendentes, a promoção de despedidas e o perdão. A senhora faleceu tranquilamente na presença da família.

O Ciclo Reflexivo de *Gibbs* consiste uma ferramenta essencial na aprendizagem contínua e desenvolvimento profissional, que permite uma análise estruturada das experiências, facilitando a identificação de áreas de melhoria e orientando o processo de tomada de decisão (Gibbs, 2013). Ao longo das suas etapas — descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e plano de ação (Gibbs, 2013; Jasper, 2003) —, é possível refletir, obter novos *insights* e aplicá-los em situações futuras.

Considero ter enfrentado dificuldades em cumprir as etapas do Ciclo Reflexivo de *Gibbs*, especialmente a avaliação e análise da situação de cuidados. Agora, com mais experiência e desenvolvimento da minha atitude reflexiva, percebo que esses desafios decorreram de diversos fatores, designadamente: a transição rápida da utente para últimas horas de vida; as manifestações clínicas prevalentes nesta fase, difíceis de controlar e que podiam impactar a família, como a inquietação pré-terminal, hipertermia e farfalheira (Barosa et al., 2021; Carneiro, 2020); o meu conhecimento insuficiente sobre a utente, incluindo os seus valores, desejos, preferências e expectativas em relação à progressão da doença e à admissão na UCP (a família foi inquirida durante a admissão); o receio de não proporcionar uma morte digna e tranquila, alinhada com as preferências e expectativas da utente e família (Kolcaba, 2003; 2017); a necessidade de identificar atempadamente as alterações do estado da utente e informar a família, que eu havia conhecido poucas horas antes (Angheluta et al., 2020; McGlinchey et al., 2023); criar uma

relação terapêutica com a família, assente na confiança (Batista & Sapeta, 2023; Pereira & Ribeiro, 2023); a transmissão da má notícia e a gestão das emoções que a família poderia manifestar (Silva et al., 2023); e o impacto do processo de cuidados em mim.

Pese embora as minhas dificuldades na realização do exercício de reflexão, o processo reflexivo ampliou o meu conhecimento clínico e aprimorou o julgamento e raciocínio nos processos de tomada de decisão em situações complexas (Tanner, 2006), enquanto estudante. Além disso, contribuiu para o desenvolvimento do autoconhecimento, na medida em que me possibilitou, de forma estruturada, analisar e refletir sobre as experiências vividas, compreender de forma mais profunda as minhas emoções, pensamentos e ações, promover um crescimento pessoal significativo e uma maior consciência de mim mesma.

O processo revelou-se essencial para o planeamento futuro da minha ação e no tratamento de outras situações de cuidados (Jasper, 2003). Em colaboração com a EOC, realizei intervenções de enfermagem que considero alinhadas com o perfil de EE no cuidado à PSP e sua família. A atividade permitiu-me utilizar os métodos de investigação em bases de dados e os conhecimentos adquiridos através de pesquisas bibliográficas sobre a identificação da fase dos UDHV, as manifestações clínicas mais prevalentes nessa fase e as intervenções de enfermagem confortadoras à pessoa e sua família. Com base nas premissas da TC (Kolcaba, 2003), em sede de reflexão, as intervenções de conforto realizadas foram atempadas, cuidadosas e intencionais.

Ao longo do percurso desenvolvido em estágio na UCP considero ter integrado "(...) o conhecimento e as evidências tendo por referência os princípios e valores ético-deontológicos e legais"⁶ da profissão de Enfermagem. Conforme Branco (2018), decidir, no âmbito dos cuidados de saúde, é determinar quais as intervenções que os profissionais de saúde devem realizar para responder às necessidades da pessoa e família, de tal como que a finalidade da ação possa ser a excelência do cuidar. No que respeita à atividade descrita a propósito do exercício de reflexão realizado, considero que as minhas postura e prestação de cuidados se coadunaram com o cumprimento das normas legais e dos princípios éticos e deontológicos da profissão de Enfermagem. Nela, assegurei o respeito pelos princípios éticos da autonomia, da beneficência e não-maleficência. O respeito pela autonomia exige que o processo de tomada de decisão assente no envolvimento da pessoa no seu plano de cuidados e no respeito dos

profissionais de saúde pelas suas vontades e desejos (Branco, 2018). Pese embora, a rápida transição da utente para últimas horas de vida, os seus compromisso cognitivo e incapacidade de comunicação e o meu parco conhecimento (inicial) sobre as suas preferências e expetativas, por via da recolha de dados com a família foi possível preservar a dignidade da senhora, os seus desejos e preferências e promover uma morte tranquila (Bice & Kolcaba, 2020). O princípio ético da beneficência foi respeitado por via da preservação do bem da utente e família e maximização dos benefícios possíveis (Branco, 2018) ao longo do processo de confortar, evitando a realização de cuidados desproporcionados e potencialmente desconfortáveis em fim de vida (Akdeniz et al., 2021; McGlinchey et al., 2023; Neto, 2016a). Conforme Kolcaba (2003), a beneficência é intrínseca à moralidade dos profissionais de saúde, sendo que os cuidados confortadores demonstram uma ética de beneficência, isto é, de fazer o bem. O princípio da não-maleficência foi assegurando, na medida em que agi com o propósito de não causar dano (Branco, 2018; Neto, 2016b) quer à utente, quer à sua família como exposto anteriormente.

Por via do exercício de reflexão demonstrei alcançar objetivos da UC EcR⁷. Do RCCEE (2019) possibilitou alcançar as unidades de competência do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais: “detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” (p. 4749) e “(...) gera respostas de adaptabilidade individual (...)”, bem como os seus critérios de avaliação. No que respeita ao Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, considero ter demonstrado “uma tomada de decisão segundo princípios éticos, valores e normas deontológicas”, “(...) a proteção dos direitos humanos” (p. 4746) e os respetivos critérios de avaliação.

No que concerne ao RCEEEEMCEPSP (2018), a atividade descrita possibilitou o desenvolvimento das unidades de competência “respeita a singularidade e autonomia da pessoa (...) e seus cuidadores/familiares no acompanhamento de vivências individuais específicas, no processo de morrer e de luto” (p. 19365) e “reconhece os efeitos da natureza do cuidar na pessoa (...) nos seus cuidadores/familiares, sobre si, outros membros da equipe, respondendo de forma eficaz” (p. 19366), como também os respetivos critérios de avaliação.

⁷ Sá, E. (2023). Documento Orientador. UC Estágio com Relatório. Unidade Curricular Estágio com Relatório 2023/24. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Quanto às competências do grau de mestre (Lei nº 74/2006) demonstrei: “saber aplicar os (...) conhecimentos e a (...) capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a (...) área de estudo”; e “(...) integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (p. 2246).

O recurso e a elaboração de um processo de enfermagem, enquanto exercício pedagógico, na concretização do cuidado confortador (Kolcaba, 2003; 2017) com a pessoa em situação de UDHV e sua família, foi uma das atividades previstas no meu PF.

O processo de enfermagem organizou e orientou os cuidados tidos com uma utente e família, admitidas na UCP para descanso do cuidador. Durante a admissão recolhi alguns dados com a utente e família sobre a sua história clínica e sociofamiliar. A senhora, de 89 anos e viúva há quinze, vivia sozinha num pequeno apartamento. Em maio de 2023, recorreu ao médico de família por sintomas de astenia, dor e parestesias nas mãos, e foi diagnosticada com neoplasia da mama esquerda com metástases ósseas extensas na coluna vertebral. Por aumento da sua debilidade e dependência, a filha foi viver com a senhora para cuidá-la. Devido à sua dor não controlada e a episódios de agitação psicomotora, a filha dormia no quarto da utente para prevenir quedas. Em outubro, solicitaram o apoio da EIHSCP e a senhora foi referenciada para a UCP. Aferi o seu conhecimento quanto ao diagnóstico, prognóstico e expectativas do internamento: *“sei que tenho uma doença sem cura e que as coisas não estão bem... e eu sei que não vou sair daqui”*. No momento, reforcei o compromisso de apoio e não abandono da equipe e geri as suas expectativas, aparentemente, realistas (McGlinchey et al., 2023). Identifiquei o seu desejo: *“posso não chegar ao Natal, mas até lá, quero ver a minha família toda reunida”*.

Semanas após a admissão, a utente apresentou alteração do estado da consciência e manifestações clínicas, designadamente *delirium* hiperativo, respiração de *Cheyne-Stokes* e livedo reticulares. Após partilha e discussão com a EOC, concluí que a utente havia transitado para a fase dos UDHV (Barosa et al., 2021; Braga et al., 2017). Conforme Angheluta et al. (2020) e McGlinchey et al. (2023), a identificação daquela fase permite que o enfermeiro e a EM adaptem as intervenções de conforto à pessoa e sua

família, promovendo a transição de cuidados. Entre estas, são intervenções de enfermagem confortadoras informar e preparar a família para o aparecimento de manifestações clínicas prevalentes nesta fase, uma vez que, segundo Barosa et al. (2021) e Carneiro (2020), estas podem ser bastante impactantes.

Por tal, realizou-se uma conferência familiar que, embora não exclusiva à gestão das situações de crise e transição de cuidados, em UDHV acentua-se a sua pertinência (Chen et al., 2023). Foi possível colaborar na reunião, na qual redefiniu-se o plano de cuidados com enfoque no controlo sintomático, preparação da família para a perda e promoção de uma morte tranquila (Fernandes, 2016; Ferreira & Alves, 2019; Kolcaba, 2003; McGlinchey et al., 2023). A filha estava bastante ansiosa e com fâcies triste: *“tenho pensado na possibilidade de viver o mesmo que a minha mãe (há dez anos havia recebido o diagnóstico de neoplasia da mama; atualmente em remissão); será que fiz bem em trazê-la para aqui? estamos a sofrer tanto! (...) não percebemos o porquê disto se estar a prolongar (...) será que está à espera de alguém?”*. Validei as emoções da filha e sugeri o apoio de psicólogo, medida com a qual concordou, pelo que se referenciou para psicologia. O apoio, a presença, a escuta ativa e a partilha de emoções constituem medidas confortadoras (Andrade et al., 2022; Dowd, 2018; Kisvetrová et al., 2018), bem como a referenciação para outros profissionais de saúde da EM (Kolcaba, 2015).

Ao longo dos dias foram realizados vários pontos de situação com a família, atualizando-a sobre o estado da utente e recolhendo dados para identificar novas necessidades de conforto. Promovi a narrativa de vida, pela filha, incentivei a partilha de emoções e reforcei o apoio da equipe, mesmo após o falecimento da senhora. Considerando o desejo da utente de estar reunida com toda a sua família (dado colhido na admissão), perguntei à filha se havia algum familiar ou pessoa significativa que ainda não a tivesse visitado. Informou-me que o seu sobrinho, que a utente ajudara a criar, se encontrava no estrangeiro e desconhecia a progressão, aparente, da doença e irreversibilidade da situação. Sugeri que partilhasse com o sobrinho, oferecendo ajuda na transmissão da má notícia. Agradeceu e contactou o familiar, na minha presença, e ele demonstrou compreender a situação, informando que viajaria para Portugal no dia seguinte.

Perante o *delirium* hiperativo da utente, procurei eventuais causas e identifiquei a presença de globo vesical, com necessidade de algaliação. Foram administrados por via

subcutânea morfina e midazolam, com efeito aparente. Adicionalmente, recomendei ajustes na luminosidade do quarto, gestão de estímulos à utente e ruídos, e a presença da família. No dia seguinte, após a chegada do sobrinho, a senhora faleceu tranquilamente na presença da sua família.

Segundo a taxonomia CIPE, identifiquei os diagnósticos de enfermagem (ICN, s. d.): conforto comprometido da pessoa na fase dos UDHV e conforto comprometido da filha. Para o processo de confortar importou identificar as variáveis intervenientes na situação de cuidados, designadamente: o declínio cognitivo e funcional da utente, o prognóstico irreversível e as experiências passadas da filha — neoplasia da mama — e o seu estado emocional de ansiedade e tristeza (Barosa et al., 2021; Bice, 2022; Díez-Manglanoa et al., 2020; Kolcaba, 2017). Atendendo às necessidades de conforto identificadas, da senhora e da sua filha, e visando promover o conforto dos tipos alívio, tranquilidade e transcendência, realizei, em conjunto com a EM, algumas intervenções confortadoras. A administração de terapêutica para controlo sintomático constituiu uma medida técnica de conforto no contexto de experiência física. As intervenções dedicadas à gestão do ambiente do quarto e a redução dos estímulos podem ser consideradas medidas do tipo alimento de conforto para a alma dirigidas ao contexto ambiental da experiência de conforto. A referenciação da filha para psicólogo e o recurso a técnicas comunicacionais, tais como a narrativa de vida, escuta ativa, o apoio, presença e apoio emocional são consideradas medidas dos tipos *coaching* e de alimento de conforto para a alma, dirigidas aos contextos de experiência psicoespiritual e sociocultural de conforto.

Perante a alteração do estado de consciência e ausência de resposta verbal da utente, que impossibilitaram a autoavaliação do seu conforto, apliquei a CCC. O instrumento possibilitou avaliar os níveis de conforto antes e após as medidas confortadoras, como também avaliar a sua efetividade (Kolcaba, 2003; 2017). O resultado foi o conforto melhorado da utente e, pelo modo como ocorreu o processo de morte da senhora, avalio-o como tendo sido "uma morte tranquila", um comportamento dirigido à saúde, (Kolcaba, 2015). Pois, conforme Kolcaba, uma morte tranquila é definida como "uma morte em que os conflitos são resolvidos, os sintomas são bem geridos e a aceitação por parte do doente e dos familiares permite que o doente parta com dignidade." (2003, p. 257).

O processo de enfermagem orientou o meu pensamento crítico na tomada de decisão (Tanner, 2006) e o cuidado tido com a PSP e sua família assente em intervenções atempadas, atenciosas e intencionais (Kolcaba, 2003; 2017). A TC possibilitou-me priorizar o conforto e promovê-lo no cuidado com a utente em UDHV e sua família, tanto por meio da utilização contínua da técnica de observação e recolha de dados, como pela aplicação da estrutura taxonómica (Bice & Kolcaba, 2020). Aquela estrutura permitiu-me organizar os dados e a relembrar as dimensões: avaliar as necessidades de conforto, ao nível dos contextos físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural, e o estado de conforto; considerar as variáveis intervenientes; desenhar medidas de conforto para aquela pessoa e família, por forma a promover o alívio, tranquilidade e transcendência; aplicar método de avaliação do nível de conforto; e, naquele momento, constatar que ocorreu conforto melhorado, designadamente a morte tranquila (Bice, 2022; Kolcaba, 2017; Lin et al., 2023).

Foi desafiante identificar os diagnósticos de enfermagem com base a CIPE (ICN, s. d.), uma vez que não tenho experiência na utilização da taxonomia e, na instituição em que exerço funções, tal como na UCP, a mesma não é utilizada. Além disso, percebi que tive alguma dificuldade ao avaliar as necessidades de conforto, no que se refere ao conforto dos tipos tranquilidade e transcendência. Porém, dada a natureza holística da experiência de conforto, os diferentes tipos de conforto e os contextos de experiência estão interligados e justapostos, e as intervenções que desenhei para uma área específica da estrutura afetaram as restantes (Bice, 2022; Dowd, 2018). Também lidar com a complexidade da situação tornou-se um desafio constante no planeamento e implementação das intervenções confortadoras destinadas a alcançar os resultados desejados.

Explanada a atividade e as aprendizagens que nela emergiram, considero que demonstrei cumprir os objetivos da UC EcR⁸. No que concerne ao RCEEEEMCEPSP (2018) alcancei a competência e as respetivas unidades e critérios de avaliação, designadamente:

cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; e estabelece relação terapêutica (...) proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, (...) (Regulamento n° 429/2018, p.19360).

⁸ Sá, E. (2023). Documento Orientador. UC Estágio com Relatório. Unidade Curricular Estágio com Relatório 2023/24. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Das competências de mestre, presentes na Lei nº 74/2006, demonstrei: “saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas (...); e capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos (...)” (p. 2246).

Por último, explano uma atividade que não se encontrava prevista no PF, mas que constituiu uma grande oportunidade de aprendizagem. O contexto profissional no qual exerço funções sofreu recentemente alterações da sua tipologia de cuidados. Face a esta mudança, identifiquei como necessidade de formação dos enfermeiros da equipe em compreender a importância dos CP na abordagem à pessoa com AVC e sua família e sensibilizá-los para as necessidades paliativas destas pessoas e para algumas respostas possíveis naquele contexto de cuidados.

Por forma a disseminar o conhecimento adquirido por via da pesquisa bibliográfica (Barosa et al., 2021; Braga et al., 2017; Brennan et al., 2019; Carneiro, 2020; Cipriano et al., 2018; Díez-Manglanoa et al., 2020; Holloway et al., 2014; Hui et al., 2014; Kendall et al., 2018; Vicente et al., 2023) e de alguns resultados obtidos a partir do protocolo de *scoping review* (Andrade et al., 2022; Angheluta et al., 2020), pela observação dos cuidados da EOC e pela prestação pessoal de cuidados em estágio, planeei realizar a atividade de formação à equipe de enfermagem daquela unidade de cuidados. A atividade de formação teve como título “A importância dos CP na abordagem à pessoa com AVC e sua família” e o plano da sessão encontra-se em Apêndice II. Para a elaboração do plano de sessão, quer para a realização da mesma fui orientada pela DO.

Os AVC isquémico e o hemorrágico constituem, por vezes, patologias ameaçadoras da vida e de compromisso funcional grave, com incertezas no prognóstico e com redução exetável da qualidade de vida da pessoa e da sua família (Cipriano et al., 2018; Kendall et al., 2018). Estas patologias podem conduzir a perdas e exigem a readaptação funcional e dos papéis (Holloway et al., 2014). Assim sendo, desde o momento do diagnóstico, as pessoas com AVC e sua família podem carecer de uma abordagem total e integral que se coaduna com a natureza holística dos CP (Cipriano et al., 2018; Holloway et al., 2014; Kendall et al., 2018).

A realização desta atividade de formação possibilitou-me desenvolver habilidades na utilização do conhecimento e no planeamento, preparação e realização de atividade de formação destinada a pares, como também o treino de comunicação. Não senti

dificuldades na realização da atividade e na explanação dos conteúdos. Avalio positivamente a minha postura e o domínio dos conteúdos e a atividade realizada. Após a sessão, reformularia os diapositivos por forma a promover mais tempo para a discussão com a equipe sobre desafios e problemas éticos no cuidado da pessoa com AVC e sua família. Todavia, considero que a equipe de enfermagem participou proactivamente e inquiriu-me diversas vezes relativamente ao tópico. Na discussão, os pares concordaram com a pertinência do tema e com a proposta de elaboração de protocolos de atuação da unidade de cuidados na abordagem à pessoa com AVC e em UDHV. Embora ainda não tenha avaliado o impacto da formação na qualidade dos cuidados com os utentes, creio que a atividade proporcionou a sensibilização dos pares sobre o tópico.

A atividade possibilitou-me desenvolver competências do RCCEE (Regulamento nº 140/2019), do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, designadamente “responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.” (p. 4749). Quanto aos respetivos critérios de avaliação, considero terem sido desenvolvidos na sua maioria, exceto o critério de avaliação do impacto da formação. As atividades também possibilitaram alcançar a unidade de competência “suportar a prática clínica em evidência científica” (p. 4749), na medida em que:

atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos; interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem; discute as implicações da investigação; contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

Além disso, possibilitou utilizar “(...) tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados” (p. 4750).

No que concerne às competências no Decreto-Lei nº 74/2006, a atividade contribuiu para a translação de conhecimentos e para o desenvolvimento da competência, nomeadamente “ser capaz de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” (p. 2246).

3. A AVALIAÇÃO E OS CONTRIBUTOS DO PERCURSO DE APRENDIZAGEM

Analisando retrospectivamente o caminho desenvolvido, surge agora a oportunidade para realizar uma avaliação detalhada do percurso de aprendizagem e dos resultados obtidos. Como forças destaco a minha motivação e os meus conhecimentos acerca dos cuidados à PSP e família, que possibilitaram desenvolver aprendizagens e competências em estágio. Ainda, a minha proatividade e a prática de reflexão contínuas na prestação pessoal dos cuidados contribuíram favoravelmente para o processo de aprendizagem.

Como oportunidades ressalvo a pertinência do tema do RE e a seleção dos contextos de prestação de CP especializados para realização de estágio, um numa ECSCP e outro numa UCP. Estes possibilitaram o contato com a pessoa em UDHV e sua família e a implementação de intervenções de enfermagem confortadoras àqueles. Além disso, as competências dos profissionais de saúde das EM e a orientação das EOC facilitaram as aprendizagens. A utilização de ferramentas de pesquisa possibilitou a realização do protocolo de revisão *scoping* e a pesquisa de evidência científica sobre o tópico em estudo. Pese embora a atividade de formação à equipe de enfermagem no serviço em que exerço funções não se encontrar prevista no PF, considero que constituiu uma oportunidade, uma vez que proporcionou a partilha de conhecimentos com os pares sobre a importância da abordagem paliativa nos cuidados à pessoa com AVC e sua família.

Um dos pontos fracos iniciais neste percurso, era o conhecimento insuficiente sobre a TC e a sua utilização na prestação de cuidados, bem como a minha limitada habilidade em utilizar ferramentas de pesquisa bibliográfica. Embora isso tenha tornado o percurso mais moroso, não comprometeu a sua qualidade e o cumprimento dos objetivos, até porque foram aspetos desenvolvidos ao longo do mesmo.

Destaco como ameaças a complexidade da fase dos UDHV e a imprevisibilidade das trajetórias das doenças. Além disso, as necessidades de conforto da pessoa em UDHV e sua família e a escassez de evidência científica sobre a intervenção do EE na promoção desse conforto também representaram ameaças. Todavia, a pesquisa bibliográfica que fundamentou o enquadramento concetual da questão problema, possibilitou realizar

uma súmula das intervenções de enfermagem promotoras de conforto, as quais auxiliaram e melhoraram a minha prática de cuidados em estágio. Por previsível e inadiável ausência da EOC na parte final do meu estágio, e a fim de cumprir a carga letiva necessária e desenvolver as aprendizagens pretendidas, foi necessário alterar, antecipando, o horário e cronograma de atividades em estágio. Isto requereu, da minha parte, capacidade de adaptação e gestão de tempo necessários para a realização das atividades em trabalho autónomo e no estágio. No entanto, considero que otimizei as minhas forças no sentido da consecução do projeto e o cumprimento dos objetivos do estágio, possibilitando o desenvolvimento de competências.

Atendendo às competências requeridas para o EEEPSP e à filosofia dos CP, o conforto adquire uma dimensão central e indispensável no cuidado com a PSP e sua família, acentuando o seu papel em UDHV. A eleição da TC, de Kolcaba, como referencial teórico de suporte ao meu percurso formativo em estágio, possibilitou-me compreender, priorizar o conforto e promovê-lo no cuidado com a PSP e sua família. Por tal, a identificação das necessidades de conforto e a implementação de intervenções confortadoras visaram o conforto melhorado dessas pessoas, constituindo um importante indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem (Payne et al., 2022; Pinto et al., 2017).

Mas este enfoque no conforto e no confortar foi possível, porque por ele optei, fundamentadamente, ao selecionar a questão problema a que o meu PF deveria dar resposta: “Como se desenvolve a intervenção do EE para a promoção do conforto da pessoa em UDHV e sua família?”. A MTP, tendo constituído um desafio, foi fundamental para o desenvolvimento da minha autonomia e responsabilidade no planeamento e na implementação do Projeto, como também para estimular a minha atitude reflexiva, capacidade de adaptação ao imprevisto e priorização de atividades. O percurso desenvolvido possibilitou melhorar competências necessárias para a promoção do conforto daquela pessoa, cumprindo os objetivos geral e específicos do PF e, deste modo, contribuiu, para o desenvolvimento de competências de EEEPSP.

As atividades realizadas foram, de um modo geral, executadas com sucesso, proporcionando contributos para a minha prática de cuidados enquanto enfermeira no meu contexto profissional. O estágio foi fundamental para o desenvolvimento de competências no cuidado com a PSP e sua família, enriquecendo a minha compreensão

sobre o processo de confortar e orientando a minha prática de cuidados especializados com aquelas pessoas. Além disso, nele tive oportunidade de utilizar estratégias comunicacionais e de colaborar na gestão de situações de cuidados de elevada complexidade, o que tem contribuído para o estabelecimento de relações terapêuticas enfocadas no fortalecimento das pessoas e suas famílias, bem como na promoção de uma morte digna e tranquila. No que concerne aos registos de enfermagem elaborados, considero que espelharam a natureza holística do cuidado confortador da PSP e sua família e o referencial teórico que suportou o meu percurso. Atualmente, entendo uma evolução notável no rigor e completude dos registos que realizo. Assim, considero que o estágio contribuiu para a evolução significativa da minha prática de cuidados.

Tendo em vista a minha intenção inicial de avançar ao longo do Modelo de Desenvolvimento de Competências em Enfermagem (Benner, 2001), considero que o percurso de aprendizagem possibilitou demonstrar características correspondentes ao nível de competência de enfermeira proficiente. Desenvolvi habilidades para analisar as situações de cuidados de forma holística, com base na experiência e eventos recentes, e a minha prática atual é enfocada na identificação dos problemas e aspetos relevantes, coadunando-se ao perfil descrito por Benner (2001). Em suma, pelo exposto e documentado no RE, considero que o meu percurso de aprendizagem possibilitou cumprir os objetivos para os estágios e desenvolver competências de EE e de mestre.

CONCLUSÕES E PERSPETIVAS DE FUTURO

O presente Relatório demonstra que os objetivos definidos foram alcançados com sucesso. Ao longo do percurso, cada etapa e atividades realizadas desempenharam um papel fundamental na consecução dos objetivos, além de contribuírem significativamente para o desenvolvimento de competências de EE e, ainda, as correspondentes ao grau de mestre.

Atendendo aos objetivos propostos para os estágios e a questão problema do meu PF “como se desenvolve a intervenção do EE para a promoção do conforto da pessoa em UDHV e sua família?”, realizei pesquisas bibliográficas, protocolo de revisão *scoping* e integrei a evidência científica na prática pessoal de cuidados à PSP e sua família. Ademais, observei e colaborei nos cuidados realizados pela EOC, desenvolvi a minha capacidade de reflexão e participei no processo de tomada de decisão com a EM, pessoa e sua família. Além disso, prestei e registei os cuidados de enfermagem à PSP e sua família, com base o referencial teórico que suportou o meu percurso formativo. Realizei e geri os cuidados, garantindo o anonimato dos contextos de estágio, equipe e pessoas cuidadas. Aquando da prestação de cuidados priorizei o conforto, respeitei os princípios éticos e deontológicos da profissão de Enfermagem de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Ainda, procurei rentabilizar as oportunidades de aprendizagem, tomando iniciativa na discussão de situações e promovendo um ambiente seguro, tendo em conta os recursos e os contextos.

Pese embora as dificuldades apresentadas ao longo dos pontos 2.1. e 2.2. e o constrangimento relacionado com o compactar do estágio, considero que o caminho desenvolvido e demonstrado no RE contribuiu para o meu desenvolvimento enquanto pessoa, estudante e profissional. No que concerne ao desenvolvimento de competências, e de acordo com o Modelo de Benner, considero que o percurso de aprendizagem permitiu-me progredir do nível competente para proficiente.

No entanto, importa apresentar as perspetivas futuras, pois este percurso não se encerra com a elaboração do Relatório e requer uma integração contínua na minha prática para melhorar a qualidade do meu cuidado. Como parte do meu plano futuro, tenho a intenção de realizar, em coautoria, a *scoping review* e publicá-la numa revista

especializada ou plataforma dedicada. Por forma a desenvolver competências na área da gestão e liderança em enfermagem, pretendo realizar uma formação avançada, nomeadamente uma pós-graduação.

Na instituição hospitalar onde exerço funções, pretendo assumir um papel de referência em CP: visando melhorar a comunicação e articulação com as equipas de CP da Unidade de Local de Saúde. Semanalmente, tenho intenção de dedicar horas de trabalho à triagem das pessoas com AVC com necessidades de referência para as equipas de CP, seja a EIHSCP, UCP ou ECSCP, colaborar na revisão de terapêutica e em conferências familiares e contribuir para a elaboração de protocolos de atuação no controlo de sintomas. Além disso, planeio assumir a função de enfermeira de referência na equipa de enfermagem, oferecendo suporte para esclarecimento de dúvidas, discussão de problemas éticos e participação nos processos de tomada de decisão. Considerando a formação aos pares acerca da importância dos CP na abordagem à pessoa com AVC e sua família, pretendo continuar a contribuir para a aprendizagem dos enfermeiros na unidade onde trabalho, organizando novas atividades de formação sobre a problemática.

O conforto continuará a ser o foco central dos cuidados que presto, pelo que pretendo integrar na minha prática clínica o processo de confortar, designadamente os aspetos das necessidades de conforto da pessoa e sua família, os instrumentos de avaliação adequados e as intervenções de enfermagem e o seu registo. Posto isto, almejo continuar a aprofundar o meu estudo sobre a promoção do conforto da pessoa em UDHV e sua família, contribuindo para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem nessa área. Além disso, pretendo expandir o meu papel como EE e mestre, tanto dentro da equipa como na instituição em que exerço funções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akdeniz, M., Yardimci, B. & Kavukcu, E. (2021). Ethical considerations at the end-of-life care. *SAGE Open Medicine*, 9, 1-9. 10.1177/20503121211000918
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association*. (7ª edição). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Andrade, C. G. de, Costa, I. C. P., Batista, P. S. de S., Alves, A. M. P. de M., Costa, B. M. S., Nassif, M. S. & Costa, S. F. G. da. (2022). Palliative Care and Communication: A Reflection in The Light of The Peaceful End of Life Theory. *Cogitare Enfermagem*, v27:e80917. [dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.80917](https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80917)
- 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. & Kolcaba, K. (2009). The effects of guided imagery on comfort, depression, anxiety, and stress of psychiatric inpatients with depressive. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(6), 403-411. 10.1016/j.apnu.2008.12.003
- Bardin, L. (2015). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Barosa, M., Gonçalves, T. N. & Neto, I. G. (2021). Guia sintético – Abordagem à agonia – Últimos Dias e Horas de Vida. Ordem dos Médicos. <https://ordemosmedicos.pt/descarregue-o-guia-abordagem-da-agonia-ultimos-dias-e-horas-de-vida/>
- Batista, S. & Sapeta, P. (2023). Processo de cuidados entre cuidador informal e doente com necessidades paliativas no domicílio: Metassíntese. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), 1-10. 10.12707/RVI22074
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto Editora.
- Bice, A. (2022). Katharine Kolcaba: Theory of Comfort. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and Their Work* (10ª edição, pp. 526-536). Elsevier.
- Bice, A. A. & Kolcaba, K. (2020). Katharine Kolcaba's Comfort Theory. In M. C. Smith (Ed.), *Nursing Theories and Nursing Practice* (5ª edição, pp. 371-381). F. A. Davis Company.
- Braga, B., Rodrigues, J., Alves, M. & Neto, I. G. (2017). Guia Prático da Abordagem da Agonia. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 24(1), 48-55.

- Branco, M. C. D. F. G. (2018). *Vulnerabilidade e Autonomia: a Decisão Bioética em Oncologia* [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Veriati- Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/4136>
- Brennan, M. R., Thomas, L. & Kline, M. (2019). Prelude to Death or Practice Failure? Trombly-Brennan Terminal Tissue Injury Update. *American Journal Hospital Palliative Care*, 36(1), 1016-1019. 10.1177/1049909119838969
- Campbell, E., Lawson, T., Urban, S., Vaughan, L., Kamal, A., Jones, C. & Higgins, E. (2021). Top Ten Tips Palliative Care Clinicians Should Know About Teaching Trainees How to Conduct a Family Meeting. *Journal Of Palliative Medicine*, 24(2), 267-272. 10.1089/jpm.2020.0687
- Canzona, M. R., Love, D., Barrett, R., Henley, J., Bridges, S., Koontz, A., Nelson, S. & Daya, S. (2018). "Operating in the dark": Nurses' attempts to help patients and families manage the transition from oncology to comfort care. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 4158-4167. 10.1111/jocn.14603
- Capelas, M., Simões, A., Teves, C., Durão, S., Coelho, S., Silva, S., Silva, A. & Afonso, T. (2018). Indicadores de qualidade prioritários para os serviços de cuidados paliativos em Portugal. *Cadernos de Saúde*, 10(2), 11-24. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7245>
- Carneiro, R. (2020). Questões e respostas sobre o cuidado da pessoa em situação de últimas horas ou dias de vida. Hospital da Luz-Arrábida. <https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/2016/11/8.-Rui-Carneiro-QA-Ultimas-horas-ou-dias-de-vida-em-PDF.pdf>
- Castro, L.B. & Ricardo, M.M.C. (2002). *Gerir o trabalho de projeto. Guia para a flexibilização e revisão curriculares*. (7ª edição). Texto Editora.
- Chen, W., Chung, J. O. K., Lam, K. K. W. & Molassiotis, A. (2023). End-of-life communication strategies for healthcare professionals: A scoping review. *Palliative Medicine*, 37(1), 61-74. 10.1177/02692163221133670
- Cipriano, P., Monteiro, N. F., Alves, J., Mirra, J., Santos, M. & Freire, E. (2018). Cuidados Paliativos em Doentes com Acidente Vascular Cerebral: Um Estudo Retrospectivo de 5 Anos de uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos.

<https://doi.org/10.24950/rspmi/original/288/3/2018>

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2016). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: Biénio 2017-2018*.

<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP-2017-2018-1-1.pdf>

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2019). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: Biénio 2019/2020*.

<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/PEDCP-2019-2020-versao-final-10.02.2019.pdf>

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2021). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: Biénio 2021/2022*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2023). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: Biénio 2023/2024*. https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP-2023_2024_signed.pdf

Cunha, A. R. N. & Martins, M. L. (2020). Cuidados paliativos em contexto de serviço de urgência- percepções das equipas de enfermagem. *Cadernos de Saúde*, 12, 68-69.

<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10266>

Dahlin, C. M. & Witternberg, E. (2019). Communication in Palliative Care: An Essential Competency for Nurses. In B. R. Ferrell & J. A. Paice (Eds.), *Oxford Textbook of Palliative Nursing* (5ª edição, pp. 55-78). Oxford University Press.

<https://doi.org/10.1093/med/9780190862374.003.0005>

Dickerson, S. S., Khalsa, S. G., McBroom, K, White, D. & Meeker, M. A. (2022). The meaning of comfort measures only order sets for hospital-based palliative care providers.

International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 17(2015058), 1-18. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.2015058>

Díez-Manglanoa, J., Muñoz, L. A. S., Fenoll, R. G., Freire, E., Pérez, S. I. de I., Carneiro, A. H. & Bonafonte, O. T. (2020). Guia de Consenso para a Prática Clínica sobre Boas Práticas nos Cuidados em Fim de Vida, das Sociedades Espanhola e Portuguesa de Medicina Interna. *Medicina Interna*, 28(1), 82-99. 10.24950/SEMI/SPMI/1/2021

- Dowd, T. (2018). Theory of Comfort. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and Their Work* (9ª edição, pp. 527-539). Elsevier.
- Estabrooks, C., Rutakumwa, W., O'Leary, K., Profetto-McGrath, J., Milner, M., Levers, M. & Scott-Findlay, S. (2005). Sources of Practice Knowledge Among Nurses. *Qualitative Health Research*, 15(4), 460-476. 10.1177/1049732304273702
- Feaster, A., Thrane, S. E., Shihabuddin, C. D., Sinnott, L. & Overcash, J. (2023). Educational Intervention to Enhance Nursing Comfort With Advance Care Planning and Documentation. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 27(1), 27-32. 10.1188/23.CJON.27-32
- Fernandes, J. (2016). Apoio à Família em Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª edição, pp. 653-663). Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa.
- Fernando, G. V. M. C. & Hughes, S. (2019). Team approaches in palliative care: a review of the literature. *International Journal of Palliative Nursing*, 25(9), 444-451. 10.12968/ijpn.2019.25.9.444
- Ferreira, M. & Alves, P. (2019). Transmissão e Gestão de Más Notícias a Pessoa com Doença Oncológica e Família. *Onco.news*, XII(38), 1-14. <https://doi.org/10.31877/on.2019.38.01>
- Filion, M. F., Côte, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Lusodidacta. 978-989-8075-18-5
- Frechman, E. & Wright, P. W. (2023). Nurse Burnout in Hospice and Palliative Care: A Scoping Review. *Illness, Crisis & Loss*, 31(1), 137-150. 10.1177/10541373211039825
- Gibbs, G. (2013). *Learning by doing: A Guide to Teaching and Learning Methods*. Oxford Brookes University. <https://thoughtsmostlyaboutlearning.files.wordpress.com/2015/12/learning-by-doing-graham-gibbs.pdf>
- Glajchen, M., Goehring, A. Johns, H. & Portenoy, R. (2022). Family Meetings in Palliative Care: Benefits and Barriers. *Palliative and Supportive Care*, 23(5), 658-667. 10.1007/s11864-022-00957-1
- Gonçalves, E. & Oliveira, J. E. (2016). Urgências em Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª edição, pp. 529-552). Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa.

- Holloway, R. G., Arnold, R. M., Creutzfeldt, C. J., Lewis, E. F., Lutz, B. J., McCann, R. M., Rabinstein, A. A., Saposnik, G., Sheth, K. N., Zahuranec, D. B., Zipfel, G. J. & Zorowitz, P. D. (2014). Palliative and end-of-life care in stroke: a statement for health care professionals from the American Heart Association. *American Stroke Association, 45*, p. 1887-1916. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000069724.36173>
- Hui, D., Nooruddin, Z., Didwaniya, N., Dev, R., Cruz, M. D. L., Kim, S. H., Kon, J. H., Hutchins, R., Liem, C. & Bruera, E. (2014). Concepts and Definitions for "Actively Dying," "End of Life," "Terminally Ill," "Terminal Care," and "Transition of Care": A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management, 47(1)*, 77-89. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.02.021>
- International Council of Nurses. (n.d.). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice*. (1ª edição). Nelson Thornes Ltd. 0748771174
- Jessee, M. A. (2021). An Update on Clinical Judgment in Nursing and Implications for Education, Practice, and Regulation. *Journal of Nursing Regulation, 12(3)*, 50-60. [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(21\)00116-2](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(21)00116-2)
- Julião, M., Sobral, M. A., Runa, D., Caçada, P., Calaveiras, P., Chaves, P., Gonçalves, C., Sousa, P. F. de & Bruera, E. (2021). Repeated filling of elastomeric infuser pumps for home-based subcutaneous medications: a case series. *International Journal of Palliative Nursing, 27(2)*, 107-115. [10.12968/ijpn.2021.27.2.107](https://doi.org/10.12968/ijpn.2021.27.2.107)
- Kelemen, A. M. & Groninger, H. (2018). Ambiguity in End-of-Life Care Terminology-What Do We Mean by "Comfort Care?". *The Journal of the American Medical Association Internal Medicine, 178(11)*, 1442-1443. [10.1001/jamainternmed.2018.7486](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.7486)
- Kendall, M., Cowey, E., Mead, G., Barber, M., McAlpine, C., Stott, D. J., Boyd, K. & Murray, S. A. (2018). Outcomes, experiences and palliative care in major stroke: a multicentre, mixed-method, longitudinal study. *Canadian Medical Association Journal, 190(9)*, p. 238-246. [10.1503/cmaj.170604](https://doi.org/10.1503/cmaj.170604)
- Kesonen, P., Salminen, L., Kero, J., Aappola, J. & Haavisto, E. (2022). An Integrative Review of Interprofessional Teamwork and Required Competence in Specialized Palliative Care. *OMEGA—Journal of Death and Dying, 0(0)*, 1-27. [10.1177/00302228221085468](https://doi.org/10.1177/00302228221085468)
- Kisvetrová, H., Vévodová, Š. & Školoudík, D. (2018). Comfort-Supporting Nursing Activities for End-of-Life Patients in an Institutionalized Environment. *Journal of Nursing*

Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, 50(2), 126133.10.1111/jnu.12341

- Kolcaba, K. & Fisher, E. M. (1996). A Holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nursing Quarterly*, 18(4), 66-76. [10.1097/00002727-199602000-00009](https://doi.org/10.1097/00002727-199602000-00009)
- Kolcaba, K. & Steiner, R. (2000). Empirical Evidence for the Nature of Holistic Comfort. *Journal of Holistic Nursing*, 18(1), 46-62. [10.1177/089801010001800106](https://doi.org/10.1177/089801010001800106)
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178-1184. [10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x)
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice - A Vision For Holistic Health Care and Research*. Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K. (2015). Katharine Kolcaba's Comfort Theory. In M. C. Smith, M. E. Parker (Eds.), *Nursing Theories and Nursing Practice* (4ª edição, pp. 381-392). F. A. Davis Company.
- Kolcaba, K. (2017). Comfort. In S. J. Peterson, T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories: application to nursing research and practice* (4ª edição, pp. 196-211). Wolters Kluwer.
- Lalani, N., Duggleby, W., & Olson, J. (2019). Rise Above: Experiences of Spirituality Among Family Caregivers Caring for Their Dying FamilyMember in a Hospice Setting in Pakistan. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 21(5), 422-429. [10.1097/NJH.0000000000000584](https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000584)
- Lei n.º 52/2012. (2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (Nº 172 de 2012-09-05), 5119-5124. <https://data.dre.pt/eli/lei/52/2012/09/05/p/dre/pt/html>
- Lei n.º 74/2006. (2006). Graus académicos e diplomas do ensino superior. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (Nº 60/2006 de 2006-03-24), 2244-2255. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2006-75326440>
- Leite, E., Malpique, M. & Santos, M. R. dos. (2001). *Trabalho de Projeto 1. Aprender por Projetos Centrados em Problemas*. (4ª edição). Afrontamento.
- Lima, C. P. de & Machado, M. de A. (2018). Cuidadores Principais Ante a Experiência da Morte: Seus Sentidos e Significados. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(1), 88-101. <https://doi.org/10.1590/1982-3703002642015>
- 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. *BMC*, 12(33), 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s13643-023-02202-8>
- Lourenço, M., Encarnação, P. & Lumini, M. J. (2021). Cuidados Paliativos, Conforto e Espiritualidade. In Escola Superior Enfermagem do Porto (Eds.), *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem* (pp. 85-98). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
<https://doi.org/10.48684/6sk0-ff98>
- Marques, R. dos S., Cordeiro, F. R. & Fernandes, V. P. (2022). Cuidados paliativos: identificação da necessidade por equipas assistenciais e solicitação de equipas de consultoria. *Revista Chilena de Enfermería*, 4(2), 38-67.
<https://revistachilenaenfermeria.uchile.cl/>
- Marques, R. M. D., Dixe, M. D. A., Querido, A. I., & Sousa, P. P. (2016). Revalidation of the holistic comfort questionnaire – family for caregivers of people with advanced chronic disease. *Referência*, 4(11), 91-100. <https://doi.org/10.12707/RIV16060>
- McGlinchey, T., Early, R., Mason, S., Johan-Fürst, C., Zuylen, H. van, 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.
10.1177/02692163231152523
- Meeker, A. M. & White, D. (2021). Transition to comfort-focused care: Moral agency of acute care nurses. *Nursing Ethics*, 28(4), 529-542. 10.1177/0969733020952128
- Meeker, A. M., McGinley, J. M. & Jezewski, M. A. (2019). Metasynthesis: Dying adults' transition process from cure-focused to comfort-focused care. *Journal of Advance Nursing*, 75, 2059-2071. 10.1111/jan.13970
- Neto, I. (2016a). Cuidados na Agonia. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª edição, pp. 317-330). Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa.
- Neto, I. (2016b). Cuidados Paliativos: Princípios e Conceitos Fundamentais. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª edição, pp. 1-22). Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa.
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem: O que é e o que não é*. Lusociência.
- Novak, B., Kolcaba, K., Steiner, R. & Dowd, T. (2001). Measuring comfort in caregivers and patients during late end-of-life care. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 18(3), 170-180. 10.1177/104990910101800308

- Nysæter, T. M., Olsson, C., Sandsdalen, T., Wilde-Larsson, T., Hov, R. & Larsson, M. (2022). Preferences for home care to enable home death among adult patients with cancer in late palliative phase – a grounded theory study. *BMC Palliative Care*, 21(49), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00939-y>
- Oliveira, C. & Lopes, M. J. (2010). Construir Laços de Confiança e Promover o Conforto. *Pensar Enfermagem*, 14(1), 67-74. [10.56732/pensarenf.v14i1.39](https://doi.org/10.56732/pensarenf.v14i1.39)
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. *Ordem dos Enfermeiros*, 1-5. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Payne, S., Harding, A., Williams, T., Ling, J. & Ostgathe, C. (2022). Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study. *Palliative Medicine*, 36(4), 680-697. <https://doi.org/10.1177/02692163221074547>
- Pereira, R. & Ribeiro, P. (2023). Ways and means to comfort people at the end of life: how is the nurse a privileged player in this process?. *Palliative Care & Social Practice*, 17, 1-16. [10.1177/26323524231182730](https://doi.org/10.1177/26323524231182730)
- Peters, M., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A. & Khalil, H. (2020). Scoping reviews. In Aromataris, E., Munn, Z. (Eds). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Pina, P. R. (2016). Controlo da Dor em Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares & I.G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª edição, pp. 49-100). Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa.
- Pinto, S., Caldeira, S. & Martins, J. C. (2017). A qualitative study about palliative care patients' experiences of comfort: Implications for nursing diagnosis and interventions. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(8), 37-45. <http://jnep.sciedupress.com>

- Querido, A. (2012). *A Promoção da Esperança em Fim de Vida- Avaliação da Efetividade de um Programa de Intervenção em Pessoas com Doença Crónica Avançada e Progressiva*. [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Diretório de Escalas Validadas para Português Europeu. <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/4050/1/A%20PROMO%c3%87%c3%83O%20DA%20ESPERAN%c3%87A%20EM%20FIM%20DE%20VIDA%20Final.pdf>
- Querido, A., Salazar, H. & Neto, I. (2016). Comunicação. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares & I. G. Neto (Eds), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª edição, pp. 815-831). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744 - 4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- 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. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 135 de 2018-07-16), 19359 - 19370. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Silva, J. L. R. da, Silva, C. R. L. da, Mendes, C. de A., Dutra, L. B., Barreiros, R. N., Cabral, J. A., Câmara, L. de S. & Cardozo, I. R. (2023). Cuidados de enfermagem direcionados ao conforto do cliente oncológico em cuidados paliativos. *Research, Society and Development*, 12(1), e8112139489. 10.33448/rsd-v12i1.39489
- Simões, C., Julião, M., Calaveiras, P., Costa, E. & Bruera, E. (2024). Repeated Filling of Elastomeric Pumps for Home-Based Subcutaneous Infusions: A Cost Analysis of 240 Devices. *American Journal of Hospital and Palliative Care*, 20:10499091241239929. 10.1177/10499091241239929
- Souza, M., Jaramillo, R. & Borges, M. (2021). Conforto de pacientes em cuidados paliativos: revisão integrativa. *Enfermería Global*. (61), 433-448. <https://doi.org/10.6018/eglobal.420751>

- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Education*, 45(6), 204-211. 10.3928/01484834-20060601-04
- Twycross, R. (2003). *Introducing Palliative Care*. (4ª edição). British Library. https://palliumindia.org/wp-content/uploads/2020/05/Textbook_Twycross-2008-Introducing-palliative-care.pdf
- Vicente, H., Rocha, A., Ramos, P., Matos, M., Gomes, S. & Carvalhal, S. (2023). Feridas na Pessoa em Situação Paliativa. *Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas*, 1-19. 978-989-53418-4-9
- Vilelas, J. (2017). *Investigação- O Processo de Construção do Conhecimento*. (2ª edição). Edições Sílabo, Lda. 978-972-618-901-5
- Wensley, C., Botti, M., McKillop, A. & Merry, A. F. (2020). Maximising comfort: how do patients describe the care that matters? A twostage qualitative descriptive study to develop a quality improvement framework for comfort-related care in inpatient settings. *BMJ Open*, 10:e033336, 1-18. 10.1136/bmjopen-2019-033336
- 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>
- Woodlands Health. National Healthcare Group. (2023). *Care of elastomeric pump – patient on palliative treatment*. <https://www.wh.com.sg/ForPatientsVisitors/healthlibrary/Documents/Elastomeric-Pump-Palliative-Treatment.pdf>

