

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

CONTRIBUTOS PARA A PARAMETRIZAÇÃO DA ESPERANÇA NOS
SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: Projeto de
desenvolvimento de competências comuns e específicas

CONTRIBUTIONS TO THE PARAMETRISATION OF HOPE IN
NURSING INFORMATION SYSTEM: Project for the development
of common and specific skills

Autor

Mária Cristina Barbosa Moreira

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

CONTRIBUTOS PARA A PARAMETRIZAÇÃO DA
ESPERANÇA NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
EM ENFERMAGEM: Projeto de desenvolvimento
de competências comuns e específicas

CONTRIBUTIONS TO THE PARAMETRISATION OF
HOPE IN NURSING INFORMATION SYSTEM:
Project for the development of common and
specific skills

Orientador(es)

Sara Maria Oliveira Pinto
Professor Adjunto, Doutor

Autor

Mária Cristina Barbosa Moreira

Porto, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

“Foi o tempo que dedicaste à tua rosa que a fez tão importante...”

In O Príncipezinho, Antoine de Saint-Exupéry

DEDICATÓRIA

À minha querida mãe.

AGRADECIMENTO

Ao meu marido,

À minha orientadora científica,

À minha escola e professores que participaram da minha evolução académica e crescimento pessoal,

Aos meus tutores,

Às equipas onde estagiei, que me acolheram,

Às pessoas doentes, seus cuidadores e famílias, pela singularidade e privilégio na partilha de momentos inesquecíveis.

RESUMO

O presente relatório, realizado no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, do ano letivo de 2024/2025, apresenta em síntese as atividades e respetiva reflexão realizadas no decorrer do estágio de natureza profissional, com particular ênfase no projeto de melhoria contínua “Contributos para a parametrização da esperança nos sistemas de informação em Enfermagem”.

A esperança é um conceito central no cuidar em Enfermagem, aumentando a resiliência da pessoa em situações de crise, promovendo a qualidade de vida e a definição de metas realistas. Apesar do estudo crescente na área, persistem inconsistências na sua definição e operacionalização nas classificações e taxonomias do conhecimento em Enfermagem, particularmente dos diagnósticos. Atualmente, a esperança – foco de atenção em cuidados paliativos – não está parametrizada nos sistemas de informação, não permitindo a sua adequada documentação.

Assim, pretende-se com este projeto e relatório: descrever e analisar criticamente as competências comuns e específicas, do enfermeiro especialista, sensibilizar os enfermeiros das equipas em cuidados paliativos acerca da importância da parametrização dos diagnósticos de esperança nos sistemas de informação em Enfermagem, mapear os diagnósticos de esperança nas classificações e taxonomias do conhecimento em Enfermagem, explorar a sua adequação ao contexto português, em particular na pessoa em situação paliativa e desenvolver a sua parametrização nos sistemas de informação em Enfermagem.

A metodologia adotada assenta numa análise crítico-reflexiva, sustentada na evidência científica e nas experiências vivenciadas em contexto de estágio nas equipas comunitárias e intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos. O projeto de melhoria contínua seguiu a metodologia proposta pela Ordem dos Enfermeiros e incluiu a revisão dos diagnósticos de esperança nas classificações e taxonomias do conhecimento em Enfermagem e sua comparação pela técnica do *cross-mapping*, bem como uma revisão narrativa sobre estudos de adaptação/ validação transcultural destes para o contexto português.

Os principais resultados foram o desenvolvimento de competências comuns e específicas na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa. No que se refere ao projeto de melhoria contínua, observou-se que não existe uma definição consensual de esperança existindo inconsistência no mapeamento e definição dos diagnósticos de enfermagem presentes nas diferentes classificações e taxonomias do conhecimento em Enfermagem.

Espera-se que este relatório reflita o percurso de desenvolvimento de competências comuns e específicas e contribua para consciencializar acerca da importância do cuidado espiritual, em particular no que se refere ao diagnóstico da esperança em contexto de cuidados paliativos, evidenciando a intervenção crucial do enfermeiro nesta área.

Palavras-chave: Competência; Cuidados paliativos; Diagnóstico de enfermagem; Esperança; Sistemas de informação em Enfermagem.

ABSTRACT

This report, conducted within the Master's degree in Medical-Surgical Nursing, specialising in Nursing for People in Palliative Situations, for the 2024/2025 academic year, provides a summary of the activities and reflections undertaken during the professional placement, with particular emphasis on the continuous improvement project titled "Contributions to the Parametrisation of Hope in Nursing Information Systems."

Hope is a fundamental concept in nursing care, enhancing the resilience of people in times of crisis, promoting quality of life, and improving the establishment of realistic goals. Despite the growing body of research on this topic, inconsistencies persist in its definition and application within nursing knowledge classifications and taxonomies, particularly in relation to nursing diagnoses. At present, hope – a central focus in palliative care – is not incorporated into information systems, hindering its appropriate documentation.

The aim of this project and report is to: critically describe and analyse the common and specialist competencies developed by the nurse, with a particular focus on the experience of hope in palliative care; raise awareness among palliative care nurses about the importance of integrating hope diagnoses into nursing information systems; map hope-related diagnoses within nursing knowledge classifications and taxonomies; assess their relevance within the Portuguese context, particularly for individuals in palliative care; and support the integration of these diagnoses into nursing information systems.

The methodology is based on critical-reflective analysis, underpinned by scientific evidence and the practical experiences gained during placement in both community and inpatient palliative care teams. The continuous improvement project followed the methodology outlined by the Order of Nurses, including a review of hope-related diagnoses within nursing classifications and taxonomies, as well as their comparison through the cross-mapping technique. Additionally, a narrative review was conducted on studies regarding the transcultural adaptation and validation of these diagnoses in the Portuguese context.

Key findings include the development of both common and specialist competencies in nursing for individuals in palliative care. In relation to the continuous improvement project, it was found that there is no consensus definition of hope, with discrepancies in the mapping and definition of related nursing diagnoses across various classifications. No studies were identified validating these diagnoses within the Portuguese palliative population.

This report is intended to reflect the academic journey in developing both common and specialist competencies and to highlight the importance of spiritual care, specifically in relation to the diagnosis of hope in palliative care settings, emphasising the critical role of the nurse in this area.

Keywords: Competence; Palliative care; Nursing diagnosis; Hope; Nursing information systems.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP - Cuidados Paliativos

EAPC - *European Association for Palliative Care*

ECOG - *Eastern Cooperative Oncology Group*

ECSCP - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCP - Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ESAS - *Edmonton Symptom Assessment Scale*

FEV - *Forced Expiratory Volume* (Volume Expiratório Forçado)

GES - Grupo Espiritualidade da Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos

HHI-PT - *Herth Hope Index-PT*

ICN - *International Council of Nurses*

NANDA-I - *North American Nursing Diagnosis Association International*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OECD - *Organisation for Economic Cooperation and Development*

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPCP - Observatório Português dos Cuidados Paliativos

PEDCP - Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

PIG - *Proactive Identification Guidance*

PPE - Programa de Promoção da Esperança

PPS PT - *Palliative Performance Scale - Versão Portuguesa*

RNCP - Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SAOS - Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono

VNI - Ventilação Não Invasiva

UCP - Unidade de Cuidados Paliativos

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
DEDICATÓRIA	5
AGRADECIMENTO	7
RESUMO	9
ABSTRACT	11
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	13
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	17
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	19
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	23
3. CASO CLÍNICO 1	35
3.1. Enquadramento teórico	35
3.2. Clientes	44
3.3. Medicação	45
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	46
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	52
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	52
3.5. Domínios	54
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	54
3.6. Conceção de Cuidados	72
3.7. Especificação das intervenções	111
3.8. Síntese relativa ao caso	112
4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	113
5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	147
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	149
ANEXOS	161

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Domínios do Projeto de Consenso Nacional para Cuidados Paliativos de Qualidade Aplicados à DPOC.	41
Quadro 2 - Terapêutica prescrita do Sr. JP	47
Quadro 3 - Objetivos, Atividades e Recursos	127
Quadro 4 - Cronograma do desenvolvimento das atividades propostas	128
Quadro 5 - Indicadores de resultado das atividades propostas	129
Quadro 6 - Diagnósticos de esperança presentes na NANDA-I	132
Quadro 7 - Evolução da definição do diagnóstico <i>Desesperança</i>	133
Quadro 8 - Evolução da definição do diagnóstico <i>Disposição para esperança melhorada</i>	133
Quadro 9 - Evolução das características definidoras e fatores relacionados ao diagnóstico <i>Desesperança</i>	134
Quadro 10 - Evolução das características definidoras do diagnóstico <i>Desesperança</i>	135
Quadro 11 - Populações em risco e condições associadas ao diagnóstico <i>Desesperança</i>	135
Quadro 12 - Diagnósticos de Esperança presentes na NANDA-I (2021-2023) e CIPE®	136
Quadro 13 - Critérios de diagnóstico de <i>Desesperança</i> e <i>Falta de esperança</i>	137
Quadro 14 - Estudos analisados sobre a esperança no contexto português	140

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Linha temporal do caso apresentado.	36
Figura 2 - Trajetória da DPOC.	39
Figura 3 - Competências para a prática clínica em CP.	114
Figura 4 - Domínios das competências comuns do enfermeiro especialista.	116
Figura 5 - Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa.	117

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

No âmbito da unidade curricular “Estágio de Natureza Profissional com relatório - Módulo II” inserida no terceiro semestre do III Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, no ano letivo de 2024/2025, foi-nos proposta a elaboração de um relatório de estágio de natureza profissional, objeto de avaliação académica. A elaboração deste relatório tem por base o projeto de melhoria contínua desenvolvido no anterior semestre, centrado na temática “Contributos para a parametrização da esperança nos sistemas de informação em Enfermagem”, não obstante as diversas competências comuns e específicas desenvolvidas na componente de estágio, e reporta-se ao trabalho desenvolvido ao longo desta unidade curricular, com vista à obtenção do grau de Mestre e o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa.

Os cuidados paliativos (CP), enquanto cuidados holísticos ativos, desempenham um papel crucial no curso das doenças crónicas e ameaçadoras da vida de muitas pessoas, independentemente da idade, melhorando a qualidade de vida destas, dos seus cuidadores, familiares e amigos. Neste contexto, Radbruch et al. (2020), através de um novo consenso a nível mundial, propõem uma redefinição destes cuidados, enfatizando o sofrimento como pilar na sua definição, permitindo uma mudança adicional de uma abordagem centrada na doença para uma abordagem mais centrada na pessoa. Esta visão holística permite reconhecer que os CP devem ser prestados com base nas necessidades e não tanto no prognóstico da doença, sendo aplicáveis em todos os níveis e contextos de cuidados e abrangendo cuidados gerais e especializados, o que completa a definição destes cuidados presente na Lei de Bases de Cuidados Paliativos (Lei nº 52/2012) que olha estes cuidados numa perspetiva de doença avançada e progressiva e prestação de cuidados especializados. Para além destes contributos, a nova redefinição continua a reconhecer os familiares e cuidadores como unidade de cuidado, exigindo, portanto, recursos adicionais dos serviços de assistência, o que pode ser desafiador para sistemas de saúde com recursos limitados (Radbruch et al., 2020). Face ao exposto, podemos hoje afirmar que os CP são cuidados reconhecidos de forma consensual como um direito humano, devendo ser centrados na pessoa, sua família e cuidadores, dando especial atenção às necessidades específicas e preferências individuais de cada pessoa e sua família (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2020; Radbruch et al., 2020). Baseiam-se na comunicação eficaz, na tomada de decisão compartilhada, na autonomia pessoal, prolongando-se no processo de luto (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos [CNCP], 2023; Radbruch et al., 2020).

Apesar de se estimar que anualmente 40 milhões de pessoas em todo o mundo necessitem de CP, apenas 14% destas pessoas recebem estes cuidados de saúde (OMS, 2020). Em Portugal, no ano de 2019, estimou-se que morreram cerca de 111 170 pessoas e que destas, 70 983 morreram com necessidade de CP. Ainda nesse ano, a CNCP estimou que as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) eram metade das necessárias para satisfazer a procura de cuidados especializados e que nos anos 2022-23 criar-se-iam mais 10 equipas de CP, estimando-se uma cobertura de apenas três quintos das necessidades da população (CNCP, 2022). Não obstante estes dados, importa também referir que em 2021, num ranking de 81 países avaliados acerca da qualidade dos cuidados de fim de vida, 21 países receberam nota de reprovação, sendo que apenas dois deles são de rendimento elevado: a República Checa (66º) e Portugal (75º) (Finkelstein et al., 2022).

Este cenário é deveras preocupante por si só e ainda mais perspetivando um aumento sucessivo da necessidade mundial de CP devido ao aumento das doenças potencialmente fatais e do envelhecimento da população. Como motivos para esta carência de cuidados, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020) sugere a regulamentação excessivamente restrita quanto ao uso de morfina e outros fármacos essenciais no alívio da dor e a falta de formação e consciencialização dos profissionais de saúde relativamente a programas de melhoria de acesso a estes cuidados.

Em Portugal, a CNCP tem vindo a desempenhar um singular e importante papel no desenvolvimento dos CP e melhoria da sua acessibilidade à população portuguesa através da elaboração bienal dos Planos Estratégicos de Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal continental. O último plano estratégico elaborado, referente ao biénio 2023-2024, mantém o foco na garantia de dotação adequada em recursos humanos da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), agilização das plataformas digitais como ferramentas de trabalho e de promoção de conhecimento, bem como na definição clara de critérios de qualidade e orientação para metas a atingir (CNCP, 2023). Para uma análise objetiva e sistematizada dos cuidados e melhor cultura de avaliação dos mesmos contribuem os 25 indicadores de qualidade prioritários para os serviços de CP em Portugal definidos por Capelas et al. (2018), e a partir dos quais se conseguirá melhor prestação de CP, melhoria na efetividade e eficiência destes cuidados.

Neste contexto, a espiritualidade e o cuidado espiritual também têm sido objeto de atenção no desenvolvimento dos CP, em Portugal e na Europa (Caldeira et al., 2017), e, para tal, muito tem contribuído a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos que em 2014 formou um grupo de trabalho centrado na espiritualidade, com enfoque na multidisciplinaridade e com os objetivos de promover a reflexão, intervenção e investigação nesta dimensão do cuidado. Particularmente em Portugal, com a maioria da população católica, o cuidado espiritual no fim de vida ganha um especial relevo, pois a religião é considerada um recurso valioso no atender das necessidades espirituais da pessoa e, para que tal aconteça, os profissionais de saúde devem estar

capacitados para o mesmo. Apesar da investigação já produzida em Portugal nesta área e na formação da mesma em unidades curriculares dos graus de mestrado, para a implementação deste cuidado espiritual serão necessários um maior planeamento, desenvolvimento e avaliação (Caldeira et al., 2017).

A esperança, enquanto necessidade espiritual, assume particular ênfase em situações de doença grave, ameaçadora de vida e/ou em fim de vida (Corn et al, 2020; Hampton et al., 2007; Ripamonti & Chelazzi, 2024). Por conseguinte, constitui-se um importante foco de atenção para os enfermeiros (Antunes et al., 2023), devendo igualmente estar presente na parametrização dos sistemas de informação de apoio à prática de Enfermagem.

Neste contexto, e numa lógica de continuidade com o proposto no projeto de melhoria contínua elaborado no módulo I, sobre o tema “Contributos para a parametrização da esperança nos sistemas de informação em Enfermagem”, o presente relatório tem como objetivo descrever e analisar de forma crítico-reflexiva as competências comuns e específicas desenvolvidas durante o estágio de natureza profissional, tendo como especial foco a esperança da pessoa em situação paliativa. Para o efeito, utilizou-se uma metodologia crítico-reflexiva e descritiva, com recurso a evidência científica disponível e pertinente para a sua fundamentação. No que se refere ao projeto de melhoria contínua, utilizou-se o referencial proposta pela Ordem dos Enfermeiros para projetos de melhoria contínua (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2013). Não obstante foi, também, realizada a conceção de cuidados referente a um caso clínico acompanhado em contexto de estágio de natureza profissional. Esta conceção de cuidados foi desenvolvida através da plataforma e4Nursing, tendo por base a Ontologia de Enfermagem; por conseguinte, seguiu uma estrutura semelhante a um plano de cuidados de enfermagem, com datas e horas associadas às sessões de trabalho realizadas. Face ao exposto, e consoante os dados e, eventualmente, diagnósticos tenham (ou não) sofrido alterações entre sessões, poderão encontrar-se termos como “manteve”, “melhorou” ou “resolvido”, por forma a documentar a evolução dos diagnósticos de Enfermagem (destacados a negrito). Considerando o exposto, o presente documento encontra-se organizado em três secções. Na primeira secção será apresentada a caracterização dos contextos clínicos - uma ECSCP e uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) - onde foi realizado o estágio de natureza profissional e implementado o projeto de melhoria contínua. Na segunda secção será exposto um dos casos clínicos elaborado no decorrer do estágio e na terceira e última secção serão analisados os contributos para o desenvolvimento de competências com especial ênfase na implementação do projeto de melhoria contínua.

A formatação do presente relatório foi gerada automaticamente pela plataforma e4Nursing e, por conseguinte, poderá não estar totalmente congruente com as normas formais de apresentação de trabalhos escritos definidas pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Em todo o documento, nomeadamente na conceção de cuidados e nas diversas secções que

constituem este relatório, procuramos respeitar e assegurar os princípios inerentes à proteção de dados, pelo que toda a informação foi tratada de forma a garantir o anonimato das pessoas envolvidas (tutores, serviços, utentes e familiares).

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

Neste capítulo serão descritos os dois contextos clínicos onde foi realizado o estágio de natureza profissional, sendo eles duas ECSCP's (referentes aos primeiros períodos de estágio) e uma EIHSCP, referente ao segundo período. Estas equipas constituem serviços públicos, integrados no Serviço Nacional de Saúde, um sistema de saúde universal e gratuito que desempenha um papel crucial na garantia do acesso a cuidados essenciais para todos os cidadãos e residentes legais, independentemente da sua situação financeira (Decreto-Lei n.º 52/2022).

Em Portugal, a Lei de Bases de Cuidados Paliativos, lei nº 52/2012, regula e consagra o direito de todos os cidadãos poderem aceder a CP de qualidade, sendo responsabilidade do Estado proporcioná-los através da RNCP. Esta é uma rede funcional, integrada nos serviços do Ministério da Saúde, que se baseia num modelo de intervenção integrada e articulada, prevendo diferentes tipos de unidades e de equipas para a prestação de CP, em cooperação com outros recursos de saúde, sejam estes hospitalares, comunitários e/ou domiciliários (Lei nº 52/2012). Assim, e em Portugal, as diferentes tipologias de serviço para a prestação de CP especializados incluem as Unidades de Cuidados Paliativos (UCP's), as EIHSCP's e as ECSCP's (Lei nº 52/2012). As UCP's podem ter diferentes valências assistenciais: de internamento, apoio intra-hospitalar, consulta externa/ hospital de dia e apoio domiciliário, embora na maioria das vezes este último seja prestado pelas equipas comunitárias. Já as EIHSCP estão integradas numa UCP, quando esta exista na mesma instituição, ou funcionam de forma autónoma, sempre que não exista unidade de internamento. Por fim, as ECSCP's, prestam CP especializados a doentes que deles necessitam e apoio às suas famílias ou cuidadores, no domicílio, para os quais seja solicitada a sua atuação.

Com a constituição de novas Unidades Locais de Saúde, emergiu a necessidade de reforçar a natureza do trabalho em rede, característica da RNCP, para se otimizar a gestão de uma população com necessidades paliativas e suas famílias, respeitando sempre que possível a sua preferência de local de cuidados, conforme recomendado no Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) 23-24 (CNCP, 2023) e pela *Organisation for Economic Cooperation and Development* (OECD, 2023). Para tal, foi proposta a criação do Serviço Integrado de Cuidados Paliativos, como modelo organizacional dos CP, a implementar nas Unidades Locais de Saúde, que integre as diversas valências do apoio especializado em CP, definidas em lei (Lei nº 52/2012). Este novo modelo organizacional visa a redução de custos em recursos humanos e a promoção de respostas integradas de CP em linha de continuidade, desde a referenciação à consulta externa, ao hospital de dia e ao internamento, permitindo ainda a consolidação da ligação bidirecional à equipa comunitária e alargando o período de apoio para 24h. Assim, perspetivam-se uma diminuição no recurso às urgências, a hospitalizações e/ou à sobre utilização de serviços de saúde (Serviço Nacional de Saúde, 2023). Apesar destas melhorias almejadas e necessárias, esta dinâmica organizacional acarreta desafios a uma prestação de CP já por si deficitária em termos de acessibilidade e formação (Observatório

Português dos Cuidados Paliativos [OPCP], 2024), pois para a implementação deste Serviço Integrado de Cuidados Paliativos serão necessários mais recursos humanos, já reduzidos e maior formação especializada em CP (Serviço Nacional de Saúde, 2023).

Nas secções seguintes apresentar-se-á, com maior detalhe, a descrição de cada um dos contextos. Os primeiros períodos de estágio decorreram, num primeiro momento, entre I) 22 de maio e 23 de abril de 2024 e entre II) 22 de setembro e 21 de novembro de 2024. Num segundo momento, o estágio decorreu entre III) 23 de abril e 25 de junho de 2024 e IV) 22 de novembro e 8 de fevereiro de 2025. Estes períodos de estágio tiveram uma duração de 85 horas cada um no segundo semestre e de 170 horas cada no terceiro semestre.

2.1. Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos

A ECSCP desenvolve a sua atividade de forma autónoma e integrada na RNCP, sendo coordenada a nível nacional pela CNCP (Lei nº 52/2012). É responsável por prestar CP específicos às pessoas doentes, cuidadores e familiares no domicílio, de acordo com as necessidades e solicitações de atuação e presta apoio e aconselhamento diferenciado em CP às unidades de cuidados de saúde primários, nomeadamente às unidades de cuidados na comunidade e às unidades e equipas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. A intervenção destas equipas permite dignificar e respeitar as escolhas das pessoas doentes e suas famílias, reduzir os internamentos hospitalares e assim diminuir consideravelmente os gastos em saúde (Lei nº 52/2012).

As ECSCP onde decorreram os primeiros estágios são ambas de natureza multidisciplinar, como preconizado na Lei de Bases de Cuidados Paliativos, Lei nº 52/2012, sendo constituídas por profissionais de diversas áreas disciplinares (médico, enfermeiro, assistente social, nutricionista e psicólogo). Na primeira ECSCP onde foi realizado estágio, cada Unidade de Cuidados na Comunidade / Equipa de Cuidados Continuados Integrados integra um enfermeiro da ECSCP, enquanto que na segunda equipa, esta funciona de forma autónoma e nela estão integrados quatro enfermeiros que prestam cuidados domiciliários de acordo com os níveis de complexidade.

O método de trabalho destas equipas é baseado no trabalho em equipa, com a realização de reuniões semanais para discutir casos de maior complexidade, sendo que na segunda equipa, aquela com gabinete próprio, era possível no decorrer do trabalho diário discutir situações clínicas e/ ou profissionais de forma até multidisciplinar e assim melhorar de forma mais eficiente e produtiva possível a prestação de cuidados. Nestas reuniões semanais, são analisadas as situações clínicas de cada pessoa doente e família/ cuidadores acompanhados pela ECSCP, intercorrências ocorridas e elaborado um plano de atuação com objetivos individualizados para cada pessoa, família/cuidador, tendo sempre em conta as suas preferências e vontades, assim como a mobilização de recursos a nível social passíveis de

concretizar. Essas reuniões exemplificam a importância da abordagem multidisciplinar, um dos pilares dos CP, na elaboração de um plano individual e integrado de cuidados (Saunders, 2000). Estas equipas trabalham em articulação e consultadoria com as equipas assistenciais dos cuidados de saúde primários e hospitalares, definem e concretizam um plano individualizado de cuidados e, quando necessário, requerem avaliação ou intervenção diferenciada a outros profissionais, como apoio social, espiritual ou psicológico (Lei nº 52/2012).

Os enfermeiros que integravam estas ECSCP's possuíam formação avançada em CP, como preconizado pelo PEDCP 23-24 (CNCP, 2023), e são os gestores dos cuidados.

Aquando do estágio numa das equipas, um dos enfermeiros encontrava-se ausente por motivos de doença, o que obrigou a equipa a reorganizar-se e dar resposta também a essa unidade, contudo com algumas limitações e dificuldades. Com esta limitação na atuação da equipa, poderão não estar totalmente garantidas as dotações mínimas exigidas de recursos humanos, quanto ao número de enfermeiros, segundo o PEDCP 23-24 (CNCP, 2023). Isto porque são sugeridas para as ECSCP no mínimo dois a três enfermeiros para cada 100.000 habitantes por Unidade Local de Saúde e em 2017 esta em particular abrangia uma população residente de cerca de 170000 habitantes. No caso da segunda equipa, no que diz respeito aos enfermeiros, esta encontra-se dentro das dotações seguras em conformidade com o contexto comunitário, pois de acordo com os censos de 2021, a população residente era de 136369 pessoas e a equipa tinha em exercício de funções quatro enfermeiros (INE, 2021).

Importa a este respeito, olhar para o panorama nacional e, para tal, é útil analisar e refletir criticamente o relatório de outono de 2023, realizado pelo OPCP (OPCP, 2024). Segundo este relatório, e no que se refere à atividade das ECSCP's, estas representam uma cobertura de 45.9% da população portuguesa adulta, verificando-se assimetrias significativas a nível distrital, e que de acordo com o Relatório de implementação do PEDCP 21-22, 10 das 33 equipas existentes não apresentam os requisitos mínimos para o seu funcionamento. Face ao exposto, o OPCP (2024) conclui, neste documento, que a rede nacional de serviços especializados existente presta, sobretudo, CP com nível de diferenciação generalista, o que comprova a limitação de recursos humanos tanto a nível numérico como formativo em CP face às necessidades da população, sobrecarregando as equipas existentes na prestação de cuidados e diminuindo a oferta de CP especializados.

Neste contexto, a *Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief* (Knaul et al., 2018) vem reforçar a necessidade de garantia de cuidados e urgência de se desenvolverem esforços para aliviar a desigualdade na prestação de CP à escala global, tendo como um Direito Humano, uma prioridade de saúde pública e um imperativo ético, a acessibilidade a CP de qualidade e ao alívio da dor. Também a nível europeu, o *Council of Europe-Parliamentary Assembly* (2018), reconhece os CP como um Direito Humano e lamenta a proporção de cidadãos europeus ainda sem acesso a estes cuidados, incentivando a adoção de medidas para a identificação precoce

de necessidades paliativas e prestação de CP em diferentes níveis. A acrescentar a esta realidade, a evidência científica tem também documentado que as pessoas preferem ser cuidadas e morrer em casa (Pinto et al., 2023; Pinto et al., 2024), mas isso nem sempre é concretizável, o que torna premente o desenvolvimento e investimento nos CP em Portugal, especialmente no contexto comunitário, melhorando a acessibilidade da população e a prestação de cuidados com qualidade.

Relativamente aos recursos físicos, uma das equipas encontra-se integrada em cada centro de saúde, num total de quatro Unidades de Cuidados na Comunidade /Equipa de Cuidados Continuados Integrados, existindo, em cada uma delas, um gabinete de apoio à equipa. Já na outra equipa, esta tem um gabinete próprio para toda a equipa multidisciplinar acrescido de um gabinete de apoio (partilhado com outras equipas, do mesmo edifício), onde decorrem as consultas de Psicologia. Enquanto estudante foi possível constatar os benefícios deste gabinete próprio destinado apenas à ECSCP. Este gabinete permitia a toda a equipa in loco discutir situações clínicas, partilhar experiências do cuidar que pudessem ter afetado pessoalmente e profissionalmente cada um dos elementos da equipa e, não menos importante, metodologias de trabalho em equipa no sentido de melhorar a prestação de CP na comunidade. Outro ponto a salientar é a pertinência e importância das equipas terem viaturas próprias, com motorista e capacidade de transportar ajudas técnicas de menores dimensões. Estes recursos existentes numa das equipas, permitem à mesma agilizar a sua atuação de forma mais eficiente e eficaz, podendo atuar em diferentes domicílios em simultâneo, capacitando assim a sua resposta perante as necessidades da comunidade abrangida. Por outro lado, na primeira equipa era o enfermeiro que conduzia a viatura, além de que esta carecia de melhoria quanto à sua manutenção mecânica, o que, apesar das limitações, não prejudicou o processo de ensino/aprendizagem.

As ECSCP's funcionam todos os dias úteis e no primeiro contacto com a pessoa e cuidador/família são disponibilizados um contacto telefónico e o horário de funcionamento da equipa. Numa das equipas, o contacto disponibilizado é o do enfermeiro responsável pelo acompanhamento da pessoa e na outra, da ECSCP. Este contacto telefónico permite à pessoa e cuidador/ familiar contactarem o enfermeiro/equipa nas situações urgentes, para esclarecimento de dúvidas ou caso ocorram outras circunstâncias passíveis de serem resolvidas telefonicamente pela equipa. Também é uma forma do enfermeiro/equipa conseguir priorizar as visitas domiciliárias a realizar no dia mediante situações urgentes que possam surgir. Tais resultados e vantagens são comprovados na evidência científica, inclusive em Portugal (Martins & Pinto, 2023). O contacto telefónico é uma alternativa fiável ao tradicional acompanhamento pessoal e considerado pelos enfermeiros uma ferramenta muito útil, pois estimula a comunicação entre equipa e pessoa/familiares/cuidador e reduz as admissões nos serviços de emergência (Martins & Pinto, 2023). Curiosamente 81.9% dos contactos ocorreram durante situações de crise e em 92.9% destes, a equipa de CP conseguiu resolver os problemas (Martins

& Pinto, 2023). Tem, portanto, impacto nas pessoas doentes e nas famílias, melhorando a qualidade de vida, o controlo sintomático e a continuidade de cuidados, garantindo o acesso atempado a cuidados, sem deslocação ou custos adicionais (Valenti et al., 2023).

No caso da primeira ECSCP, em que os enfermeiros pertencentes à equipa estão integrados nas Unidades de Cuidados na Comunidade / Equipa de Cuidados Continuados Integrados, são estes profissionais que se deslocam na maioria das vezes ao domicílio das pessoas e familiares/ cuidadores, sendo estes, os elos de articulação e consultadoria com as equipas assistenciais dos cuidados de saúde primários e hospitalares. Eles definem e concretizam um plano de cuidados individualizado, articulando sempre que necessário com outros profissionais os casos que requerem avaliação ou intervenção diferenciada (como apoio social, espiritual e psicologia), assim como reavaliação médica. Na segunda equipa as deslocações ao domicílio eram realizadas maioritariamente com enfermeiro e médico o que revelava alguns benefícios no que concerne, por exemplo, a uma resposta clínica atempada e multidisciplinar perante agudizações inesperadas. Em ambas as equipas, sempre que possível eram mantidos os enfermeiros de referência e caso não fosse possível as pessoas doentes e seus familiares/ cuidadores eram avisados de forma antecipada da mudança necessária. Este cuidado dignifica o cuidado de enfermagem, fomentando a relação terapêutica e de ajuda entre a pessoa doente, seus familiares/ cuidadores e enfermeiros/ equipa, tão necessária e crucial para o sucesso terapêutico em CP.

Os doentes e as suas famílias devem ser vistos como parceiros iguais e o cuidado de Enfermagem deve ser centrado na família como um todo (Teixeira et al., 2020). As ECSCP's acompanhavam de forma integrada, no domicílio, cerca de 45 pessoas com necessidades paliativas e perda de funcionalidade, bem como dos seus cuidadores/ familiares. As pessoas eram referenciadas pela EIHS CP e médicos de família, principalmente pela degradação funcional, com o objetivo de garantir a continuidade e reorganização dos cuidados no domicílio, e o descontrolo sintomático, sendo possível identificar nestas pessoas elementos de complexidade como sintomas refratários, situações urgentes em fim de vida, agravamento dos sintomas clínicos secundários a progressão tumoral e angústia existencial e sofrimento espiritual.

A maioria dos doentes acompanhados por estas equipas apresentavam doença oncológica (63%), observando-se também pessoas com insuficiência de órgão (15%), demência (11%) e doenças degenerativas (11%). Relativamente a dados biográficos, a maioria das pessoas eram do sexo masculino (63%) e tinham mais de 70 anos (63%). Esta realidade assemelha-se ao identificado no relatório do OPCP em 2019, em que há predomínio de uma população idosa, principalmente entre os 65 e os 89 anos e uma tendência geral de maior proporção masculina (OPCP, 2020).

Quanto aos cuidadores, os mais comuns foram os cônjuges e as mulheres (68%), o que está em

consonância com os dados obtidos num estudo realizado em Portugal sobre o perfil do cuidador, que constata uma maioria do sexo feminino em mais de 80% e sobretudo uma relação de parentesco de filho/a e de esposo/a (Carvalho, 2022). Dados também corroborados pela OECD (2021), em que cerca de dois terços dos cuidadores são membros familiares, filhos/as ou cônjuges. Neste contexto pudemos observar situações de parca retaguarda social e familiar devido, na maioria dos casos, ao facto dos filhos morarem longe ou por motivos financeiros não poderem abdicar da sua atividade profissional para acompanharem os pais. Este deficitário apoio social oferecido aos cuidadores pode desencadear situações de sobrecarga do cuidador, pelo que é importante reavaliar constantemente as suas necessidades de forma a adequar o suporte social fornecido, pois no domicílio e, particularmente, em situações de fim de vida, as características dos cuidadores e necessidades de apoio devem ser consideradas dinâmicas (Bijnsdorp et al., 2020).

Não obstante, eram também frequentes situações de idosos serem os cuidadores de idosos, o que por si só exponencia a complexidade e pertinência do acompanhamento pelas ECSCP. Situações como estas, aliado ao parco apoio social e à falta de recursos de apoio na comunidade faz com que as pessoas em situação paliativa escolham, por vezes, outro local que não o domicílio para serem cuidadas e, eventualmente, morrer, no sentido de evitarem a sobrecarga dos seus familiares cuidadores (Pinto et al., 2024), sendo um alerta gritante sobre os CP que estamos a conseguir proporcionar à população portuguesa.

Assim, as ECSCP's desempenham um papel crucial no apoio aos familiares e cuidadores e são um recurso significativo perante a carência de recursos de apoio e suporte no desempenho do papel de cuidador em Portugal, orientando por exemplo para recursos da comunidade.

Em ambas as ECSCP's foi, ainda, evidente a insegurança e ansiedade sentida pelos doentes e seus cuidadores, nomeadamente perante a possibilidade de ocorrer um agravamento nos períodos em que as ECSCP's não estão disponíveis. Por este motivo, a intervenção precoce destas é importante, em termos da capacitação do familiar cuidador sobre a identificação de sinais de alerta de agravamento clínico e de como agir perante essas mesmas situações. Portanto, as ECSCP's podem fazer a diferença ao tornar possível a concretização do desejo das pessoas doentes, quando estes elegem a sua casa para serem cuidados e como local de morte.

Outro aspeto também importante a ter em consideração é o papel imprescindível das ECSCP's de consultadoria e formação às equipas assistentes das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e cuidadores formais que acompanham diariamente as pessoas doentes admitidas pelas equipas de CP. É um trabalho de parceria com um objetivo major comum, a melhoria na qualidade de vida das pessoas doentes, suas famílias e cuidadores. Nas ECSCP onde decorreram os estágios foi possível observar este trabalho de consultadoria, formação e parceria de cuidados, e demonstrados benefícios no mesmo através, por exemplo, da intervenção atempada perante situações de agudização sintomática, pela gestão eficaz do regime medicamentoso e de

medidas não farmacológicas, da melhoria na relação terapêutica e de confiança entre o doente /familiar/ e profissionais de saúde e da concretização do plano individualizado de cuidados de acordo com os desejos e vontades do doente e seus familiares. As ECSCP's permitem desta forma, apesar das pessoas doentes se encontrarem em diferentes ambientes de cuidados, que não o domicílio, proporcionar e promover o cuidado holístico da pessoa, adaptando o plano individualizado de cuidados às necessidades específicas das pessoas e das suas famílias.

No que se refere ao processo de Enfermagem, nas ECSCP's, os enfermeiros utilizam predominantemente a linguagem padronizada de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), recorrendo também a texto livre, principalmente quando os focos de atenção e/ou informação clínica relevante não se encontram parametrizados no sistema de informação Sclínico® desenvolvido pelo Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Destes focos de atenção relevantes e omissos estão, por exemplo, os focos do domínio da espiritualidade, mais especificamente a esperança, e como informação clínica relevante temos o exemplo das conferências familiares e instrumentos utilizados pelas ECSCP's, como a escala de *Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS), o questionário do Grupo Espiritualidade da Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos (GES): Avaliação de recursos e necessidades espirituais e o *Herth Hope Index-PT* (HHI PT) de avaliação do nível de esperança em CP (OPCP, 2021). Este facto realça a necessidade de continuar a desenvolver e otimizar os sistemas de informação, com a integração de variáveis específicas dos CP, permitindo assim uma monitorização regular da atividade, partilha de linguagem uniformizada, produção de indicadores de saúde e continuidade de cuidados.

Em ambas as equipas, a primeira consulta domiciliária é realizada em equipa, pelo médico e enfermeiro, sendo que na segunda equipa esta tem a presença também da equipa referenciadora. Este facto é um facilitador na prestação de cuidados pois permite a “passagem de testemunho” na presença do doente e sua família/ cuidador entre equipas e tipologias de cuidados, beneficiando a relação terapêutica e de confiança, assim como promovendo a continuidade de cuidados de uma forma mais eficaz. Nesta primeira consulta é então realizada uma avaliação global da pessoa doente, dinâmica familiar, que inclui a identificação do cuidador, seja ele atual ou potencial, e recursos físicos, sociais e económicos que têm ao seu dispor. Na avaliação global do doente são recolhidas informações clínicas relevantes, como a revisão de vida e da história de doença, avaliação sintomática, através da escala ESAS (OPCP, 2021), e seu impacto na qualidade de vida, progressão na autonomia para o autocuidado através do *Palliative Performance Scale - Versão Portuguesa* (PPS PT) (Serenio et al., 2022) e a escala *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG) (Giantonio et al., 2008), e sempre que possível avaliação do que é mais relevante para a pessoa e família/ cuidador e quais as expectativas, objetivos e metas que pretendem atingir. Com base nesta avaliação, as equipas de forma interdisciplinar elaboram então, como referido anteriormente, um plano individualizado e integrado de cuidados, tendo em conta as necessidades específicas,

potencialidades e desejos identificados. Este plano individual e integrado é dinâmico, sendo constantemente atualizado de acordo com a evolução clínica da pessoa, suas vontades, recursos e capacitação dos cuidadores, por forma a garantir a qualidade na prestação de CP (Carneiro et al., 2019). Ambas as equipas têm este cuidado no contacto com os doentes e seus familiares/ cuidadores, vendo os mesmos como unidade de cuidados, outro pilar dos CP.

Por fim, quanto aos padrões de qualidade, as ECSCP's possuem indicadores que avaliam os ganhos expressos no controlo de sintomas (dor, náusea e obstipação) nas pessoas acompanhados pelas equipas. Esses indicadores de qualidade, apesar de redutores, são instrumentos importantes para monitorizar a eficácia dos cuidados prestados, avaliando assim a sua qualidade (Capelas et al., 2018). Também neste âmbito a OE (2017) tendo em conta as competências definidas, descritivos e unidades de competência da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa preconiza padrões de qualidade, sendo eles: satisfação do doente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem.

2.2 Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

A EIHS CP onde foi também realizado estágio de natureza profissional encontra-se integrada num serviço de CP do setor público que, além desta, integra também uma UCP e Consulta Externa de CP. Estas equipas devem proporcionar consulta externa e hospital de dia, de modo a manter o acompanhamento dos doentes e sua família/ cuidadores após a alta hospitalar e das pessoas referenciadas por outras equipas, como é o caso dos cuidados de saúde primários (Lei n.º 52/2012). Estas valências permitem, assim, uma resposta atempada e diferenciada em situações de crise e, conseqüentemente, uma diminuição nas deslocações ao serviço de urgência. Devem, igualmente, disponibilizar atendimento telefónico às pessoas doentes, familiares e profissionais de saúde (EAPC, 2010), facto verificado na EIHS CP onde foi realizado estágio.

Esta equipa em particular, presta cuidados de consultadoria/ acompanhamento partilhado às pessoas internadas em qualquer serviço hospitalar que se encontrem em sofrimento decorrente de uma doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, e também aos seus cuidadores e familiares, além de articular com outras equipas locais a afetação ou a transferência de doentes de acordo com o estabelecido na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos e recomendado na EAPC (EAPC, 2010; Lei n.º 52/2012). Desta forma, promove o trabalho interdisciplinar e fornece apoio diferenciado em CP especializados a outros profissionais e equipas assistentes, como está preconizado na Lei de Bases de Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012), no sentido de fomentar a melhoria dos cuidados prestados, promovendo assim, a alta

hospitalar e facilitando a transferência entre cuidados hospitalares e o ambulatório (EAPC, 2010). Apesar disto, importa referir que a responsabilidade nas decisões e implementação de terapêuticas e intervenções mantém-se na equipa assistente (EAPC, 2010).

A EIHSCP onde foi realizado estágio é uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, psicólogo, assistente social, assistente espiritual e assistente técnica, e funciona todos os dias úteis. Considerando as dotações mínimas recomendadas no PEDCP 23-24 (CNCP, 2023), as EIHSCP's, devem ser constituídas por dois a três médicos, dois a três enfermeiros, dois psicólogos e dois assistentes sociais, sendo que em hospitais com mais de 250 camas, a dotação deveria aumentar em proporção do número camas (CNCP, 2023). Ora, na equipa em questão, as dotações mínimas recomendadas não estão asseguradas devido ao número elevado de camas, devendo ocorrer um investimento nos recursos humanos. Este facto é corroborado pelo relatório de outono de 2023, realizado pelo OPCP (2024), que refere que nesta tipologia de equipas, apesar de a nível distrital, com exceção de Beja e Região Autónoma dos Açores, existirem nominalmente as EIHSCP necessárias (94% de cobertura estrutural), de acordo com o relatório de implementação do PEDCP 21-22, nenhuma das EIHSCP apresenta os requisitos mínimos para o seu funcionamento.

Relativamente à formação dos enfermeiros, todos têm formação avançada em CP, o que é de salientar, pois, além de estar de acordo com o estabelecido no PEDCP 23-24 (CNCP, 2023), é reconhecido e consensual que a formação dos profissionais de saúde desempenha um papel importante e determinante na qualidade dos CP prestados (OE, 2017; OPCP, 2020).

A admissão de pessoas internadas na EIHSCP está dependente dos pedidos de colaboração realizados pelos diferentes serviços de especialidade, podendo alguns destes pedidos serem definidos como urgentes. Ao longo do estágio, o número total diário de pessoas na listagem de pedidos de colaboração foi variando entre 24 e 36 pedidos, sendo que a média de novos pedidos diários foi de quatro, existindo doentes que foram transferidos para a UCP, outros que tiveram alta e foram encaminhados para a Consulta Externa/ ECSCP e hospitais das respetivas áreas de residência, alguns faleceram e a outros foi dada alta da EIHSCP, sendo informada a equipa assistente da necessidade de realizar novo pedido de colaboração, caso surgisse de novo algum critério para reavaliação. A maioria dos pedidos de colaboração foram realizados por médicos das especialidades de Medicina (29%), Oncologia (25%) e Cirurgia Geral (22%), sendo o controlo sintomático, o critério para admissão mais frequente.

Apesar de ser consensual que as pessoas em situação paliativa têm, frequentemente, múltiplas necessidades (físicas, psicológicas, sociais e espirituais), o controlo de sintomas e a incapacidade de lidar com a morte/processo de morrer continuam a ser um importante gatilho para a referenciação, tornando-a maioritariamente tardia. Isto reforça ainda mais a necessidade do seu estudo, pois ainda é dada pouca atenção ao cuidado espiritual (Hawthorne & Gordon, 2020; Caldeira et al., 2017). Também na literatura é salientada a referenciação

maioritariamente tardia, apenas quando o doente apresenta descontrolo sintomático e/ ou se esgotam as opções de tratamento curativo (Baldaia, 2023). As principais barreiras de referenciação estão relacionadas com os profissionais (crenças existentes, desconhecimento do conceito de CP, dificuldade em lidar com pessoas em fim de vida, receio de sobrecarga para os doentes, estigma associado ao nome CP, dificuldade na coordenação de cuidados), com o sistema de saúde (disponibilidade limitada de recursos e critérios de referenciação existentes) e, por fim, com o doente (dificuldade em prever o prognóstico e preconceito do doente) (Baldaia, 2023). Relativamente à inexistência em Portugal de uniformidade nos critérios de referenciação (CNCP, 2023), no PEDCP 23-24 está preconizado no eixo prioritário “Cuidados Centrados na Pessoa” a elaboração de critérios de referenciação para as equipas especializadas de CP adultos (CNCP, 2023).

Após receber o pedido de colaboração, o médico e o enfermeiro coordenam uma visita ao doente hospitalizado e aquando a admissão dos doentes na EIHSCP são discutidos, sempre que possível, os objetivos terapêuticos, os valores e expectativas em relação ao processo de fim de vida e é elaborado um plano de cuidados em conjunto com o doente, familiar cuidador e equipa assistente para a execução desses objetivos. Este plano individualizado de cuidados tem então por base os desejos e preferências das pessoas e familiares cuidadores também relativamente ao seu processo de fim de vida, de forma a adequar nesse sentido os cuidados prestados pela equipa assistente.

O controlo sintomático é um dos pilares dos CP (Saunders, 2000) e como referido anteriormente, em todas as referenciações para a EIHSCP, o controlo sintomático foi um dos motivos, sendo o mais frequente. Em todos os contactos com os doentes são avaliados os sintomas e características dos mesmos, por vezes com recurso a ferramentas padronizadas, como a escala de PPS PT (Serenio et al., 2022), escala ECOG (Giantonio et al., 2008), escala ESAS (OPCP, 2021), questionário GES (Manso et al., 2020) e o HHI PT de avaliação do nível de esperança em CP (Viana, 2010). Além da avaliação, estes sintomas são priorizados de acordo com o impacto que têm na pessoa e constantemente reavaliados de forma a verificar a eficácia das intervenções implementadas. Nesta reavaliação constante, é percebido se há necessidade de realizar algum ajuste medicamentoso e caso haja essa necessidade, este é alterado pelo médico da EIHSCP e na gestão da medicação prescrita em SOS, aquando da visita, sempre que se tornou necessário foi instruída a administração do fármaco, como exemplo temos o controlo da dispneia e diminuição da intensidade da dor. As equipas assistentes são então informadas das alterações terapêuticas realizadas e incentivadas a gerir a medicação prescrita em SOS, nomeadamente sempre que ocorra agravamento sintomático e de acordo com a prescrição, sendo por vezes até recomendado a sua administração de forma profilática. Além do controlo sintomático, em todas as visitas da equipa é tido em consideração o bem-estar e conforto holístico da pessoa. Este facto, assim como o trabalho de parceria e formação com a equipa assistente torna possível atuar antecipadamente caso ocorra alguma situação de agudização sintomática, já que os casos

são discutidos regularmente com as equipas assistenciais. Como exemplos do mesmo, temos situações de perda de via oral iminente e risco de hemorragia, com o planeamento atempado de medidas terapêuticas e formação da equipa assistente. Sempre que possível, mediante vaga disponível e situação clínica, os doentes são transferidos para a UCP especialmente diferenciada presente no hospital.

Ao longo do estágio houve também oportunidade de participar em algumas conferências familiares, na qual participam o enfermeiro, o médico, os cuidadores/familiares e, por vezes, o próprio doente e equipa assistente. Estas conferências são um instrumento terapêutico útil em CP para clarificar os objetivos de cuidados, explorar a resolução de problemas e prestar apoio e aconselhamento (Neto, 2003). Permitem avaliar, de acordo com a vontade do doente, o seu conhecimento e dos familiares acerca da situação clínica e prognóstico da doença, informando e gerindo expectativas, traçar em conjunto objetivos nos cuidados, tendo em conta as necessidades, preferências e desejos, auxiliar e suportar na tomada de decisão, e, por fim, validar a rede de suporte familiar e social que a pessoa doente possui, colaborando na reorganização familiar e de cuidados. Em ambiente hospitalar estas conferências familiares também são necessárias e úteis na preparação para a alta e referenciação do doente e família para outras tipologias de cuidados, como sejam a consulta externa de CP, as UCP's, as ECSCP's ou as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, tendo em conta as necessidades do doente e família e seus recursos na comunidade. No processo de tomada de decisão, todos os elementos de equipa dão o seu contributo na sua área de intervenção. Três vezes por semana ocorrem reuniões da equipa intra-hospitalar, na qual são apresentados os doentes acompanhados pela equipa e suas situações clínicas e discutidas em equipa soluções ou necessidades de intervenção.

Relativamente aos registos de Enfermagem, perante a inexistência de um sistema de informação adaptado às características das intervenções da equipa intra-hospitalar, os registos são realizados em notas gerais no sistema de informação Sclínico®, na forma de texto livre. É, assim, descrita a avaliação feita pelo enfermeiro, identificadas as fontes de sofrimento e registado o plano individual de cuidados para a pessoa. Esta forma de registo, apesar de ser a possível, apresenta limitações nomeadamente quanto à documentação de forma parametrizada de domínios no âmbito espiritual, como é o caso da Esperança, temática estudada de forma mais aprofundada neste relatório. Todo o cuidado espiritual precisa ser documentado para manter um registo do cuidado e assim apoiar a sua prática em CP durante toda a trajetória da doença. Desta forma, são necessárias iniciativas que visam padronizar o vocabulário em cuidado espiritual e assim facilitar todo esse processo (Best et al., 2020). Assim como este vocabulário, também o registo informatizado dos processos de Enfermagem de forma parametrizada é importante, pois o uso de alternativas deste registo como o texto livre subverte cuidados de saúde de qualidade a todos os níveis do sistema de saúde, sendo necessária nesta área também investigação por forma a fomentar o desenvolvimento dos sistemas de informação

e reduzir o registo clínico em texto livre (Fraczkowski et al., 2020).

No decorrer do estágio na EIHS CP foi possível ainda, durante um dia, observar o funcionamento da Consulta Externa de CP e perceber que esta decorre todos os dias úteis da semana em dois gabinetes destinados para tal, com a presença de médico e enfermeiro. A informação clínica relevante de cada doente acompanhado a priori pela EIHS CP é articulada com estes profissionais da consulta, por forma a promover a continuidade dos cuidados. Isto permite à equipa fornecer um atendimento mais completo e personalizado, de forma multi e interdisciplinar, integrando as diferentes perspetivas e competências profissionais num continuum de acompanhamento da pessoa e familiares/ cuidadores. Na consulta, a equipa efetua um exame físico para avaliar o estado de saúde do doente, identificando possíveis alterações, sinais de alerta ou descontrolo sintomático. Paralelamente, são identificadas as necessidades do doente e do seu familiar/cuidador, tendo em consideração aspetos físicos, emocionais, sociais, espirituais e práticos do dia-a-dia. No final do estágio, a Consulta Externa de CP estava em processo de transição para o sistema de informação Sclínico®, sendo possível o registo do processo de Enfermagem de forma informatizada, uma vez que até ao momento, tal é realizado em suporte de papel, também em texto livre.

Em suma, os presentes estágios foram uma mais-valia em termos de crescimento pessoal, académico e profissional, pois permitiram experienciar diferentes momentos de prática clínica tendo em conta a metodologia de trabalho das diferentes equipas, olhar em perspetiva e de forma crítico-reflexivo sobre a atuação das ECSCP's e EIHS CP'S em diferentes contextos e influenciadas pelos diferentes recursos disponíveis. Para tal, foi significativo a tutoria no acompanhamento do estudante e atitude atenta e permissiva de prática profissional num âmbito de prestação de cuidados tão complexa como são os CP.

3. CASO CLÍNICO 1

O Sr. JP tem 79 anos e apresenta Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) no estágio GOLD 4, o mais grave da doença. É ex-fumador. Encontra-se no domicílio onde reside com a esposa e um dos filhos. A esposa, Sra. D. MC tem 82 anos e é a sua cuidadora principal. Esteve internado numa UCP em 2021, por agudização da DPOC, com descontrolo sintomático da dispneia, sendo acompanhando após alta para o domicílio pela EIHS CP nas consultas externas de CP. Nestas demonstrou recusa em fazer ventilação não invasiva (VNI) por não se adaptar à mesma, considerando-a desconfortável. Foi referenciado pela EIHS CP à ECSCP a 10/09/2024, para manter acompanhamento de CP, uma vez que devido ao seu agravamento clínico e declínio funcional (PPS PT de 40%) tornava-se cada vez mais difícil e desconfortável ao Sr. JP deslocar-se até ao hospital, mantendo - no momento - necessidade de controlo sintomático da dispneia, dor e obstipação. Aquando da primeira visita da ECSCP, a 25/09/2024, constata-se que o Sr. JP tem oxigenoterapia prescrita a 0,5L/min no domicílio, mantém uma performance reduzida (PPS PT de 40%), dispneia moderada em repouso num score 5 (entre zero e 10) na escala ESAS, ansiedade associada aos episódios de agravamento da dispneia, e xerostomia. Quanto à dor e obstipação mencionados no pedido de referência, o Sr. JP e a Sra. D. MC referem que estes estão controlados. O Sr. JP e a esposa têm conhecimento da trajetória da doença e seu prognóstico. O Sr. JP não tem testamento vital registado no Registo Nacional do Testamento Vital, elege a sua casa como local preferido para os cuidados e para morrer, factos que a Sra. D. MC apesar de respeitar, refere não estar consciencializada e preparada para a sua morte em casa. O Sr. JP tem como esperança, conhecer o primeiro bisneto que nasce em novembro de 2024. Posto isto, perante a necessidade de colaboração na organização dos cuidados e controlo sintomático, o Sr. JP é admitido na ECSCP na tipologia de integração e acompanhamento.

3.1. Enquadramento teórico

Neste subcapítulo apresentamos o caso clínico de um dos doentes acompanhados no âmbito deste estágio de natureza profissional. Apesar do estudo de caso se apresentar como uma importante metodologia de investigação (Tobita, 2025), neste estudo de caso pretendemos, essencialmente, desenvolver as competências inerentes ao estágio de natureza profissional e refletir, na medida do possível, e a partir do caso, sobre o nosso projeto de melhoria contínua, centrado na temática da Esperança.

O estudo de caso foi elaborado com base na Ontologia de Enfermagem, através da plataforma pedagógica e4nursing (uma plataforma *web-based* que a Escola Superior de Enfermagem do Porto preconiza, orientada para o processo de conceção de cuidados de Enfermagem, assente nas principais etapas do processo de tomada de decisão clínica e com uma estrutura de conteúdos alinhada com a Ontologia de Enfermagem, aprovada pela OE). Assim, a conceção de cuidados seguiu uma estrutura semelhante a um plano de cuidados de Enfermagem, com datas e horas associadas às três sessões de trabalho realizadas. Assim, consoante as alterações nos dados e diagnósticos entre as sessões, poderão encontrar-se termos destacados a negrito como “Manteve”, “Melhorou” ou “Resolvido” para documentar a evolução nos diagnósticos.

De referir também que na conceção de cuidados foram assegurados os princípios de natureza ética inerentes à proteção de dados, pelo que toda a informação foi tratada garantindo o anonimato das pessoas envolvidas.

Posto isto, de seguida procuraremos enquadrar o caso do Sr. JP., com a sua linha temporal representada na Figura 1, tendo como referencial a literatura e evidência científica neste âmbito. Para facilitar a leitura e análise, procuraremos destacar as observações retiradas do caso que fundamentam os dados apresentados.



Figura 1 - Linha temporal do caso apresentado.

Visão Geral da Doença: enquadramento clínico e epidemiológico

O Sr. JP apresenta como diagnóstico DPOC (estadio GOLD 4, considerado o mais grave), uma doença pulmonar heterogénea caracterizada por sintomas respiratórios crónicos (dispneia, tosse, expectoração) devido a alterações persistentes das vias aéreas (bronquite, bronquiolite), alvéolos (enfisema) e/ou vasos pulmonares (Celli et al., 2022). Estas alterações resultam da interação entre genes-ambiente que ocorre ao longo da vida das pessoas, provocando danos pulmonares e/ou alterando o seu normal funcionamento e envelhecimento, sendo o tabaco e a inalação de gases tóxicos provenientes da poluição do ar, quer em ambiente doméstico, quer no exterior, a principal exposição ambiental relacionada com o desenvolvimento de DPOC (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2024).

Esta doença é considerada um importante problema de saúde global e a terceira principal causa

de morte no mundo, sendo que, em 2019, foram registados 392 milhões de casos em todo o mundo, ficando associada a 3,23 milhões de mortes e 74,4 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade (OMS, 2023). Em Portugal, a DPOC é a quinta causa de morte (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2021), afetando cerca de 800 mil portugueses, com uma prevalência de cerca de 14% nos indivíduos com idade superior a 40 anos (Bárbara et al., 2013) e uma taxa de mortalidade de cerca de 8,7 por 100.000 habitantes (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2021). Surge em 90% dos casos em fumadores e foi responsável por mais de 2.600 óbitos em 2020 (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2021). Apesar destes dados, num estudo realizado a nível nacional sobre o nível de conhecimento da população sobre a DPOC, apenas 1/3 dos participantes ouviram falar da doença e destes apenas ¼ conseguiu identificá-la corretamente como sendo uma doença pulmonar crónica (Oliveira et al., 2024).

Quanto ao diagnóstico da DPOC, esta resulta da anamnese e após o resultado de diversos exames complementares de diagnóstico. Mediante a suspeita, a realização da espirometria com prova de broncodilatação é preponderante para confirmar o diagnóstico (Celli et al., 2022; Barros, 2023). Esta avalia o volume expiratório forçado (FEV) e a capacidade vital forçada, assim como a relação entre ambos. Quando o rácio entre os dois parâmetros é inferior a 70% após broncodilatação, confirma-se o diagnóstico de DPOC. Após este, utilizando o valor do FEV procede-se à avaliação da gravidade da obstrução ao fluxo aéreo, definição do prognóstico, monitorização da evolução da doença e da resposta ao tratamento. Para estratificar a gravidade desta obstrução, é utilizada a Classificação do Sistema GOLD, sendo GOLD 1 considerado leve, quando o FEV é maior ou igual a 80% e GOLD 4 considerado muito grave quando o FEV é menor do que 30% (Barros, 2023).

Associado a esta doença, as pessoas poderão apresentar sintomas do foro físico, psicológico e social. Relativamente aos sintomas físicos, os mais frequentes, além dos mencionados anteriormente (dispneia, expectoração e tosse) são a fadiga. Quanto aos psicológicos, evidenciam-se a depressão e a ansiedade, consideradas por alguns autores resultantes da dispneia, uma vez que se relacionam com a alteração de funções afetivas e cognitivas da pessoa, provocando alterações comportamentais e dependência. Por fim, os sintomas sociais relacionam-se com a dependência progressiva nas atividades da vida diária e com a diminuição da atividade física, o que prejudica as condições de vida, na perceção de isolamento e exclusão social (Escandóna et al., 2022). Esta evidência científica reflete-se na situação clínica do Sr. JP, pois este refere falta de ar em repouso, o que limita a sua autonomia nas atividades da vida diária, e ansiedade perante situações de agravamento da dispneia, associando esses episódios a maior sofrimento. Em termos sociais refere que antes do agravamento da DPOC saía todos os dias e convivia nas danceterias com os amigos, pois adorava dançar. No entanto, ultimamente não tem saído de casa, o que acarreta o seu isolamento social.

Apesar destes dados, importa aqui considerar que - no que se refere às necessidades espirituais - estas são frequentemente descuradas, particularmente nos doentes com insuficiência de

órgãos, como é o caso da DPOC. Assim, o estudo de Kotlińska-Lemieszek et al. (2022), vem alertar para a importância da atenção à dimensão espiritual nesta população, pelo peso e sofrimento que podem representar ao longo da trajetória saúde-doença.

Organização dos cuidados à Pessoa com DPOC

O Sr. JP foi referenciado pela EIHSCP à ECSCP em 10/09/2024. Antes da referenciação, o Sr. JP esteve internado numa UCP em 2021 durante dois meses por agudização da DPOC associado a infeção por COVID-19, com descontrolo sintomático, e, após a alta para o domicílio era acompanhado em consulta externa hospitalar de CP. No entanto, a progressão da doença e associada perda funcional dificultava as suas deslocações ao hospital para as consultas de CP e o Sr. JP mantinha necessidade de controlo sintomático da dispneia, dor e obstipação, o que motivou a referenciação à ECSCP.

Após visita de avaliação conjunta com equipa referenciadora foi constatado o cumprimento dos critérios de referenciação à ECSCP (descontrolo sintomático e necessidade de colaboração na organização de cuidados), e, portanto, o Sr. JP e a sua família foram admitidos na equipa em regime de integração e acompanhamento em 25/09/2024.

A referenciação tardia das pessoas com DPOC para os CP, comparativamente aos doentes oncológicos ou outras doenças pulmonares avançadas, poderá dever-se a barreiras associadas aos próprios, aos profissionais de saúde e aos sistemas de saúde (Calisto e Furtado, 2023). Quanto aos próprios, constatam-se frequentemente, ansiedade, negação e desejo de proteger os membros da família; quanto aos profissionais de saúde, verificam-se falta de formação, falta de tempo e dificuldades em discutir assuntos de fim de vida e prognóstico; e, relativamente aos sistemas de saúde, o tratamento curativo está implementado por defeito, os sistemas para registo dos desejos dos doentes são muito deficientes e existe ambiguidade sobre responsabilidades (Amaro, 2019).

No caso do Sr. JP, este é acompanhado por estes cuidados especializados após a primeira exacerbação da doença em 2021, quando esteve internado numa UCP e após alta em consulta externa de CP. Tal facto poderá significar que os profissionais de saúde das equipas assistentes poderão estar mais despertos, formados e consciencializados sobre a importância e adequação da integração precoce dos CP especializados tendo em conta as trajetórias das doenças e qualidade de vida das pessoas e seus familiares/ cuidadores. Em particular nas pessoas com DPOC, um estudo concluiu que os pneumologistas e médicos de clínica geral, apesar de demonstrarem motivação em melhorar o seu atendimento, sentem na prática necessidade de orientações claras e padronização da prática clínica no sentido de os ajudar a decidir quando e como iniciar discussões, quando envolver os CP especializados e como otimizar a troca de informações entre os contextos de cuidados (Broese et al., 2021). Isto reflete o facto de os CP

para as pessoas com DPOC permanecerem desestruturados e pouco formalizados (Broese et al., 2021), apesar da DPOC ser uma das principais causas de mortalidade e morbidade associadas, em que a maioria das pessoas doentes progride para um estágio de difícil controlo sintomático e isolamento social com repercussões na sua qualidade de vida (Braço Forte & Sousa, 2017). Sempre que os indicadores permitam identificar uma pessoa com DPOC em fase terminal é recomendado o planeamento antecipado de cuidados tendo em conta as decisões de fim de vida, e, para tal, é imprescindível a comunicação entre profissional de saúde, doente e família, de forma a permitir uma decisão informada, compartilhada e madura, que pode ser continuamente atualizada ao longo de todo o processo de vida (Braço Forte & Sousa, 2017).

Trajectoria da doença e importância da referenciação precoce

A DPOC, enquanto doença altamente debilitante, apresenta uma trajetória de declínio físico episódica, geralmente seguida de recuperação parcial (Figura 2), acompanhada por um declínio social e psicológico progressivos.

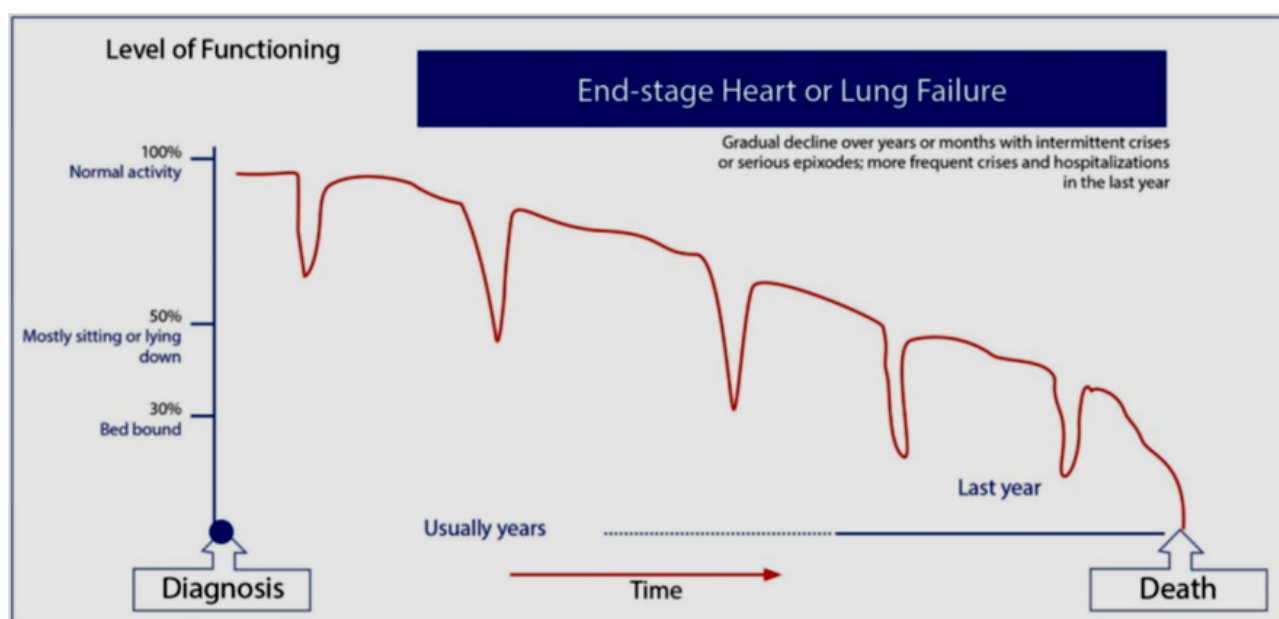


Figura 2 - Trajetória da DPOC.

Fonte: Lynn & Adamson (2003, p. 8)

Devido à incerteza da trajetória da DPOC e risco elevado de morte, associado às exacerbações, a implementação precoce do plano antecipado de cuidados é particularmente importante para estas pessoas. Idealmente, a comunicação precoce sobre a trajetória da doença e a provável necessidade de CP deverá começar na comunidade, com o médico de família. No entanto esta referenciação surge, sobretudo, em situações de crise/ agudização da doença, nos serviços de internamento e unidades de cuidados intensivos (Iyer et al., 2022), como foi o caso do Sr. JP, que teve o primeiro contacto com os CP numa exacerbação da DPOC, aquando de um

internamento hospitalar.

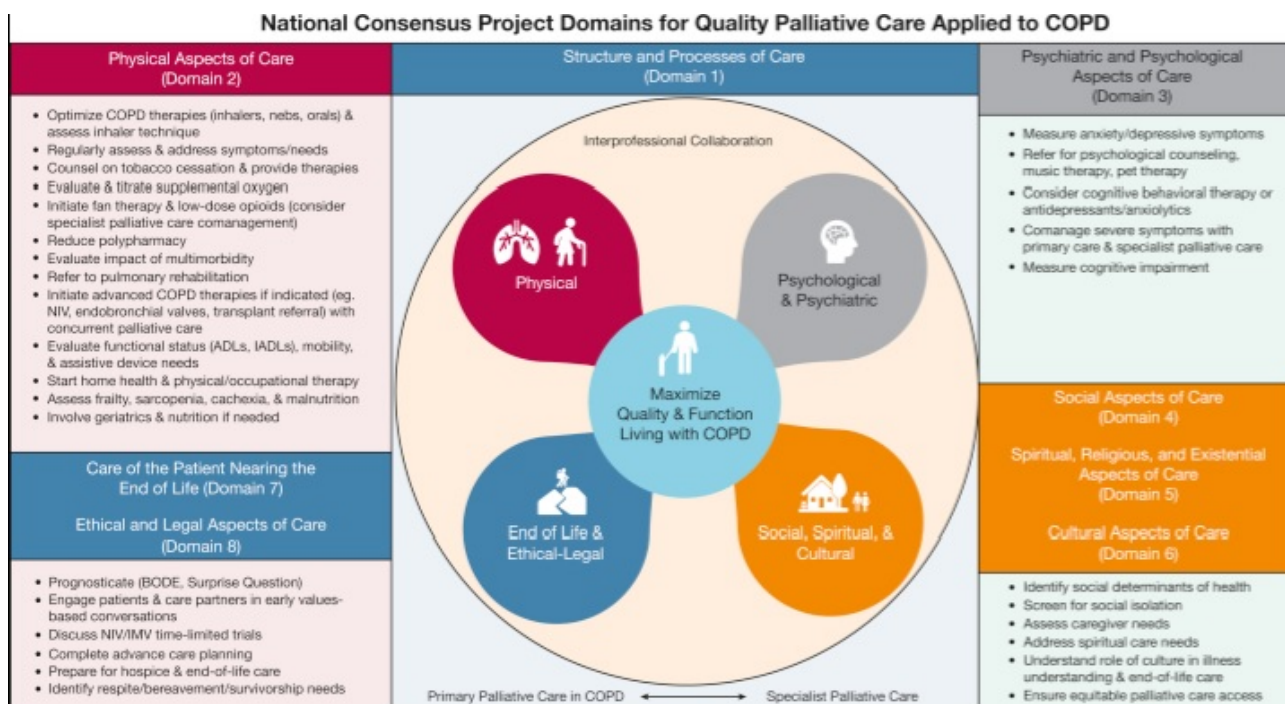
Face ao exposto, a intervenção precoce dos CP preconiza que os doentes com doenças graves e/ou em progressão beneficiem dos mesmos, desde o diagnóstico até à morte, e, por conseguinte, adaptados a cada pessoa e a cada situação. A implementação de uma cultura que valorize de igual modo o tratamento curativo e o conforto, e que promova a integração dos CP no tratamento de base da DPOC desde o diagnóstico torna-se, assim, necessária (Amaro, 2019).

Neste contexto é pertinente a utilização de instrumentos como o *Proactive Identification Guidance* (PIG, 2022) que auxiliam os profissionais de saúde na identificação precoce das pessoas próximas do fim de vida e/ou com necessidade de CP, para um planeamento proativo dos cuidados a serem prestados, centrados nas preferências da pessoa e família (Proactive Identification Guidance, 2022).

Princípios dos CP no acompanhamento das pessoas com DPOC e seus familiares cuidadores

Em 2022 foi desenvolvido um Projeto de Consenso Nacional para Cuidados Paliativos de Qualidade aplicados à DPOC que recomenda formas de incorporar os princípios dos CP no acompanhamento das pessoas com DPOC e seus familiares cuidadores. Este desenvolve oito domínios e dentro de cada domínio são fornecidas recomendações sobre como integrar aspetos-chave na intervenção clínica da DPOC através da colaboração multiprofissional, focando-se na maximização da qualidade de vida das pessoas (Quadro 1) (Iyer et al., 2022).

Quadro 1 - Domínios do Projeto de Consenso Nacional para Cuidados Paliativos de Qualidade Aplicados à DPOC.



Fonte: Iyer et al. (2022, p. 1255).

Tendo presente os oito domínios desenvolvidos neste projeto é possível constatar a necessidade de uma abordagem multiprofissional e multifatorial na intervenção clínica às pessoas com DPOC e no caso do Sr. JP, tal não foi diferente.

1º Contacto em contexto de estágio e admissão à ECSCP

Aquando da primeira visita domiciliária da ECSCP a 25/09/2024, o Sr. JP encontrava-se deitado no sofá da sala e estava acompanhado pela sua esposa, a Sra. D. MC. Receberam-nos com um sorriso na cara. Numa primeira observação, foi possível confirmar que o Sr. JP estaria próximo do fim de vida, tendo em conta a trajetória da doença apresentada na Figura 1 e a aplicação do PIG também já mencionado. Os dados obtidos da aplicação do instrumento foram os seguintes:

1. Não surpreenderia se o Sr. JP morresse nos próximos meses;
2. Presença de indicadores gerais de declínio e de necessidades crescentes (declínio físico geral, aumento da dependência e necessidade de apoio; doença avançada - instável, com agravamento e sintomas complexos; diminuição da atividade - declínio do estado de desempenho funcional com PPS-PT de 40%; escolha da pessoa para nenhum tratamento ativo adicional, foco na qualidade de vida);
3. Presença de indicadores específicos da DPOC (doença grave - GOLD 4 com FEV <30%, sintomas persistentes como a dispneia, apesar da terapia ideal, causando sofrimento; muito mal para cirurgia ou reabilitação pulmonar; hipóxia).

Além destes dados, o Sr. JP referia dispneia moderada em repouso num score cinco (entre zero e 10) na escala ESAS, ansiedade associada aos episódios de agravamento da dispneia e xerostomia. Relativamente aos sintomas 'dor' e 'obstipação' mencionados no pedido de referenciação, tanto o Sr. JP como a Sra. D. MC referem que tem apresentado trânsito intestinal regularizado e o Sr. JP diz não ter dor e que esta ocorre quando se encontra obstipado, sendo uma dor abdominal do tipo cólica.

Foi possível verificar ainda que o Sr. JP e a sua esposa conhecem a trajetória da doença, tendo consciência do progressivo agravamento da mesma. Nesse contexto, o Sr. JP mantém a sua recusa no uso de VNI e demonstra vontade em permanecer e morrer em casa. Refere que tem por objetivos não sofrer, tendo a sua dispneia controlada e conseguir conhecer o seu primeiro bisneto que nascerá em novembro.

A família como unidade de cuidados

O facto de a pessoa doente poder permanecer no local definido por si como preferencial para o momento da morte pode considerar-se um fator significativo em CP, tanto para o próprio como para o seu familiar cuidador, refletindo-se como um marcador de qualidade dos cuidados prestados em fim de vida (Ali et al., 2019). No geral, o domicílio é considerado o local preferencial de morte da pessoa em situação paliativa (Ali et al., 2019; Cai et al., 2020; Pinto et al., 2024), assim como o local onde as pessoas preferem ser cuidadas (Becqué et al., 2019; Pinto et al., 2024), enaltecendo o papel crucial do familiar cuidador para que esta realidade seja possível e bem-sucedida, em particular na gestão dos sintomas que decorrem da doença e na satisfação das necessidades da pessoa (Ferrell et al., 2022). Assim, o familiar cuidador torna-se também alvo dos cuidados de Enfermagem ao assumir um papel para o qual nem sempre está preparado, por falta de conhecimento para lidar com a situação em que se encontra, mas também pela falta de experiência e informação sobre os cuidados e redes de apoio. O enfermeiro surge então como essencial, no estabelecimento de uma relação de confiança e no motivar, esclarecer e capacitar o cuidador informal (Sousa, 2021).

Para se tornar possível a capacitação dos familiares/ cuidadores é necessário atender às suas necessidades psicológicas, emocionais e espirituais (não obstante as de ordem física que muitas vezes também existem) para que assumam um maior nível de consciencialização sobre a dimensão da doença, objetivos de cuidados, princípios e filosofia dos CP e sobre os serviços/ recursos disponíveis (CNCP, 2023).

A Sra. D. MC, esposa e cuidadora principal do Sr. JP, ao longo das três sessões demonstrou estar consciencializada acerca da trajetória da doença do Sr. JP e do estágio avançado da mesma. Sempre teve como objetivo principal o conforto do Sr. JP e refere que, assim como o seu marido, prefere que este seja cuidado por si em casa. No entanto, na primeira sessão/contacto em

estágio refere não estar consciencializada e preparada para a sua morte em casa. A ECSCP, perante a identificação desta necessidade, interveio de forma antecipatória, capacitando a Sra. D. MC sobre como intervir perante um agravamento significativo da situação clínica do Sr. JP. Neste sentido, a Sra. D. MC foi informada acerca de sinais de alerta, como poderia confortar o Sr. JP perante a ocorrência dos mesmos e como agir no momento da morte do Sr. JP, relativamente, por exemplo, a recursos na comunidade.

O papel desempenhado pelos familiares cuidadores da pessoa em situação paliativa, como é o caso da Sra. D. MC, esposa do Sr. JP, é indispensável, insubstituível e complementar aos cuidados prestados pelas equipas de CP (Sousa, 2019) e que, segundo a OMS (2020), melhoram a qualidade de vida das pessoas doentes e das suas famílias e/ cuidadores que enfrentam desafios associados a doenças potencialmente fatais, sejam eles físicos, psicológicos, sociais ou espirituais.

Promoção do conforto nas pessoas com DPOC e Espiritualidade

Considerando a intervenção fundamental dos CP na promoção do conforto, em particular nas pessoas com DPOC, suscetíveis a elevados níveis de sofrimento, torna-se pertinente abordar a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba. Esta teoria é um marco teórico na literatura de Enfermagem, contribuindo não só para a definição do conceito, mas também para a sua operacionalização e desenvolvimento de ferramentas de avaliação (Pinto et al., 2015), que auxiliam o enfermeiro na identificação das necessidades de conforto dos seus doentes e no planeamento, implementação e avaliação das intervenções (Silva & Nascimento, 2023).

Kolcaba considera que o conforto é uma experiência holística vivenciada por aqueles que recebem cuidados de conforto e assim vêm satisfeitas as suas necessidades nesta dimensão em três níveis diferentes, intitulados “tipos de conforto”: o alívio, a tranquilidade e a transcendência (Pinto et al., 2016), atendidos em quatro contextos: o físico, o psico-espiritual, o sociocultural e o ambiental (Martins et al., 2022). O alívio é a satisfação de uma necessidade específica da pessoa de forma mais imediata e diminuição de um desconforto; a tranquilidade é “o estado de calma ou satisfação adquirido pela satisfação das necessidades específicas de maneira mais duradoura atrelado às sensações de contentamento e bem estar” (Silva & Nascimento, 2023, p.948); e a transcendência é “o nível mais elevado de conforto, que supera os problemas ou dores sentidas pela pessoa e a motiva a adotar hábitos de vida melhores e mais saudáveis, é a capacidade de superar os desconfortos” (Silva & Nascimento, 2023, p. 948). Quanto aos contextos, o físico faz referência ao corpo físico, incluindo sensações e funções corporais; o psico-espiritual refere-se à consciência interna de uma pessoa sobre si mesma, à compreensão do mundo, ao funcionamento cognitivo, ao senso de significado da vida e à conexão compreendida com uma ordem ou ser superior; o sociocultural refere-se às relações interpessoais, familiares e sociais de uma pessoa; por fim, o ambiental abrange os fatores

externos que influenciam a vida de uma pessoa, incluindo o ambiente e a disponibilidade de recursos (Silva & Nascimento, 2023, p.948).

No caso do Sr. JP o conforto poderá estar prejudicado nos quatro contextos (físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental) na medida em que, por si só, a presença de dispneia, considerada multidimensional e fatorial, influencia o seu bem-estar de forma holística e, por conseguinte, também dos seus familiares e cuidadores, vistos como unidade de cuidados.

Posto isto, facilmente conseguimos entender a importância da espiritualidade no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa (Manchola et al., 2016; Vincensi, 2019), em particular, naquelas em fim de vida, como é o caso do Sr. JP. Esta dimensão da vida humana pode ser definida como a capacidade que a pessoa tem acerca da consciência sobre si mesmo, da procura de um sentido para os acontecimentos da vida e de um propósito existencial (Esperandio & Leget, 2020). É um conceito complexo que tem diferentes significados para diferentes pessoas, é dinâmica (Timmins & Caldeira, 2017) e consiste na tentativa da pessoa em se relacionar com o transcendente para encontrar significado, propósito e esperança (Fernandes de Oliveira et al., 2020), que poderão estar prejudicados perante a presença de uma doença sem perspetiva de cura.

Enquanto necessidade espiritual, ao longo das três sessões, a esperança do Sr. JP foi sempre tida em consideração, quanto à sua avaliação e promoção. Aquando da primeira sessão, o Sr. JP diz-nos que o que alimenta a sua esperança é a vontade que tem de conhecer o seu primeiro bisneto que nascerá em novembro, o controlo da sua dispneia e a manutenção da sua autonomia, no entanto preocupa-o a possibilidade de não atingir estes objetivos, tendo em conta a progressão da sua doença.

Em suma, e neste caso em particular, para nós, enquanto futura enfermeira especialista em CP e a estagiar numa ECSCP enfrentamos os seguintes desafios:

1. O controlo sintomático da dispneia, ansiedade e xerostomia manifestados pelo Sr. JP;
2. A promoção da esperança do Sr. JP, enquanto necessidade espiritual, no acompanhamento e traçar de objetivos, como a promoção da sua autonomia, dentro de expectativas realistas e consciencialização do seu potencial, e controlo da dispneia;
3. A capacitação do Sr. JP e da sua cuidadora e esposa, a Sra. D. MC, enquanto unidade de cuidados, no autocontrolo e gestão da dispneia, na gestão da cicatrização da membrana mucosa, na gestão da atividade/ repouso, no autocontrolo e gestão da ansiedade, na promoção da autonomia e satisfação das necessidades no autocuidado e na gestão do regime medicamentoso.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 80 anos | Masculino

Cuidador

25-09-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Parentesco: cônjuge.

25-09-2024 11:00 - Coabita com a pessoa dependente.

25-09-2024 11:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

25-09-2024 11:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

25-09-2024 11:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

25-09-2024 11:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no andar: suficiente para assegurar na totalidade.

25-09-2024 11:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se

25-09-2024 11:00 - suficiente para assegurar na totalidade.

25-09-2024 11:00 - Capacidade física do cuidador para dar banho

25-09-2024 11:00 - suficiente para assegurar na totalidade.

25-09-2024 11:00 - Capacidade física do cuidador para deslocar cliente em cadeira de rodas: suficiente para assegurar na totalidade.

25-09-2024 11:00 - Capacidade física do cuidador para posicionar

25-09-2024 11:00 - Dispositivo: Cama articulada - suficiente para assegurar na totalidade.

25-09-2024 11:00 - Capacidade física do cuidador para transferir

25-09-2024 11:00 - suficiente para assegurar na totalidade.

25-09-2024 11:00 - Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar na totalidade.

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-09-25 11:00:00	Budesonida 160mcg + Formoterol 5mcg+ Brometo Glicopirrónio 7,2mcg (2puffs 9h)	2024-10-22 11:00:00
2024-09-25 11:00:00	Salbutamol 100mcg (2puffs 9h; 12h; 19h)	

Início	Medicação	Fim
2024-09-25 11:00:00	Brometo de Ipratrópio 20mcg (2puffs 9h; 12h; 19h)	
2024-09-25 11:00:00	Macrogol + Bicarbonato de sódio + Cloreto de potássio + Cloreto de sódio 13,8g PO (1a saqueta 9h; 12h; 19h)	
2024-09-25 11:00:00	Morfina 20mg/ml PO (4 Gts em SOS se FALTA de AR ou DOR até 6/6h)	2024-10-22 11:00:00
2024-09-25 11:00:00	MICROLAX RETAL (2 bisnagas 1x dia em SOS até regularização do trânsito intestinal)	
2024-10-22 11:00:00	Budesonida 160mcg + Formoterol 5mcg+ Brometo Glicopirrónio 7,2mcg (2puffs 9h; 22h)	
2024-10-22 11:00:00	Morfina 20mg/ml PO (8 Gts às 9h; 12h; 19h e em SOS de 1/1h até 6x/dia)	
2024-10-22 11:00:00	Diazepam 5mg PO (22h)	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

O controlo sintomático é um dos pilares dos CP e como refere Neto (2016, p. 44) “o controlo inadequado dos sintomas ao longo da trajetória da doença, para além de produzir sofrimento, poderá ter um efeito adverso na progressão da doença.” Com estas duas constatações é reforçada a influência positiva do controlo sintomático na qualidade de vida das pessoas doentes, seus familiares e cuidadores. É premente a intervenção antecipada neste controlo por forma a prevenir o mais possível as complicações decorrentes das situações de agudização da doença. Tão importante como isto, é a gestão eficaz dos sintomas através de um processo constante de reavaliação das causas e impacto de um sintoma na vida da pessoa e seu controlo de forma individualizada através de medidas farmacológicas e não farmacológicas e do fornecimento de informação à pessoa doente e familiares/ cuidadores sobre o sintoma e propostas terapêuticas, gerindo expectativas sobre o mesmo (Greater Manchester Medicines Management Group, 2019).

No âmbito das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa, este tem como dever e competência, implementar intervenções baseadas na evidência, particularmente no que se refere a medidas farmacológicas para o controlo sintomático (Regulamento n.º 429/2018). Assim é crucial que sejam detentores de conhecimento sobre a medicação prescrita, para que de forma crítica e consciente sejam implementadas as intervenções do foro interdependente com vista ao trabalho em equipa interdisciplinar e melhoria dos resultados obtidos com a pessoa doente, seus familiares e cuidador.

Nesta secção apresentamos, em síntese, a terapêutica (domiciliária) do Sr. JP (Quadro 2) e considerações na gestão da mesma, nomeadamente no contexto de CP.

Quadro 2 - Terapêutica prescrita do Sr. JP.

Grupo farmacológico	Terapêutica
Broncodilatadores Corticoide (Budesonida)	1. Budesonida + formoterol + brometo glicopirrónio 2. Salbutamol 3. Brometo de ipratrópio
Analgésico estupefaciente	1. Morfina
Benzodiazepina	1. Diazepam
Modificadores da motilidade intestinal	1. Macrogol + bicarbonato de sódio + cloreto de potássio + cloreto de sódio 2. Microlax retal

Fonte: Infarmed (2022); Infarmed (2024).

Aspetos a considerar face à medicação prescrita**Broncodilatadores**

BUDESONIDA 160 mcg + FORMOTEROL 5mcg + BROMETO GLICOPIRRÓNIO 7,2 mcg (2puffs 9h)

A terapia tripla budesonida+formoterol+brometo glicopirrónio é um medicamento indicado no tratamento da DPOC moderada a grave em adultos através da associação de um corticosteroide inalado (Budesonida), de um agonista β_2 de longa duração de ação (formoterol) e um antagonista muscarínico de longa duração de ação (glicopirrónio), com o objetivo de controlar sintomas e prevenir exacerbações (Infarmed, 2022). Segundo o estudo de Vanfleteren et al. (2018), a terapia tripla é o tratamento mais eficaz em pessoas com sintomatologia moderada/grave e com maior probabilidade de exacerbações, apresentando risco bastante reduzido de efeitos colaterais da DPOC, incluindo pneumonia.

Relativamente ao Sr. JP, este apresenta uma DPOC GOLD 4, considerada grave, inclusive apresenta descontrolo sintomático da dispneia aquando da primeira e segunda sessões. Desta forma, considera-se a pertinência de manter este medicamento, inclusive tornou-se necessário para controlo sintomático da dispneia, o seu aumento, ficando na segunda sessão também prescrito para as 22h 2puffs, o que se revelou eficaz na terceira sessão. Importante referir que durante o acompanhamento da ECSCP, foi dada especial atenção aos potenciais efeitos secundários - candidíase oral, ansiedade e insónia (Infarmed, 2022) - isto porque o Sr. JP apresenta I) xerostomia, tendo a mucosa oral já fragilizada, o que potencia a ocorrência de candidíase II) apresenta ansiedade, a qual pode ficar agravada com este fármaco e III) pelo facto deste fármaco ter sido também prescrito às 22h, potencializando o risco de insónia. Como estratégia para diminuir o risco de candidíase oral, o Sr. JP foi incentivado a bochechar a boca com água após cada administração do fármaco. Relativamente aos restantes efeitos, foram feitos ensinamentos, em particular ao cuidador, e foi-se realizando uma monitorização rigorosa do Sr. JP.

SALBUTAMOL 100mcg (2puffs 9h; 12h; 19h)

É considerado um agonista adrenérgico β_2 de curta duração, que através do seu mecanismo de ação, assegura uma broncodilatação rápida com um início de ação até cinco minutos após a sua administração e que se mantém durante um período de 4 a 6 horas. Este está indicado no alívio do broncoespasmo em condições como asma e DPOC (Infarmed, 2024). De acordo com o Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2024), verifica-se uma melhoria no controlo dos sintomas respiratórios com a utilização de broncodilatadores agonistas adrenérgicos beta.

Dada a necessidade de controlar a dispneia do Sr. JP, para além do inalador de base, apresenta também o salbutamol prescrito como um broncodilatador de ação rápida que atua no controlo deste sintoma respiratório. Além deste efeito “protetor” provoca também vasodilatação que conduz a um efeito cronotrópico reflexo e efeitos metabólicos generalizados, incluindo hipocaliemia. Por isto tem como potencial efeito secundário, a taquicardia, a qual foi alvo de vigilância no Sr. JP, de forma a atuar em tempo útil (Infarmed, 2024).

BROMETO DE IPRATRÓPIO 20mcg (2puffs 9h; 12h; 19h)

O Brometo de ipratrópio é um broncodilatador indicado para o tratamento sintomático de broncoespasmos reversíveis presentes na DPOC (Infarmed, 2024).

A administração correta do brometo de ipratrópio a partir do inalador é essencial para uma terapia bem-sucedida, podendo ser utilizado um dispositivo espaçador, por exemplo em idosos, quando é difícil sincronizar a inspiração com o funcionamento do inalador. Está comprovado que a utilização deste espaçador aumenta a biodisponibilidade sistémica média (que é igual à absorção pulmonar) de ipratrópio em 50% em voluntários saudáveis quando comparada com a administração por um inalador pressurizado doseável individual (Infarmed, 2024). Nas pessoas com broncoespasmos reversíveis associados a asma ou DPOC, em ensaios clínicos que utilizaram inaladores de doses calibradas ocorreram melhorias significativas na função pulmonar (FEV_1 aumentou em 15% ou mais) em 15 minutos. Estas atingiram o nível máximo em 1-2 horas e persistiram durante aproximadamente 4 horas. As evidências pré-clínicas e clínicas sugerem que não existe um efeito nocivo de brometo de ipratrópio na secreção das vias respiratórias, depuração mucociliar ou troca de gases, e, quando associado a medicamentos beta-adrenérgicos e preparações com xantina pode produzir um efeito broncodilatador adicional (Infarmed, 2024).

À semelhança dos broncodilatadores referidos anteriormente, também este fármaco tem por efeito secundário frequente a secura da mucosa oral, reforçando a necessidade de vigiar a evolução da xerostomia apresentada pelo Sr. JP e importância reforçada da higiene oral e hidratação da mucosa após a administração dos broncodilatadores. Além deste efeito secundário, também são frequentes perturbações de motilidade gastrointestinais (incluindo

obstipação, diarreia e vômitos), cefaleias, tosse, náusea e tonturas (Infarmed, 2024). No caso do Sr. JP foi importante vigiar a evolução da obstipação apresentada, assim como a ocorrência destes efeitos secundários, além de informar o Sr. JP e a sua cuidadora, a Sra. D. MC, sobre os mesmos.

Na primeira sessão foi avaliada a técnica de administração e verificado a necessidade de usar uma câmara expansora, por forma a coordenar melhor os ciclos respiratórios do Sr. JP e a administração do fármaco ser mais eficiente, como demonstrado pela evidência científica referida anteriormente.

Analgésico estupefaciente

MORFINA 20mg/ml PO (4 Gts em SOS se FALTA de AR ou DOR até 6/6h) / MORFINA 20mg/ml PO (8 Gts às 9h; 12h; 19h e em SOS de 1/1h até 6x/dia)

Medicamento considerado analgésico estupefaciente. É um analgésico opióide forte e atua no sistema nervoso central. De acordo com diversos estudos, verifica-se um impacto positivo dos opióides sistémicos, nomeadamente a morfina no controlo da dispneia (Infarmed, 2024). Tal verifica-se uma vez que existem altas concentrações de recetores opióides no tronco cerebral, onde exercem principalmente um efeito inibitório no impulso respiratório, amplamente mediado pelos recetores μ -opióides (Rajnoveanu et al., 2024).

Em CP e nos doentes com dispneia é recomendada a administração de morfina em esquema fixo ou SOS, sendo que na dispneia terminal torna-se necessário ponderar perfusão endovenosa ou subcutânea, devido ao agravamento clínico, rapidez de ação e instabilidade da via oral (Cipriano et al., 2021).

No caso do Sr. JP, justifica-se a administração de morfina em horário fixo e em SOS, na formulação de gotas, nos períodos de dispneia ou antes de algum procedimento que poderá desencadear ou exacerbar a sensação de falta de ar.

Os efeitos secundários mais comuns do sulfato de morfina são as náuseas, os vômitos, a obstipação, a sonolência e a confusão. A micção pode ser difícil e podem surgir espasmos dos ureteres ou das vias biliares. Pode também observar-se xerostomia, sudação, rubor facial, vertigens, bradicardia, palpitações, hipotensão ortostática, hipotermia, agitação, perturbações do humor e miose (Infarmed, 2024).

Os sinais de sobredosagem e toxicidade da morfina consistem em miose pupilar (pupila em cabeça de alfinete), depressão respiratória e hipotensão. Em situações raras pode ocorrer falha respiratória e coma profundo, além de morte por insuficiência respiratória e pneumonia por aspiração. Perante sobredosagem são necessárias medidas gerais de suporte conjuntamente com a administração de 400 μ g de naloxona endovenosa (Infarmed, 2024).

Na primeira sessão foi recomendado a administração deste SOS antes 30min dos cuidados de higiene, uma vez tratar-se de fator de agravamento da dispneia, e, sempre que o Sr. JP apresentasse a sensação de falta de ar ou dor com um intervalo de 6/6h. Pelo facto de o Sr. JP apresentar xerostomia foi também aconselhado a hidratação da mucosa oral antes da administração da morfina, por forma a melhorar a sua absorção, e como estratégia de segurança a usar uma colher para colocar as gotas e não as administrar diretamente na boca pelo risco de fazer dose superior à prescrita. A cuidadora, a Sra. D. MC, foi ensinada e incentivada a realizar o registo em formulário próprio das horas de administração da morfina para conhecimento da equipa e ajuste terapêutico se necessário. Na segunda sessão após verificação da administração da morfina 4x dia e por manutenção de descontrolo da dispneia foi alterada a prescrição, ficando prescrito morfina fixa 8Gts 3x dia e em SOS com intervalo de 1/1h até um máximo de 6x dia. Na terceira sessão o Sr. JP não apresentava dispneia e não tinha necessidade de fazer a morfina prescrita em SOS.

Quanto aos efeitos secundários, o Sr. JP ao longo das três sessões teve a sua obstipação controlada com o uso concomitante de laxante intestinal e na segunda e terceira sessão apresentou melhoria da xerostomia apresentada na primeira sessão.

Benzodiazepinas

DIAZEPAM 5mg PO (1cp às 22h)

O diazepam é uma benzodiazepina indicada para o tratamento da ansiedade. Enquanto benzodiazepina, este apenas está indicado para o tratamento de doença grave, incapacitante ou que sujeita a pessoa a uma angústia extrema. A administração oral está indicada para supressão sintomática da ansiedade, agitação e stress psicológico causados por estados psiconeuróticos e distúrbios circunstanciais transitórios (Infarmed, 2024).

Após a descontinuação do tratamento, pode ocorrer síndrome transitória no qual os sintomas que levaram ao tratamento reaparecem de forma mais intensa (fenómenos de “rebound”), podendo ser acompanhados de alterações de humor, ansiedade ou distúrbios do sono e inquietação. Como o risco de fenómenos de privação/rebound é superior após interrupção brusca do tratamento, recomenda-se que a posologia seja diminuída gradualmente até interrupção final (Infarmed, 2024).

O uso concomitante de medicamentos sedativos, como o diazepam, com opióides aumenta o risco de sedação, depressão respiratória, coma e morte devido ao efeito depressor aditivo do Sistema Nervoso Central. Como tal, a dose e duração da utilização concomitante devem ser limitadas. Além disto, as benzodiazepinas não devem ser utilizadas isoladamente no tratamento da ansiedade associada à depressão (risco de suicídio) (Infarmed, 2024).

As benzodiazepinas são utilizadas no controlo da ansiedade associada à sensação de falta de ar, admitindo-se também um efeito relaxante ao nível dos músculos respiratórios (Infarmed, 2024). Na segunda sessão por manutenção do descontrolo da dispneia e, relacionado com a mesma, agravamento da ansiedade, ficou prescrito o diazepam. Na terceira sessão o Sr. JP tinha a dispneia controlada e refere com isso sentir-se mais tranquilo, menos angustiado e em paz.

Modificadores da motilidade intestinal

MACROGOL + BICARBONATO DE SÓDIO + CLORETO DE POTÁSSIO + CLORETO DE SÓDIO 13,8g PO (1a saqueta 9h; 12h; 19h)

O macrogol é um modificador da motilidade intestinal, pertencente ao grupo dos laxantes osmóticos (Infarmed, 2024). É indicado para o tratamento da obstipação crónica apresentada pelo Sr. JP.

Apesar de não se recomendar o seu uso prolongado, este pode ser necessário em pessoas com obstipação crónica grave ou refratária, provocada por uma medicação regular que apresenta a obstipação como efeito secundário, em particular os opiáceos e os antimuscarínicos (Infarmed, 2024). No caso do Sr. JP a toma regular de opiáceos e brometo de ipratrópio.

O macrogol atua por ação osmótica no intestino, induzindo um efeito laxante, aumentando o volume das fezes, o que desencadeia a motilidade do cólon por meio das vias neuromusculares. A consequência fisiológica consiste numa melhoria no transporte colónico propulsivo das fezes amolecidas e a facilitação da defecação. Os eletrólitos combinados com o macrogol são substituídos ao longo da barreira intestinal (mucosa) por eletrólitos séricos e excretados na água fecal sem ganho ou perda de sódio, potássio ou água (Infarmed, 2024).

Os estudos clínicos sobre uma utilização de movicol na obstipação crónica demonstraram que a dose necessária para produzir fezes formadas normais tende a diminuir com o tempo e que na maior parte das pessoas responde às doses de uma a duas saquetas por dia, podendo ser ajustado mediante a resposta individual (Infarmed, 2024). Durante as três sessões foi necessário manter a prescrição de três saquetas por dia e verificar a ingestão hídrica do Sr. JP, por forma a promover a eficácia terapêutica do movicol, visto este ter uma ação osmótica no intestino. Durante o acompanhamento o Sr. JP não apresentou alterações a este nível, mantendo a sua hidratação oral de forma adequada e controlo de obstipação.

MICROLAX RETAL (2 bisnagas em SOS 1x dia até regularização do trânsito intestinal)

O microlax é um modificador da motilidade intestinal, enquanto laxante de contacto. É indicado no tratamento sintomático da obstipação retal ou reto-sigmoideia, devendo ser evitada a sua utilização no caso de pressão hemorroidária, fissuras anais ou retais e colites hemorrágicas

(Infarmed, 2024).

Ao longo das três sessões o Sr. JP apresentou o trânsito intestinal regularizado, apresentando dejeção diariamente e como tal não foi necessário a administração do microlax prescrito em SOS.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

25-09-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Oxigenoterapia

25-09-2024 11:00 - Débito de oxigénio: 0.50 L/min.

22-10-2024 11:00 - Débito de oxigénio: 0.50 L/min.

25-09-2024 11:00 - Assegurar oxigenoterapia

25-09-2024 11:00 - Manter oxigenoterapia

25-09-2024 11:00 - Promover autogestão: oxigenoterapia

25-09-2024 11:00 - Conhecimento sobre oxigenoterapia

25-09-2024 11:00 - Dispositivo: Sonda de oxigénio - facilitador.

22-10-2024 11:00 - Conhecimento sobre oxigenoterapia

22-10-2024 11:00 - facilitador.

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da autogestão da oxigenoterapia [Todos os contactos]

22-10-2024 11:00 - Adota comportamentos de autogestão da oxigenoterapia.

05-11-2024 11:00 - Adota comportamentos de autogestão da oxigenoterapia [MANTEVE].

22-10-2024 11:00 - Refere satisfação com a autogestão da oxigenoterapia.

05-11-2024 11:00 - Refere satisfação com a autogestão da oxigenoterapia [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: gestão da oxigenoterapia

25-09-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre oxigenoterapia

25-09-2024 11:00 - Dispositivo: Concentrador portátil de oxigénio - facilitador.

22-10-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre oxigenoterapia

22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Concentrador portátil de oxigénio - facilitador [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre oxigenoterapia

05-11-2024 11:00 - Dispositivo: Concentrador portátil de oxigénio - facilitador [MANTEVE].

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

Neste subcapítulo e no seguimento das medidas farmacológicas instituídas na conceção de cuidados do Sr. JP, são apresentados os procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica prescritos.

Terapia de alto fluxo com Oxigénio a 0,5 L/min

A terapia de alto fluxo é um suporte respiratório não invasivo de administração de fluxos de gás acima de 15 L/min aquecidos (até 38 °C), humidificados (100% de Humidade Relativa; 44 mg H₂O/L de Humidade Absoluta) e enriquecidos com oxigénio quando necessário, através de uma cânula nasal ou de uma cânula de traqueostomia (Vega et al., 2023).

Nos últimos anos tem-se desenvolvido o uso desta terapia em CP (Fonseca et al., 2022; Vega et al., 2023); no entanto, o seu benefício, em particular em contexto domiciliário permanece com alguns gaps, embora alguns estudos apoiem o seu uso em doenças respiratórias crónicas (Vega et al., 2023).

Nestas situações, convencionalmente, a opção mais utilizada é a oxigenoterapia de longa duração por cânula nasal ou máscara facial (Fonseca et al., 2022). A oxigenoterapia é uma das medidas possíveis no tratamento farmacológico da dispneia. No entanto, os benefícios desta são limitados às pessoas com hipoxemia e Booth et al. (2004) destacaram algumas desvantagens associadas a esta terapia, sendo elas:

1. Um grau de dependência psicológica inevitável evidenciada pela ansiedade apresentada por alguns doentes após períodos curtos sem aporte de oxigénio;
2. Alguns equipamentos são pesados, limitando a mobilidade dos doentes dentro e fora de casa;
3. O uso de uma máscara de oxigénio pode dificultar a comunicação com a família;
4. Alguns doentes podem experienciar estigma social e vergonha levando a mais isolamento social;
5. Os custos associados são elevados;
6. A secura das mucosas como a mucosa nasal poderá influenciar negativamente a terapia.

Além destas, a descontinuação de oxigenoterapia pode ser difícil de se conseguir, por causar stress, sensação de abandono e medo de acelerar o processo de morte. A comunicação empática e esclarecedora é assim, uma ferramenta crucial, ao permitir elucidar estas pessoas sobre a pouca evidência científica acerca do benefício desta terapia e desvantagens associadas, salientando que a prescrição de oxigenoterapia paliativa deve ter sempre em conta a situação clínica de cada pessoa (Spathis & Booth, 2008).

Posto isto, a evidência científica apresenta a terapia de alto fluxo como um recurso valioso no controlo sintomático da dispneia referente à administração de oxigénio suplementar, com a

mais-valia da humidificação da mucosa nasal, facilitação das trocas gasosas pelo ar aquecido e melhoria na portabilidade do equipamento. Tem-se desenvolvido o uso de oxigénio nasal de alto fluxo em contexto de CP e verificado a sua pertinência, eficácia e segurança, aliado a estratégias farmacológicas e não farmacológicas, no alívio de sintomas respiratórias da pessoa em situação paliativa, em particular no contexto domiciliário (Fonseca et al., 2022).

Neste contexto, importa reflectir que o Sr. JP já se encontrava a realizar terapia de alto fluxo com oxigenoterapia prescrita a 0,5L/min no domicílio aquando da primeira sessão da ECSCP, e geria a mesma em parceria com a sua esposa mediante a dispneia que apresentava e atividade física realizada.

Nas três sessões realizadas o Sr. JP apresentou Sat.(O₂) entre 90-91% com a oxigenoterapia por alto fluxo a 0,5L/min que realizava através de cânula nasal conectada a concentrador portátil de oxigénio. Com esta medida refere sentir um ligeiro alívio da sua dispneia. Contudo, e tendo presente os efeitos adversos da mesma e alguma da sintomatologia do doente (nomeadamente xerostomia e ansiedade) foi importante uma monitorização contínua do Sr. JP.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
25-09-2024 11:00	Consciência	
25-09-2024 11:00	Sensações somáticas	
25-09-2024 11:00	Sistema respiratório	
25-09-2024 11:00	Eliminação intestinal	
25-09-2024 11:00	Pele e mucosas	
25-09-2024 11:00	Sono	
25-09-2024 11:00	Conservação de energia	
25-09-2024 11:00	Emoção	
25-09-2024 11:00	Virar-se	
25-09-2024 11:00	Erguer-se	
25-09-2024 11:00	Transferir-se	
25-09-2024 11:00	Sentar-se	
25-09-2024 11:00	Cuidar da higiene pessoal	
25-09-2024 11:00	Vestir-se ou despir-se	
25-09-2024 11:00	Andar	
25-09-2024 11:00	Alimentar-se	
25-09-2024 11:00	Autogestão do regime medicamentoso	
25-09-2024 11:00	Atitudes terapêuticas	
25-09-2024 11:00	Eliminação urinária	

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

Na elaboração deste relatório foram selecionados alguns domínios tendo em conta as necessidades identificadas no caso clínico em contexto de CP e a tipologia de intervenção da ECSCP, perante as pessoas, familiares e cuidadores, que sofrem com doenças de insuficiência de órgão, particularmente a DPOC. Assim, e apesar da plataforma e4nuring seguir uma ordem predefinida na identificação dos dados/ diagnósticos, estes serão aqui descritos tendo em conta a prioridade dos mesmos para o doente e influência na sua qualidade de vida e conforto. Adicionalmente, na interpretação da conceção de cuidados importa salvaguardar que os dados de evolução registados nos diferentes domínios, nomeadamente na segunda e terceira sessões, foram registados enquanto dados de apreciação inicial, devendo porém refletir a evolução verificada ao longo do tempo, nos diferentes domínios e nas diversas sessões.

Importa ainda acrescentar que a nossa abordagem crítico-reflexiva e prática teve sempre em consideração o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa (Regulamento n.º 429/2018).

CUIDADO ESPIRITUAL E ESPERANÇA

A espiritualidade pode ser definida como a capacidade que a pessoa tem acerca da consciência sobre si mesmo, da procura de um sentido para os acontecimentos da vida e de um propósito existencial (Esperandio & Leget, 2020). É um conceito complexo que tem diferentes significados para diferentes pessoas (Timmins & Caldeira, 2017). Consiste na tentativa da pessoa em se relacionar com o transcendente para encontrar significado, propósito e esperança (Fernandes de Oliveira et al., 2020). A espiritualidade é dinâmica e muitas pessoas após o diagnóstico de uma doença limitante da vida tornam-se filosóficas, introspetivas e fechadas, ao contrário do que eram antes do diagnóstico (Timmins & Caldeira, 2017).

Perante o diagnóstico de uma doença sem perspetiva de cura, a pessoa pode apresentar sofrimento espiritual, associado à perda de sentido, de significado da vida e da esperança (Gomes et al., 2017). Tendo isto em consideração e percebendo a espiritualidade como uma dimensão intrínseca à pessoa faz sentido incluir a espiritualidade na prática profissional dos enfermeiros, em particular no contexto de CP (Manchola et al., 2016; Vincensi, 2019).

Ao Sr. JP, sempre que apropriado, foram abordadas de forma informal através do diálogo a sua espiritualidade e necessidades, direcionando o mesmo para o que mais o preocupava de momento. Desta forma, podemos afirmar que já lhe era proporcionado suporte emocional perante as dificuldades e desafios da doença. Num desses momentos de avaliação, o Sr. JP

refere perceber os episódios de agravamento da dispneia e aceitar a evolução da DPOC, estando consciencializado da sua trajetória e das perdas sucessivas que a progressão da doença pode acarretar. No entanto, refere sentir-se "completamente desanimado" (*sic*) pela perda progressiva de autonomia associada também ao descontrolo da dispneia sentida na primeira e segunda sessão, referindo que a mesma é a sua principal causa de sofrimento e perda de autonomia, algo muito significativo para si.

Ora, os enfermeiros apresentam várias dificuldades no cuidar espiritual da pessoa em situação paliativa, entre os quais: falta de formação, falta de tempo, falta de reconhecimento, falta de confiança, evitamento, referenciação tardia, sua espiritualidade pouco desenvolvida e diferenças nas crenças (Santos et al., 2023). Neste sentido o trabalho multidisciplinar, a espiritualidade dos enfermeiros e a formação profissional são cruciais para a abordagem neste domínio à pessoa em situação paliativa o mais precocemente e completa possível por forma a melhorar os resultados da nossa intervenção.

Relativamente à sua religião, o Sr. JP é cristão não praticante e quando questionado se gostaria de ter contacto com um padre diz que não, mas refere-nos na terceira sessão que pensa muitas vezes no seu pai e nos momentos vividos com ele, que fala com ele em pensamento e isso lhe traz tranquilidade e conforto.

A colaboração entre enfermeiros e capelães é essencial para fornecer apoio espiritual nas instituições de saúde (Taylor & Li, 2020) e não há dúvidas de que os apoios espirituais e religiosos, quando a pessoa assim o deseja, se constituem um elo da equipa multidisciplinar, assegurando uma atenção integral (Astrow et al., 2018).

A avaliação da espiritualidade e das necessidades espirituais das pessoas são fundamentais para o cuidado espiritual efetivo (Timmins & Caldeira, 2017a). Existem diversos instrumentos formais que auxiliam os enfermeiros na avaliação das necessidades espirituais e a determinar se a pessoa está a experienciar *spiritual distress*. Contudo, poderá ser mais adequado abordar a espiritualidade da pessoa de forma informal através de questões abertas. Outro facto muito importante que os enfermeiros devem ter em consideração na abordagem do *spiritual distress* e necessidades espirituais da pessoa é a pertinência e adequabilidade do momento para discutir assuntos espirituais (Timmins & Caldeira, 2017a).

Sempre que apropriado nas sessões com o Sr. JP foi abordada de forma informal através do diálogo a sua espiritualidade e necessidades, sendo que este era sempre direccionado para o que mais o preocupava no momento e o que era mais significativo para si. Assim, foi estabelecida uma relação de ajuda com o Sr. JP e sua esposa, cuidadora principal, sendo possível abordar as suas necessidades espirituais, providenciando presença, escuta ativa e suporte emocional perante as dificuldades e desafios da doença. Num desses momentos de avaliação o Sr. JP questiona-se com fâcies triste, "será que irei conhecer o meu bisneto?" (*sic*), completando depois que apesar dos desafios pelo que tem passado ao longo da progressão da doença

conseguiu ter uma vida muito feliz, com excelentes momentos partilhados com os amigos nas danceterias e com a família, fontes de grande suporte emocional.

As intervenções do cuidado espiritual são aspetos essenciais do papel da Enfermagem e imprescindíveis no cuidado holístico da pessoa (Caldeira & Timmins, 2017). Elas são: presença; o uso terapêutico do eu - escuta ativa, relação terapêutica, não julgar e aceitação incondicional; percepção intuitiva - perceber e reconhecer a oportunidade para o diálogo espiritual com a pessoa; exploração da perspectiva espiritual - avaliação espiritual, avaliação dos recursos de suporte e esperança da pessoa, avaliação das necessidades espirituais; abordagem centrada na pessoa - refletir sobre a realidade da pessoa e reconhecer a individualidade de cada um; intervenção terapêutica centrada no significado - desenvolver relações significativas, promover a esperança, intervenção religiosa e terapia complementar; criação de um ambiente propício à espiritualidade - respeitar as crenças espirituais da pessoa, salvaguardar os valores éticos e respeitar os valores culturais e religiosos da pessoa (Ramezani et al., 2014).

O enfermeiro através da avaliação da espiritualidade e necessidades espirituais, já poderá estar a proporcionar cuidado espiritual efetivo, além de construir uma relação terapêutica com a pessoa (Caldeira & Timmins, 2017).

Através dos vários contactos que fomos realizando com o Sr. JP e da ocorrência de momentos oportunos de abordagem das suas necessidades espirituais, foi possível avaliar o seu nível de esperança e diagnosticar desesperança.

A esperança, à semelhança da espiritualidade, é um conceito multidimensional e dinâmico, sendo descrita como um poder ou força que impulsiona a pessoa a transcender-se da situação atual, em direção a uma nova consciência e enriquecimento do ser (Benzein et al., 2001). Tem como atributos uma expectativa de resultado positivo, sendo descrita como uma força interior e um mecanismo de enfrentamento, que protege a pessoa das experiências de angústia e sofrimento, e um processo orientado para o presente, mas, também, para o futuro, no qual a essência da esperança persiste através de um processo multidimensional e dinâmico de identificação de objetivos, baseado nos sentimentos da pessoa sobre a vida e nos seus desejos para o futuro (Guedes et al., 2021).

A avaliação da esperança pode ser realizada através de entrevista e/ou com recurso ao índice de avaliação do nível de esperança - HHI PT (Viana, 2010). Pode ter como dificultadores as interpretações complexas, ambiguidades e operacionalização abstrata e como facilitadores o controlo sintomático, o cuidado com o sofrimento existencial, as relações interpessoais, o estabelecimento de metas realistas, a discussão entre pares, os grupos de apoio, a partilha de experiências clínicas, a integração da esperança na conceção de cuidados e a discussão de estratégias para promoção da esperança (Guedes et al., 2021; Paquette, 2015).

Ainda na primeira sessão e ao longo de todos os contactos, é avaliada a esperança do Sr. JP de

forma informal, através de entrevista e tendo por base os critérios de diagnósticos presentes na taxonomia *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I) (Herdman et al., 2021). Este diz-nos ter esperança de conhecer o seu primeiro bisneto que nascerá em novembro e conseguir controlar a sua dispneia, contudo, na primeira e segunda sessão, perante o descontrolo sintomático deste sintoma, associado ao facto de ter consciência que se encontra em fim de vida, refere ter receio de não conseguir concretizar esse desejo, motivo que diz “alimentar” a sua esperança.

Assim, como critérios de diagnóstico para desesperança, “Sentimento de que o indivíduo não vivenciará emoções positivas ou melhora na condição atual.” (Herdman et al., 2021), na primeira e segunda sessão o Sr. JP apresenta: expressa desânimo e diminuição da esperança, expressa expectativas negativas sobre o futuro, expressa sentimento de incerteza no futuro, incapaz de imaginar a vida no futuro, subestima a ocorrência de eventos positivos e superestima a probabilidade de acontecimentos indesejáveis.

De seguida foram estabelecidos como objetivos determinar a evolução da esperança e promover a esperança.

Assim como no cuidado espiritual, na promoção da esperança do Sr. JP foram planeadas as seguintes intervenções: executar escuta ativa, estabelecer relação de ajuda, desenvolver competências de comunicação mantendo o sentido de humor, estimular recordações, fortalecer o suporte social/familiar, fortificar o suporte espiritual, explorar os seus sentimentos, fomentar estratégias emocionais e motivacionais, discutir informação sobre a doença e estabelecer metas e objetivos realistas.

O Sr. JP ao longo das sessões vai referindo sentir-se mais animado, com expectativas positivas quanto ao futuro, idealizando já o momento em que conhecerá o bisneto.

Na terceira sessão o Sr. JP tem a dispneia e ansiedade controladas o que lhe proporciona conforto nas suas várias dimensões, a física, emocional, psicológica, social e espiritual. Diz encontrar-se em paz, pedindo inclusive para lhe tirar uma foto com o seu cachecol do Boavista, o seu clube de futebol, para ficar de recordação, como legado. Outro aspeto que promoveu a esperança do Sr. JP foi a promoção da sua autonomia nas atividades de vida diárias. Apesar da perda de autonomia progressiva apresentada pelo Sr. JP, algo muito significativo para si, ao longo das três sessões foi possível através da gestão de expectativas realistas, do controlo da sua dispneia e ansiedade, e uso de dispositivos adaptativos, como o andarilho, e, quando necessária, a cadeira de rodas, promover a sua autonomia de forma a mantê-la o mais possível e, com isto, promover a sua esperança. Inclusive, o uso da cadeira de rodas para se mobilizar, permitiu ao Sr. JP voltar a sair de casa com o auxílio da Sra. MC, sua cuidadora, o que para ele foi muito gratificante, pois não perspetivava voltar a sair de casa em segurança.

Nesta última sessão o Sr. JP apresenta melhoria do seu nível de esperança demonstrando os

seguintes indicadores de esperança:

- Internos (Baczewska et al, 2022; Velić et al, 2023): controlo sintomático, ligeira melhoria na autonomia para o autocuidado, presença de determinação, serenidade e resiliência, pensamento positivo e sentido de humor, legado, ressignificação de metas e objetivos, aceitação;
- Externos (Laranjeira et al, 2023; Velić et al, 2023): relações familiares e sociais significativas, relação enfermeiro- doente de presença, significativa e empática e comunicação honesta e clara;
- Relacionados com a transcendência (Beng et al, 2022; Laranjeira et al, 2023): espiritualidade, crenças e práticas religiosas e morte pacífica.

Ao longo das sessões, o Sr. JP foi demonstrando e referindo melhor consciencialização acerca da sua vida no momento, perspetivas para o futuro, objetivos a curto prazo e metas a atingir. Refere querer viver um dia de cada vez com o melhor conforto possível e aproveitar cada momento de partilha de amor e carinho com a sua esposa e filhos, enquanto a vida lhe permitir. Após a última sessão, o bisneto do Sr. JP nasce a 19 de novembro e este tem a oportunidade de o conhecer.

Por fim, não menos importante, importa referir que a comunicação efetiva é essencial na prestação de cuidado espiritual significativo e desta forma o enfermeiro tem um papel importante no suporte da pessoa doente que experiencia *spiritual distress* ou expressa necessidades espirituais como o caso da esperança (Caldeira & Timmins, 2017).

SISTEMA RESPIRATÓRIO

A dispneia é o sintoma mais prevalente da DPOC (Duarte, 2022), patologia apresentada pelo Sr. JP no estágio mais avançado da doença (GOLD 4). Segundo a *International Council of Nurses* (ICN, 2019) dispneia é um “processo do sistema respiratório comprometido: movimento laborioso da entrada e saída de ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, sensações de desconforto e ansiedade”. Por sua vez, a Sociedade Americana Torácica define-a como uma experiência subjetiva de desconforto respiratório, sendo a sua fisiologia complexa (Parshall, 2012). Sendo uma experiência subjetiva dinâmica e mediada por experiências anteriores, valores, emoções e crenças de cada indivíduo, o seu conceito apresenta vários subtipos que são definidos de diferentes formas e podem resultar de doenças respiratórias ou não. Estes são descritos pelas pessoas como “fome de ar”, “aperto torácico”, “aumento do esforço na respiração” ou “respiração mais rápida” (Pisani, 2018). Independentemente do subtipo presente, a dispneia pode ser bastante incapacitante a todos os níveis e agravada por diversos fatores, refletindo assim o conceito de “dispneia total” em CP, obrigando a uma abordagem individualizada e centrada nos desejos de cada pessoa.

O Sr. JP aquando pedido de referenciação à ECSCP mantinha necessidade de controlo sintomático da dispneia e na primeira sessão a 25/09/2024, o Sr. JP apresenta dispneia moderada em repouso num score 5 (entre zero e 10) na escala ESAS (*Edmonton Symptom Assessment System*) e ansiedade associada aos episódios de agravamento da dispneia. Para além desta escala, na avaliação da dispneia e frequentemente nos doentes com DPOC, também é utilizada a escala de dispneia modificada do *Medical Research Council* (Rodrigues et al., 2023), que avalia apenas a dispneia relacionada com atividades específicas, não permitindo uma avaliação das múltiplas dimensões da dispneia. Por este motivo, e pelo facto de pretendermos avaliar o sintoma dispneia - na medida em que o Sr. JP a percebe - foi utilizada sempre a ESAS.

A avaliação da dispneia em todas as suas dimensões, como por exemplo a psicológica, a social e espiritual da pessoa e seus cuidadores, continua a ser um desafio, pois, até ao momento, ainda não foi encontrada nenhuma escala para o efeito, existindo, na maioria, escalas que avaliam apenas o impacto deste sintoma na atividade física. É recomendado, portanto, o uso de uma escala unidimensional, como é o caso da escala visual analógica, combinada com uma escala específica de uma doença ou multidimensional, com outros métodos, como as entrevistas, de forma a avaliar na pessoa, seu cuidador e família todas as suas dimensões (física, emocional, psicológica, social) (Bausewein et al., 2007).

A complexidade da dispneia está intimamente relacionada com a sua neurofisiologia, ainda não totalmente esclarecida. Para a compreender existem várias teorias, sendo a mais recente o modelo *Breathing, Thinking, Functioning* (Chin & Booth, 2016; Maddocks et al., 2017; Spathis et al., 2017). Este modelo é baseado de forma predominante em três reações comportamentais e cognitivas à dispneia, que desencadeiam ciclos viciosos que perpetuam e agravam o sintoma.

O domínio *Breathing* relaciona-se com as alterações no padrão respiratório que provocam aumento do esforço respiratório e/ou o uso de músculos acessórios na ventilação. O domínio *Thinking*, relacionado com a ansiedade e o medo causados pela dispneia, que, por sua vez, pioram a dispneia, o que reflete a existência de um processo neuronal nas áreas cortico-límbicas do cérebro envolvidas na perceção da dispneia e nas emoções. O terceiro e último domínio, *Functioning*, reporta-se ao descondicionamento muscular, causado pela diminuição da atividade física resultante da dispneia, que torna o doente menos autónomo, provocando-lhe maior esforço respiratório e agravamento sintomático. Estes três domínios, como podemos constatar, interagem entre si e, como tal, este modelo pode ser facilitador na abordagem farmacológica e não farmacológica deste sintoma complexo (Spathis et al., 2017).

Apesar de existirem várias intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dispneia tendo em conta a autonomia da pessoa e o seu contexto sócio-familiar, este sintoma pode persistir, designando-se dispneia refratária ou de difícil tratamento. Na DPOC, muitas pessoas morrem com este sintoma refratário (Rocker et al., 2009) e existe ainda pouca

evidência científica acerca do seu controlo sintomático em CP, pois é um sintoma mais frequentemente estudado em oncologia (Maddocks et al., 2017). O Sr. JP apenas apresentou controlo sintomático da dispneia na terceira sessão em que refere não sentir falta de ar.

Relativamente ao tratamento farmacológico da dispneia, como vimos anteriormente, a oxigenoterapia pode trazer algumas desvantagens, no entanto no caso do Sr. JP, tal não acontece, ocorrendo pelo contrário, um ligeiro alívio da mesma.

O tratamento com broncodilatadores deve ser cauteloso. A utilização crónica de corticoides não apresenta evidência que a suporte. Os mucolíticos e antibióticos apresentam-se apenas como uma terapêutica adjuvante e limitada (Duarte, 2022).

A prescrição de opióides continua a ser limitada devido à “opiofobia”, apesar do seu uso ser seguro. Além desta segurança terapêutica, existe evidência científica consistente de que os opióides diminuem a sensação de dispneia através de diferentes mecanismos: diminuição do drive respiratório; alteração da perceção central e da atividade dos recetores opióides periféricos localizados no pulmão; diminuição da ansiedade (Mahler et al., 2010). O Sr. JP tem prescrito um opióide, a morfina, para controlo sintomático da dispneia, tendo havido necessidade de ajustar o mesmo ao longo das três sessões e capacitar tanto o Sr. JP quanto a sua esposa na gestão da sua administração, mediante a dispneia sentida, e, de forma antecipatória, perante esforço físico, que desencadeasse o seu agravamento. O Sr. JP refere ficar sem a sensação de “falta de ar” após a toma da morfina e na terceira sessão diz não sentir falta de ar, apresentando controlo sintomático deste sintoma.

Por sua vez, a medicação psicotrópica pode ser benéfica em determinadas pessoas, nomeadamente com ansiedade associada ou em situações de fim de vida, como é o caso do Sr. JP.

Quanto às intervenções não farmacológicas, estas podem ser prioritárias nas pessoas conscientes e autónomas, assim como nos estádios avançados da doença (Maddocks et al., 2017). Capacitar as pessoas na autogestão da sua doença, nomeadamente no controlo sintomático dos sintomas, como é o caso da dispneia, aumentará a autoconfiança e diminuirá sentimentos de impotência tanto nas pessoas doentes, como nos seus cuidadores (Chin & Booth, 2016). Este processo promoverá um ciclo de menor ansiedade e depressão, maior atividade física e vida social e melhoria da qualidade de vida. Algumas intervenções não farmacológicas podem ser úteis em pessoas ativas como:

1. Incentivar o exercício físico com pedómetros ou com auxiliares de marcha;
2. Planos de exercícios personalizados;
3. Uso de ventoinha ou spray com água fria na face para melhorar a sensação de dispneia (Galbraith et al., 2010);
4. Técnicas de respiração;
5. Terapia comportamental ou psicoterapia;

6. Estimulação elétrica neuromuscular (Bausewein et al., 2013);
7. Tai Chi (Ngai et al., 2016).

Em CP, nas situações de fim de vida em que ocorre uma diminuição considerável da capacidade física das pessoas, podem ser aplicadas quatro estratégias não farmacológicas (Spathis & Booth, 2008):

1. O uso de ventoinha, que direcionada à face parece reduzir a percepção de dispneia (Galbraith et al., 2010);
2. Técnicas de conservação de energia, que reduzem a dispneia ao diminuir as necessidades de ventilação, através de períodos de repouso, enquanto realizam tarefas mais longas e/ou evicção de tarefas desnecessárias, entre outras recomendações (Yohannes, 2007);
3. Técnicas de respiração para melhorar a eficiência mecânica do movimento respiratório, com o objetivo de reduzir a frequência respiratória e aumentar o tempo de expiração (técnicas difíceis de aprender próximo da morte pelo que devem ser ensinadas precocemente);
4. Técnicas de relaxamento e treino na redução da ansiedade, especialmente em estádios avançados da doença (a ansiedade aumenta a dispneia que por sua vez contribui para a ansiedade, gerando-se assim um ciclo vicioso (Uronis et al., 2006)).

A acrescentar às intervenções não farmacológicas já elencadas, surgem a reabilitação pulmonar, sustentada de forma consensual pela evidência e o uso da ventilação não invasiva paliativa que permanece dúbia e discutível, apesar de existir evidência desta no alívio da dispneia, sendo necessários mais estudos sobre a sua utilidade específica nas pessoas com DPOC em CP (Disler et al., 2012). Surge também como fundamental a formação das pessoas doentes e seus cuidadores sobre a DPOC, sua trajetória, os CP e como estes podem gerir a dispneia (Duarte, 2022).

Em suma, o controlo sintomático da dispneia nas pessoas com DPOC em CP carece de mais investigação, nomeadamente, na utilização de opióides e no recurso a novas terapêuticas como é o caso da furosemida inalada ou do heliox (Duarte, 2022). Relativamente ao uso da furosemida inalada, esta parece limitar o broncospasmo funcionando como um broncodilatador (Senderovich & Yendamuri, 2019).

Enquanto ECSCP a nossa intervenção no controlo da dispneia tem por objetivos determinar evolução da mesma, melhorar ventilação, promover o seu autocontrolo e o papel do cuidador relativamente à gestão da dispneia, sempre trabalhando em parceria com o Sr. JP e a sua cuidadora e esposa, Sra. D. MC e atendendo aos desejos e preferências dos mesmos.

EMOÇÃO

O Sr. JP nas duas primeiras sessões verbaliza ansiedade e manifestação de inquietação, evoluindo favoravelmente na terceira sessão referindo encontrar-se tranquilo e em paz.

As pessoas com DPOC num estágio avançado, como é o caso do Sr. JP, apresentam sintomas angustiantes e alta prevalência de distúrbios no humor, estado funcional e qualidade de vida (Amaro, 2019). O *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (2024) descreve a dispneia como o sintoma cardinal da DPOC e principal causa de incapacidade e ansiedade associada à doença. O Sr. JP direciona como causa para a sua ansiedade e angústia a presença de dispneia e de episódios de agudização e, tendo conhecimento acerca da DPOC e sua trajetória, o receio que a dispneia se agrave cada vez mais e se torne difícil de controlar causando-lhe sofrimento até aos seus últimos dias de vida.

A presença de ansiedade nas doenças respiratórias pode piorar subjetivamente os sintomas da doença, especialmente a dispneia ou a tosse, contribuindo muitas vezes para um círculo vicioso de agravamento de sintomas (Jácome et al., 2015; Sampaio et al., 2020). Consequentemente podem surgir aumento no número de internamentos hospitalares, no uso de broncodilatadores, corticosteroides inalatórios, antibióticos e incidência de eventos adversos (Lima et al, 2020; Sampaio et al., 2020).

O isolamento social e familiar e a diminuição na realização das atividades de vida diárias causadas pela dispneia e intolerância à atividade aumentam a prevalência da ansiedade, entre 13% e 46% dos casos (Sampaio et al., 2020).

O tratamento deste sintoma na DPOC passa pela abordagem farmacológica e não farmacológica. O tratamento farmacológico consiste na administração de medicação para o controle da dispneia e da ansiedade, uma vez que a presença da primeira pode aumentar significativamente a segunda. No caso do Sr. JP, o ajuste terapêutico para controlo da dispneia e ansiedade demonstrou-se eficaz aquando a realização da terceira sessão, em que foi possível constatar que o Sr. JP se encontrava confortável, referindo não sentir falta de ar, nem ansiedade. Relativamente ao tratamento não farmacológico poderão adequar-se técnicas de relaxamento, nomeadamente as práticas de *mindfulness* e meditação, que são descritas como importantes instrumentos terapêuticos na diminuição dos sintomas identificados e consideradas como um complemento valioso à reabilitação pulmonar e ao tratamento farmacológico, pois auxiliam não apenas na diminuição de dispneia, mas também na diminuição da ansiedade e do stresse característicos desta doença. A diferença é que, enquanto a meditação objetiva a autocompreensão e a diminuição das aflições, o *mindfulness* está orientado para o bem-estar psicológico. Assim, as pessoas podem melhorar os parâmetros respiratórios, controlar os níveis de ansiedade e diminuir a intensidade dos sintomas da DPOC, reduzindo a utilização de fármacos para esse fim (Monteiro et al., 2019). Na terceira sessão, o Sr. JP refere ter muito presente as lembranças do seu pai que já faleceu e que lhe dirige algumas palavras. Refere serem momentos que o tranquilizam e ajudam também no seu controlo da ansiedade.

Enquanto ECSCP, a nossa intervenção no controlo da ansiedade tem por objetivos determinar a sua evolução, diminuir a sua intensidade, promover o seu autocontrolo e promover o papel do

cuidador relativamente à sua gestão, trabalhando em parceria com o Sr. JP e sua cuidadora, Sra. D. MC.

CONSERVAÇÃO DE ENERGIA

O Sr. JP apresenta falta de energia para tolerar e completar as atividades de vida diárias devido à sua astenia. Segundo o ICN (2019), a intolerância à atividade é definida como “falta de capacidade ou energia para tolerar ou completar atividades”. Em CP, este sintoma é multidimensional (Cella et al., 2002; Dean, 2019; Hagelin et al., 2009; Hardy et al., 2010; Radbruch et al., 2008) e subjetivo (Dean, 2019), podendo ter um impacto significativo sobre a qualidade de vida da pessoa (Hardy et al., 2010; Kohara et al., 2004; Li et al., 2019; Stone et al., 2023).

A astenia pode ser considerada como um único sintoma, um conjunto de sintomas ou mesmo uma síndrome. Tem uma alta prevalência em doentes terminais (Georges et al., 2005; Radbruch et al., 2008; Solano et al., 2006), equiparando-se à dor (Li et al., 2019). É definida como uma sensação de cansaço agudo e desta forma um dos sintomas mais debilitantes, pois reflete-se em menor funcionalidade e sobrevida das pessoas doentes (Dean, 2019). A fisiopatologia da astenia não é totalmente compreendida e para a sua abordagem sistemática, Radbruch et al. sugerem que se diferencie uma astenia primária, muito provavelmente relacionada com terapêutica, de uma astenia secundária a síndromes concomitantes e comorbilidades. Ainda assim, o seu carácter multidimensional, torna difícil a perceção de quais os seus fatores determinantes (Radbruch et al., 2008). Facilmente se compreende que devido à sua complexidade fisiopatológica, subjetividade e impacto na qualidade de vida da pessoa, apesar de importante a abordagem farmacológica, esta é apenas um componente no seu controlo (Laval & Paris, 2008; Radbruch et al., 2008).

Particularizando as pessoas com DPOC, nestas ocorrem também efeitos extrapulmonares (sistémicos), como a perda ponderal, as alterações nutricionais e a disfunção musculoesquelética multifatorial (inatividade, dieta pobre, inflamação, hipóxia) que no seu conjunto potenciam intolerância à atividade e exercício, fadiga, isolamento social e familiar (Sampaio et al., 2020), ansiedade e depressão (Pamplona & Bárbara, 2016). Ora, esta incapacidade de desenvolver as atividades de vida diárias e a dependência de terceiros para suprir essas necessidades, comprometem diretamente a qualidade de vida das pessoas com DPOC (Lima et al., 2020). Assim, todas as pessoas com esta patologia beneficiam de programas de exercícios, melhorando assim a tolerância ao exercício e reduzindo os sintomas de fadiga e dispneia (Fernandes, 2019).

Segundo Cruz et al. (2017), em CP e para a astenia, existem instrumentos específicos de avaliação multidimensional, onde se destaca a *Functional Assessment of Chronic Illness*

Therapy-Fatigue que pela sua robustez psicométrica, oferece seguramente maior garantia de uma medida adequada às necessidades da pessoa (Chandran et al., 2007; Yellen et al., 1997). No entanto, esta não se encontra validada para a população portuguesa, pelo que as mais frequentemente utilizadas são as unidimensionais, ESAS e a Escala Visual Analógica, que permitem apenas a avaliação da dimensão intensidade de cada sintoma, deficitários tendo em conta a multidimensionalidade que caracteriza os sintomas em CP.

Aplicando o instrumento ESAS ao Sr. JP, num score entre zero e 10, este quantifica a intensidade da astenia com o valor seis na primeira sessão, sete na segunda sessão e quatro na terceira sessão, evidenciando uma diminuição da intensidade associado ao controlo sintomático da dispneia. Relativamente às intervenções que se poderão adequar ao Sr. JP, a evidência reforça a eficácia do exercício físico e o uso de estratégias de conservação de energia.

Em suma, os profissionais de saúde que pretendam desenvolver um plano individualizado de gestão da astenia baseado em evidências devem promover a atividade física equilibrada com estratégias de conservação de energia. É recomendado uma avaliação, revisão e reconhecimento regulares do impacto da astenia na vida das pessoas e, se apropriado, devem ser estudadas as causas reversíveis. A pessoa deve ser ensinada sobre as potenciais causas e tratamento deste sintoma, promovendo assim a sua consciencialização sobre o mesmo e por conseguinte potenciando a eficácia das intervenções (Chapman et al., 2022).

Enquanto ECSCP, a nossa intervenção na intolerância à atividade tem por objetivos determinar a evolução desta, promover autogestão: atividade/repouso e promover o papel do cuidador na gestão da atividade, diminuindo assim a intolerância à atividade apresentada pelo Sr. JP. Neste sentido, a ECSCP trabalha em parceria com o Sr. JP e a sua cuidadora, Sra. D. MC., tendo em conta os seus desejos e estabelecimento de metas realistas de acordo com a trajetória da doença.

VIRAR-SE, ERGUER-SE, TRANSFERIR-SE, SENTAR-SE, CUIDAR HIGIENE PESSOAL, VESTIR-SE OU DESPIR-SE, ANDAR E ALIMENTAR-SE

O Sr. JP, como constatado anteriormente quanto à sua intolerância à atividade, apresenta diversos fatores que podem concorrer para a sua dependência/compromisso no autocuidado, entre eles o agravamento da astenia associada à exacerbação da dispneia. Estes fatores estão presentes nas pessoas com DPOC e comprometem diretamente a sua qualidade de vida (Lima et al., 2020).

Ao longo das três sessões realizadas, o Sr. JP manteve-se no score 40% da PPS PT (Sereno et al., 2022) e foi possível verificar em parceria com o Sr. JP qual o seu potencial de autonomia, tendo em conta a progressão da doença. Assim, foram estabelecidas metas em conjunto de manutenção e melhoria da sua autonomia aquando controlo sintomático da sua dispneia e

autocontrolo de conservação de energia. Estas metas e consciencialização das suas capacidades funcionais permitiram ao Sr. JP atingir a autoeficácia, mesmo sem conseguir a autonomia plena no autocuidado.

Enquanto ECSCP, a nossa intervenção no compromisso destes domínios tem por objetivos determinar a evolução, assegurar as atividades quando necessário, prevenir queda, promover a autonomia, promover autogestão: prevenção de quedas e promover o papel do cuidador: prevenção de queda e satisfação das necessidades nos autocuidados, trabalhando de forma multidisciplinar dentro da equipa através da atuação da assistente social, quando necessário para o acesso a dispositivos de auxílio no autocuidado, e sempre em parceria com o Sr. JP e a Sra. D. MC, tendo em conta expectativas realistas e as metas a atingir.

AUTOGESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO

Em CP, o caráter progressivo da doença, neste caso a DPOC, acarreta limitações funcionais e sintomas debilitantes de difícil controlo, que por sua vez, requerem a prescrição de um regime medicamentoso tornado complexo (Ferrell et al., 2022). Este engloba um grande número de medicamentos, em doses consideradas altas e que carecem de vias de administração por vezes distintas (Wilson et al., 2020). Nestas situações, o familiar cuidador geralmente assume as responsabilidades inerentes à gestão do mesmo na medida que a pessoa doente aumenta o seu grau de dependência (Bowers & Wilson, 2023). Realidades como o envelhecimento populacional e o impacto de doenças limitadoras das faculdades mentais vêm ressaltar a importância fulcral do papel do familiar cuidador nas tarefas inerentes à gestão do regime medicamentoso, tendo em conta a elevada frequência com que se verifica a incapacidade da própria pessoa em assegurar essa mesma gestão (Wilson et al., 2020).

Aquando da primeira sessão foi necessário intervir na autogestão do regime medicamentoso do Sr. JP, no sentido de melhorar a sua consciencialização, conhecimento, capacidade e autoeficácia. O Sr. JP não sabia como gerir a toma de morfina mediante as situações de agravamento da dispneia e principalmente de forma antecipatória tendo em conta a sua atividade física, como os cuidados de higiene, que agravavam este sintoma. Além deste facto foi também avaliado nesta sessão o uso do inalador para administração da medicação prescrita e, perante a dificuldade na coordenação dos ciclos respiratórios com o uso do inalador, o Sr. JP foi ensinado, instruído e treinado no uso de uma câmara expansora para administração da medicação prescrita.

Assim como o Sr. JP, também a sua esposa, a Sra. D. MC foi alvo da nossa intervenção, enquanto ECSCP, promovendo o seu conhecimento, capacidade e autoeficácia na gestão do regime medicamentoso, principalmente no ajuste da medicação prescrita de acordo com os resultados da sua vigilância no controlo da dispneia e na instrução e treino do uso do inalador com câmara expansora para auxílio ao Sr. JP, na administração dos fármacos prescritos por essa

via. Ao longo de todos os contactos foi sempre o seu desempenho enquanto cuidadora e analisados os resultados obtidos, no conforto do seu marido, o Sr. JP.

A titulação da medicação, especialmente de opióides, tem vindo a revelar-se uma preocupação major para o familiar cuidador da pessoa em situação paliativa, assim como a possibilidade de erro na administração ou situações de excesso de sedação. Estes factos podem ser precursores de situações de ansiedade e, como tal, cabe ao enfermeiro um papel indispensável na avaliação do conhecimento do familiar cuidador acerca do regime medicamentoso, bem como as suas inseguranças e receios neste tema. Da responsabilidade do enfermeiro teremos entre outros, a explicação do propósito individual de cada medicamento prescrito, assim como o seu modo e horário de administração, reavaliando regularmente as necessidades e pertinência do mesmo, tendo em conta a mudança nos sintomas vivenciados pela pessoa e efeitos adversos que possam surgir (Bowers & Wilson, 2023).

A gestão do regime medicamentoso apresenta-se, assim, como complexa e multifatorial e a sua eficácia assume um papel indispensável no êxito do controlo sintomático, principalmente no contexto domiciliário (Bowers & Wilson, 2023), promovendo a evicção de internamentos não programados e possibilitando a permanência da pessoa doente no domicílio (Wilson et al., 2020).

PELE E MUCOSAS

A xerostomia pode resultar em dificuldades funcionais, nomeadamente na mastigação, deglutição e paladar (Fleming et al., 2020) e, quando persistente, pode desencadear infeções orais, cáries dentárias e candidíase oral (Miletich, 2010; Twycross et al., 2009). Para além destas consequências, as pessoas com xerostomia definem este sintoma como angustiante e com impacto significativo na sua qualidade de vida (Rydholm & Strang, 2002). Fleming et al. (2020) destacam a gravidade deste sintoma na doença avançada e identifica como fatores importantes na avaliação deste sintoma, o impacto funcional nas atividades de vida diárias, como a fala, a deglutição e o sono.

Apesar deste sintoma ser prevalente e impactante na qualidade de vida das pessoas, ainda é pouco reconhecido em fim de vida. Para tal, é desenvolvida evidência científica no sentido de avaliar a eficácia de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, como é o caso do estudo realizado por van der Meulen et al. (2023) que pretendem avaliar a eficácia do programa de educação *Dry mOuth Project*, liderado por enfermeiros, com o objetivo de melhorar a consciencialização e conhecimento das pessoas doentes, cuidadores e profissionais de saúde sobre a xerostomia e o seu tratamento, assim como a eficácia da aplicação tópica de pilocarpina, um medicamento parassimpaticomimético e sistémico que ativa os recetores muscarínicos, aumentando assim a secreção de saliva natural, aliviando os sintomas de boca seca.

Uma das causas mais frequentes para a ocorrência da xerostomia na população em geral é o tratamento farmacológico. Ora, nas pessoas com doenças avançadas são muitas vezes prescritos um grande número de medicamentos, muitos deles com efeitos anticolinérgicos reconhecidos, como opióides, corticosteróides e benzodiazepínicos, que não podem ser suspensos devido a sintomatologia refratária (Agar et al., 2009).

O Sr. JP logo na primeira sessão refere-nos sentir a boca extremamente seca utilizando a expressão “parece que estou a comer areia” (*sic*). Diz-nos que este sintoma interfere de forma significativa na sua qualidade de vida. Após observação da sua mucosa oral é constatado que a mesma se encontra seca, mas sem fissuras. Também não apresenta cáries dentárias, nem candidíase oral. Após esta avaliação, foi também verificado que, para tentar controlar este sintoma, o Sr. JP apenas bebia frequentemente pequenos goles de água, condizente com o relatado na evidência científica, em que cerca de 93.4% das pessoas estudadas referem apenas usar essa estratégia para alívio sintomático da xerostomia (Fleming et al., 2020). Tanto o Sr. JP como a sua cuidadora e esposa, a Sra. D. MC, não tinham conhecimento acerca de estratégias para melhorar a xerostomia sentida e promover a integridade da mucosa oral.

Enquanto ECSCP, em primeiro lugar foi incentivado a higiene oral e hidratação da mucosa através de diferentes estratégias como a terapia de estimulação: uso de pastilha elástica ou rebuçados de sabor cítrico mas sem açúcar; terapia substitutiva de saliva: uso de gelo moído ou água em spray, uso de saliva artificial, creme hidratante para os lábios; terapia nutricional: aumentar aporte hídrico (quando possível), refeições com alimentos moles e com molhos, alimentos frios/tépidos, sugar em pequenos cubos congelados de ananás, pepino ou maçã (Carneiro, 2017).

Quanto à higiene oral, esta pode ter um impacto positivo no conforto, controlo da dor, comunicação, nutrição, prevenção de infeções (Fradique, 2016), autoestima, imagem corporal e administração de terapêutica por via oral quando esta ainda está patente (Gomes, 2017).

Relativamente às várias estratégias de promoção da integridade da mucosa oral propostas, o Sr. JP, optou pela aplicação de água em spray com umas gotas de limão, creme hidratante para os lábios, realização de refeições mais moles e com molhos e em sugar pequenos pedaços de ananás congelados.

Na segunda sessão o Sr. JP apresenta a mucosa hidratada e refere sentir-se muito mais confortável na deglutição e melhoria do paladar. Diz continuar a realizar as diferentes estratégias para hidratação da mucosa oral e todos os dias realizar duas vezes a sua higiene oral.

A ECSCP tem como objetivos perante este domínio determinar a evolução da integridade dos tecidos e das membranas mucosas em todos os contactos, promover autogestão: cicatrização da membrana mucosa e promover o papel do cuidador: gestão da cicatrização da membrana

mucosa, tendo sempre presente os desejos e capacidades do Sr. JP e da sua cuidadora, Sra. D. MC.

SENSAÇÕES SOMÁTICAS

No pedido de referenciação à ECSCP é mencionado a necessidade de manter o controlo sintomático da dor no Sr. JP. Aquando a primeira sessão o Sr. JP diz não ter dor e que esta ocorre quando se encontra obstipado, sendo uma dor visceral, abdominal e do tipo cólica. Ao longo das três sessões o Sr. JP não apresentou dor e manteve o trânsito intestinal regularizado.

A dor do tipo visceral, segundo o ICN (2019), é uma “sensação de dor com origem nos revestimentos dos órgãos como pericárdio; periósteo ou mucosa intestinal; a dor visceral pode ser mais ou menos limitada, parecendo muitas vezes originária de uma zona maior do que a realmente afetada; a sensação de dor é habitualmente referida como perfurante, surda e profunda, incómoda, como uma cólica intensa associada a sensações de enjoo ou asfixia”. Ainda sobre este sintoma, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020) reforça que além de ser um dos sintomas mais frequentes em CP, estará presente de intensidade moderada a elevada em 80% das pessoas até ao fim das suas vidas, sendo essencial o uso de opióides no seu controlo sintomático. Tais resultados e previsões demonstram a importância do seu controlo, tendo em conta o conforto e a qualidade de vida das pessoas doentes, seus familiares e cuidadores. Para tal, existem várias barreiras, muitas delas relacionadas com os profissionais de saúde, como exemplo, a descrença no relato da pessoa sobre a dor, défice de conhecimento sobre a fisiopatologia da dor e seu controlo, preocupações sobre os efeitos secundários dos analgésicos, confusão concetual entre dependência e tolerância e receio de provocar depressão respiratória (Pina, 2016). Estas barreiras são um alerta para a nossa atuação enquanto profissionais de saúde, particularmente enquanto pertencentes a equipas especializadas na prestação de CP, como é o caso da ECSCP.

Os enfermeiros podem avaliar o parâmetro da intensidade da dor através de instrumentos de auto e heteroavaliação, no entanto, sempre que possível, deve-se privilegiar o uso de instrumentos de auto-avaliação, considerando a ordem de prioridade: Escala Visual Analógica; Escala Numérica; Escala de Faces; Escala Qualitativa (OE, 2008).

Após a avaliação da dor é importante o seu controlo/ gestão tendo em consideração os seguintes pontos-chave: estabelecer metas realistas, por exemplo, sem dor durante a noite/em repouso/em movimento; fornecer às pessoas doentes e às que lhes são próximas informações e instruções sobre a dor e o seu controlo; incentivá-los a assumir um papel ativo no controlo da dor; reavaliar o controlo da dor regularmente; gerir as expectativas da pessoa em relação ao controlo ideal da dor, pois pode não ser alcançável a ausência de dor o tempo todo (Greater Manchester Medicines Management Group, 2019). No Sr. JP e na sua cuidadora, Sra. D. MC, foi

importante ter estes pontos-chave em consideração, no reforço da consciencialização de fatores concorrentes com a dor, neste caso a obstipação, e no elogio da capacitação destes para gerir através de medidas farmacológicas e não farmacológicas a dor e agir antecipadamente na sua prevenção.

ELIMINAÇÃO INTESTINAL

Em CP a obstipação tem uma prevalência compreendida entre os 18 e os 90% e apresenta-se como um dos problemas mais frequentemente verificados, podendo ser definida segundo a opinião da pessoa doente e pela ocorrência dos seguintes critérios: um padrão correspondente a um número inferior a três dejeções por semana, necessidade de realização de esforço durante mais de 25% das defecações, fezes duras que podem formar fecalomas, recurso a manobras manuais em mais de 25% das dejeções, sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das vezes e defecação que demora mais de 10 minutos (Araújo et al., 2021).

O Sr. JP aquando pedido de referenciação da EISCP à ECSCP apresentava obstipação de difícil controlo, inclusive com dor associada. Ainda nessa altura foi ajustado o regime medicamentoso e aquando a primeira visita domiciliária da ECSCP foi possível avaliar a regularização do seu trânsito intestinal, assim como a ausência de dor. Apesar deste controlo sintomático da obstipação, existem uma progressão da doença e uma prescrição de morfina, que por si só, tem como efeito secundário frequente a obstipação (Infarmed, 2024), pelo que se justifica em todos os contactos da equipa avaliar a evolução da eliminação intestinal, por forma a intervir antecipadamente perante alterações na mesma.

Nas duas sessões seguintes, o Sr. JP manteve o trânsito intestinal regularizado, apresentando assim a sua obstipação controlada através da gestão do regime medicamentoso prescrito e adoção de medidas não farmacológicas como a massagem abdominal e gestão da ingestão hídrica.

ELIMINAÇÃO URINÁRIA

O Sr. JP apresenta diversos fatores que podem concorrer para o aparecimento de alterações na eliminação urinária e, com isso, potenciar a toxicidade de fármacos eliminados preferencialmente pelos rins, como é o caso da morfina (Infarmed, 2024). Entre estes fatores de risco encontram-se o estágio avançado da DPOC, a presença de xerostomia e risco associado à diminuição da ingestão hídrica, a toma de morfina (prescrita em horário fixo e SOS) e o risco associado de apresentar dificuldades na micção e poderem surgir espasmos dos ureteres (Infarmed, 2024). Apesar disto, o Sr. JP manteve-se nas três sessões sem alterações na eliminação urinária, apresentando eliminação de urina amarelada, sem sedimento e cheiro “sui generis”.

Assim, enquanto ECSCP, a nossa intervenção no domínio Eliminação Urinária teve por objetivo determinar a evolução da eliminação urinária, por forma a intervir antecipadamente perante alterações na mesma.

SONO

O sono é um domínio essencial na promoção da qualidade de vida, na manutenção do desempenho cognitivo e da produtividade, e para o bem-estar físico e mental, dependendo dele a consolidação da memória. Deve ser, portanto, um foco de atenção dos profissionais de saúde aquando da prestação de cuidados (Botelho, 2012; Jakobsen et al., 2022).

A diminuída qualidade do sono é um fenómeno subjetivo e pode ser definido pelas pessoas como uma disrupção do padrão habitual do sono, dificuldade em se manter acordado, acordar frequentemente ou um sono não reparador (Kvale & Shuster, 2006).

A DPOC aumenta a suscetibilidade a distúrbios do sono e relaciona-se com a diminuição da qualidade do sono, quanto à diminuição do tempo total e da eficiência, e de uma maior fragmentação (Clímaco et al., 2022). Faria (2009) acrescenta que a DPOC tem profundos efeitos sobre a respiração e as trocas gasosas durante o sono, e, que estes podem resultar numa maior dificuldade em manter o sono noturno reparador, causando sonolência diurna, além de provocar alterações cognitivas e imunológicas. Associada a esta doença, surge muitas vezes a Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), ocorrendo em 10-30% das pessoas (Clímaco et al., 2022). Nas pessoas com DPOC sem SAOS, como é o caso do Sr. JP, a dessaturação noturna pode dever-se a alguns fatores, entre eles: a redução da capacidade residual funcional, a redução da resposta ventilatória à hipóxia e à hipercapnia, a redução da efetividade da mecânica ventilatória, o aumento do limiar de microdespertar, a fadiga da musculatura respiratória, o aumento da resistência da ventilação aérea superior e a posição da saturação basal na curva de dissociação da oxi-hemoglobina (Faria, 2009). Quando associadas, a DPOC e a SAOS, ocorre a síndrome de sobreposição ou de overlap, caracterizadas pela hipoxemia intermitente e exacerbação da inflamação no tecido pulmonar e do stresse oxidativo (Martin et al., 2023). Os eventos apneicos em pessoas com a SAOS e DPOC, além da hipoxemia e hipercapnia mais acentuadas, provocam arritmias cardíacas e alteração na modulação autónoma, predispondo estas pessoas a doenças cardiovasculares devido à interrupção do sono e dessaturação noturna (Martin et al., 2023).

O tratamento das alterações do sono deve ser multifatorial e com foco nas suas prováveis causas através de medidas farmacológicas e não farmacológicas (Induru & Walsh, 2014). As medidas farmacológicas consistem na administração de medicação para a indução do sono, uma vez que a falta deste poderá potenciar crises de dispneia e de ansiedade e nas não farmacológicas, tal como no controlo da ansiedade, poderão ser indicadas técnicas de

relaxamento, como as práticas de mindfulness e meditação.

No caso específico do Sr. JP, ao longo das três sessões este manteve um sono noturno reparador e perante a dispneia controlada consegue dormir uma sesta de uma hora durante o dia. Enquanto ECSCP, a nossa intervenção no domínio sono tem por objetivo determinar a evolução deste e atuar antecipadamente perante alterações no mesmo em parceria com o Sr. JP e a sua cuidadora e esposa, Sra. D. MC.

CONSCIÊNCIA

De acordo com o ICN (2019), consciência é uma “resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos; mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior”.

O Sr. JP pelo risco de agravamento da hipóxia associada à progressão da DPOC e depressão do SNC, assim como o risco associado, enquanto efeito secundário frequente do uso de opióides (Infarmed, 2024), como é o caso da morfina prescrita, apresenta probabilidade de ter alterações no seu estado de consciência.

Ao longo das três sessões manteve-se sem alterações neste domínio e como tal, a nossa intervenção no domínio Consciência tem por objetivo determinar sinais de alteração da consciência, por forma a intervir antecipadamente caso tal aconteça.

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

25-09-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Consciente.

25-09-2024 11:00 - Determinar sinais de alteração da consciência

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [Todos os contactos]

22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Consciente.

Sensações somáticas

25-09-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Manifesta dor.

25-09-2024 11:00 - Dor [RESOLVIDO] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Localização da dor

25-09-2024 11:00 - Abdómen

25-09-2024 11:00 - Intensidade da dor - sem dor.

25-09-2024 11:00 - frequência da dor - intermitente.

25-09-2024 11:00 - duração da dor - aguda.

25-09-2024 11:00 - dor de tipo - cólica.

25-09-2024 11:00 - Determinar evolução da dor [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da dor [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Promover autocontrolo: dor [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: facilitador.

22-10-2024 11:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: facilitador [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente: facilitador.

22-10-2024 11:00 - Conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente: facilitador [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Capacidade para autocontrolar analgesia: facilitadora.

22-10-2024 11:00 - Capacidade para autocontrolar analgesia: facilitadora [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Autoeficácia para autocontrolar a analgesia: facilitadora.

22-10-2024 11:00 - Autoeficácia para autocontrolar a analgesia: facilitadora [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor: não dificultador.

22-10-2024 11:00 - Significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor: não dificultador [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da dor [Todos os contactos] [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: gestão da dor [FIM]

22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas: facilitador.

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da dor [Todos os contactos] [FIM] 22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Sem manifestação de dor [MELHOROU].

22-10-2024 11:00 - Determinar sinais de dor

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução de sinais de dor [Todos os contactos]

05-11-2024 11:00

05-11-2024 11:00 - Sem manifestação de dor [MELHOROU].

Sistema respiratório

25-09-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Frequência respiratória: 23 ciclos/min.

25-09-2024 11:00 - Ritmo respiratório regular.

25-09-2024 11:00 - Movimento respiratório simétrico.

25-09-2024 11:00 - Profundidade da ventilação: inspirações profundas.

25-09-2024 11:00 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação.

25-09-2024 11:00 - Com adejo nasal.

25-09-2024 11:00 - Saturação do oxigénio no sangue

25-09-2024 11:00 - Periférico(a): 91 %.

25-09-2024 11:00 - Coloração da mucosa: rosada.

25-09-2024 11:00 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico.

25-09-2024 11:00 - Reflexo da tosse: presente.

25-09-2024 11:00 - Expele as secreções das vias aéreas.

25-09-2024 11:00 - Sons respiratórios: normais.

25-09-2024 11:00 - Determinar evolução da limpeza da via aérea*25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [Todos os contactos]***25-09-2024 11:00 - Dispneia** [RESOLVIDO] 05-11-2024 11:00**25-09-2024 11:00 - Determinar evolução da dispneia** [FIM] 05-11-2024 11:00*25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da dispneia [Todos os contactos] [FIM]*

05-11-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Melhorar ventilação [FIM] 05-11-2024 11:00*22-10-2024 11:00 - Executar exercícios de controlo respiratório [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00**22-10-2024 11:00 - Posicionar para otimizar a ventilação [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00***25-09-2024 11:00 - Promover autocontrolo: dispneia** [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: facilitador [MELHOROU].

25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre**prevenção de episódios de dispneia** [RESOLVIDO] 22-10-2024 11:00*25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [Todos os contactos] [FIM] 22-10-2024 11:00**25-09-2024 11:00 - Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia [FIM] 22-10-2024 11:00**25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da dispneia [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00*

22-10-2024 11:00 - Adota comportamentos de autocontrolo da dispneia.

22-10-2024 11:00 - Refere insatisfação com o autocontrolo da dispneia mas disponibilidade para melhorar.

25-09-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: gestão da dispneia [FIM]

05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de episódios de dispneia: facilitador [MELHOROU].

25-09-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para otimizar a ventilação

25-09-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para otimizar a ventilação: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para otimizar a ventilação

22-10-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para otimizar a ventilação: facilitadora [MELHOROU].

25-09-2024 11:00 - Autoeficácia do cuidador para otimizar a ventilação

25-09-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Autoeficácia do cuidador para otimizar a ventilação

22-10-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [RESOLVIDO] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de episódios de dispneia [Todos os contactos] [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção dos episódios de dispneia [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para otimizar a ventilação [RESOLVIDO] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para otimizar a ventilação [Todos os contactos] [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Instruir cuidador a otimizar a ventilação através de posicionamento [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Treinar cuidador a posicionar para otimizar a ventilação [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para otimizar a ventilação [RESOLVIDO] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da autoeficácia do cuidador para otimizar a ventilação [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Treinar cuidador a posicionar para otimizar a ventilação [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Analisar com o cuidador os resultados alcançados [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Elogiar o desempenho do cuidador [Todos os contactos]

[FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da dispneia

[Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - O cuidador adota comportamentos de gestão da dispneia.

22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Frequência respiratória: 23 ciclos/min.

22-10-2024 11:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

22-10-2024 11:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

22-10-2024 11:00 - Profundidade da ventilação: inspirações profundas [MANTEVE].

22-10-2024 11:00 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

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

22-10-2024 11:00 - Saturação do oxigénio no sangue

22-10-2024 11:00 - Periférico(a): 90 %.

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

22-10-2024 11:00 - Comunica falta de ar quando em repouso e em posição confortável [PIOROU].

22-10-2024 11:00 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

22-10-2024 11:00 - Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].

22-10-2024 11:00 - Sons respiratórios: normais.

05-11-2024 11:00

05-11-2024 11:00 - Frequência respiratória: 19 ciclos/min.

05-11-2024 11:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MELHOROU].

05-11-2024 11:00 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Sem adejo nasal.

05-11-2024 11:00 - Saturação do oxigénio no sangue

05-11-2024 11:00 - Periférico(a): 91 %.

05-11-2024 11:00 - Coloração da mucosa: rosada.

05-11-2024 11:00 - Não comunica falta de ar [MELHOROU].

05-11-2024 11:00 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Sons respiratórios: normais.

05-11-2024 11:00 - Ventilação comprometida

05-11-2024 11:00 - Determinar evolução da ventilação

05-11-2024 11:00 - Avaliar evolução da ventilação [Todos os contactos]

Eliminação intestinal

25-09-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

25-09-2024 11:00 - Fezes: em moderada quantidade.

25-09-2024 11:00 - Consistência das fezes: Fezes moles.

25-09-2024 11:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

25-09-2024 11:00 - Número de defecações por dia: 1.

25-09-2024 11:00 - Número de defecações por semana: 7.

25-09-2024 11:00 - Expulsão controlada de fezes.

25-09-2024 11:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [Todos os contactos]

25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso

22-10-2024 11:00

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

22-10-2024 11:00 - Fezes: em moderada quantidade.

22-10-2024 11:00 - Consistência das fezes: Fezes moles.

22-10-2024 11:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

22-10-2024 11:00 - Número de defecações por dia: 1.

22-10-2024 11:00 - Número de defecações por semana: 7.

22-10-2024 11:00 - Expulsão controlada de fezes [MANTEVE].

05-11-2024 11:00

05-11-2024 11:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Fezes: em moderada quantidade.

05-11-2024 11:00 - Consistência das fezes: Fezes moles.

05-11-2024 11:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

05-11-2024 11:00 - Número de defecações por dia: 1.

05-11-2024 11:00 - Número de defecações por semana: 6.

05-11-2024 11:00 - Expulsão controlada de fezes [MANTEVE].

Eliminação urinária

25-09-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Urina em moderada quantidade.

25-09-2024 11:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

25-09-2024 11:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

25-09-2024 11:00 - Transparência da urina: Límpida.

25-09-2024 11:00 - Frequência da eliminação urinária: normal .

25-09-2024 11:00 - Reconhece a vontade de urinar.

25-09-2024 11:00 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

25-09-2024 11:00 - Sem globo vesical.

25-09-2024 11:00 - Eliminação urinária involuntária ausente.

25-09-2024 11:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [Todos os contactos]

25-09-2024 11:00 - Determinar evolução de sinais de retenção urinária

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária [Todos os contactos]

25-09-2024 11:00 - Referenciar retenção urinária ao médico [SOS]

22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Urina em moderada quantidade.

22-10-2024 11:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

22-10-2024 11:00 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

22-10-2024 11:00 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].
22-10-2024 11:00 - Frequência da eliminação urinária: normal [MANTEVE].
22-10-2024 11:00 - Reconhece a vontade de urinar [MANTEVE].
22-10-2024 11:00 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga [MANTEVE].
22-10-2024 11:00 - Sem globo vesical [MANTEVE].

05-11-2024 11:00

05-11-2024 11:00 - Urina em moderada quantidade.
05-11-2024 11:00 - Cor da urina: amarelo-palha.
05-11-2024 11:00 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].
05-11-2024 11:00 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].
05-11-2024 11:00 - Frequência da eliminação urinária: normal [MANTEVE].
05-11-2024 11:00 - Reconhece a vontade de urinar [MANTEVE].
05-11-2024 11:00 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga [MANTEVE].
05-11-2024 11:00 - Sem globo vesical [MANTEVE].

Pele e mucosas

25-09-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

25-09-2024 11:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Todos os contactos]

25-09-2024 11:00 - Membrana mucosa comprometida [RESOLVIDO] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Localização do compromisso da membrana mucosa

25-09-2024 11:00 - Cavidade oral

25-09-2024 11:00 - Coloração da mucosa: rosada.

25-09-2024 11:00 - Mucosa seca.

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

22-10-2024 11:00 - Cavidade oral

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

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

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

25-09-2024 11:00 - Determinar evolução da integridade das membranas mucosas [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas [Todos os contactos] [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Promover autogestão: cicatrização da membrana mucosa [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa: facilitador [MELHOROU].

25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

promoção da integridade da membrana mucosa [RESOLVIDO] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da

integridade da membrana mucosa [Todos os contactos] [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Ensinar sobre tratamento da membrana mucosa [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Ensinar sobre sinais de complicação da membrana mucosa [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da autogestão da cicatrização da membrana mucosa [Todos os contactos] [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: gestão da cicatrização da membrana mucosa [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

25-09-2024 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa [RESOLVIDO]

22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa [Todos os contactos] [FIM] 22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre sinais de complicação dos compromissos da membrana mucosa [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre tratamento do compromisso da membrana mucosa [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da cicatrização da membrana mucosa [Todos os contactos] [FIM] 22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00

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

05-11-2024 11:00

05-11-2024 11:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

Sono

25-09-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Dormiu por períodos longos.

25-09-2024 11:00 - Sono reparador.

25-09-2024 11:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 8 Hora.

25-09-2024 11:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 1 Hora.

25-09-2024 11:00 - Determinar evolução do sono

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do sono [Todos os contactos]

22-10-2024 11:00

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

22-10-2024 11:00 - Sono reparador [MANTEVE].

22-10-2024 11:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 7 Hora.

22-10-2024 11:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 0 Hora.

05-11-2024 11:00

05-11-2024 11:00 - Dormiu por períodos longos.

05-11-2024 11:00 - Sono reparador [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 8 Hora.

05-11-2024 11:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 1 Hora.

Conservação de energia

25-09-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com o repouso.

25-09-2024 11:00 - Intolerância à atividade

25-09-2024 11:00 - Determinar evolução da intolerância à atividade

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da tolerância à atividade [Todos os contactos]

25-09-2024 11:00 - Promover autogestão: atividade/repouso

25-09-2024 11:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: facilitador [MELHOROU].

25-09-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

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

05-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: facilitadora [MELHOROU].

25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

conservação da energia [RESOLVIDO] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre conservação da energia [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Ensinar sobre conservação de energia [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade/repouso [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Ensinar sobre vigilância da resposta física à atividade [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia

[RESOLVIDO] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Analisar com o cliente a relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia [FIM] 05-11-2024 11:00
 22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução da autogestão da atividade/repouso [Todos os contactos]

05-11-2024 11:00 - Adota comportamentos de autogestão da atividade/repouso.

05-11-2024 11:00 - Refere satisfação com a autogestão da atividade/repouso.

25-09-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: gestão da atividade

25-09-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre conservação de energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

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

05-11-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre conservação de energia: facilitador [MELHOROU].

25-09-2024 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre conservação de energia [RESOLVIDO] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre conservação de energia [Todos os contactos] [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre vigilância da resposta física do cliente à atividade [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre gestão do padrão de atividade/repouso do cliente [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre planeamento da atividade do cliente [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da atividade [Todos os contactos]

22-10-2024 11:00 - O cuidador adota comportamentos de gestão da atividade.

05-11-2024 11:00 - O cuidador adota comportamentos de gestão da atividade [MANTEVE].

22-10-2024 11:00

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

05-11-2024 11:00

05-11-2024 11:00 - Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com o repouso [MANTEVE].

Emoção

25-09-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Sem indícios de humor depressivo.

25-09-2024 11:00 - Verbaliza ansiedade.

25-09-2024 11:00 - Manifestação de inquietação.

25-09-2024 11:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

25-09-2024 11:00 - Sem manifestação de pânico .

25-09-2024 11:00 - Ansiedade [RESOLVIDO] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Determinar evolução da ansiedade

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da ansiedade [Todos os contactos]

22-10-2024 11:00 - Verbaliza ansiedade [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Não verbaliza ansiedade [MELHOROU].

22-10-2024 11:00 - Manifestação de inquietação [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Sem manifestação de inquietação [MELHOROU].

25-09-2024 11:00 - Diminuir ansiedade [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Executar técnica de relaxamento [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade [FIM]

05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Promover autocontrolo: ansiedade

05-11-2024 11:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

22-10-2024 11:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

25-09-2024 11:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-11-2024 11:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitador [MELHOROU].

22-10-2024 11:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitador [MELHOROU].

25-09-2024 11:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

25-09-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

05-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

22-10-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: facilitadora [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: facilitadora.

05-11-2024 11:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

22-10-2024 11:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-11-2024 11:00 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador.

22-10-2024 11:00 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [RESOLVIDO] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [Todos os contactos] [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [Todos os contactos] [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento [FIM]

22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade [RESOLVIDO]

22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade [Todos os contactos] [FIM]

22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Instruir estratégias de relaxamento [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Treinar estratégias de relaxamento [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade [Todos os contactos]

22-10-2024 11:00 - Adota comportamentos de autocontrolo da ansiedade.

22-10-2024 11:00 - Refere insatisfação com o autocontrolo da ansiedade mas

disponibilidade para melhorar.

25-09-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: gestão da ansiedade [FIM]

05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitador [MELHOROU].

05-11-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitador [MELHOROU].

25-09-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para usar estratégias de controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

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

05-11-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para usar estratégias de controlo da ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

25-09-2024 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento

sobre estratégias de controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade [Todos os contactos] [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias de relaxamento [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para

usar estratégias de controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para usar estratégias de controlo da ansiedade [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Instruir cuidador para executar estratégias de relaxamento [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Treinar cuidador para executar estratégias de relaxamento [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da ansiedade [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - O cuidador adota comportamentos de gestão da ansiedade.

22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Sem indícios de humor depressivo [MANTEVE].

22-10-2024 11:00 - Verbaliza ansiedade [MANTEVE].

22-10-2024 11:00 - Manifestação de inquietação [MANTEVE].

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

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

05-11-2024 11:00

05-11-2024 11:00 - Sem indícios de humor depressivo [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Não verbaliza ansiedade [MELHOROU].

05-11-2024 11:00 - Sem manifestação de inquietação [MELHOROU].

Virar-se

25-09-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Capaz de mudar de posição na cama

25-09-2024 11:00 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Capaz de mudar de posição na cama

22-10-2024 11:00 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

22-10-2024 11:00 - Determinar evolução do virar-se

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do virar-se [Todos os contactos]

05-11-2024 11:00

05-11-2024 11:00 - Capaz de mudar de posição na cama

05-11-2024 11:00 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

Erguer-se

25-09-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

25-09-2024 11:00 - Inicia o movimento de levantar o corpo para a posição de pé, mas não o completa com sucesso.

25-09-2024 11:00 - Erguer-se comprometido

25-09-2024 11:00 - Determinar evolução do erguer-se

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do erguer-se [Todos os contactos]

25-09-2024 11:00 - Assegurar atividades de erguer-se

25-09-2024 11:00 - Assistir no erguer-se

25-09-2024 11:00 - Prevenir queda

25-09-2024 11:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

25-09-2024 11:00 - Promover autonomia para erguer-se

25-09-2024 11:00 - Consciencialização sobre compromisso no erguer-se: facilitadora.

22-10-2024 11:00 - Consciencialização sobre compromisso no erguer-se: facilitadora [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Consciencialização sobre compromisso no erguer-se: facilitadora [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se

25-09-2024 11:00 - Dispositivo: Almofada elevatória - facilitadora.

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

autonomia para erguer-se

22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

05-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se

05-11-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Capacidade para erguer-se

25-09-2024 11:00 - Dispositivo: Almofada elevatória - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

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

22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-11-2024 11:00 - Capacidade para erguer-se

05-11-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Autoeficácia para erguer-se

25-09-2024 11:00 - Dispositivo: Almofada elevatória - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Autoeficácia para erguer-se

22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-11-2024 11:00 - Autoeficácia para erguer-se

05-11-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora [MELHOROU].

25-09-2024 11:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para erguer-se

25-09-2024 11:00 - Dispositivo: Almofada elevatória - não dificultador.

22-10-2024 11:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para erguer-se

22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - não dificultador.

25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar capacidade para erguer-se

[RESOLVIDO] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da capacidade para erguer-se [Todos os contactos]

25-09-2024 11:00 - Instruir a erguer-se [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Treinar a erguer-se [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para erguer-se

[RESOLVIDO] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para erguer-se [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Treinar a erguer-se [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Elogiar o desempenho do cliente [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da autonomia para erguer-se [Todos os contactos]

25-09-2024 11:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas

25-09-2024 11:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador.

22-10-2024 11:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas [Todos os contactos]

22-10-2024 11:00 - Adota comportamentos de prevenção de quedas.

22-10-2024 11:00 - Refere satisfação com os comportamentos de prevenção de quedas.

25-09-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: prevenção de queda

25-09-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: facilitador.

22-10-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: facilitador [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: facilitador [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de queda [Todos os contactos]

22-10-2024 11:00 - O cuidador adota comportamentos de prevenção de queda.

25-09-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: satisfação de necessidades do erguer-se

25-09-2024 11:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no erguer-se: facilitadora.

22-10-2024 11:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no erguer-se: facilitadora [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no erguer-se: facilitadora [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para assistir no erguer-se
25-09-2024 11:00 - facilitadora.

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

05-11-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para assistir no erguer-se
05-11-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no erguer-se
25-09-2024 11:00 - facilitadora.

22-10-2024 11:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no erguer-se
22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

05-11-2024 11:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no erguer-se
05-11-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação de necessidades do erguer-se [Todos os contactos]

22-10-2024 11:00 - O cuidador levanta o familiar dependente de acordo com a recomendação.

05-11-2024 11:00 - O cuidador levanta o familiar dependente de acordo com a recomendação [MANTEVE].

22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

22-10-2024 11:00 - Inicia o movimento de levantar o corpo para a posição de pé, mas não o completa com sucesso.

05-11-2024 11:00

05-11-2024 11:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

05-11-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - Levanta o corpo para a posição de pé com insegurança.

Transferir-se

25-09-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

25-09-2024 11:00 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada.

25-09-2024 11:00 - Transferir-se comprometido

25-09-2024 11:00 - Determinar evolução do transferir-se

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do transferir-se [Todos os contactos]

25-09-2024 11:00 - Assegurar atividades de transferir-se

25-09-2024 11:00 - Assistir no transferir-se

25-09-2024 11:00 - Prevenir queda

25-09-2024 11:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

25-09-2024 11:00 - Promover autonomia para transferir-se

25-09-2024 11:00 - Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: facilitadora.

22-10-2024 11:00 - Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: facilitadora [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: facilitadora [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se

25-09-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

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

22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se

05-11-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Capacidade para transferir-se

25-09-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

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

22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Capacidade para transferir-se
05-11-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [PIOROU].
25-09-2024 11:00 - Autoeficácia para transferir-se
25-09-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
22-10-2024 11:00 - Autoeficácia para transferir-se
22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora [MELHOROU].
05-11-2024 11:00 - Autoeficácia para transferir-se
05-11-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora [MELHOROU].
25-09-2024 11:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para transferir-se
25-09-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - não dificultador.
22-10-2024 11:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para transferir-se
22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - não dificultador [MANTEVE].
05-11-2024 11:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para transferir-se
05-11-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - não dificultador [MANTEVE].
05-11-2024 11:00 - *Avaliar evolução da capacidade para transferir-se [Todos os contactos]*

25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para transferir-se [RESOLVIDO] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - *Avaliar evolução da autoeficácia para transferir-se [Todos os contactos] [FIM]* 22-10-2024 11:00
25-09-2024 11:00 - *Treinar a transferir-se [FIM]* 22-10-2024 11:00
25-09-2024 11:00 - *Analisar com o cliente os resultados alcançados [Todos os contactos] [FIM]* 22-10-2024 11:00
25-09-2024 11:00 - *Elogiar o desempenho do cliente [Todos os contactos] [FIM]* 22-10-2024 11:00
25-09-2024 11:00 - *Avaliar evolução da autonomia para transferir-se [Todos os contactos]*
22-10-2024 11:00 - *Refere satisfação com a autonomia para transferir-se.*

25-09-2024 11:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas

25-09-2024 11:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador.
22-10-2024 11:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador [MANTEVE].
05-11-2024 11:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador [MANTEVE].
25-09-2024 11:00 - *Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas [Todos os contactos]*

25-09-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: satisfação de necessidades do transferir-se

25-09-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para assistir no transferir-se
25-09-2024 11:00 - facilitadora.
25-09-2024 11:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no transferir-se: facilitadora.

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

22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

22-10-2024 11:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no transferir-se: facilitadora [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para assistir no transferir-se

05-11-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no transferir-se: facilitadora [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no transferir-se

25-09-2024 11:00 - facilitadora.

22-10-2024 11:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no transferir-se

22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

05-11-2024 11:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no transferir-se

05-11-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - *Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação de necessidades de transferir-se [Todos os contactos]*

22-10-2024 11:00 - O cuidador transfere o familiar dependente de acordo com a recomendação.

05-11-2024 11:00 - O cuidador transfere o familiar dependente de acordo com a recomendação [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: prevenção de queda

25-09-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: facilitador.

22-10-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: facilitador [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: facilitador [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - *Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de queda [Todos os contactos]*

22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada.

05-11-2024 11:00

05-11-2024 11:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

05-11-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada.

Sentar-se

25-09-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

25-09-2024 11:00 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo.

25-09-2024 11:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

25-09-2024 11:00 - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo.

22-10-2024 11:00

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

22-10-2024 11:00 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo [MANTEVE].

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

22-10-2024 11:00 - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo [MANTEVE].

22-10-2024 11:00 - Determinar evolução do sentar-se

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução no sentar-se [Todos os contactos]

05-11-2024 11:00

05-11-2024 11:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

05-11-2024 11:00 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

05-11-2024 11:00 - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo [MANTEVE].

Cuidar da higiene pessoal

25-09-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Não obtém objetos para o banho.

25-09-2024 11:00 - Abre a torneira.

25-09-2024 11:00 - Capaz de lavar e secar o corpo

25-09-2024 11:00 - Lava e seca o corpo.

25-09-2024 11:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

25-09-2024 11:00 - Lava e seca parte do corpo.

25-09-2024 11:00 - Lava a cavidade oral.

25-09-2024 11:00 - Aplica produtos de higiene.

25-09-2024 11:00 - Capaz de pentear-se

25-09-2024 11:00 - Penteia-se.

25-09-2024 11:00 - Barbeia-se.

25-09-2024 11:00 - Capaz de cortar as unhas

25-09-2024 11:00 - Corta as unhas.

25-09-2024 11:00 - Limpa-se após usar o sanitário.

25-09-2024 11:00 - Não ajusta a roupa após usar o sanitário.

25-09-2024 11:00 - Cuidar da higiene pessoal comprometido

25-09-2024 11:00 - Determinar evolução do cuidar da higiene pessoal

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal [Todos os contactos]

25-09-2024 11:00 - Promover autonomia para cuidar da higiene pessoal

05-11-2024 11:00 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: facilitadora [MANTEVE].

22-10-2024 11:00 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: facilitadora [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: facilitadora.

05-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

- 05-11-2024 11:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - facilitadora [MELHOROU].
- 22-10-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho
- 22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - facilitadora [MELHOROU].
- 25-09-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho
- 25-09-2024 11:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 05-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para usar sanitário
- 05-11-2024 11:00 - Dispositivo: Cadeira sanita - facilitadora [MELHOROU].
- 22-10-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para usar sanitário
- 22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Cadeira sanita - facilitadora [MELHOROU].
- 25-09-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para usar sanitário
- 25-09-2024 11:00 - Dispositivo: Cadeira sanita - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.
- 22-10-2024 11:00 - Capacidade para arranjar-se
- 22-10-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
- 25-09-2024 11:00 - Capacidade para arranjar-se
- 25-09-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.
- 05-11-2024 11:00 - Capacidade para arranjar-se
- 05-11-2024 11:00 - facilitadora [MELHOROU].
- 22-10-2024 11:00 - Capacidade para tomar banho
- 22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
- 05-11-2024 11:00 - Capacidade para tomar banho
- 05-11-2024 11:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
- 25-09-2024 11:00 - Capacidade para tomar banho
- 25-09-2024 11:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 25-09-2024 11:00 - Capacidade no uso do sanitário
- 25-09-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 05-11-2024 11:00 - Capacidade no uso do sanitário
- 05-11-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
- 22-10-2024 11:00 - Capacidade no uso do sanitário
- 22-10-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o

- momento próprio para intervir [MANTEVE].
- 05-11-2024 11:00 - Autoeficácia para arranjar-se
05-11-2024 11:00 - facilitadora [MELHOROU].
- 22-10-2024 11:00 - Autoeficácia para arranjar-se
22-10-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
- 25-09-2024 11:00 - Autoeficácia para arranjar-se
25-09-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 05-11-2024 11:00 - Autoeficácia para tomar banho
05-11-2024 11:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - facilitadora [MELHOROU].
- 22-10-2024 11:00 - Autoeficácia para tomar banho
22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
- 25-09-2024 11:00 - Autoeficácia para tomar banho
25-09-2024 11:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 05-11-2024 11:00 - Autoeficácia no uso do sanitário
05-11-2024 11:00 - facilitadora [MELHOROU].
- 25-09-2024 11:00 - Autoeficácia no uso do sanitário
25-09-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 22-10-2024 11:00 - Autoeficácia no uso do sanitário
22-10-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
- 05-11-2024 11:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para cuidar da higiene pessoal
05-11-2024 11:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - não dificultador [MANTEVE].
- 22-10-2024 11:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para cuidar da higiene pessoal
22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - não dificultador [MANTEVE].
- 25-09-2024 11:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para cuidar da higiene pessoal
25-09-2024 11:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - não dificultador.
- 25-09-2024 11:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no cuidar da higiene pessoal
25-09-2024 11:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - não sabe e não tem disponibilidade financeira para aceder ao dispositivo, aquando no domicílio.
- 25-09-2024 11:00 - *Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para usar sanitário [Todos os contactos]*
- 25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho [RESOLVIDO]**
- 22-10-2024 11:00
25-09-2024 11:00 - *Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o*

uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho [Todos os contactos] [FIM]

22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho [FIM] 22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Potencial para melhorar capacidade para arranjar-se

[RESOLVIDO] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar capacidade para tomar banho

[RESOLVIDO] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da capacidade para tomar banho [Todos os contactos]

25-09-2024 11:00 - Instruir a tomar banho [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Treinar a tomar banho [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar capacidade no uso do

sanitário [RESOLVIDO] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da capacidade no uso do sanitário [Todos os contactos]

25-09-2024 11:00 - Instruir a usar sanitário [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Treinar uso do sanitário [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para arranjar-se

[RESOLVIDO] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para arranjar-se [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Treinar a arranjar-se [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Elogiar o desempenho do cliente [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para tomar

banho [RESOLVIDO] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para tomar banho [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Treinar a tomar banho [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Elogiar o desempenho do cliente [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar autoeficácia no uso do

sanitário [RESOLVIDO] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da autoeficácia no uso do sanitário [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Treinar uso do sanitário [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [Todos os

contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Elogiar o desempenho do cliente [Todos os contactos]

[FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar o acesso aos dispositivos

aconselhados [RESOLVIDO] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do acesso a dispositivos face ao compromisso no cuidar da higiene pessoal [Todos os contactos] [FIM]

05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Ensinar sobre acesso a dispositivos [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Providenciar os dispositivos aconselhados [FIM]

05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Referenciar ao serviço social o compromisso no acesso a dispositivos [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da autonomia para cuidar da higiene pessoal [Todos os contactos]

25-09-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: satisfação das necessidades de higiene pessoal

05-11-2024 11:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no arranjar-se: facilitadora [MANTEVE].

22-10-2024 11:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no arranjar-se: facilitadora [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no arranjar-se: facilitadora.

05-11-2024 11:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no tomar banho: facilitadora [MANTEVE].

22-10-2024 11:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no tomar banho: facilitadora [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no tomar banho: facilitadora.

22-10-2024 11:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no uso do sanitário: facilitadora [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no uso do sanitário: facilitadora [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no uso do sanitário: facilitadora.

05-11-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para assistir no tomar banho: facilitadora [MANTEVE].

22-10-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para assistir no tomar banho: facilitadora [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para assistir no tomar banho: facilitadora.

05-11-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para assistir no uso do sanitário: facilitadora [MANTEVE].

22-10-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para assistir no uso do sanitário: facilitadora [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para assistir no uso do sanitário: facilitadora.

22-10-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para arranjar o cliente: facilitadora [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para arranjar o cliente: facilitadora.

05-11-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para arranjar o cliente: facilitadora [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para trocar fralda: facilitadora [MANTEVE].

22-10-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para trocar fralda: facilitadora [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para trocar fralda: facilitadora.

25-09-2024 11:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no tomar banho: facilitadora.

05-11-2024 11:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no tomar banho: facilitadora [MANTEVE].

22-10-2024 11:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no tomar banho: facilitadora [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso no cuidar da higiene pessoal

25-09-2024 11:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - não sabe e não tem disponibilidade financeira para aceder ao dispositivo, aquando no domicílio.

25-09-2024 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar acesso aos dispositivos aconselhados [RESOLVIDO] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do acesso pelo cuidador a dispositivos face ao compromisso no cuidar da higiene pessoal [Todos os contactos] [FIM]

05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre acesso a dispositivos [FIM]

05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Providenciar os dispositivos aconselhados [FIM]

05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Referenciar ao serviço social o compromisso do cuidador no acesso a dispositivos [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação das necessidades de higiene pessoal [Todos os contactos]

22-10-2024 11:00 - Boa condição de higiene e asseio do familiar dependente.

05-11-2024 11:00 - Boa condição de higiene e asseio do familiar dependente [MANTEVE].

22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Não obtém objetos para o banho [MANTEVE].

22-10-2024 11:00 - Abre a torneira [MANTEVE].

22-10-2024 11:00 - Capaz de lavar e secar o corpo

- 22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - Não lava nem seca o corpo.
22-10-2024 11:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo
22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - Lava e seca parte do corpo.
22-10-2024 11:00 - Lava a cavidade oral [MANTEVE].
22-10-2024 11:00 - Aplica produtos de higiene [MANTEVE].
22-10-2024 11:00 - Capaz de pentear-se
22-10-2024 11:00 - Penteia-se [MANTEVE].
22-10-2024 11:00 - Não se barbeia [PIOROU].
22-10-2024 11:00 - Capaz de cortar as unhas
22-10-2024 11:00 - Corta as unhas [MANTEVE].
22-10-2024 11:00 - Limpa-se após usar o sanitário [MANTEVE].
22-10-2024 11:00 - Não ajusta a roupa após usar o sanitário [MANTEVE].

05-11-2024 11:00

- 05-11-2024 11:00 - Não obtém objetos para o banho [MANTEVE].
05-11-2024 11:00 - Abre a torneira [MANTEVE].
05-11-2024 11:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo
05-11-2024 11:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - Lava e seca parte do corpo [MANTEVE].
05-11-2024 11:00 - Lava a cavidade oral [MANTEVE].
05-11-2024 11:00 - Aplica produtos de higiene [MANTEVE].
05-11-2024 11:00 - Capaz de pentear-se
05-11-2024 11:00 - Penteia-se [MANTEVE].
05-11-2024 11:00 - Barbeia-se [MANTEVE].
05-11-2024 11:00 - Capaz de cortar as unhas
05-11-2024 11:00 - Corta as unhas [MANTEVE].
05-11-2024 11:00 - Limpa-se após usar o sanitário [MANTEVE].
05-11-2024 11:00 - Ajusta a roupa após usar o sanitário [MELHOROU].

Vestir-se ou despir-se

25-09-2024 11:00

- 25-09-2024 11:00 - Escolhe as roupas.
25-09-2024 11:00 - Não retira roupa da gaveta ou armário.
25-09-2024 11:00 - Capaz de vestir-se
25-09-2024 11:00 - Não veste todas as peças de roupa.
25-09-2024 11:00 - Capaz de abotoar-se
25-09-2024 11:00 - Abotoa.
25-09-2024 11:00 - Capaz de atar cordões
25-09-2024 11:00 - Não ata cordões.
25-09-2024 11:00 - Capaz de calçar meias
25-09-2024 11:00 - Não calça as meias.

25-09-2024 11:00 - Vestir-se ou despir-se comprometido

25-09-2024 11:00 - Determinar evolução do vestir-se ou despir-se

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se [Todos os contactos]

25-09-2024 11:00 - Promover autonomia para vestir-se ou despir-se

25-09-2024 11:00 - Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-

se: facilitadora.

22-10-2024 11:00 - Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: facilitadora [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: facilitadora [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Capacidade para vestir-se ou despir-se

25-09-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Capacidade para vestir-se ou despir-se

22-10-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Capacidade para vestir-se ou despir-se

05-11-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Autoeficácia para vestir-se ou despir-se

25-09-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Autoeficácia para vestir-se ou despir-se

22-10-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Autoeficácia para vestir-se ou despir-se

05-11-2024 11:00 - facilitadora [MELHOROU].

25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar capacidade para vestir-se ou despir-se

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da capacidade para vestir-se ou despir-se [Todos os contactos]

25-09-2024 11:00 - Instruir a vestir-se ou despir-se [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Treinar vestir-se ou despir-se [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para vestir-se ou despir-se [RESOLVIDO] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para vestir-se ou despir-se [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Treinar vestir-se ou despir-se [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Elogiar o desempenho do cliente [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da autonomia para vestir-se ou despir-se [Todos os contactos]

22-10-2024 11:00 - Refere satisfação com a autonomia para vestir-se/despir-se.

05-11-2024 11:00 - Refere satisfação com a autonomia para vestir-se/despir-se [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: satisfação das necessidades

do vestir-se ou despir-se

25-09-2024 11:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

22-10-2024 11:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se: facilitadora [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se: facilitadora [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

22-10-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se: facilitadora [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se: facilitadora [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Autoeficácia do cuidador para vestir/despir: facilitadora.

05-11-2024 11:00 - Autoeficácia do cuidador para vestir/despir: facilitadora [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - *Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação das necessidades do vestir-se ou despir-se [Todos os contactos]*

22-10-2024 11:00 - Vestuário do familiar dependente adequado face às condições ambientais e antropométricas.

05-11-2024 11:00 - Vestuário do familiar dependente adequado face às condições ambientais e antropométricas [MANTEVE].

22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Escolhe as roupas [MANTEVE].

22-10-2024 11:00 - Não retira roupa da gaveta ou armário [MANTEVE].

22-10-2024 11:00 - Capaz de vestir-se

22-10-2024 11:00 - Não veste todas as peças de roupa [MANTEVE].

22-10-2024 11:00 - Capaz de abotoar-se

22-10-2024 11:00 - Abotoa [MANTEVE].

22-10-2024 11:00 - Capaz de atar cordões

22-10-2024 11:00 - Não ata cordões [MANTEVE].

22-10-2024 11:00 - Capaz de calçar meias

22-10-2024 11:00 - Não calça as meias [MANTEVE].

05-11-2024 11:00

05-11-2024 11:00 - Escolhe as roupas [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Não retira roupa da gaveta ou armário [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Capaz de vestir-se

05-11-2024 11:00 - Veste a roupa da parte superior e não veste a roupa da parte inferior do corpo [MELHOROU].

05-11-2024 11:00 - Capaz de abotoar-se

05-11-2024 11:00 - Abotoa [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Capaz de atar cordões

05-11-2024 11:00 - Não ata cordões [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Capaz de calçar meias

05-11-2024 11:00 - Não calça as meias [MANTEVE].

Andar

25-09-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Capaz de mover-se através da marcha

25-09-2024 11:00 - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas.

25-09-2024 11:00 - Andar comprometido

25-09-2024 11:00 - Determinar evolução do andar

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do andar [Todos os contactos]

25-09-2024 11:00 - Prevenir queda

25-09-2024 11:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

22-10-2024 11:00 - Deslocar o cliente em cadeira de rodas

25-09-2024 11:00 - Promover mobilidade através de cadeira de rodas

25-09-2024 11:00 - Conhecimento sobre uso de cadeira de rodas: facilitador.

22-10-2024 11:00 - Conhecimento sobre uso de cadeira de rodas: facilitador [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Conhecimento sobre uso de cadeira de rodas: facilitador [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Conhecimento sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Conhecimento sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas: facilitador [MELHOROU].

05-11-2024 11:00 - Conhecimento sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas: facilitador [MELHOROU].

25-09-2024 11:00 - Capacidade para usar cadeira de rodas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Capacidade para usar cadeira de rodas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Capacidade para usar cadeira de rodas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Autoeficácia para usar cadeira de rodas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Autoeficácia para usar cadeira de rodas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Autoeficácia para usar cadeira de rodas: facilitadora [MELHOROU].

25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas [RESOLVIDO] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas [Todos os contactos] [FIM] 22-10-2024

11:00

25-09-2024 11:00 - *Ensinar sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas [FIM]* 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar capacidade para usar cadeira de rodas [RESOLVIDO] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - *Avaliar evolução da capacidade para usar cadeira de rodas [Todos os contactos]*

25-09-2024 11:00 - *Instruir a usar cadeira de rodas [FIM]* 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - *Treinar a usar cadeira de rodas [FIM]* 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para usar cadeira de rodas [RESOLVIDO] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - *Avaliar evolução da autoeficácia para usar cadeira de rodas [Todos os contactos] [FIM]* 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - *Treinar a usar cadeira de rodas [FIM]* 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - *Analisar com o cliente os resultados alcançados [Todos os contactos] [FIM]* 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - *Elogiar o desempenho do cliente [Todos os contactos] [FIM]* 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - *Avaliar evolução da mobilidade através de cadeira de rodas [Todos os contactos]*

22-10-2024 11:00 - *Mobiliza-se em cadeira de rodas de forma segura e autónoma, parcialmente.*

05-11-2024 11:00 - *Mobiliza-se em cadeira de rodas de forma segura e autónoma, parcialmente [MANTEVE].*

22-10-2024 11:00 - *Refere satisfação com a autonomia para mobilizar-se em cadeira de rodas.*

05-11-2024 11:00 - *Refere satisfação com a autonomia para mobilizar-se em cadeira de rodas [MANTEVE].*

25-09-2024 11:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas

25-09-2024 11:00 - *Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador.*

22-10-2024 11:00 - *Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador [MANTEVE].*

05-11-2024 11:00 - *Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador [MANTEVE].*

25-09-2024 11:00 - *Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas [Todos os contactos]*

25-09-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: prevenção de queda

25-09-2024 11:00 - *Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: facilitador.*

22-10-2024 11:00 - *Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: facilitador [MANTEVE].*

05-11-2024 11:00 - *Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: facilitador [MANTEVE].*

25-09-2024 11:00 - *Capacidade do cuidador para assistir no andar*

25-09-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora.
22-10-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para assistir no andar
22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora [MANTEVE].
05-11-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para assistir no andar
05-11-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora [MANTEVE].
25-09-2024 11:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no andar
25-09-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora.
22-10-2024 11:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no andar
22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora [MANTEVE].
05-11-2024 11:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no andar
05-11-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora [MANTEVE].
25-09-2024 11:00 - *Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de queda [Todos os contactos]*

25-09-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: satisfação de necessidades de mobilidade

25-09-2024 11:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no andar: facilitadora.
22-10-2024 11:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no andar: facilitadora [MANTEVE].
05-11-2024 11:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no andar: facilitadora [MANTEVE].
25-09-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre adaptação do domicílio para o uso de cadeira de rodas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
22-10-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre adaptação do domicílio para o uso de cadeira de rodas: facilitador [MELHOROU].
05-11-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre adaptação do domicílio para o uso de cadeira de rodas: facilitador [MELHOROU].
25-09-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
22-10-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas: facilitadora [MELHOROU].
05-11-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas: facilitadora [MELHOROU].
25-09-2024 11:00 - Autoeficácia do cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
22-10-2024 11:00 - Autoeficácia do cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas: facilitadora [MELHOROU].
05-11-2024 11:00 - Autoeficácia do cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas: facilitadora [MELHOROU].
25-09-2024 11:00 - Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso no andar

25-09-2024 11:00 - Dispositivo: Cadeira de rodas - não sabe e não tem disponibilidade financeira para aceder ao dispositivo, aquando no domicílio.

25-09-2024 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para o uso de cadeira de rodas [RESOLVIDO]

22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre adaptação do domicílio para o uso de cadeira de rodas [Todos os contactos] [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre adaptação do domicílio para o uso de cadeira de rodas [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para deslocar o cliente em cadeira de rodas [RESOLVIDO] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas [Todos os contactos] [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Instruir cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Treinar cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para deslocar o cliente em cadeira de rodas [RESOLVIDO] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da autoeficácia do cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas [Todos os contactos] [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Treinar cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Analisar com o cuidador os resultados alcançados [Todos os contactos] [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Elogiar o desempenho do cuidador [Todos os contactos] [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar acesso aos dispositivos aconselhados

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do acesso pelo cuidador a dispositivos face ao compromisso no andar [Todos os contactos]

25-09-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre acesso a dispositivos

25-09-2024 11:00 - Providenciar os dispositivos aconselhados

25-09-2024 11:00 - Referenciar ao serviço social o compromisso do cuidador no acesso a dispositivos

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação de necessidades de mobilidade [Todos os contactos]

22-10-2024 11:00 - Familiar dependente mobilizado no espaço do domicílio e ambiente envolvente.

05-11-2024 11:00 - Familiar dependente mobilizado no espaço do domicílio e ambiente envolvente [MANTEVE].

22-10-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Capaz de mover-se através da marcha

22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas.

05-11-2024 11:00

05-11-2024 11:00 - Capaz de mover-se através da marcha

05-11-2024 11:00 - Dispositivo: Andarilho - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas [MANTEVE].

Alimentar-se

25-09-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

25-09-2024 11:00 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

25-09-2024 11:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

25-09-2024 11:00 - Não prepara os alimentos para a refeição.

25-09-2024 11:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

25-09-2024 11:00 - Não organiza os alimentos para a refeição.

25-09-2024 11:00 - Alimentar-se comprometido

25-09-2024 11:00 - Determinar evolução do alimentar-se

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do alimentar-se [Todos os contactos]

25-09-2024 11:00 - Promover autonomia para alimentar-se

25-09-2024 11:00 - Consciencialização sobre compromisso no alimentar-se: facilitadora.

22-10-2024 11:00 - Consciencialização sobre compromisso no alimentar-se: facilitadora [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Consciencialização sobre compromisso no alimentar-se: facilitadora [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Capacidade para alimentar-se

25-09-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

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

22-10-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Capacidade para alimentar-se

05-11-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Autoeficácia para alimentar-se

25-09-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Autoeficácia para alimentar-se

22-10-2024 11:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Autoeficácia para alimentar-se

05-11-2024 11:00 - facilitadora [MELHOROU].

22-10-2024 11:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no alimentar-se

22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Mesa para comer na cama - não sabe e não tem disponibilidade financeira para aceder ao dispositivo, aquando no domicílio.

25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar capacidade para alimentar-se

[RESOLVIDO] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da capacidade para alimentar-se [Todos os contactos]

25-09-2024 11:00 - Instruir a alimentar-se [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Treinar a alimentar-se [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para alimentar-se

[RESOLVIDO] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para alimentar-se [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Treinar a alimentar-se [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Elogiar o desempenho do cliente [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Potencial para melhorar o acesso aos dispositivos

aconselhados [RESOLVIDO] 05-11-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do acesso a dispositivos face ao compromisso no alimentar-se [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Ensinar sobre acesso a dispositivos [FIM] 05-11-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Providenciar os dispositivos aconselhados [FIM] 05-11-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Referenciar ao serviço social o compromisso no acesso a dispositivos [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da autonomia para alimentar-se [Todos os contactos]

22-10-2024 11:00 - Refere satisfação com a autonomia para alimentar-se.

05-11-2024 11:00 - Refere satisfação com a autonomia para alimentar-se [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: satisfação das necessidades do alimentar-se

25-09-2024 11:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no alimentar-se: facilitadora.

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

05-11-2024 11:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no alimentar-se: facilitadora [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para assistir no alimentar-se: facilitadora.

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

05-11-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para assistir no alimentar-se: facilitadora [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Autoeficácia do cuidador para alimentar: facilitadora.

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

05-11-2024 11:00 - Autoeficácia do cuidador para alimentar: facilitadora [MANTEVE].

22-10-2024 11:00 - Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso no alimentar-se

22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Mesa para comer na cama - não sabe e não tem disponibilidade financeira para aceder ao dispositivo, aquando no domicílio.

22-10-2024 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar acesso aos dispositivos aconselhados [RESOLVIDO] 05-11-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do acesso pelo cuidador a dispositivos face ao compromisso no alimentar-se [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre acesso a dispositivos [FIM]

05-11-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Providenciar os dispositivos aconselhados [FIM]

05-11-2024 11:00

22-10-2024 11:00 - Referenciar ao serviço social o compromisso do cuidador no acesso a dispositivos [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação das necessidades do alimentar-se [Todos os contactos]

22-10-2024 11:00

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

22-10-2024 11:00 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação [MANTEVE].

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

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

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

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

05-11-2024 11:00

05-11-2024 11:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

05-11-2024 11:00 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

05-11-2024 11:00 - Não prepara os alimentos para a refeição [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

05-11-2024 11:00 - Não organiza os alimentos para a refeição [MANTEVE].

Autogestão do regime medicamentoso

25-09-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

25-09-2024 11:00 - Não organiza a medicação conforme horário.

25-09-2024 11:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

25-09-2024 11:00 - Não prepara a medicação conforme a dose.

25-09-2024 11:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

25-09-2024 11:00 - Dispositivo: Inalador - Não administra a medicação pela via

adequada.

25-09-2024 11:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

25-09-2024 11:00 - Não ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

25-09-2024 11:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

25-09-2024 11:00 - Não armazena a medicação de acordo com as recomendações.

25-09-2024 11:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

25-09-2024 11:00 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso [Todos os contactos]

25-09-2024 11:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

22-10-2024 11:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: facilitadora [MELHOROU].

05-11-2024 11:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: facilitadora [MELHOROU].

25-09-2024 11:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

25-09-2024 11:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-11-2024 11:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

05-11-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

05-11-2024 11:00 - Dispositivo: Inalador - facilitadora [MELHOROU].

22-10-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Inalador - facilitadora [MELHOROU].

25-09-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

25-09-2024 11:00 - Dispositivo: Inalador - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-11-2024 11:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

05-11-2024 11:00 - Dispositivo: Inalador - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 11:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Inalador - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

- 25-09-2024 11:00 - Dispositivo: Inalador - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 05-11-2024 11:00 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso
- 05-11-2024 11:00 - Dispositivo: Inalador - facilitadora [MELHOROU].
- 25-09-2024 11:00 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso
- 25-09-2024 11:00 - Dispositivo: Inalador - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 22-10-2024 11:00 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso
- 22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Inalador - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
- 25-09-2024 11:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.
- 05-11-2024 11:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador [MANTEVE].
- 22-10-2024 11:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO]

22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso [Todos os contactos] [FIM]

22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Assistir o cliente a identificar compromisso na autogestão do regime medicamentoso [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [Todos os contactos] [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [FIM]

22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Ensinar sobre resposta à medicação [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso [Todos os contactos] [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso [RESOLVIDO] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da capacidade para gerir regime medicamentoso [Todos os contactos]

25-09-2024 11:00 - Instruir a administrar medicação [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Treinar a administrar medicação [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para gerir o regime medicamentoso [RESOLVIDO] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para gerir o regime medicamentoso [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Treinar a administrar medicação [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Elogiar o desempenho do cliente [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [Todos os contactos] [FIM] 05-11-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [Todos os contactos]

22-10-2024 11:00 - Adota parcialmente comportamentos de autogestão do regime medicamentoso.

05-11-2024 11:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime medicamentoso [MELHOROU].

22-10-2024 11:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime medicamentoso.

05-11-2024 11:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime medicamentoso [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Promover papel do cuidador: gestão do regime medicamentoso

25-09-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

05-11-2024 11:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

25-09-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso

25-09-2024 11:00 - Dispositivo: Inalador - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

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

22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Inalador - facilitadora [MELHOROU].

05-11-2024 11:00 - Capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso

05-11-2024 11:00 - Dispositivo: Inalador - facilitadora [MELHOROU].

25-09-2024 11:00 - Autoeficácia do cuidador para gerir regime medicamentoso

25-09-2024 11:00 - Dispositivo: Inalador - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

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

22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Inalador - facilitadora [MELHOROU].

05-11-2024 11:00 - Autoeficácia do cuidador para gerir regime medicamentoso

05-11-2024 11:00 - Dispositivo: Inalador - facilitadora [MELHOROU].

25-09-2024 11:00 - Significado atribuído pelo cuidador ao regime medicamentoso: não dificultador.

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

05-11-2024 11:00 - Significado atribuído pelo cuidador ao regime medicamentoso: não dificultador [MANTEVE].

25-09-2024 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso [Todos os contactos] [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre gestão do regime medicamentoso [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre regime medicamentoso [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre resposta à medicação [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre efeitos secundários da medicação [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre ajuste da medicação de acordo com resultados da vigilância [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Ensinar cuidador sobre gestão do regime medicamentoso através de informoterapia [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso [RESOLVIDO] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso [Todos os contactos] [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Instruir cuidador a administrar medicação [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Treinar cuidador a administrar medicação [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para gerir regime medicamentoso [RESOLVIDO] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Avaliar evolução da autoeficácia do cuidador para gerir regime medicamentoso [Todos os contactos] [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - Treinar cuidador a administrar medicação [FIM] 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - *Elogiar o desempenho do cuidador [Todos os contactos] [FIM]* 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - *Analisar com o cuidador os resultados alcançados [Todos os contactos] [FIM]* 22-10-2024 11:00

25-09-2024 11:00 - *Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do regime medicamentoso [Todos os contactos]*

22-10-2024 11:00 - O cuidador adota comportamentos de gestão do regime medicamentoso.

05-11-2024 11:00 - O cuidador adota comportamentos de gestão do regime medicamentoso [MANTEVE].

22-10-2024 11:00

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

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

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

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

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

22-10-2024 11:00 - Dispositivo: Inalador - Administra a medicação pela via adequada.

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

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

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

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

05-11-2024 11:00

05-11-2024 11:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

05-11-2024 11:00 - Não organiza a medicação conforme horário.

05-11-2024 11:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

05-11-2024 11:00 - Não prepara a medicação conforme a dose.

05-11-2024 11:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

05-11-2024 11:00 - Dispositivo: Inalador - Administra a medicação pela via adequada.

05-11-2024 11:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

05-11-2024 11:00 - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

05-11-2024 11:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

05-11-2024 11:00 - Não armazena a medicação de acordo com as recomendações.

3.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre conservação de energia

- Realizar tarefas mais longas, com pausas no intervalo;
- Evicção de tarefas desnecessárias;
- Realizar cuidados de higiene sentado;

- Realizar pausas durante a alimentação.

3.8. Síntese relativa ao caso

Os enfermeiros assumem um papel fundamental como membros de uma equipa multidisciplinar de CP, na qual é possível conhecer e identificar as necessidades das pessoas e intervir de acordo com as mesmas (Hokka et al., 2020).

A elaboração deste plano individualizado de cuidados centrado numa pessoa, o Sr. JP, com DPOC GOLD 4, o estágio mais avançado da doença, e na sua cuidadora e esposa, a Sra. D. MC, permitiu aprofundar conhecimentos nesta área e perceber a importância da intervenção da ECSCP na evolução clínica das pessoas com esta doença e no acompanhamento destes nos seus processos de vida enquanto unidade de cuidados.

O Sr. JP e a Sra. D. MC, com a intervenção da ECSCP apresentaram melhoria nos resultados obtidos nos domínios, sensações somáticas, sistema respiratório, pele e mucosas, conservação de energia, emoção, erguer-se, transferir-se, cuidar da higiene pessoal, vestir-se ou despir-se, andar, alimentar-se, autogestão do regime medicamentoso e esperança. Foi possível, desafiante e bastante gratificante enquanto equipa e, em parceria com o Sr. JP com os seus desejos e potencialidades, assim como com a capacitação e incentivo do papel de cuidador da Sra. D. MC, conseguir o controlo sintomático da dispneia, ansiedade e xerostomia apresentadas pelo Sr. JP. Para tal, tornou-se decisivo trabalhar com ambos a gestão do regime medicamentoso, e sempre promover e gerir a esperança do Sr. JP, intervindo no que lhe era mais significativo enquanto pessoa única, com uma história de vida única e metas a atingir.

Enquanto enfermeira e estudante, guardaremos com privilégio todos os contactos tidos com esta família, tendo a certeza que a mesma também me ensinou a ser melhor profissional de saúde, nos desafios constantes que nos foram colocados, perante a complexidade que é a prestação de CP significativos para as pessoas.

4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo abordaremos de forma crítico-reflexiva o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da pessoa em situação paliativa e o projeto de melhoria contínua: “Contributos para a parametrização da esperança nos sistemas de informação em Enfermagem”. Só através desta análise e num *continuum* de aprendizagem e aquisição de competências, o enfermeiro poderá contribuir de forma pertinente e segura para uma melhoria contínua dos cuidados que presta, em particular a uma população singular como aquela em situação paliativa.

4.1 Desenvolvimento de Competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa

Na prática de Enfermagem, Mrayyan et al. (2023) estudaram os atributos do conceito de competência e como comuns identificaram o conhecimento, a autoavaliação e o estado dinâmico. Facilmente podemos perceber que os três se correlacionam, pois na prática profissional é necessário estar a par da evidência científica produzida e integrá-la na conceção de cuidados, realizar uma autoavaliação constante de forma crítico-reflexiva e construtiva da sua atuação enquanto profissional de saúde e por fim, todo este processo é dinâmico perante todos os desafios que um enfermeiro se depara no seu dia-a-dia, havendo sempre oportunidade de melhoria na sua competência profissional.

Os CP são parte integrante dos cuidados de saúde, devendo ser providenciados em todos os contextos de cuidados e ao longo da trajetória de doenças graves, crónicas e progressivas. Para tal todos os profissionais de saúde e colaboradores de uma instituição devem ser capazes de fornecer CP adequados e, para isso, precisam ser treinados para oferecer o mais elevado padrão de cuidados, a fim de atender às necessidades e desafios dos doentes e suas famílias, independentemente do diagnóstico (Gamondi et al., 2013). Neste sentido, a EAPC (Gamondi et al., 2013) descreve num guia orientador consensual as 10 competências centrais ilustradas na Figura 3, que todos os profissionais envolvidos em CP, independentemente da sua área disciplinar, devem possuir.

COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS EM CP

1. Implementar os princípios dos CP nos diferentes contextos onde se encontram os doentes e família;
2. Melhorar o conforto físico do doente ao longo da trajetória da doença;
3. Atender às necessidades psicológicas da pessoa doente;
4. Atender às necessidades sociais da pessoa doente;
5. Atender às necessidades espirituais da pessoa doente;
6. Atender às necessidades dos familiares cuidadores em relação aos objetivos dos cuidados a curto, médio e longo prazo;
7. Responder aos desafios associados à tomada de decisão clínica e ética em CP;
8. Implementar uma integração do cuidar e um trabalho de equipa interdisciplinar em todos os contextos de CP;
9. Desenvolver competências comunicacionais e interpessoais;
10. Desenvolver e contribuir para a melhoria contínua pessoal e profissional.

Figura 3 - Competências para a prática clínica em CP.

Fonte: Gamondi et al. (2013)

Estas competências centrais devem ser consideradas como uma estratégia de partilha de uma linguagem comum para a prática de CP e educação na Europa, respeitando os limites, papéis e responsabilidades das disciplinas específicas (Gamondi et al., 2013).

Particularizando as competências em CP na área de Enfermagem, tendo em conta o papel crucial dos enfermeiros na provisão de CP, Hokka et al. (2020) realizaram uma investigação com os objetivos de perceber quais as competências de Enfermagem necessárias em CP e se estas diferiam entre os níveis de diferenciação de CP. Identificaram seis dimensões de competências de Enfermagem: a liderança, a comunicação, a colaboração, a conceção de cuidados, o cuidado ético-legal e psicossocial, e o cuidado espiritual. Quanto à resposta ao segundo objetivo, os estudos analisados raramente definiram o nível de diferenciação em CP e abrangiam vários contextos de cuidados de saúde, no entanto, um facto curioso foi a liderança ter sido a competência destacada em contextos onde se prestavam CP especializados. Por sua vez, Suikkala et al. (2023) referem que as principais competências dos enfermeiros em CP são o controlo sintomático, a comunicação e o suporte psicossocial dos seus doentes e familiares, e o plano avançado de cuidados.

Perante estes achados, não podíamos deixar de reparar nas semelhanças entre eles e os pilares de atuação em CP, propostos por Cicely Saunders, já em 2000: controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho de equipa (Saunders, 2000), assim como as

competências comuns do enfermeiro especialista, definidas pela OE: responsabilidade profissional, ética e legal; gestão de cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais; melhoria contínua da qualidade (Regulamento n.º 140/2019). Esta evidência vem reforçar a necessidade de atualização constante dos conhecimentos, a importância do desenvolvimento de competências comuns e específicas em CP, que se adequem à prática profissional dos enfermeiros e sejam capazes de dar respostas às necessidades reais da população, alvo de cuidados, organizações de saúde e equipa multidisciplinar. Isto só será possível, a nosso ver, perante um esforço pessoal de cada um, profissional de saúde, mas também no âmbito colaborativo e governamental como facilitadores e promotores deste processo de desenvolvimento de competências e também na acessibilidade a estes cuidados especializados em CP à população.

Em Portugal, o Estatuto da OE acompanha esta exigência, através da atribuição de título de enfermeiro especialista, àquele detentor de competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem especializados nas áreas de especialidade em Enfermagem, onde se inclui a Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa (Regulamento n.º 140/2019). Para tal, nesta área de especialização, além de ser detentor de competências específicas na área da pessoa em situação paliativa, o enfermeiro especialista deve também ser detentor de um conjunto de competências comuns, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas e aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Estas competências comuns são agrupadas em quatro domínios como representado na Figura 4.

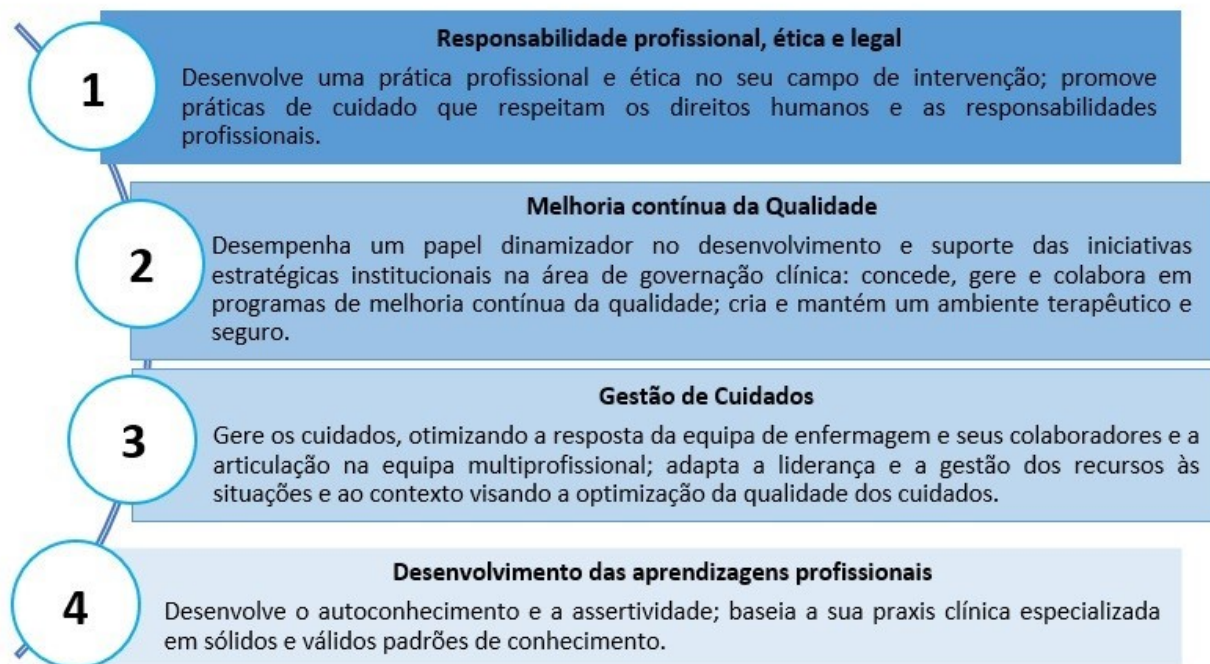


Figura 4 - Domínios das competências comuns do enfermeiro especialista.

Fonte: Regulamento n.º 140/2019

Como podemos constatar, competências comuns são aquelas que, independentemente da área de especialidade, são demonstradas pelo enfermeiro especialista através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, além de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019).

O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa, além de ser detentor de competências comuns, como vimos anteriormente, deve possuir também um conjunto de competências específicas, sintetizadas na Figura 5, também definidas pela OE e regulamentadas em decreto-lei (Regulamento nº429/2018). Estas decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, da área de intervenção definida para cada especialidade de Enfermagem e são demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde identificadas (Regulamento n.º 140/2019).

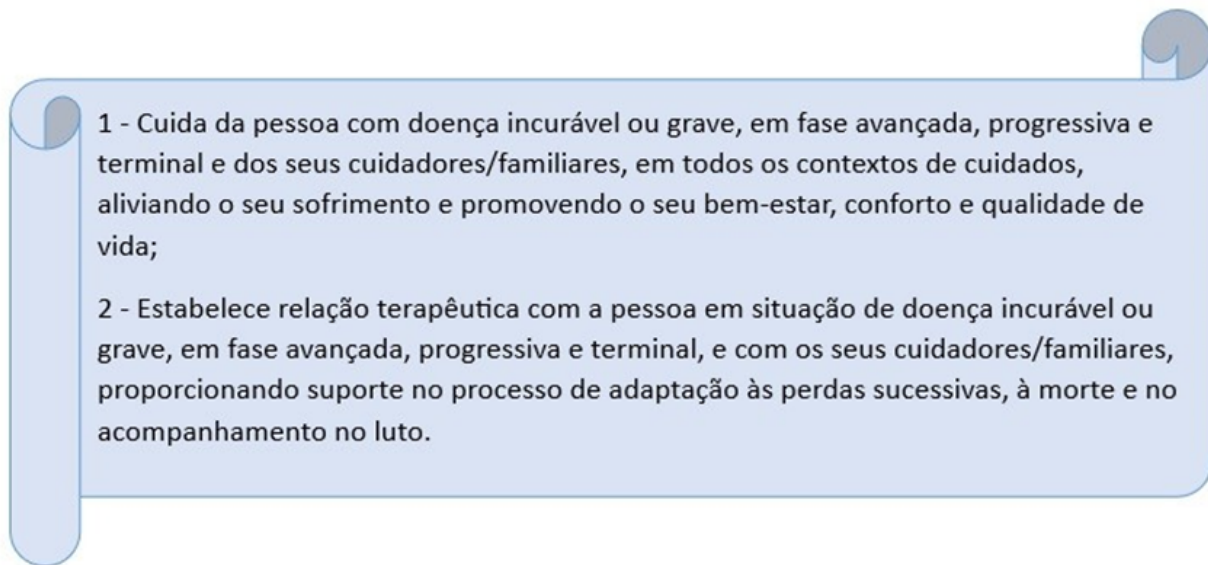


Figura 5 - Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa.

Fonte: Regulamento n.º 140/2019

No âmbito da primeira competência específica, o enfermeiro especialista deve ser capaz de identificar e avaliar as necessidades de intervenção especializada presentes nos doentes, assim como dos seus cuidadores/familiares. Após isto, elaborar a conceção de cuidados, implementá-la e avaliá-la, sempre numa abordagem abrangente, compreensiva e holística do doente e dos seus cuidadores/familiares, para a satisfação das suas necessidades, recursos, objetivos e tomadas de decisão, maximizando assim, a qualidade de vida destes e aliviando o seu sofrimento, mantendo a dignidade dos intervenientes. Para tal, é importante que enfermeiro envolva na prática profissional e plano individualizado de cuidados os cuidadores/familiares do doente e desenvolva a sua intervenção numa perspetiva interdisciplinar e em articulação com os serviços de apoio, otimizando desta forma os resultados em CP (Regulamento nº 429/ 2018).

Para além desta competência, o enfermeiro especialista maximiza estes resultados também através da segunda competência específica, tão necessária quanto a primeira. Fá-lo através da construção de uma aliança terapêutica, tendo como pilares, a confiança, a compreensão empática e a capacitação do doente e seus cuidadores/familiares. Trata-se de uma relação terapêutica facilitada por limites mutuamente acordados, capaz de ocorrer em curtos espaços de tempo e adaptável aos diversos contextos. É conseguida através do respeito pela singularidade e autonomia do doente e seus cuidadores/familiares no acompanhamento de vivências individuais específicas, no processo de morrer e de luto, promoção de parcerias terapêuticas no estabelecimento de objetivos/metas de cuidados mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico e reconhecimento dos efeitos da natureza do cuidar no doente, nos seus cuidadores/familiares, em si mesmo, nos restantes membros da equipa, para responder de

forma eficaz e antecipatória (Regulamento nº 429/ 2018).

Ainda no seguimento da especialização em CP e perante o envelhecimento da população e aumento na complexidade dos cuidados de saúde, a EAPC sentiu necessidade de atualizar recomendações sobre padrões e normas para CP na Europa, uma vez que a maioria destas permaneciam inalteradas desde 2009. Deste estudo surgiram 13 novas recomendações relacionadas com especializações emergentes: cuidados neonatais, geriátricos e no âmbito da demência, e de melhores práticas de cuidados (Payne et al., 2022). Estes dados vão de encontro ao defendido nas diretrizes do *National Consensus Project* (National Coalition for Hospice and Palliative Care, 2018) pelo reforço da importância do domínio dos conhecimentos e habilidades em CP e da necessidade de melhoria nas competências dos profissionais de saúde que prestam CP. Assim como o referido por Luymes et al. (2021) quanto à importância de os profissionais de saúde desenvolverem competências profissionais necessárias à prestação de CP especializados. Ainda neste âmbito e na perspetiva de melhoria contínua da qualidade na prestação de CP, a EAPC defende a investigação como competência essencial em CP, pois, segundo esta, permite a identificação e o tratamento de problemas de saúde nas pessoas doentes e suas famílias, estabelece melhores práticas no cuidar e melhora o controlo sintomático. Como tal, desenvolveu um guião com 17 competências organizadas em sete domínios, cujo objetivo é fomentar o interesse e a consciencialização dos profissionais de saúde que desempenham funções em CP sobre o importante papel da investigação em CP e sua integração na prática clínica (Mosoiu et al., 2024).

Em suma podemos afirmar que o desenvolvimento em CP deve ter sempre presente e como base os quatro pilares dos CP propostos por Cicely Saunders (2000): controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho de equipa, em que cada um deles apresenta igual importância na obtenção de melhor qualidade de vida possível para os doentes e seus cuidadores/ familiares/ pessoas significativas, exigindo na intervenção dos mesmos a existência de formação avançada de todos os elementos da equipa de CP (Barbosa et al., 2016). Tendo presente o desenvolvimento de competências comuns e específicas como um processo dinâmico de melhoria contínua, ao longo do presente percurso académico tal foi possível, quer através do conhecimento adquirido, do desenvolvimento pessoal, da autorreflexão constante e das várias experiências vivenciadas nos diferentes estágios profissionais.

4.1.1 Prática baseada na evidência e experiência

No desenvolvimento das competências comuns e específicas ao longo do percurso académico é importante refletir sobre as diversas experiências vivenciadas em estágio e sua relação com a evidência científica disponível. Neste ponto decidimos abordar de forma breve duas temáticas que se correlacionam e que se evidenciaram durante o processo de desenvolvimento de competências: a comunicação e o cuidado espiritual.

É muito interessante olhar para o nosso percurso académico enquanto estudante do presente mestrado e perceber a evolução ocorrida enquanto enfermeira. Não falamos só no âmbito do desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em CP, mas também das competências comuns transversais a todos os enfermeiros especialistas, facto esse que aprimorou e aprimora também na prática profissional enquanto enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica. A evolução é sentida principalmente num olhar clínico mais atento e crítico sobre os sinais e sintomas apresentados pelos doentes, sua particular relação com a trajetória da doença e necessário controlo adequado dos mesmos, de forma particular e subjetiva. Da percepção cada vez mais clara da importância crucial da comunicação, da gestão do silêncio e da imprescindível presença.

Um dos maiores desafios durante os estágios profissionais foi a gestão do silêncio, quando este se torna “bastante sonoro”. Estar disponível pode ser “apenas” estar presente. A presença é essencial no cuidado e uma forma efetiva de ajudar as pessoas doentes sem necessidade de usar meios tecnológicos (Fink, 2005), em particular quando os doentes têm necessidades espirituais ou apresentam desconforto como acontece em situação paliativa (Taylor, 2002). Trata-se de um modo de comunicar com o outro e de aproximação interpessoal (Silva, 2006). Num estudo curioso e interessante de Araújo e Silva (2007), os doentes em situação paliativa, além de referirem necessidade da presença compassiva dos enfermeiros, também referem o desejo de não focalizar a interação entre ambos apenas na doença e na morte, valorizando a comunicação alegre, o otimismo e o bom humor. Estes autores concluem que a companhia, a presença e “estar junto” são consideradas formas de comunicação interpessoal.

Não obstante o mencionado anteriormente, acreditamos, pelas diversas experiências e momentos de aprendizagem decorridos em estágio, que o cuidado espiritual é basilar em CP e importante desde o primeiro contacto com o doente e família. É importante na análise do que de facto é mais significativo para a pessoa, no planeamento e concretização dos objetivos de cuidados, na parceria, na comunicação e na relação terapêutica. Foi um privilégio participar da partilha daquilo que muitas vezes é o mais íntimo na vida das pessoas, das suas histórias de vida, suas esperanças e contribuir para que as mesmas concretizem os seus objetivos e se sintam confortáveis no processo de morrer.

Recordamos que, numa admissão, na qual além do doente, também um dos seus filhos estava presente, o doente quando questionado se haveria algo significativo para si que gostaria de deixar a alguém em particular, ele sem hesitar falou de um terço presente no seu quarto e agradeceu a chorar o facto de ter sido abordado este assunto, inclusive na presença de um dos filhos. Refere que nunca tinha falado do assunto a ninguém e sentiu-se em paz pelo facto de o ter feito naquele momento. O legado é algo único e também promotor de esperança, enquanto foco e objetivo de vida, mas também na tranquilidade de sentir que algo fica e se mantém como sinal de amor e estima, assim como na vida vivida e com significado (Julião, 2016).

Neste contexto, Lourenço et al (2021) relembra que os CP devem respeitar a cultura, a religião e os valores e crenças dos doentes e famílias, criando assim um ambiente sensível, que permita promover a dignidade da pessoa e facilitar o encontro de um sentido para a vida que ainda lhe falta viver. São, portanto, cuidados também orientados para a resiliência, pois objetivam potenciar a capacidade da pessoa em lidar com a doença incurável e problemas associados, assim como na mudança de perspetiva de vida restrita, sendo a morte vista como parte da vida.

Por fim, a pessoa em situação paliativa, já em fim de vida, pode-se encontrar em grande sofrimento espiritual e, tal como qualquer outro sintoma clínico, deve merecer do profissional de saúde atenção e tratamento. Neste âmbito, e em particular os enfermeiros, devem reconhecer a espiritualidade como estratégia de *coping* e identificar as necessidades espirituais da pessoa de modo a maximizar a qualidade do cuidado prestado, atendendo ao doente/família de forma integral (Cabaço et al., 2018).

4.2 Projeto de melhoria contínua: “Contributos para a parametrização da esperança nos sistemas de informação em Enfermagem”

A importância da melhoria contínua dos cuidados de saúde é defendida e recomendada em diversos documentos estratégicos, como exemplo temos o Plano Nacional de Saúde 2021-2030, o Regulamento nº 429/2018 da OE (Regulamento nº429/ 2018), o Relatório de outono de 2023 do OPCP (OPCP, 2024) e o PEDCP 23-24 (CNCP, 2023).

O Plano Nacional de Saúde 2021-2030 estipula como uma das principais metas a atingir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, tendo como destaque a necessidade dos serviços de saúde, de forma integrada, eficaz e segura, atenderem às necessidades da população que serve, indo também de encontro às suas expectativas (Direção-Geral da Saúde, 2021).

A OE, tendo em conta o avanço no conhecimento e necessidades identificadas na prestação de cuidados e população alvo dos cuidados, requer que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolva uma prática baseada na mais recente evidência científica, orientada para a obtenção de resultados sensíveis aos seus cuidados e defende que o enfermeiro especialista é o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização (Regulamento nº429/ 2018).

Ora, neste sentido, o relatório de outono de 2023 do OPCP vem reforçar que no término do terceiro PEDCP, embora exista melhoria no número de recursos em CP, continua-se com uma cobertura, estrutural e profissional, nacional e na generalidade dos distritos, abaixo do aceitável

e preconizado, tanto a nível nacional como internacional, a que crescem profundas assimetrias, a nível distrital. Trata-se de um sério obstáculo à acessibilidade aos CP, visto como um direito humano e condição nuclear para uma cobertura universal de saúde. Estas carências de recursos e assimetrias na acessibilidade devem implicar uma reflexão, pois de acordo com as organizações internacionais, a especialização em CP é uma condição crítica para os CP diferenciados e com qualidade (OPCP, 2024).

Também em CP, o estabelecimento de elevados padrões de qualidade junto da pessoa com necessidades paliativas e sua família constitui por si só garantia de uma melhor resposta às mesmas. Como estratégia de garantia desta qualidade pelas equipas especializadas, assim como nos termos da Lei de bases em CP, a CNCP no PEDCP 23-24 mantém a preocupação com a definição de normas de qualidade e de um sistema de monitorização destas, numa lógica de ciclos de melhoria contínua. Assim e em articulação com a Direção Geral de Saúde, a CNCP elaborou um conjunto de indicadores mensuráveis. No entanto, para facilitar a obtenção destes dados, será necessário junto dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde promover alterações ao Sclínico® para controlo interno desses indicadores e possibilidade de melhoria contínua (CNCP, 2023).

A este respeito, em 2018 uma comissão de saúde global da *Lancet* (Kruk et al., 2018) refere que os sistemas de informação geram muitos indicadores que não produzem perceções adequadas e levam os profissionais de saúde a despenderem muito do seu tempo, embora tenham custos financeiros elevados e, portanto, é necessário que sejam criadas e aplicadas menos, embora melhores, formas de medir a qualidade do serviço de saúde nos níveis nacionais e regionais. São necessários e um pré-requisito, sistemas de informação de saúde de rotina confiáveis para uma boa avaliação de desempenho.

Por fim, as bases dos sistemas de saúde de alta qualidade incluem a população, suas necessidades e expectativas no que diz respeito à saúde, a gestão do setor da saúde e parcerias com outros setores, as plataformas para a prestação de cuidados de saúde, a composição e capacidade dos recursos humanos em saúde, e as ferramentas e recursos, desde medicamentos até dados. Estes serviços devem ser influenciados por quatro valores: centrados nas pessoas, equitativos, resilientes e eficientes. Quando são cuidados de baixa qualidade podem provocar resultados adversos, incluindo sofrimento desnecessário, sintomas persistentes, perda de função/ autonomia e falta de confiança nos sistemas de saúde. A mudança para um sistema de saúde de alta qualidade é, essencialmente, uma decisão política e não técnica. Há uma necessidade de investimento pelos governos e responsabilização dos mesmos perante as pessoas através de legislação, educação sobre os direitos, regulação, transparência e uma maior participação do público (Kruk et al., 2018).

Após esta análise crítico- reflexiva da necessidade de melhoria contínua nos cuidados de saúde serão apresentadas de seguida as várias fases do projeto de melhoria contínua implementado

em contexto de estágio profissional tendo por base as orientações propostas pela OE (OE, 2013). De referir que este projeto foi previamente analisado pelo Conselho Técnico Científico da Escola Superior de Enfermagem do Porto, tendo sido emitido um parecer favorável a 31 de julho de 2024 (documento ADTE_84/2024).

1 - Identificar e descrever o problema

Um dos principais motivos pessoais para a escolha do tema “Contributos para a parametrização da esperança nos sistemas de informação em Enfermagem” é a curiosidade em conhecer melhor os atributos do conceito esperança, dos seus fatores influenciadores e consequências na vida das pessoas, especialmente no contexto da prestação de CP, bem como o interesse pessoal relativo aos sistemas de informação em Enfermagem e sua relação com a prática clínica dos enfermeiros.

Em qualquer contexto de prestação de cuidados de saúde, os enfermeiros devem intervir de forma holística, vendo a pessoa e seus cuidadores/ familiares como pessoas únicas (Regulamento nº429/ 2018), na qual a esperança faz parte e não é dissociável.

A avaliação da esperança pode ter como dificultadores as interpretações complexas, ambiguidades e operacionalização abstrata e como facilitadores o controlo sintomático, o cuidado com o sofrimento existencial, as relações interpessoais, o estabelecimento de metas realistas, a discussão entre pares, os grupos de apoio, a partilha de experiências clínicas, a integração da esperança na conceção de cuidados e a discussão de estratégias para promoção da esperança (Guedes et al., 2021; Paquette, 2015). Esta avaliação é fundamental para a formulação e identificação de um diagnóstico de Enfermagem neste domínio.

O diagnóstico de Enfermagem, segundo a NANDA-I é definido como um juízo clínico sobre as respostas individuais, familiares ou comunitárias a problemas de saúde/ processos de vida reais ou potenciais e permite ao enfermeiro planear intervenções de Enfermagem com vista à obtenção de resultados sensíveis à sua prática profissional (Herdman et al., 2021).

Nesta taxonomia do conhecimento em Enfermagem podemos encontrar, atualmente, dois diagnósticos de Enfermagem relacionados com este domínio: Desesperança e Disposição para Esperança Melhorada (Herdman et al., 2021), inseridos na classe do Autoconceito e domínio da Autoperceção. Já na CIPE®, preconizada pelo *International Council of Nurses* (ICN, 2019), encontramos referência ao diagnóstico de Falta de Esperança definido nesta classificação como uma emoção negativa. Este diagnóstico difere substancialmente do diagnóstico de Desesperança, presente na taxonomia proposta pela NANDA-I (Herdman et al., 2021), no qual é definido como um “Sentimento de que o indivíduo não vivenciará emoções positivas ou melhora na condição atual.”. Por sua vez, o diagnóstico Disposição para Esperança Melhorada é definido

como um “Padrão de expectativas e desejos de mobilizar energias para alcançar resultados positivos, ou evitar uma situação potencialmente ameaçadora ou negativa, que pode ser fortalecido.” (Herdman et al., 2021).

Estas diferenças entre as classificações e taxonomias do conhecimento em Enfermagem, que não são meramente conceptuais, merecem reflexão e investigação, na medida em que poderão gerar dificuldades na avaliação, no diagnóstico e, conseqüentemente, nas intervenções a implementar e nos resultados obtidos.

Não obstante estas dificuldades, importa também acrescentar que o PEDCP 23-24 salienta a necessidade dos sistemas de informação permitirem fácil acesso a dados dos serviços integrados de CP e identificação e definição de itens de informação relevante e válida, capazes de permitir medir e monitorizar a qualidade dos cuidados prestados nestes serviços integrados. Como forma de facilitar a obtenção destes dados, torna-se necessário trabalhar em conjunto com os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (plataforma que integra e disponibiliza serviços de saúde digitais no âmbito nacional e europeu) para a promoção de alterações ao Sclínico®, que permitam unificar e facilitar os registos da prática profissional, a partilha de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, dentro e fora da RNCP e, ainda, a obtenção de indicadores para controlo interno e possibilidade de melhoria contínua. (CNCP, 2023)

Adicionalmente, apesar deste esforço de integração e desenvolvimento, e da nossa experiência em estágio, observamos que a esperança - enquanto foco de atenção em CP - não está, atualmente, parametrizada nos sistemas de informação, não permitindo, portanto, a adequada documentação dos cuidados. Como referido anteriormente, esta lacuna poderá acarretar a não integração da esperança na conceção de cuidados e desta forma prejudicar a sua avaliação (Guedes et al., 2021; Paquette, 2015). Ora, desta forma, não é permitido a sua adequada documentação de forma uniformizada, a obtenção de dados referentes a este foco, a partilha de informação referente ao mesmo, entre e fora das equipas prestadoras de cuidados da RNCP. Tudo isto dificulta a continuidade de cuidados, a obtenção de indicadores mensuráveis relativamente à eficácia da intervenção dos enfermeiros neste âmbito, promotores de melhoria contínua e medição dos ganhos em saúde.

A parametrização da esperança nos sistemas de informação é, portanto, também importante enquanto apoio na tomada de decisão dos enfermeiros e processo de consciencialização sobre a sua importância, sendo um alerta para a sua realização e documentação, pois a documentação dos cuidados de enfermagem é um ótimo instrumento para as equipas de enfermeiros refletirem sobre a sua prática (Silva, 2006).

Além destas considerações, será sempre pouco claro que o foco esperança foi, efetivamente, avaliado e diagnosticado ou se a dificuldade está na sua documentação.

Apesar destas necessidades e lacunas na prática profissional dos enfermeiros e do desenvolvimento dos sistemas de informação estar preconizado no PEDCP 23-24 (CNCP, 2023) não temos conhecimento de nenhum projeto de melhoria contínua nesta área, nas instituições/equipas onde decorrerá o estágio de natureza profissional.

Assim, e considerando a nossa motivação pessoal bem como as necessidades manifestadas pelas equipas dos contextos de estágio, consideramos que este, é um projeto relevante e importante, sendo urgente refletir e estudar esta temática.

2 - Perceber o problema e dimensioná-lo

Tendo em conta o envelhecimento demográfico da população portuguesa e associado crescente número de doenças oncológicas, neurológicas e de insuficiência de órgão, aumenta a probabilidade de existirem cada vez mais pessoas em grande sofrimento, para os quais os enfermeiros devem estar devidamente habilitados a prestar assistência e cuidados adequados (Gomes et al., 2020; Regulamento nº 429/2018). Para tal é premente uma revolução no desenvolvimento e implementação dos CP, nomeadamente em Portugal, por forma a darem resposta às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais das pessoas doentes, mas também dos seus familiares, cuidadores e/ou pessoas que lhes sejam significativas (Gomes et al., 2020).

Os enfermeiros, enquanto elementos das equipas especializadas de prestação de CP, têm atualmente regulamentadas as suas competências específicas enquanto enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa (Regulamento nº429/ 2018). Como primeira competência específica regulamentada, o enfermeiro deve cuidar “da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” (Regulamento nº 429/ 2018, p. 19365). É, então, função do enfermeiro especialista nesta área de competência elaborar o “diagnóstico das necessidades de CP do doente, ao nível físico, psicoemocional, espiritual e sociofamiliar” (Regulamento nº 429/ 2018, p. 19365).

As necessidades espirituais, particularmente em situações de elevada complexidade, vulnerabilidade e fim de vida, são evidentes e, portanto, a sua avaliação é fulcral (Caldeira et al., 2017; Hampton et al., 2007). A este propósito, diversos autores (Caldeira et al., 2017; Finochiario, 2016) têm defendido a importância de o acompanhamento/cuidado espiritual ser considerado na prática de cuidados, na medida em que pode ajudar a pessoa a enfrentar melhor as suas dificuldades e a experiência de sofrimento, que é profundamente individual e dinâmica, sendo influenciada pela cultura, experiências pessoais e crenças religiosas da pessoa. Como tal,

o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa deve reconhecer os “valores e expectativas em relação ao processo de fim de vida e à diversidade individual, cultural e espiritual” de cada pessoa e família (Regulamento nº 429/ 2018, p. 19365).

À semelhança da espiritualidade, a esperança é um conceito multidimensional e dinâmico, sendo descrita como um poder ou força que impulsiona a pessoa a transcender-se da situação atual, em direção a uma nova consciência e enriquecimento do ser (Benzein et al., 2001). Tem como atributos uma expectativa de resultado positivo, sendo descrita como uma força interior e um mecanismo de enfrentamento, que protege a pessoa das experiências de angústia e sofrimento, e um processo orientado para o presente, mas, também, para o futuro, no qual a essência da esperança persiste através de um processo multidimensional e dinâmico de identificação de objetivos, baseado nos sentimentos da pessoa sobre a vida e nos seus desejos para o futuro (Guedes et al., 2021). É, portanto, sentida como algo único e individual, influenciada pelo meio ambiente e pelas múltiplas experiências da vida. Pode ajudar cada um a viver os dias que lhe restam o melhor que consigam e promover o conforto e a qualidade de vida (Guedes et al., 2021).

De acordo com a “Carta dos Direitos do Doente Terminal”, desde 1975 a esperança é formalmente reconhecida como um direito fundamental dos doentes, que deve ser promovida pelo profissional de saúde na perspetiva da pessoa. Esta carta, entre outros direitos, refere que a pessoa tem direito a ser cuidada por quem seja capaz de manter um sentido de esperança, mesmo podendo alterar o seu foco. Esperar cuidados dos profissionais de saúde, mesmo quando os objetivos de cura passam a ser objetivos que visam o conforto (Barbus, 1975, como citado em Ferrel & Coyle, 2002, p.29). Reconhece-se, no entanto, que a alteração do foco da esperança acresce um desafio à capacidade de manter uma esperança realista durante todo o processo de doença até à morte por parte de todos os envolvidos, pessoas doentes, familiares e profissionais de saúde (Barbosa et al., 2016).

No contexto da saúde, observou-se, nos últimos tempos, um estudo aprofundado nesta área. São disso exemplos os estudos publicados na conceituada revista *Lancet Oncology* (Corn et al., 2020), ou os estudos desenvolvidos por grupos de investigadores afiliados a grandes universidades, como é o caso da *Harvard Medical School* (Mylod & Lee, 2023).

Não obstante estas considerações, e ainda no âmbito das competências do enfermeiro especialista, está também regulamentada a utilização de “ferramentas de comunicação adequadas, com todos os intervenientes, de forma a permitir a comunicação honesta, a esperança realista, assim como o ajuste de expectativas;” (Regulamento nº 429/ 2018, p. 19365). Ora, em CP, a comunicação terapêutica, enquanto competência vital de todos os profissionais de saúde, permite às pessoas expressarem-se de forma significativa, sentindo-se assim menos ansiosas e com esperança (Hawthron, 2015; Qama et al., 2022).

A esperança é um recurso psicológico em constante evolução que está presente em todos os momentos. Declarações como “não há mais esperança”, ou quaisquer equivalentes não verbais podem ser devastadores tanto para as pessoas doentes como para os cuidadores familiares. A rotulagem de doentes “em negação” deve ser evitada, pois, realista ou irrealista, a esperança ainda é esperança. Temos por um lado a necessidade dos prestadores de cuidados de não darem falsas esperanças e por outro a necessidade de compreenderem e respeitarem a percepção individual de esperança e realidade. Por forma a alinhar esperança e expectativa é, portanto, imperativo desenvolver confiança, sensibilidade e comunicação (Beng et al., 2022).

A esperança é, portanto, considerada um dos pontos fulcrais no cuidar em Enfermagem, contribuindo para o aumento da capacidade da pessoa para lidar com situações de crise, manutenção da qualidade de vida, determinação de metas realistas e promoção da saúde (Salamanca-Balen et al., 2021). Assume uma importância fundamental na forma como as pessoas doentes vivem o período de fim da vida, quando a cura de uma doença não é possível (Querido, 2005) e pode ser considerada uma fonte espiritual de força, ou uma meta de cuidado para doentes que enfrentam uma doença que limita e/ou ameaça a vida (Egan et al., 2015). A sua promoção enquanto cuidado e foco de atenção de Enfermagem é de extrema importância na atuação e prática profissional dos enfermeiros que cuidam de pessoas em situação paliativa. Isto porque, devido ao avançar da doença e imprevisibilidade da trajetória de doença nalguns casos, facilmente poderíamos concluir que a vida ficaria desprovida de esperança, tão associada a expectativas positivas de futuro, e, com a vivência e experiência da esperança, o conforto e a qualidade de vida destas pessoas pode melhorar.

Na prática profissional do enfermeiro, apesar da esperança ser uma dimensão muito importante na vida do ser humano, ainda é difícil perceber como intervir para a sua promoção. Promover a esperança requer competências específicas no cuidar e respeito pela dignidade e integridade individuais, cuidado este sobre o qual os enfermeiros têm um papel importante em todo o tipo de contextos e relacionamentos (Hammer et al., 2022; Regulamento nº 429/ 2018).

Por tudo isto, é pertinente considerar e integrar a esperança na prática de cuidados de enfermagem e preparar os sistemas de informação de apoio à prática de Enfermagem para a sua documentação.

3 - Formular objetivos iniciais

Na elaboração deste projeto foram delineados os seguintes objetivos (O):

O1: Sensibilizar os enfermeiros das equipas comunitária e intra-hospitalar de suporte em CP acerca da importância da parametrização dos diagnósticos de esperança nos sistemas de informação de apoio à prática de Enfermagem;

O2: Mapear os diagnósticos de esperança documentados nas classificações e taxonomias do

conhecimento em Enfermagem;

O3: Explorar a adequação dos diagnósticos de Esperança ao contexto português, particularmente na área de atenção à pessoa em situação paliativa;

O4: Desenvolver a parametrização dos diagnósticos de Esperança nos sistemas de informação de auxílio à prática de Enfermagem.

4 - Planear e executar as tarefas/ atividades

O projeto seguiu, como referido anteriormente, as orientações propostas pela OE (OE, 2013) para o desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade. Para responder às diversas etapas contempladas nestas orientações e objetivos delineados, definiram-se as atividades e recursos necessários explanados no Quadro 3.

Quadro 3 - Objetivos, Atividades e Recursos.

Objetivos	Atividades	Recursos
O ₁	Apresentação e discussão do projeto de melhoria contínua da qualidade com a equipa.	Autora do projeto;
O ₂	Revisão dos diagnósticos de esperança nas classificações e taxonomias do conhecimento em Enfermagem e sua comparação pela técnica do <i>cross-mapping</i> .	Elementos das equipas dos dois contextos de estágio; Enfermeiros tutores;
O ₃	Revisão narrativa sobre estudos de adaptação/ validação transcultural dos diagnósticos de esperança para o contexto português; Apresentação e discussão dos resultados com a equipa.	Orientadora científica; Computador com acesso à internet e ao agregador de conteúdos <i>EBCSOhost</i> ;
O ₄	Explorar e discutir a possibilidade de integração de diagnósticos de Enfermagem relacionados com o foco esperança no sistema de informação de apoio à prática de Enfermagem em vigor na instituição.	Material de escritório como papel e caneta e impressora.

Após elencar os objetivos específicos, as atividades que os concretizam e os recursos necessários, importa apresentar de seguida, no Quadro 4, o cronograma do desenvolvimento das atividades propostas. Este instrumento permitiu planear e controlar a execução destas atividades.

Quadro 4 - Cronograma do desenvolvimento das atividades propostas.

ATIVIDADES	jun/24	set-out/24	nov-dez/24	jan/25
Apresentação e discussão do projeto de melhoria contínua da qualidade com a equipa.				
Revisão dos diagnósticos de esperança nas classificações e taxonomias do conhecimento em Enfermagem e sua comparação pela técnica do <i>cross-mapping</i> .				
Revisão narrativa sobre estudos de adaptação/ validação transcultural dos diagnósticos de esperança para o contexto português.				
Apresentação e discussão dos resultados com a equipa.				
Explorar e discutir a possibilidade de integração de diagnósticos de Enfermagem relacionados com o foco esperança no sistema de informação de apoio à prática de Enfermagem em vigor na instituição.				

A monitorização das atividades ocorreu através da verificação sistemática do cronograma e reuniões periódicas com a orientadora científica. Como complemento desta monitorização e avaliação foram delineados no Quadro 5 indicadores de resultado, tendo em conta as atividades planeadas. Como indicadores de processo temos o cumprimento do tempo planeado no cronograma.

Quadro 5 - Indicadores de resultados das atividades propostas.

Atividades	Indicadores de Resultado	
Apresentação e discussão do projeto de melhoria contínua da qualidade com a equipa.	Realização da sessão intitulada “A Esperança, uma abordagem de Enfermagem: da avaliação à documentação”.	Realizado na EIHS CP.
Revisão dos diagnósticos de esperança nas classificações e taxonomias do conhecimento em Enfermagem e sua comparação pela técnica do <i>cross-mapping</i> .	Descrição dos diagnósticos de Esperança presentes nas classificações e taxonomias do conhecimento em Enfermagem e realização da sua comparação pela técnica do <i>cross-mapping</i> .	✓
Revisão narrativa sobre estudos de adaptação/ validação transcultural dos diagnósticos de esperança para o contexto português.	Descrição dos resultados da revisão da literatura no projeto de melhoria contínua e relatório de Estágio de Natureza Profissional módulo II.	✓
Apresentação e discussão dos resultados com a equipa.	Discussão dos resultados referente à adequação dos diagnósticos de esperança ao contexto português, particularmente na área de atenção à pessoa em situação paliativa à EIHS CP e à ECSCP.	Realizado na EIHS CP.
Explorar e discutir a possibilidade de integração de diagnósticos de Enfermagem relacionados com o foco esperança no sistema de informação de apoio à prática de Enfermagem em vigor na instituição.	Análise e discussão da possibilidade de integração dos diagnósticos de esperança no Sclínico®.	✓

5 - Verificar os resultados

Nesta fase do projeto de melhoria contínua importa analisar e refletir de forma crítica e tendo por base a evidência científica todo o percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências nos contextos de estágio profissional, em particular com a implementação do projeto e realização das atividades planeadas no mesmo.

Neste processo de aprendizagem foi possível perceber na prática as dificuldades sentidas pelas equipas especializadas em CP, sua necessidade de formação contínua e melhoria de qualidade. Percebendo também que diversos fatores concorrem para as lacunas sentidas, além de que a exigência será cada vez maior tendo em conta, por exemplo, a evolução esperada no aumento das necessidades em CP.

As atividades desenvolvidas tiveram por base os estágios de natureza profissional nas equipas de CP especializadas, duas ECSCP’s e uma EIHS CP.

5.1. Sessão de formação em serviço “A Esperança, uma abordagem de Enfermagem. Da avaliação à documentação.”

Ainda no decorrer do estágio profissional módulo I na EIHSCP foi realizada uma sessão de formação em serviço dirigida aos enfermeiros do serviço de CP intitulada “A Esperança, uma abordagem de Enfermagem. Da avaliação à documentação.”, cujos objetivos foram: sensibilizar a equipa de enfermagem do serviço de CP para a importância da avaliação, diagnóstico e documentação da esperança e apresentar e discutir com a equipa de enfermagem do serviço de CP o projeto de melhoria contínua “Contributos para a parametrização da Esperança nos sistemas de informação em Enfermagem”.

Participaram nesta sessão 11 formandos (10 enfermeiros da equipa do serviço de CP e uma enfermeira estudante do curso de mestrado em CP, de outra instituição de ensino, a realizar estágio na EIHSCP), estando também presente a orientadora científica do projeto e o enfermeiro gestor do serviço.

Nesta sessão clarificámos o conceito de esperança enquanto foco de atenção de Enfermagem, explorámos a importância da esperança em CP e sua inclusão na conceção de cuidados, refletimos sobre a importância da parametrização da esperança nos sistemas de informação em Enfermagem e, no fim, sintetizámos os principais aspetos abordados no decorrer da sessão, reformulando o projeto de melhoria contínua. Para tal foi usado o método expositivo e ativo com exposição dialogada e discussão em grupo. Os formandos através de discussão orientada para os seguintes tópicos - O que significa, para si, a esperança?; Na sua prática de cuidados, tem por hábito avaliá-la?; Que instrumentos, recursos, estratégias conhece para avaliar a esperança em contexto de saúde?; Conhece algum diagnóstico de Enfermagem relacionado com a Esperança? - foram convidados a participar ativamente de forma anónima através do preenchimento de notas autoadesivas, que posteriormente foram expostas e serviram de mote para a discussão em grupo.

Através desta sessão de formação foi possível retirar algumas conclusões e perceber a pertinência da implementação do projeto de melhoria contínua.

Com efeito, os enfermeiros atribuem diferentes significados à esperança, o que permitiu a autoconsciencialização acerca do mesmo e perceber a sua influência na prática clínica. Na sua atividade profissional referem avaliar a esperança ocasionalmente, dependendo das situações clínicas, mas estando atentos na comunicação com o doente “que muitas vezes nos “alerta” para o que é a sua esperança” (*sic*). Demonstram desconhecer o instrumento de avaliação do nível de esperança - HHI PT e o uso da entrevista semiestruturada na avaliação da esperança, referindo como estratégias o uso do diálogo e escuta ativa e como recurso a relação empática com a pessoa. Por fim, relacionado com o último tópico abordado, os diagnósticos de esperança, os enfermeiros revelam também lacunas no conhecimento, sendo que apenas um dos formandos identifica um diagnóstico de esperança, a falta de esperança.

Os tópicos relativos aos instrumentos, recursos e estratégias para avaliação do nível de esperança e aos diagnósticos de esperança revelaram défice de conhecimento, nas respostas dadas e nível de participação dos formandos. Neste último apenas 7/10 formandos participaram, sendo que três deles responderam desconhecer e apenas um refere conhecer o diagnóstico de Enfermagem 'Falta de esperança'.

Por último, nesta sessão foram distribuídos na equipa dois artigos científicos (Corn et al., 2020; Duggleby, 2001) para análise e reflexão sempre que considerarem tal oportuno na sua prática profissional. Um deles refere-se ao conceito de esperança e suas particularidades nos doentes em situação de fim de vida, à importância da avaliação da esperança e adoção de estratégias na sua promoção, sendo incorporada na conceção de cuidados de forma interdisciplinar (Duggleby, 2001). O outro analisa o conceito de esperança quanto à sua aplicabilidade à oncologia e demonstra a sua importância no potencial para alterar os resultados oncológicos em pessoas com cancro e na oportunidade de melhoria na qualidade de vida destas pessoas (Corn et al., 2020).

5.2. Revisão dos diagnósticos de esperança nas classificações e taxonomias do conhecimento em Enfermagem e sua comparação pela técnica do *cross-mapping*

A esperança é um conceito central na Enfermagem e está presente enquanto diagnóstico nas classificações e taxonomias de Enfermagem, tais como a Classificação para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e a taxonomia NANDA-I. Para Querido (2012), a esperança é inerente à vida humana e está intimamente associada às várias dimensões da nossa existência, na esfera pessoal, familiar, profissional e social, referindo-se habitualmente à expectativa positiva em relação ao futuro. A sua classificação pode ter um importante impacto na prática clínica dos enfermeiros. Neste estudo pretendemos identificar, comparar e correlacionar os diagnósticos de esperança presentes na CIPE® e NANDA-I. Como metodologia trata-se de um estudo descritivo, utilizando a técnica de *cross-mapping* para determinar equivalências semânticas entre a CIPE® (ICN, 2019) e NANDA-I (2021-2023).

Em primeiro lugar foram identificados os diagnósticos de esperança presentes na taxonomia NANDA-I (Herdman et al., 2012; Herdman et al., 2015; Herdman et al., 2018; Herdman et al., 2021; Herdman et al., 2024) e na CIPE® (ICN, 2016; ICN, 2019) ao longo dos últimos 10 anos. Relativamente à taxonomia NANDA-I foram analisadas as versões 2012-2014 (Herdman et al., 2012), 2015-2017 (Herdman et al., 2015), 2018-2020 (Herdman et al., 2018), 2021-2023 (Herdman et al., 2021) e 2024-2026 (Herdman et al., 2024). Os diagnósticos de esperança presentes nas diferentes versões encontram-se distribuídos no Quadro 6.

Quadro 6 - Diagnósticos de esperança presentes na NANDA-I.

NANDA-I	DIAGNÓSTICO
Versão 2012-2014	Desesperança (00124)
Versão 2015-2017	Desesperança (00124)
	Disposição para esperança melhorada (00185)
Versão 2018-2020	Desesperança (00124)
	Disposição para esperança melhorada (00185)
Versão 2021-2023	Desesperança (00124)
	Disposição para esperança melhorada (00185)
Versão 2024-2026	Desesperança é removido e considerado sintoma, estando representado como fator relacionado no diagnóstico Resiliência prejudicada (00210) e como característica definidora no <i>chronic inadequate self-esteem</i> (00483).

Fonte: Herdman et al., (2012); Herdman et al., (2015); Herdman et al., (2018); Herdman et al., (2021); Herdman et al., (2024).

Estes diagnósticos situam-se no domínio da autopercepção e classe do autoconceito.

O diagnóstico *Desesperança* foi aprovado em 1986 e revisto em 2017 e 2020, com um nível de evidência 2.1. Já o diagnóstico *Disposição para esperança melhorada* surge a partir da versão 2015-2017 e foi aprovado em 2006 e revisto em 2013 e 2020, com um nível de evidência 2.1 e 3.1 respetivamente. Na interpretação dos níveis de evidência dos diagnósticos é importante referir que subníveis mais elevados na classificação indicam diagnósticos com evidências mais robustas (Herdman et al., 2021), o que, analisando os níveis de evidência associados aos diagnósticos referidos anteriormente demonstra uma evolução positiva quanto à validade diagnóstica relativa à *Disposição para esperança melhorada*.

Relativamente à definição do diagnóstico *Desesperança*, este sofreu alterações após a revisão de 2020, clarificado no Quadro 7.

Quadro 7 – Evolução da definição do diagnóstico *Desesperança*.

NANDA-I	DESESPERANÇA – definição
Versões 2012-2014, 2015-2017 e 2018-2020	“Estado subjetivo no qual um indivíduo vê alternativas limitadas ou não vê alternativas ou escolhas pessoais disponíveis e é incapaz de mobilizar energias a seu favor.”
Versão 2021-2023	“Sentimento de que o indivíduo não vivenciará emoções positivas ou melhora na condição atual.”

Fonte: Herdman et al., (2012); Herdman et al., (2015); Herdman et al., (2018); Herdman et al., (2021).

O diagnóstico *Disposição para esperança melhorada* também sofre alterações na sua definição entre as revisões de 2013 e 2020, como podemos constatar no Quadro 8.

Quadro 8 – Evolução da definição do diagnóstico *Disposição para esperança melhorada*.

NANDA-I	DISPOSIÇÃO PARA ESPERANÇA MELHORADA – definição
Versões 2015-2017 e 2018-2020	“Padrão de expectativas e desejos para mobilizar energia em benefício próprio que pode ser melhorado.”
Versão 2021-2023	“Padrão de expectativas e desejos de mobilizar energias para alcançar resultados positivos, ou evitar uma situação potencialmente ameaçadora ou negativa, que pode ser fortalecido.”

Fonte: Herdman et al., (2015); Herdman et al., (2018); Herdman et al., (2021).

Por conseguinte, e à semelhança do que sucede com a definição do diagnóstico, também as características definidoras de ambos os diagnósticos e fatores relacionados ao diagnóstico *Desesperança* sofreram alterações de acordo com as revisões realizadas. Segundo a NANDA-I (Herdman et al., 2021), as características definidoras são manifestações de um diagnóstico, como por exemplo, os sinais e sintomas deste, e, quando presentes suportam a precisão do diagnóstico de Enfermagem. Por sua vez, os fatores relacionados também denominados fatores etiológicos, como o próprio nome indica, são antecedentes que demonstraram ter uma relação causa-efeito com a resposta humana. Por este motivo, as intervenções de Enfermagem devem ser planeadas, sempre que possível, no sentido de modificar estes fatores relacionados (Herdman et al., 2021). Assim, o Quadro 9 descreve, em síntese, a evolução das características definidoras e fatores relacionados ao diagnóstico *Desesperança*.

Quadro 9 - Evolução das características definidoras e fatores relacionados ao diagnóstico *Desesperança*.

DESESPERANÇA	NANDA-I versões 2015-2017 e 2018-2020	NANDA-I versão 2021-2023
Características definidoras	Afeto diminuído, alterações no padrão do sono, apetite diminuído, contacto visual insatisfatório, dá as costas a quem está falando, encolhe os ombros em resposta a quem está falando, envolvimento inadequado no cuidado, indicadores verbais de desânimo (p. ex., "não consigo", suspiros), iniciativa diminuída, passividade, resposta diminuída a estímulos, verbalização diminuída.	Anorexia, comportamentos de esquiva, comportamentos suicidas, demonstração afetiva diminuída, envolvimento inadequado com o autocuidado, expressa desânimo, expressa diminuição da esperança, expressa expectativas negativas sobre o futuro, expressa expectativas negativas sobre si mesmo, expressa motivação inadequada para o futuro, expressa senso de incompetência para atingir metas, expressa sentimento de incerteza no futuro, incapaz de imaginar a vida no futuro, iniciativa diminuída, passividade, relata ciclo sono-vigília alterado, resposta a estímulos diminuída, sintomas depressivos, subestima a ocorrência de eventos positivos, superestima a probabilidade de acontecimentos indesejáveis e verbalização diminuída.
Fatores relacionados	Deterioração da condição fisiológica, stresse crónico, história de abandono, isolamento social, perda de crença num poder espiritual, perda da crença em valores transcendentais, imobilidade prolongada.	Apoio social inadequado, baixa autoeficácia, stresse crónico, imobilidade prolongada, isolamento social, medo, perda de crença num poder espiritual, perda da crença em valores transcendentais, sintomas de doença grave não controlados, violência não abordada.

Fonte: Herdman et al., (2015); Herdman et al., (2018); Herdman et al., (2021).

O Quadro 10 descreve, em síntese, a evolução das características definidoras associadas ao diagnóstico *Disposição para esperança melhorada*.

Quadro 10 – Evolução das características definidoras e fatores relacionados ao diagnóstico *Disposição para esperança melhorada*.

DISPOSIÇÃO PARA ESPERANÇA MELHORADA	Características definidoras
NANDA-I versões 2015-2017 e 2018-2020 (Revisto em 2013, com nível de evidência 2.1)	Expressa desejo de melhorar a capacidade de estabelecer metas alcançáveis, expressa desejo de melhorar a coerência entre expectativas e metas, expressa desejo de melhorar a conexão com os outros, expressa desejo de melhorar a crença nas possibilidades, expressa desejo de melhorar a esperança, expressa desejo de aumentar a espiritualidade, expressa desejo de melhorar a resolução de problemas para alcançar metas, expressa desejo de melhorar o sentimento de sentido à vida.
NANDA-I Versão 2021-2023 (Revisto em 2013 e 2020, com nível de evidência 3.2)	Expressa desejo de melhorar a capacidade de estabelecer metas alcançáveis, expressa desejo de melhorar a coerência entre expectativas e metas, expressa desejo de melhorar a crença nas possibilidades, expressa desejo de aumentar a espiritualidade, expressa desejo de melhorar a força interior profunda, expressa desejo de melhorar a iniciativa, expressa desejo de melhorar a oferta e recebimento de amor, expressa desejo de melhorar a oferta e recebimento de cuidados, expressa desejo de melhorar a percepção de sentido da vida, expressa desejo de melhorar a resolução de problemas para alcançar metas, expressa desejo de melhorar o envolvimento com o autocuidado e expressa desejo de melhorar uma perspectiva de futuro positiva sobre a vida.

Fonte: Herdman et al., (2015); Herdman et al., (2018); Herdman et al., (2021).

Além destas alterações, na NANDA-I (Herdman et al., 2021) versão 2021-2023, referente ao diagnóstico *Desesperança* também são acrescentados as populações em risco e as condições associadas, representados no Quadro 11.

Quadro 11 – Populações em risco e condições associadas ao diagnóstico *Desesperança*.

DESESPERANÇA	NANDA-I 2021-2023
Populações em risco	Adolescentes, idosos, indivíduos com história de tentativas de suicídio, indivíduos com história de terem sido abandonados, indivíduos desabrigados, indivíduos desempregados, indivíduos desfavorecidos economicamente, indivíduos vivenciando infertilidade, indivíduos vivenciando perda significativa.
Condições associadas	Depressão, deterioração da condição fisiológica, doença crítica, doença terminal, neoplasias, transtornos alimentares, transtornos mentais.

Fonte: Herdman et al., (2021).

Já na CIPE®, proposta pelo *Internacional Council of Nurses* (ICN, 2016; ICN, 2019), o foco de

atenção Esperança pertence ao domínio da emoção e é definida por “sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia.” Como diagnóstico encontramos, atualmente, o diagnóstico *Falta de esperança* (10000742), definido como emoção negativa.

Após a identificação dos diagnósticos de esperança presentes nas taxonomias/ classificações de Enfermagem, seguem-se os Quadros 12 e 13 para a realização do *cross-mapping* dos diagnósticos *Desesperança*, *Falta de esperança* e *Disposição para esperança melhorada*. Estes quadros permitem de uma forma mais clara comparar os elementos-chave de cada diagnóstico, como o seu domínio, definição e critérios de diagnóstico.

No Quadro 12 apresentaremos os diagnósticos de esperança presentes na NANDA-I (2021-2023) (Herdman et al., (2021)) e CIPE® (ICN, 2019), seus domínios e classe.

Quadro 12 - Diagnósticos de esperança presentes na NANDA-I (2021-2023) e CIPE®.

NANDA-I (2021-2023)	CIPE®
Desesperança (00124) Sentimento de que o indivíduo não vivenciará emoções positivas ou melhora na condição atual. ²	Falta de esperança (10000742) Emoção negativa. ¹
Disposição para esperança melhorada (00185) Padrão de expectativas e desejos de mobilizar energias para alcançar resultados positivos, ou evitar uma situação potencialmente ameaçadora ou negativa, que pode ser fortalecido. ²	
Domínio da Autopercepção e classe do Autoconceito ²	<u>Domínio da Emoção</u> ¹

Fonte: 1) ICN (2019); 2) Herdman et al., (2021).

De seguida, no Quadro 13 apresentamos os critérios de diagnóstico de *Desesperança* e *Falta de esperança*.

Quadro 13 – Critérios de diagnóstico de *Desesperança* e *Falta de esperança*.

DIAGNÓSTICO	CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO
Desesperança	Anorexia; Comportamentos de esquiva; Comportamentos suicidas; Demonstração afetiva diminuída; Envolvimento inadequado com o autocuidado; Expressa desânimo; Expressa diminuição da esperança; Expressa expectativas negativas sobre o futuro; Expressa expectativas negativas sobre si mesmo; Expressa motivação inadequada para o futuro; Expressa senso de incompetência para atingir metas; Expressa sentimento de incerteza no futuro, incapaz de imaginar a vida no futuro; Iniciativa diminuída; Passividade; Relata ciclo sono-vigília alterado; Resposta a estímulos diminuída; Sintomas depressivos; Subestima a ocorrência de eventos positivos, superestima a probabilidade de acontecimentos indesejáveis; Verbalização diminuída. ²
Falta de esperança	Sentimento de: Não ter possibilidades; Não ter confiança nos outros e no futuro; Não ter entusiasmo pela vida; Não expressar razões para viver e de desejo de viver; Não ter paz interior; Falta de otimismo; Associada ao não traçar de objetivos nem mobilizar energia. ¹

Fonte: 1) ICN (2019); 2) Herdman et al., (2021).

Em conclusão: na CIPE® (ICN, 2019) o diagnóstico *Falta de esperança* é definido de forma muito redutora enquanto emoção negativa, sendo necessário recorrer à definição de esperança presente nesta classificação para perceber quais os potenciais critérios de diagnóstico associados, o que por si só exige cautela na prática clínica. Em contrapartida, na NANDA-I (Herdman et al., 2021) o diagnóstico *Desesperança* remete-nos para uma perspetiva de futuro de cariz multidimensional mais completa, algo congruente com a definição de esperança presente na evidência científica.

Nas correspondências entre os diferentes diagnósticos denota-se de forma clara a associação dos mesmos ao não estabelecimento de objetivos e metas para o futuro e mobilização de energia para a concretização dos mesmos.

5.3. Revisão narrativa sobre estudos de adaptação/ validação transcultural dos diagnósticos de esperança para o contexto português.

As revisões fornecem uma síntese da literatura publicada sobre um tema e descrevem o estado atual da arte. Classicamente, existem dois grandes tipos de revisões: as sistemáticas e as não sistemáticas (entre as quais se encontram as revisões narrativas). Ao contrário das revisões sistemáticas, que beneficiam de diversas diretrizes e protocolos rigorosos, as revisões narrativas não carecem destas e foram tradicionalmente usadas ao longo dos anos (Ferrari, 2015). Apesar disso, e com a evolução do estado da arte em diversos domínios, sabemos hoje que também as revisões narrativas, apesar do seu formato de pesquisa livre, podem ser melhoradas se recorrerem à metodologia das revisões sistemáticas, reduzindo assim o enviesamento na seleção de estudos para revisão e estabelecendo uma estratégia eficaz de

pesquisa bibliográfica (Ferrari, 2015).

As revisões narrativas servem, assim, como fontes de pesquisa rápida e atualizada para áreas específicas de interesse, podendo emergir destas lacunas na literatura existente e áreas que precisam de novas investigações primárias (Basheer, 2022). Assim, e devido à sua metodologia (ou falta desta), são revisões que não permitem a reprodução dos dados nem fornecem respostas sistematizadas e reprodutíveis para questões específicas (Rother, 2007). Ainda assim, é importante não descurar as diversas vantagens das revisões narrativas, nomeadamente a visão ampla e flexível que fornecem sobre um dado tema, a estimulação de novas ideias e a oportunidade de proporcionarem a discussão e a reflexão (Ferrari, 2015; Basheer, 2022). Considerando os objetivos do estágio de natureza profissional e do projeto de melhoria contínua não era, portanto, nossa pretensão realizar uma revisão sistemática da literatura, mas, antes, explorar o estado da arte nesta matéria, razão pela qual se optou – no tempo útil para a sua execução – por uma revisão narrativa. A revisão narrativa sobre estudos de adaptação/validação transcultural dos diagnósticos de esperança para o contexto português pretende dar resposta ao objetivo “explorar a adequação dos diagnósticos de Esperança ao contexto português, particularmente na área de atenção à pessoa em situação paliativa” delineado no presente projeto. Para tal foram mapeados os estudos de adaptação/validação transcultural dos diferentes diagnósticos de esperança para o contexto português.

Como critérios de inclusão foram considerados estudos publicados em inglês e português, com texto totalmente acessível e realizados no contexto português. Como se pretendia mapear os estudos de adaptação/validação transcultural dos diferentes diagnósticos de esperança para o contexto português não foi colocado nenhum limite temporal. Os critérios de exclusão foram os seguintes:

- Estudos de adaptação/validação transcultural de instrumentos de avaliação da esperança;
- Estudos sobre a esperança de enfermeiros ou outros profissionais de saúde, uma vez que o foco da pesquisa é centrado no doente e seu diagnóstico de esperança;
- Estudos cuja população não se encontre em situação paliativa.

Assim, entre 3 de janeiro e 26 de fevereiro de 2025, foi realizada uma pesquisa bibliográfica em oito bases de dados internacionais (PubMed; CINAHL Ultimate; MEDLINE Ultimate; MedicLatina; Academic Search Complete; eBook Nursing Collection; Psychology and Behavioral Sciences Collection e SciELO), e ainda em bases de dados portuguesas, incluindo o RCAAP (Open Access Portuguese Scientific Repository) e repositórios de três escolas de Enfermagem: Lisboa (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa—ESEL), Coimbra (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra—EEnfC) e Porto (Escola Superior de Enfermagem do Porto—ESEP) e, por fim, na base de dados *Google Scholar*.

Os termos de pesquisa utilizados incluíram vocabulário controlado e *free text*, nomeadamente

os termos “desesperança”, “diagnóstico de enfermagem”, “Portugal”, Portug*, hope*, nurs*, “esperança”, “hope”, “hopefulness”, “meaning of hope”, “hopelessness”, “hope diagnosis”, “health”, “portuguese”, “saúde”, “disposição para esperança melhorada” e “falta de esperança” de acordo com a base de dados utilizada.

Uma vez mais, estes critérios pretenderam imprimir rigor e transparência no processo de revisão, embora conscientes que não são reproduzíveis e apresentam limitações.

Desta pesquisa, resultaram 624 publicações que depois de triadas (por título, resumo e leitura completa) resultaram na leitura integral de 21 estudos (Anexo I). Desta análise, importa referir que apenas um dos estudos se reportava à validação de conteúdo das características definidoras do diagnóstico de Enfermagem desesperança, nos pais de crianças com cardiopatia congénita (Charepe et al., 2014). Estes autores, perante o estabelecimento de um plano de cuidados e subsequente avaliação da intervenção de Enfermagem, sentiram necessidade de especificar, nesta população em concreto, quais os aspetos particulares que definem a desesperança.

Na população em situação paliativa e no contexto português não foram encontrados outros estudos especificamente centrados na validação de conteúdo dos diagnósticos de esperança, o que inquieta a nossa procura por evidência de uma forma mais ampla e sistematizada. Apesar das limitações expressas e desta lacuna no conhecimento, observou-se, ainda assim, uma variedade de estudos realizados no contexto português no âmbito da esperança e como tal, apesar de não responderem totalmente ao objetivo desta revisão narrativa, decidimos destacar alguns, representados no Quadro 14, pela sua pertinência, tendo em conta a vivência de esperança no contexto português, sendo que alguns deles não se reportam a pessoas em situação paliativa.

Quadro 14 - Estudos analisados sobre a esperança no contexto português.

Autor (ano)	Título	População	Tipo de estudo	Objetivos
Querido (2005)	A Esperança em Cuidados Paliativos	11 doentes a realizar quimioterapia paliativa em diferentes períodos de tempo.	Qualitativo	Explorar o processo de manutenção da esperança para o doente oncológico de um hospital da região centro.
Charepe (2011)	O impacto dos grupos de ajuda mútua no desenvolvimento da esperança dos pais de crianças com doença crónica: construção de um modelo de intervenção colaborativa.	Pais de crianças com doença crónica e técnicos, na área de influência da ARS de Lisboa e Vale do Tejo.	Qualitativo	Explorar o impacto que a intervenção dos grupos de ajuda mútua tem no desenvolvimento da esperança dos pais e construir um modelo de intervenção que vise o desenvolvimento da esperança.
Charepe et al. (2011)	(Re)descoberta de esperança na família da criança com doença crónica através do genograma e ecomapa.	20 mães de crianças com doença crónica.	Qualitativo	Apresentar a utilização do genograma e ecomapa na identificação dos recursos de esperança.
Pinto et al. (2012)	A esperança da pessoa com cancro - estudo em contexto de quimioterapia	92 doentes oncológicos em quimioterapia.	Observacional, transversal, do tipo exploratório, descritivo-correlacional.	Analisar o índice de esperança de doentes submetidos a quimioterapia e compreender a influência de algumas variáveis sociodemográficas, clínicas e religiosas sobre o mesmo.
Querido (2013)	A Promoção da Esperança em fim de vida	205 doentes paliativos em diferentes contextos; 26 doentes paliativos.	Quantitativo, correlacional, transversal; Qualitativo.	Desenvolver e testar um programa de promoção de esperança para as pessoas com doença crónica avançada e progressiva.
Costa (2014)	Perceção da desesperança pelo doente paliativo em contexto domiciliário	7 doentes paliativos adultos no domicílio.	Qualitativo	Compreender a perceção do doente paliativo sobre a desesperança, em contexto domiciliário.
Querido et al. (2017)	A promoção da esperança como intervenção complexa de enfermagem: desenvolvimento e teste piloto do PPE	211 doentes com doença avançada, 7 familiares e 13 profissionais.	Triangulação de métodos – qualitativo, quantitativo correlacional e quantitativo-descritivo.	Descrever o processo de construção do Programa de Promoção da Esperança (PPE) seguindo as guidelines de desenvolvimento das intervenções complexas.
Laranjeira et al. (2022)	"Keeping the Light On": A Qualitative Study on Hope Perceptions at the End of Life in Portuguese Family Dyads	7 díades familiares portuguesas	Qualitativo	Explorar a vivência da esperança em díades formadas por doentes em fim de vida e seus familiares cuidadores.
Befecadu et al. (2024)	The experience of hope in dyads living with advanced chronic illness in Portugal: A longitudinal mixed-methods study	8 díades familiares (pessoa com doença crónica avançada e familiar cuidador)	Longitudinal misto	Explorar a experiência diádica da esperança e avaliar as variações de esperança e sintomatologia ao longo do tempo.
Querido e Laranjeira (2024)	Hope-Based Program for Portuguese Outpatients with Advanced Chronic Illness in a Community Setting: A Randomized Control Trial	56 doentes acompanhados em ambulatório de 2 hospitais de dia.	Ensaio clínico randomizado	Examinar a eficácia de um Programa de Promoção da Esperança (HPP) na melhoria da esperança, do conforto e da qualidade de vida em doentes adultos portugueses com doença crónica avançada e progressiva, em ambulatório.

Legenda: PPE/ hpp (Programa de promoção da esperança).

De seguida apresentaremos os estudos referidos no quadro anterior por subsecções, tendo em conta a temática desenvolvida e resultados obtidos.

I. Instrumentos de avaliação da esperança, dimensões da esperança e fatores relacionados

Em 2011, Charepe et al., num estudo sobre a esperança na família da criança com doença crónica, apresentam-nos o genograma de esperança e ecomapa de esperança como instrumentos importantes na avaliação dos recursos de esperança. Neste estudo foi possível verificar os componentes que estruturam a experiência de esperança nas suas várias dimensões, de acordo com o modelo de Dufault e Martocchio (1985), sendo elas: afetiva, cognitiva, comportamental, afiliativa, temporal e contextual. A esperança é vivenciada pelas mães na dimensão afetiva, quando estas se centram no seu processo emocional e de espera perante o prognóstico/ evolução da sintomatologia associada à doença dos seus filhos; na dimensão comportamental, pela orientação de objetivos/metapas para uma gestão mais adequada do tratamento/acompanhamento; na dimensão contextual, pelo modo como traduziram a espera perante o futuro e interpretam os padrões de interação de esperança com a família; na dimensão temporal, na narração das histórias de esperança e na respetiva expectativa associada, tendo em conta o vivido, o presente e o que esperam do futuro; na dimensão afiliativa, pela identificação, consciencialização dos seus atributos pessoais e recursos de esperança, e envolvimento destes nos relacionamentos com a família; e, por fim, na dimensão cognitiva, pela interpretação das suas memórias moralizantes centradas na esperança e no desejo de um futuro melhor (Charepe et al., 2011). Relativamente aos recursos de esperança, surgem como tal as crenças e as práticas religiosas, o que salienta a importância da religião nas famílias apresentadas nos genogramas de esperança (Charepe et al., 2011).

Ainda relativamente às dimensões de esperança, Charepe (2011), na sua tese de doutoramento, estabelece uma relação entre estas e três domínios, sendo eles: fatores promotores da esperança (orientação para a vida e/ou futuro, união com os outros, confiança, e objetos de esperança), esperança enquanto fator de resiliência (transformação pessoal positiva, fatores psicológicos positivos, recursos na rede social) e por fim, fatores de ameaça à esperança (preocupação sobre o futuro, questionamento contínuo, alteração nas dimensões da vida familiar, futuro inesperado).

Nos estudos de Pinto et al. (2012) e Querido (2013), as autoras avaliaram a esperança através da versão portuguesa do índice de Esperança de Herth, um instrumento de natureza unidimensional, constituído por nove questões organizadas numa escala tipo likert.

II. Barreiras e facilitadores da esperança

A desesperança foi estudada em 2014 por Costa, na sua tese de mestrado em CP intitulada "Perceção da desesperança pelo doente paliativo em contexto domiciliário". Esta refere que a maioria dos doentes paliativos entrevistados, não tem esperança por possuírem uma doença

avançada, progressiva e incurável e, como causas para a desesperança, salienta a deterioração física, a presença de emoções/sentimentos negativos, as alterações psicológicas, a dor intensa, a idade avançada e as alterações comunicacionais. Quanto às estratégias adotadas para preservar a esperança a autora conclui que a manutenção das atividades de lazer e os pensamentos positivos são exemplos do mesmo, particularizando o papel importante dos enfermeiros na manutenção da esperança ao facilitarem a exteriorização de sentimentos/emoções. Relativamente às preocupações manifestadas, temos: deixar os filhos, não deixar recursos financeiros, abandono do trabalho pela filha e falta de resignação dos filhos à sua condição de saúde. Também ficou demonstrado no estudo o sentimento de culpa e medo no após a morte (Costa, 2014).

Em 2012, Pinto et al., com o objetivo de analisar o índice de esperança de uma amostra de doentes submetidos a quimioterapia e compreender a influência de algumas variáveis sociodemográficas, clínicas e religiosas sobre o mesmo, elaboram um estudo onde concluem que a esperança dos doentes submetidos a quimioterapia parece diminuir com o avançar do tempo e que a informação adequada às necessidades da pessoa e objetivos realistas são promotores de esperança e ajudam a pessoa a restaurar o sentido da vida (Pinto et al., 2012). O primeiro resultado referente à diminuição da esperança ao longo do tempo vem reforçar mais uma vez, a necessidade de esta ser sustentada e promovida continuamente e contraria claramente a evidência da realidade nos outros países e o defendido por Kubler-Ross (1969), de que a esperança persiste ao longo de toda a trajetória e estádios de doença.

Num outro estudo com díades familiares portuguesas, Laranjeira et al. (2022) deparam-se também com barreiras e facilitadores na promoção da esperança. Como barreiras, os autores descrevem as limitações impostas pela doença, sentimentos de angústia e desamparo e comunicação deficitária com os profissionais de saúde. Por sua vez, os facilitadores foram o suporte social, pensamento positivo e senso de humor, conexão com a natureza, fé na religião e ciência, e por fim senso de compaixão para com o outro e altruísmo. Concluem que dado a multidimensionalidade da esperança, o maior desafio sentido pelas díades familiares é olhar para além da doença, o que por si só desafia as equipas de CP a apoiar e promover a esperança realista, ajudando as famílias na preparação para a morte, no contexto de cancro avançado (Laranjeira et al., 2022).

III. Vivência da esperança em díades familiares

Outro estudo, também muito interessante, teve por objetivo explorar como a esperança é vivenciada em díades formadas por doentes em fim de vida e seus familiares cuidadores (Laranjeira et al., 2022). Neste estudo, a esperança é reconhecida através de realizações pessoais de curto prazo, que dão propósito à vida e um senso positivo de si mesmo. Estas metas variam entre passar o dia com menos sintomas e manter a autonomia. A definição destas

pequenas metas ajudou as díades familiares a aprenderem a viver “um dia de cada vez”. As díades familiares descrevem a esperança como algo vivo, ativo e acima de tudo, uma escolha pessoal. A força de esperança estava relacionada com expectativas positivas sobre o futuro e a esperança mais que uma emoção de bem-estar. Na perspetiva familiar, a esperança era a possibilidade desejada, que requer um esforço constante para se manter (Larangeira et al., 2022).

Em 2024, num outro estudo realizado por Befecadu et al. também foram analisadas díades familiares (pessoa com doença crónica avançada e familiar cuidador), no qual os construtos de esperança que emergiram foram “Viver um dia de cada vez”, “Ter força/força interior” e “Manter boa saúde”. Os autores concluem que: a esperança tem uma presença constante mesmo diante da adversidade e que os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, têm um papel fundamental na promoção da esperança destas díades que vivem com doenças crónicas avançadas; as entrevistas diádicas são um instrumento útil na promoção de um espaço seguro de partilha de experiências; e mais pesquisas são necessárias em intervenções baseadas na esperança nos doentes não oncológicos (Befecadu et al., 2024).

IV. Modelo de Manutenção da Esperança e Programa de Promoção de Esperança

Por fim, e não menosprezando a investigação desenvolvida por outros investigadores, também em contexto português, importa abordar o trabalho desenvolvido por Querido ao longo dos anos em Portugal sobre a esperança. Primeiro com a criação do Modelo de Manutenção da Esperança que caracteriza este processo na perspetiva dos doentes portugueses (Querido, 2005). Neste modelo, face à doença crónica avançada e progressiva, as pessoas vivem um dia de cada vez, assente na perceção individual da esperança tendo a morte como limite presente, numa linha temporal dirigida ao futuro e à realização de objetivos. Trata-se de um processo dinâmico e ondulante, onde a esperança é vivida em altos e baixos, mediada por fatores promotores e inibidores. Na manutenção da esperança, as pessoas são positivas e vivem o momento na tentativa de transcender a situação atual e gerir a ameaça da doença terminal; reconhecem, aceitam e relativizam o sofrimento, fazendo a revisão da vida; experimentam várias emoções, por vezes contraditórias, mas persistem e resistem no intuito de concretizar objetivos, incluindo os sonhos de cura (Querido, 2005).

Posteriormente, em 2013, Querido, na sua tese de doutoramento intitulada “A promoção da esperança em fim de vida” verifica a existência de correlações positivas entre a esperança, conforto e qualidade de vida e que as pessoas com doença crónica avançada e progressiva evidenciam bons níveis destas variáveis, em particular, níveis elevados de esperança, independentemente do curso e tempo de doença. Conclui que a esperança está mais correlacionada com o estado de tranquilidade, com a qualidade de vida total e o bem-estar existencial do que o estado de alívio da pessoa. Estes resultados remete-nos para a importância

da confiança, das relações com a família, do apoio social e dos aspetos espirituais na promoção da esperança em pessoas com doença terminal. Um dado também importante é a relação estabelecida entre a dependência no autocuidado e o nível de esperança, sendo esta mais elevada nas pessoas que conseguem manter a sua atividade normal (Querido, 2013).

Para além destes achados, Querido desenvolveu um PPE, que se resume a um programa de intervenção em Enfermagem, desenhado a partir do Modelo de Manutenção da Esperança desenvolvido em 2005 (Querido, 2005), com um componente cognitivo/comportamental, espiritual e psico-educacional. Este programa integra intervenções combinadas e especificamente organizadas para serem implementadas pelo enfermeiro, tendo por objetivo, a promoção da esperança e melhoria no conforto e qualidade de vida das pessoas. Após a implementação deste programa, conclui que é do agrado dos participantes, capaz de promover a esperança e com implicações positivas no processo experiencial, relacional, espiritual e racional (Querido, 2013). Em 2017, seguindo as guidelines de desenvolvimento das intervenções complexas, um estudo comprova que este programa cumpre as características de intervenções complexas de Enfermagem, integrando intervenções e atividades definidas consoante a CIPE® (Querido et al., 2017).

Por fim, em 2023, Querido e Laranjeira (Querido & Laranjeira, 2023), através de um ensaio clínico randomizado realizado com adultos portugueses com doença crónica avançada e progressiva seguidos em ambulatório, concluem que um Programa de Promoção da Esperança de apoio psicossocial pode ser uma intervenção eficaz para aumentar a esperança e melhorar o conforto e a qualidade de vida entre pessoas em situação paliativa, o que reforça o concluído por Querido em 2013 (Querido, 2013).

Como referido anteriormente, não foram incluídos estudos na presente revisão narrativa sobre estudos de adaptação/ validação transcultural dos diagnósticos de esperança para o contexto português, pois não deram resposta ao objetivo “explorar a adequação dos diagnósticos de Esperança ao contexto português, particularmente na área de atenção à pessoa em situação paliativa” delineado no presente projeto. Contudo é de salientar o interesse demonstrado por Charepe et al. (2014) na realização de validação de conteúdo das características definidoras do diagnóstico de Enfermagem desesperança nos pais de crianças com cardiopatia congénita.

Não obstante o referido anteriormente, no contexto português e particularmente na área de atenção à pessoa em situação paliativa, os investigadores têm dado importância a esta temática relativamente à criação de modelos de manutenção da esperança, análise da vivência da esperança, suas barreiras e facilitadores. É também interessante verificar a importância que é atribuída à vivência da esperança em díades formadas por doentes em fim de vida e seus familiares cuidadores, o que denota o cuidado e importância atribuída à família- doente enquanto unidade de cuidado, tão importante em CP.

Em suma, a realização da revisão narrativa foi útil para perceber lacunas no conhecimento e

compreender o trabalho desenvolvido no âmbito da esperança no contexto português.

5.4. Sessão de formação em serviço: “A ESPERANÇA, uma abordagem de Enfermagem. Do diagnóstico à documentação.”

No seguimento da primeira sessão realizada no decorrer do estágio profissional módulo I na EIHS CP, surge esta segunda sessão realizada durante o estágio profissional módulo II também na EIHS CP. Foi também dirigida aos enfermeiros do serviço de CP e teve como tema “A Esperança, uma abordagem de Enfermagem. Do diagnóstico à documentação.”. Esta atividade incluída no projeto de melhoria contínua teve por objetivos: sensibilizar a equipa de enfermagem do serviço de CP para a importância da avaliação, diagnóstico e documentação da esperança e apresentar e discutir com a equipa de enfermagem os resultados do projeto de melhoria contínua "Contributos para a parametrização da Esperança nos sistemas de informação em Enfermagem ". Estiveram presentes enquanto formandos enfermeiros da equipa do serviço de CP.

Nesta sessão e relacionando com a sessão anterior, foram abordados os seguintes conteúdos, tendo por base evidência científica disponível:

1. As perceções de esperança (Vélic et al., 2023) e seus atributos (Johnson, 2007) na ótica dos doentes em CP;
2. As definições de esperança segundo a CIPE® (ICN, 2019) e Querido (2013);
3. A distinção entre otimismo (Antunes et al, 2023; Finkelstein et al., 2021; Gallagher et al., 2020), esperança (Antunes et al, 2023) e resiliência (Almeida, 2016);
4. Os indicadores de esperança internos (Baczewska et al., 2022; Vélic et al., 2023), externos (Laranjeira et al., 2022; Velic et al., 2023) e transcendentais (Beng et al., 2022; Laranjeira et al., 2022);
5. Os diagnósticos de esperança presentes na CIPE® (ICN, 2019) e NANDA-I (Herdman et al, 2021) e suas definições, domínios e classes;
6. As características definidoras dos diagnósticos desesperança e disposição para esperança melhorada (Herdman et al, 2021);
7. A distinção entre os diagnósticos/conceitos angústia espiritual, desesperança e humor deprimido/depressão (Martins et al., 2024);
8. A importância da esperança (Antunes et al., 2023);
9. As barreiras e facilitadores da esperança (Laranjeira et al., 2022);
10. Os instrumentos validados para a população portuguesa (Marques et al., 2016; Viana, 2010), recursos e estratégias para avaliação do nível de esperança (Querido, 2018).

Os formandos durante a apresentação foram convidados a discutir em grupo a aplicabilidade das estratégias/recursos/instrumentos de avaliação da esperança na sua prática clínica, refletir sobre critérios de diagnósticos necessários para diagnosticar desesperança/falta de esperança/disposição para esperança melhorada em casos clínicos reais e por fim refletir sobre

a distinção entre os conceitos de otimismo, resiliência e esperança e sua correlação, e entre os diagnósticos/conceitos angústia espiritual, desesperança e humor deprimido/depressão.

Tratou-se de uma sessão bem aceite pela equipa e com sucesso na concretização dos objetivos propostos, uma vez que os enfermeiros perceberam a pertinência e aplicabilidade da avaliação e diagnóstico da esperança na sua prática clínica. Com isto, foi possível também fomentar o trabalho em equipa no sentido de explorar e discutir em grupo, como seria possível integrar os diagnósticos de Enfermagem relacionados com o foco esperança no SClinico®.

No fim da sessão foi disponibilizado à equipa a apresentação para posterior consulta se necessário, e os instrumentos de avaliação do nível de esperança - HHI-PT e *Herth Hope Index* Cuidadores em formato de papel plastificado para uso na prática clínica.

5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O presente relatório teve por objetivo descrever e analisar de forma crítico-reflexiva as competências comuns e específicas desenvolvidas durante o estágio de natureza profissional, tendo como especial foco a esperança da pessoa em situação paliativa. Ora, durante os estágios de natureza profissional, tivemos oportunidade de aprimorar as competências comuns do enfermeiro especialista e desenvolver competências específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa. Tal foi possível através do conhecimento adquirido ao longo deste percurso académico, da prática clínica em duas ECSCP's e numa EIHSCP, onde incluímos a realização do projeto de melhoria contínua intitulado "Contributos para a parametrização da esperança nos sistemas de informação em Enfermagem", a elaboração de planos individualizados de cuidados, e autoavaliação crítico-reflexiva constante do desempenho e evolução enquanto estudante. Tratou-se de um processo dinâmico, desafiante, mas muito gratificante. Foram momentos e experiências únicas de aprendizagem e de partilha, partilha essa com as equipas de saúde, com os doentes e seus familiares cuidadores, mas também com os professores que nos acompanharam ao longo deste mestrado.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa tem como competências específicas conceber, implementar e avaliar os planos individualizados e integrados de cuidados, numa abordagem abrangente, compreensiva e holística da pessoa. Assim, a elaboração de diagnósticos de Enfermagem tendo em conta, entre outras, as necessidades espirituais da pessoa doente, e o reconhecimento das suas expectativas e preferências em relação ao processo de fim de vida, são competências fundamentais na atenção personalizada da Pessoa, considerando a diversidade individual, cultural e espiritual de cada pessoa e família.

Assim, na prática profissional é importante considerar o acompanhamento/cuidado espiritual e avaliar a esperança enquanto necessidade espiritual, contribuindo para tal a sua integração na conceção de cuidados. Neste sentido foi pertinente a implementação do projeto de melhoria contínua "Contributos para a parametrização da esperança nos sistemas de informação em Enfermagem", sobretudo se considerarmos que nas atuais classificações e taxonomias do conhecimento em Enfermagem existem diferenças entre os diagnósticos de esperança que não são meramente conceptuais. Não obstante, também o foco de atenção "esperança" não se encontra devidamente parametrizado nos sistemas de informação institucionais, não permitindo a sua documentação de forma uniformizada. Face ao exposto, os enfermeiros - nomeadamente os que integram as equipas e serviços de CP - demonstraram lacunas no conhecimento e

dificuldades em avaliar, diagnosticar e promover a esperança na prática de cuidados.

Neste contexto, foi possível - através do projeto - sensibilizar os enfermeiros da EIHS CP, UCP e consulta externa de CP na qual decorreu o estágio de natureza profissional acerca da importância da parametrização dos diagnósticos de esperança nos sistemas de informação de apoio à prática de Enfermagem, mapear os diagnósticos de esperança documentados nas classificações e taxonomias do conhecimento em Enfermagem, explorar a adequação dos diagnósticos de esperança ao contexto português, particularmente na área de atenção à pessoa em situação paliativa, e desenvolver a parametrização dos diagnósticos de esperança nos sistemas de informação de apoio à prática de Enfermagem.

Apesar das sessões de formação planeadas no projeto de melhoria contínua não terem sido realizadas nas ECSCP's, dado tratarem-se de sessões com uma continuidade formativa e a primeira ter sido realizada em contexto de estágio na EIHS CP, podemos afirmar que os objetivos propostos na realização deste relatório e aqueles delineados no projeto de melhoria contínua foram concretizados, tendo sido inclusive possível estender estas sessões ao serviço de CP, onde estão integradas a UCP e consulta externa de CP, além da EIHS CP.

Ao longo deste mestrado, foi possível conhecer e compreender a importância dos CP e reconhecer o longo caminho que em Portugal, quer os cidadãos, quer os profissionais de saúde, têm ainda a percorrer no sentido de proporcionar às pessoas doentes em situação paliativa e aos seus familiares cuidadores, CP especializados acessíveis e de qualidade. Qualidade essa que vai além do alívio do sofrimento físico da pessoa, sendo necessário integrar no cuidado também os aspetos emocionais, sociais, culturais e espirituais das pessoas.

Espera-se que este relatório reflita o nosso percurso académico de desenvolvimento de competências comuns e específicas e contribua para sensibilizar e consciencializar sobre a importância do cuidado espiritual e da esperança em CP, evidenciando a intervenção crucial do enfermeiro nesta área, de forma competente e especializada.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agar, M., Currow, D., Plummer, J., Seidel, R., Carnahan, R., & Abernethy, A. P. (2009). Changes in anticholinergic load from regular prescribed medications in palliative care as death approaches. *Palliative Medicine*, 23(3), 257-265. <https://doi.org/10.1177/0269216309102528>
- Ali, M., Capel, M., Jones, G., & Gazi, T. (2019). The importance of identifying preferred place of death. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 9(1), 84-91. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2015-000878>
- Almeida, R. F. G. (2016). A Resiliência e a Sintomatologia Psicopatológica numa Amostra da População Geral Portuguesa (Tese de mestrado, Universidade de Lisboa). Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/25102>
- Amaral, J. M. B. (2024). A Esperança da Pessoa em Situação Paliativa: Contributos para uma Avaliação Sistematizada, Projeto de Desenvolvimento de Competências Clínicas Comuns e Especializadas na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório da Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/52566>
- Amaro, M. P. P. (2019). Planeamento avançado de cuidados e práticas de tomada de decisão no doente com DPOC [Universidade Católica Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.14/28757>
- Antunes, M., Laranjeira, C., Querido, A., & Charepe, Z. (2023). "What do we know about hope in nursing care?": A synthesis of concept analysis studies. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(20), 2739. <https://doi.org/10.3390/healthcare11202739>
- Araújo, A. R., Almeida, P. & Gonçalves, F. (2021). Obstipação. In E. Freire, *Guia prático de controlo sintomático* (2ª ed.) (pp.65-72). <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>
- Araújo, M. M. T., & da Silva, M. J. P. (2007). A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: favorecendo a alegria e o optimismo. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 41(4), 668-674. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342007000400018>
- Baczewska, B., Block, B., Janiszewska, M., Leśniewski, K., & Zwolak, A. (2022). Assessment of mood and hope in critically-ill patients as a basis for the improvement for the palliative and hospice care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 9987. <https://doi.org/10.3390/ijerph19169987>
- Baldaia, M. C. M. (2023). Referenciação em Cuidados Paliativos: Barreiras à Referenciação pelos Profissionais de Saúde - SCOPING REVIEW. Faculdade de medicina da universidade do porto.
- Bárbara, C., Rodrigues, F., Dias, H., Cardoso, J., Almeida, J., Matos, M. J., Simão, P., Santos, M., Ferreira, J. R., Gaspar, M., Gnatiuc, L., & Burney, P. (2013). Prevalência da doença pulmonar obstrutiva crónica em Lisboa, Portugal: estudo Burden of Obstructive Lung Disease. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 19(3), 96-105. <https://doi.org/10.1016/j.rppneu.2012.11.004>
- Barbosa, A., Pina, P. R., Tavares, F. & Neto, I. G. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos* (3.ª Edição). Núcleo de Cuidados Paliativos: Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Barros, R. (2023). Diagnóstico e Avaliação Inicial. In *Roteiro de Cuidados na DPOC*. Springer Health Communications.
- Basheer, A. (2022). The art and science of writing narrative reviews. *International Journal of Advanced Medical and Health Research*, 9(2), 124-126. https://doi.org/10.4103/ijamr.ijamr_234_22
- Bausewein, C., Booth, S., Gysels, M., & Higginson, I. J. (2013). Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases. *The Cochrane Library*, 2020(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd005623.pub3>
- Bausewein, C., Farquhar, M., Booth, S., Gysels, M., & Higginson, I. J. (2007). Measurement of breathlessness in advanced disease: A systematic review. *Respiratory Medicine*, 101(3), 399-410. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2006.07.003>
- Becqué, Y. N., Rietjens, J. A. C., van Driel, A. G., van der Heide, A., & Witkamp, E. (2019). Nursing interventions to support family caregivers in end-of-life care at home: A systematic narrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 97, 28-39. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.04.011>

- Befecadu, F. B. P., Gonçalves, M., Fernandes, C., Laranjeira, C., Dos Anjos Dixe, M., Querido, A., Pautex, S., Larkin, P. J., & Da Rocha Rodrigues, G. (2024). The experience of hope in dyads living with advanced chronic illness in Portugal: a longitudinal mixed-methods study. *BMC Palliative Care*, 23(1), 207. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01528-x>
- Beng, T. S., Xin, C. A., Ying, Y. K., Khuen, L. P., Yee, A., Zainuddin, S. I., Chin, L. E., & Loong, L. C. (2022). Hope in palliative care: A thematic analysis. *Journal of Palliative Care*, 37(2), 177-182. <https://doi.org/10.1177/0825859720948976>
- Benzein, E., Norberg, A., & Saveman, B.-I. (2001). The meaning of the lived experience of hope in patients with cancer in palliative home care. *Palliative Medicine*, 15(2), 117-126. <https://doi.org/10.1191/026921601675617254>
- Bijnsdorp, F. M., Pasman, H. R. W., Boot, C. R. L., van Hooft, S. M., van Staa, A., & Francke, A. L. (2020). Profiles of family caregivers of patients at the end of life at home: a Q-methodological study into family caregiver' support needs. *BMC Palliative Care*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00560-x>
- Booth, S., Anderson, H., Swannick, M., Wade, R., Kite, S., & Johnson, M. (2004). The use of oxygen in the palliation of breathlessness. A report of the expert working group of the scientific committee of the association of palliative medicine. *Respiratory Medicine*, 98(1), 66-77. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2003.08.008>
- Botelho, L. A. S. (2012). Doença pulmonar obstrutiva crónica e sono: impacto na qualidade de vida. https://sigarra.up.pt/fep/en/pub_geral.show_file?pi_doc_id=15971
- Bowers, B., & Wilson, E. (2023). Managing medication at the end of life: supporting family carers. *British journal of community nursing*, 28(1), 34-36. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2023.28.1.34>
- Braço Forte, C., & Sousa, S. (2017). End of life in COPD patients: time for a change. *Breathe (Sheffield, England)*, 13(4), e84-e86. <https://doi.org/10.1183/20734735.013617>
- Broese, J. M. C., van der Kleij, R. M. J. J., Verschuur, E. M. L., Kerstjens, H. A. M., Engels, Y., & Chavannes, N. H. (2021). Provision of palliative care in patients with COPD: A survey among pulmonologists and general practitioners. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 16, 783-794. <https://doi.org/10.2147/COPD.S293241>
- Cabaço, S. R., Caldeira, S., Vieira, M., & Rodgers, B. (2018). Spiritual coping: A focus of new nursing diagnoses. *International Journal of Nursing Knowledge*, 29(3), 156-164. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12171>
- Cai, J., Zhang, L., Guerriere, D., & Coyte, P. C. (2020). Congruence between preferred and actual place of death for those in receipt of home-based palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 23(11), 1460-1467. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0582>
- Caldeira, S., & Timmins, F. (2017). Implementing spiritual care interventions. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 31 (34), 54-60. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10313>
- Caldeira, S., Pinto, S., & Capelas, M. L. (2017). Implementing spiritual care at the end of life: Portugal. *European Journal of Palliative Care*, 24(4), 175-176.
- Calisto, R., & Furtado, I. (2023). Tratamento da Doença Avançada. In *Roteiro de Cuidados na DPOC*. Springer Health Care.
- Capelas, M. L. (2016). *Cobertura das necessidades*. Universidade Católica Portuguesa. <https://fcse.lisboa.ucp.pt/system/files/assets/files/cobertura-de-necessidades.pdf>
- Capelas, M. L., Simões, A. S. A. W. F., Teves, C. F. T. M., Durão, S. A. P., Coelho, S. P. F., da Silva, S. C. F. S., Silva, A. E., & Afonso, T. dos S. (2018). Indicadores de Qualidade Prioritários para os Serviços de Cuidados Paliativos em Portugal. <https://doi.org/10.34632/CADERNOSDESAUDE.2018.7245>
- Carneiro, R. (2017). Sintomas cutâneos e das mucosas. In E. Freire (Ed.), *Guia prático de controlo sintomático* (pp. 141 - 145). <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>
- Carneiro, R., Simões, C., & Carneiro, A. H. (2019). Plano Individual e Integrado de Cuidados Como Objetivo da Relação Clínica. *Medicina interna*, 26(2), 147-152. <https://doi.org/10.24950/rspmipv/284/18/2/2019>
- Carvalho, M.I. (Coord.) (2022). Estudo sobre o Perfil do Cuidador Familiar/Informal da Pessoa Sénior em Portugal. ISCSP-ULisboa, CAPP/ ISCSP-ULisboa, Fundação Aga Khan, Johnson & Johnson Foundation.
- Cavaco, V. S. J., José, H. M. G., Louro, S. P. dos R. L. P., Ludgero, A. F. A., Martins, A. F. M., & Santos, M. C. G. dos. (2010). Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? - Revisão Sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*, 11(12), 93-103. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239959008>
- Cella, D., Lai, J.-S., Chang, C.-H., Peterman, A., & Slavin, M. (2002). Fatigue in cancer patients compared with fatigue in the general United States population. *Cancer*, 94(2), 528-538. <https://doi.org/10.1002/cncr.10245>
- Celli, B., Fabbri, L., Criner, G., Martinez, F. J., Mannino, D., Vogelmeier, C., Montes de Oca, M., Papi, A., Sin, D. D., Han, M. K., & Agustí, A. (2022). Definition and Nomenclature of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Time for Its

- Revision. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 206(11), 1317-1325. <https://doi.org/10.1164/rccm.202204-0671pp>
- Chandran, V., Bhella, S., Schentag, C., & Gladman, D. D. (2007). Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue Scale is valid in patients with psoriatic arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 66(7), 936-939. <https://doi.org/10.1136/ard.2006.065763>
- Chapman, E. J., Martino, E. D., Edwards, Z., Black, K., Maddocks, M., & Bennett, M. I. (2022). Practice review: Evidence-based and effective management of fatigue in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 36(1), 7-14. <https://doi.org/10.1177/02692163211046754>
- Charepe, Z. B. (2011). O impacto dos grupos de ajuda mútua no desenvolvimento da esperança dos pais de crianças com doença crónica: construção de um modelo de intervenção colaborativa. (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.14/7328>
- Charepe, Z. B., Figueiredo, M. H. de J. S., Vieira, M. M. da S., & Afonso Neto, L. M. V. (2011). (Re) descoberta de esperança na família da criança com doença crónica através do genograma e ecomapa. *Texto & contexto enfermagem*, 20(2), 349-358. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072011000200018>
- Charepe, Z., Querido, A., & Vieira, M. (2014, setembro). Validação de Conteúdo das Características Definidoras do Diagnóstico de Enfermagem Desesperança nos Pais de Crianças com Cardiopatia Congénita [Paper conference]. International Conference on Nursing Knowledge, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.
- Chin, C., & Booth, S. (2016). Managing breathlessness: a palliative care approach. *Postgraduate Medical Journal*, 92(1089), 393-400. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2015-133578>
- Cipriano, P., Monteiro, N. F., Silva, S. V. & Freire, E. (2021). Dispneia. In E. Freire, *Guia prático de controlo sintomático* (2ª ed.) (pp.35-41). <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>
- Clímaco, D. C. S., Lustosa, T. C., Silva, M. V. F. P., Lins-Filho, O. L., Rodrigues, V. K., Oliveira-Neto, L. A., Feitosa, A. D. M. F., Queiroga, F. J. P., Cabral, M. M., & Pedrosa, R. P. (2022). Sleep quality in COPD patients: correlation with disease severity and health status. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 48(3), e20210340-e20210340. <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20210340>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2022). *Relatório de implementação do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Biénio 2021-2022*. https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/Relatorio-PEDCP-2021-2022_signed-2.pdf
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2023). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal Continental Biénio 2023-2024*. https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP-2023_2024_signed.pdf
- Corn, B. W., Feldman, D. B., & Wexler, I. (2020). The science of hope. *The Lancet Oncology*, 21(9), e452-e459. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30210-2](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30210-2)
- Costa, T. S. C. (2014). Perceção da desesperança pelo doente paliativo em contexto domiciliário (Tese de mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1191>
- Cruz, Â., Oliveira, C., & Capelas, M. L. (2017). Instrumentos de avaliação da astenia /fadiga em Cuidados Paliativos: Revisão Sistemática da Literatura. *cuidados paliativos*, 4(1), 16-28.
- Dameron, C. M. (2014). When Hope is Lost: Part 1. *Journal of Christian Nursing: A Quarterly Publication of Nurses Christian Fellowship*, 31(3), 145-146. <https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000085>
- Dean, A. (2019). The holistic management of fatigue within palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 25(8), 368-376. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2019.25.8.368>
- Decreto-Lei n.º 52/2022 da Assembleia da República. (2022). Diário da República: I série, n.º 150. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2022-187129978>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Disler, R. T., Currow, D. C., Phillips, J. L., Smith, T., Johnson, M. J., & Davidson, P. M. (2012). Interventions to support a palliative care approach in patients with chronic obstructive pulmonary disease: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 49(11), 1443-1458. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.02.004>
- Duarte, J. F. C. (2022). Abordagem da dispneia no doente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica em Cuidados Paliativos – a scoping review. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Dufault, K., & Martocchio, B. C. (1985). Hope: Its spheres and dimensions. *The Nursing Clinics of North America*, 20(2),

379-391. [https://doi.org/10.1016/s0029-6465\(22\)00328-0](https://doi.org/10.1016/s0029-6465(22)00328-0)

Duggleby, W. (2001). Hope at the end of life. *Journal of hospice and palliative nursing: JHPN: the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 3(2), 51-64. <https://doi.org/10.1097/00129191-200103020-00003>

Escandóna, V. C., Monsalve, L. A. M., Sarmiento, N. S. C., & Mahecha, A. L. O. (2022). Grupo de síntomas de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cuidados paliativos: una revisión sistemática. *Investigación en Enfermería Imagen y Desarrollo*. <https://doi.org/10.11144/javeriana.ie24.gsep>

Esperandio, M., & Leget, C. (2020). Espiritualidade em cuidados paliativos: questão de saúde pública? *Revista Bioética*, 28(3). https://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/2242

Faria, A. C. (2009). DPOC - hipoxemia noturna e os distúrbios do sono. *Pulmão RJ- Atualizações Temáticas*, 1(1).

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

Fernandes, S. R. de C. (2019). Diagnóstico e Tratamento Precoce da DPOC Contributos da Enfermagem de Reabilitação. Instituto Politécnico de Viana de Castelo.

Ferrari, R. (2015). Writing narrative style literature reviews. *Medical Writing*, 24(4), 230-235. <https://doi.org/10.1179/2047480615z.000000000329>

Ferrell, B. R., Ruel, N., Borneman, T., Koczywas, M., & Cristea, M. C. (2022). Family Caregiver Preparedness: Developing an Educational Intervention for Symptom Management. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 26(2), 165-175. <https://doi.org/10.1188/22.CJON.165-175>

Fink, J. (2005). The power of low-tech nursing. *RN*, 68(6), 43-45.

Finkelstein, E. A., Baid, D., Cheung, Y. B., Schweitzer, M. E., Malhotra, C., Volpp, K., Kanesvaran, R., Lee, L. H., Dent, R. A., Ng Chau Hsien, M., Bin Harunal Rashid, M. F., & Somasundaram, N. (2021). Hope, bias and survival expectations of advanced cancer patients: A cross-sectional study. *Psycho-Oncology*, 30(5), 780-788. <https://doi.org/10.1002/pon.5675>

Finkelstein, E. A., Bhadelia, A., Goh, C., Baid, D., Singh, R., Bhatnagar, S., & Connor, S. R. (2022). Cross country comparison of expert assessments of the quality of death and dying 2021. *Journal of Pain and Symptom Management*, 63(4), e419-e429. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.12.015>

Finocchiaro, D. N. (2016). Supporting the patient's spiritual needs at the end of life. *Nursing*, 46(5), 56-59. <https://doi.org/10.1097/01.nurse.0000482263.86390.b9>

Fleming, M., Craigs, C. L., & Bennett, M. I. (2020). Palliative care assessment of dry mouth: what matters most to patients with advanced disease? *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 28(3), 1121-1129. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04908-9>

Fonseca, M., Vieira Silva, S., Santos, M., Bertão, M., Gonçalves, I., Barbedo, I., Alves, J., & Freire, E. (2022). Oxigénio de Alto Fluxo em Contexto Paliativo no Domicílio, uma Nova Oportunidade? A Experiência de uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. <https://doi.org/10.24950/RSPMI.647>

Fonseca, R., Carvalho, M., Querido, A., Figueiredo, M. H., Bally, J., & Charepe, Z. (2021). Therapeutic letters: A qualitative study exploring their influence on the hope of parents of children receiving pediatric palliative care in Portugal. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing: JSPN*, 26(3), e12325. <https://doi.org/10.1111/jspn.12325>

Fraczkowski, D., Matson, J., & Lopez, K. D. (2020). Nurse workarounds in the electronic health record: An integrative review. *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, 27(7), 1149-1165. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa050>

Fradique, E. (2016). Cuidados à boca. In Barbosa, A. (ed.) *Manual de cuidados paliativos* (3.ª ed., pp. 367-378). Lisboa, Portugal: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Fundação Portuguesa do Pulmão (2021, dezembro 13). ONDR 2020. <https://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/ficheiros/ondr2020.pdf>

Galbraith, S., Fagan, P., Perkins, P., Lynch, A., & Booth, S. (2010). Does the use of a handheld fan improve chronic dyspnea? A randomized, controlled, crossover trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(5), 831-838. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.09.024>

Gallagher, M. W., Long, L. J., & Phillips, C. A. (2020). Hope, optimism, self-efficacy, and posttraumatic stress disorder: A meta-analytic review of the protective effects of positive expectancies. *Journal of Clinical Psychology*, 76(3), 329-355. <https://doi.org/10.1002/jclp.22882>

- Gamondi, C., Larkin, P., & Payne, S. (2013). Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education. *European Journal of Palliative Care*, 20(2). <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/59824/1/Compet%3%aaancias%20centrais%20em%20cuidados%20paliativos%20-%20guia%20orientador%20%28tradu%3%a7%3%a3o%20portuguesa%29.pdf>
- Georges, J.-J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., van der Heide, A., van der Wal, G., & van der Maas, P. J. (2005). Symptoms, treatment and “dying peacefully” in terminally ill cancer patients: a prospective study. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 13(3), 160-168. <https://doi.org/10.1007/s00520-004-0688-0>
- Giantonio, B. J., Forastiere, A. A., Comis, R. L., & Eastern Cooperative Oncology Group. (2008). The role of the Eastern Cooperative Oncology Group in establishing standards of cancer care: over 50 years of progress through clinical research. *Seminars in Oncology*, 35(5), 494-506. <https://doi.org/10.1053/j.seminoncol.2008.07.004>
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc. (2024). Pocket Guide to COPD Diagnosis, Management, and Prevention A guide for Health Care Professionals. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc. <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>
- Gomes, H., Borges, M. P. M., Baptista, G., & Galvão, A. M. (2017). A relação de ajuda ao doente em fim de vida e família: o enfermeiro e o cuidar em fim de vida. Instituto Politécnico de Bragança.
- Gomes, J. (2017). Cuidados à boca ao doente em fase paliativa: envolvimento dos enfermeiros. Universidade de Lisboa.
- Greater Manchester Medicines Management Group. (2019). Palliative Care Pain and Symptom Control Guidelines for Adults. Manchester: Greater Manchester Medicines Management Group. <https://gmmmg.nhs.uk/?s=PALLIATIVE+CARE>
- Guedes, A., Carvalho, M. S., Laranjeira, C., Querido, A., & Charepe, Z. (2021). Hope in palliative care nursing: concept analysis. *International Journal of Palliative Nursing*, 27(4), 176-187. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2021.27.4.176>
- Hagelin, C. L., Wengström, Y., & Fürst, C. J. (2009). Patterns of fatigue related to advanced disease and radiotherapy in patients with cancer—a comparative cross-sectional study of fatigue intensity and characteristics. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 17(5), 519-526. <https://doi.org/10.1007/s00520-008-0502-5>
- Hammer, K., Højgaard, H. S., á Steig, B., Wang, A. G., Bergenholtz, H. M., & Rosted, E. E. (2022). Hope pictured in drawings by patients newly diagnosed with advanced cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 32(7-8), 1262-1275. <https://doi.org/10.1111/jocn.16274>
- Hampton, D. M., Hollis, D. E., Lloyd, D. A., Taylor, J., & McMillan, S. C. (2007). Spiritual needs of persons with advanced cancer. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 24(1), 42-48. <https://doi.org/10.1177/1049909106295773>
- Hardy, J. R., Carmont, S.-A. S., O’Shea, A., Vora, R., Schluter, P., Nikles, C. J., & Mitchell, G. K. (2010). Pilot study to determine the optimal dose of methylphenidate for an n-of-1 trial for fatigue in patients with cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 13(10), 1193-1197. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0185>
- Hawthorn, M. (2015). The importance of communication in sustaining hope at the end of life. *British Journal of Nursing*, 24(13), 702-705. <https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.13.702>
- Hawthorne, D. M., & Gordon, S. C. (2020). The invisibility of spiritual nursing care in clinical practice. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses’ Association*, 38(1), 147-155. <https://doi.org/10.1177/0898010119889704>
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2012). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014*. Artmed.
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2015). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017*. Artmed.
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2018). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020*. Artmed.
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2021). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2021-2023*. Artmed.
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2024). *Nursing diagnoses: definitions and classification 2024-2026*. Thieme Medical Publishers, Inc.
- Hokka, M., Pereira, S. M., Polkki, T., Kyngas, H., & Hernández-Marrero P. (2020). Nursing competencies across different levels of palliative care provision: A systematic integrative review with thematic synthesis. *Palliative Medicine*, 34(7), 851-870. <https://doi.org/10.1177/0269216320918798>

- ICN. (2016). CIPE® - Versão 2015. Ordem dos enfermeiros.
- ICNP Browser. (2019). ICN - International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Induru, R. R., & Walsh, D. (2014). Cancer-related insomnia. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 31(7), 777-785. <https://doi.org/10.1177/1049909113508302>
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Censos 2021*. Ine.pt. https://censos.ine.pt/xportal/xmainxpgid=censos21_main&xpid=CENSOS21&xlang=pt
- INFARMED. (2022). *Relatório Público de Avaliação - Trixeo Aerosphere (Budesonida + Formoterol + Brometo de Glicopirrónio)*. <https://www.infarmed.pt/documents/15786/3368817/Relat%C3%B3rio+de+avalia%C3%A7%C3%A3o+de+financiamento+p%C3%BAblico+de+Trixeo+Aerosphere+Riltrava+Aerosphere%C2%A0+%28Budesonida%C2%A0+Formoterol%C2%A0+Brometo+de+glicopirr%C3%B3nio%29%C2%A0/7138fc2f-b341-539d-e343-a10dd53cc6c1>
- Infarmed. (2024). Infomed. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>
- Iyer, A. S., Sullivan, D. R., Lindell, K. O., & Reinke, L. F. (2022). The role of palliative care in COPD. *Chest*, 161(5). <https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.10.032>
- Jácome, C., Marques, A., Gabriel, R., Cruz, J., & Figueiredo, D. (2015). Ansiedade e depressão em pacientes Portugueses com doença pulmonar obstrutiva crónica: um estudo multicêntrico, transversal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 31(1), 24-32. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v31i1.11428>
- Jakobsen, G., Gjeilo, K. H., Hjermsstad, M. J., & Klepstad, P. (2022). An update on prevalence, assessment, and risk factors for sleep disturbances in patients with advanced cancer—implications for health care providers and clinical research. *Cancers*, 14(16), 3933. <https://doi.org/10.3390/cancers14163933>
- Johnson, S. (2007). Hope in terminal illness: an evolutionary concept analysis. *International Journal of Palliative Nursing*, 13(9), 451-459. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2007.13.9.27418>
- Julião, M. (2016). Terapia da Dignidade. In *Manual de Cuidados Paliativos*. Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética.
- Knaul, F. M., Farmer, P. E., Krakauer, E. L., De Lima, L., Bhadelia, A., Jiang Kwete, X., Arreola-Ornelas, H., Gómez-Dantés, O., Rodríguez, N. M., Alleyne, G. A. O., Connor, S. R., Hunter, D. J., Lohman, D., Radbruch, L., del Rocío Sáenz Madrigal, M., Atun, R., Foley, K. M., Frenk, J., Jamison, D. T., ... Zimmerman, C. (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet*, 391(10128), 1391-1454. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)32513-8)
- Kohara, H., Miyauchi, T., Suehiro, Y., Ueoka, H., Takeyama, H., & Morita, T. (2004). Combined modality treatment of aromatherapy, footsoak, and reflexology relieves fatigue in patients with cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 7(6), 791-796. <https://doi.org/10.1089/jpm.2004.7.791>
- Kotlińska-Lemieszek, A., Fopka-Kowalczyk, M., & Krajnik, M. (2022). Spirituality in people with advanced chronic obstructive pulmonary disease - challenge for more effective interventions, support, and healthcare education: Mini-review. *Frontiers in Medicine*, 9, 954519. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.954519>
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenaault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., García-Elorrio, E., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrang, J., Malata, A., ... Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet. Global health*, 6(11), e1196-e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
- Kubler-Ross, Elisabeth (1969). *On Death and dying. What the dying have to teach doctors, nurses clergy and their own families*. New York: The Macmillan Company.
- Kvale, E. A., & Shuster, J. L. (2006). Sleep disturbance in supportive care of cancer: A review. *Journal of Palliative Medicine*, 9(2), 437-450. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.437>
- Laranjeira, C., Dixe, M. A., Semeão, I., Rijo, S., Faria, C., & Querido, A. (2022). “Keeping the light on”: A qualitative study on hope perceptions at the end of life in Portuguese family dyads. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1561. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031561>
- Laval, G., & Paris, A. (2008). Methyphenidate in palliative care in cancer patient: a double-blind randomised trial versus placebo. *Bulletin du cancer*, 95(2). <https://doi.org/10.1684/bdc.2008.0581>
- Lei nº52/2012 da Assembleia da República. (2012). Diário da República: I série, nº172. <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0510305119.pdf>
- Li, B., Mah, K., Swami, N., Pope, A., Hannon, B., Lo, C., Rodin, G., Le, L. W., & Zimmermann, C. (2019). Symptom

- assessment in patients with advanced cancer: Are the most severe symptoms the most bothersome? *Journal of Palliative Medicine*, 22(10), 1252-1259. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0622>
- Lima, C. de A. de, Oliveira, R. C. de, Oliveira, S. A. G. de, Silva, M. A. S. da, Lima, A. de A., Andrade, M. S., & Pinho, C. M. (2020). Quality of life, anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(suppl 1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0423>
- Lourenço, M., Encarnação, P., & Lumini, M. J. (2021) Cuidados paliativos, conforto e espiritualidade. In: *Escola Superior de Enfermagem do Porto, Autocuidado: um foco central da enfermagem* (pp. 85-98). ESEP1
- Luymes, N., Williams, N., Garrison, L., Goodridge, D., Silveira, M., & Guthrie, D. M. (2021). "The system is well intentioned, but complicated and fallible" interviews with caregivers and decision makers about palliative care in Canada. *BMC Palliative Care*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00843-x>
- Lynn, O. A. J., & Adamson, D. M. (Eds.). (2003). *Living Well at the End of Life Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age*. Editora RAND Health. <https://apps.dtic.mil/sti/pdfs/ADA416211.pdf>
- Maddocks, M., Lovell, N., Booth, S., Man, W. D.-C., & Higginson, I. J. (2017). Palliative care and management of troublesome symptoms for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*, 390(10098), 988-1002. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)32127-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)32127-x)
- Mahler, D. A., Selecky, P. A., & Harrod, C. G. (2010). Management of dyspnea in patients with advanced lung or heart disease: practical guidance from the American college of chest physicians consensus statement. *Poliskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej*, 120(5). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20502400/>
- Manchola, C., Brazão, E., Pulschen, A., & Santos, M. (2016). Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada. *Revista Bioética*, 24(1), 165-175. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241118>
- Manso, D. M., Benito, E., Oliver, A., Galiana, L., Barreto, P., Pascual, A., Gomis, C., Barbero, J. & Capelas, M. L. (2020). Questionário GES: Avaliação de recursos e necessidades espirituais. Observatório Português dos Cuidados Paliativos.
- Marques, R. M. D., Dixe, M. A., Querido, A. I., Pontífice Sousa, P., & Moura Santos, D. (2016). Herth Hope Index para cuidadores de pessoas em cuidados paliativos - versão portuguesa. *CuidArte Enfermagem* 10(2): 89-95. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/e/biblio-1027690>.
- Martin, E., Vieira, L., Eish, S., Weber, M., Dias, L., & Silva, A. (2023). Frequência dos distúrbios respiratórios do sono em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. *Archives of Health*, 4(3), 749-764. <https://doi.org/10.46919/archv4n3-003>
- Martins, A. G., Sousa, P. P., & Marques, R. M. (2022). Conforto: Contributo teórico para a enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 27, 1-8. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.85214>
- Martins, A. R., Crespo, C., Salvador, Á., Santos, S., Carona, C., & Canavarro, M. C. (2018). Does Hope Matter? Associations Among Self-Reported Hope, Anxiety, and Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents with Cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25(1), 93-103. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9547-x>
- Martins, H., Silva, R. S., Bragança, J., Romeiro, J., & Caldeira, S. (2024). Spiritual distress, hopelessness, and depression in palliative care: Simultaneous concept analysis. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(10), 960. <https://doi.org/10.3390/healthcare12100960>
- Martins, M. de L. da C., & Pinto, S. (2023). Analysis of a telephone hotline for palliative care patients at home and their families. *International Journal of Palliative Nursing*, 29(12), 571-577. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2023.29.12.571>
- Martins, R., Domingues, M., Andrade, A., Cunha, M., & Martins, C. (2017). A Esperança em doentes internados em Unidades de Cuidados Continuados. *Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental, spe5*. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0172>
- Miletich, I. (2010). Introduction to salivary glands: structure, function and embryonic development. *Frontiers of Oral Biology*, 14, 1-20. <https://doi.org/10.1159/000313703>
- Millions, R., Fernandes, I., Andrade, L., Graça, L., Martins, M., Rolim, K. M. C. (2020) Sentimentos de tristeza e desesperança em jovens portugueses. *Suplemento digital Rev ROL Enferm* 2020; 43(1): 164-170. <http://hdl.handle.net/10400.26/31420>
- Monteiro, A. P. (2014). Da desesperança à esperança - intervenções de enfermagem de saúde mental. *Hospitalidade*, 78 (303), 31-37. https://www.researchgate.net/publication/262494998_Da_desesperanca_a_esperanca_-_intervencoes_de_enfermagem_de_saude_mental
- Monteiro, J. G., De Souza, Y. R., Frassom, P. X. H., Condesso, D., Figueira, B., & Da Silva, K. M. (2019). Mindfulness e

- meditação: Práticas complementares ao tratamento do paciente com DPOC. *Brazilian Journal of Health and Biomedical Sciences*, 18(1), 41-46. <https://doi.org/10.12957/bjhbs.2019.53474>
- Mosoiu, D., Payne, S., Predoiu, O., Arantzamendi, M., Ling, J., Tserkezoglou, A., Mitrea, N., Dionisi, M., Martínez, M., Mason, S., Ancuta, C., & Centeno, C. (2024). Core palliative care research competencies framework for palliative care clinicians. *Journal of Palliative Medicine*, 27(4), 471-480. <https://doi.org/10.1089/jpm.2023.0399>
- Mrayyan, M. T., Abunab, H. Y., Abu Khait, A., Rababa, M. J., Al-Rawashdeh, S., Algunmeeyn, A., & Abu Saraya, A. (2023). Competency in nursing practice: a concept analysis. *BMJ Open*, 13(6), e067352. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067352>
- National Coalition for Hospice and Palliative Care. (2018). *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care* (4ª ed). Richmond, VA: National Coalition for Hospice and Palliative Care. https://www.nationalcoalitionhpc.org/wp-content/uploads/2020/07/NCHPC-NCPGuidelines_4thED_web_FINAL.pdf
- Neto, I. (2016). Modelos de controlo sintomático. In A. Barbosa & I. G Neto. (Eds.); *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed., pp. 43-48). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- Neto, I. G. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19(1), 68-74. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v19i1.9906>
- Ngai, S. P. C., Jones, A. Y. M., & Tam, W. W. S. (2016). Tai Chi for chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *The Cochrane Library*, 2016(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009953.pub2>
- Observatório Português dos Cuidados Paliativos. (2020). *Relatório Outono 2018 do Observatório Português dos Cuidados Paliativos*. <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/4861/file>
- Observatório Português dos Cuidados Paliativos. (2021). Diretório de Escalas Validadas para português europeu 2020. <https://doi.org/10.34632/9789725407837>
- OECD. (2023). Time for better care at the end of life. OECD. <https://doi.org/10.1787/722b927a-en>.
- Oliveira, A. S., Cortesão, N., Gomes, J., Pinto, P., Shiang, T., Alfaro, T., Rodrigues, C., Ferreira, L., Barros, A., & Morais, A. (2024). Unmasking the hidden threat: COPD awareness and knowledge in Portugal. *Pulmonology*, 30(3), 207-209. <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2023.11.005>
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor, Guia orientador de boa prática. Cadernos OE
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guião para a elaboração de Projetos de Melhoria Contínua dos Cuidados de Enfermagem. Conselho de Enfermagem Regional Secção Sul da Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados 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, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidadeemc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II Série, n.º 135. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II Série, n.º 26. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Organização Mundial de Saúde. (2020). Palliative care. Who.int. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Organização Mundial de Saúde. (2023). Tobacco and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). World Health Organization, The University of Newcastle Australia, Forum of International Respiratory societies.
- Pacheco, A. F. P. (2014). Cuidar da pessoa com doença oncológica em situação paliativa: o significado atribuído à esperança pela equipa de enfermagem (Tese de mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa). Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/19640/1/201491656.pdf>
- Pamplona, P., & Bárbara, C. (2016). Cuidados Paliativos e insuficiência Respiratória Crónica. In *Manual de Cuidados Paliativos*. Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética.
- Paquette, K. M. (2015). Perspectives on Hope of Hospice and Palliative Care Nurses. University of Rhode Island.
- Parshall, M. B., Schwartzstein, R. M., Adams, L., Banzett, R. B., Manning, H. L., Bourbeau, J., Calverley, P. M., Gift, A.

- G., Harver, A., Lareau, S. C., Mahler, D. A., Meek, P. M., & O'Donnell, D. E. (2012). An official American thoracic society statement: Update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *185*(4), 435–452. <https://doi.org/10.1164/rccm.201111-2042st>
- 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>
- Pina, P. (2016). Controlo da dor em Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares & I. G. Neto. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed., pp. 49-100). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Pinto, S. M. O., Berenguer, S. M. A. C., & Martins, J. C. A. (2015). Is Impaired Comfort a Nursing Diagnosis? *International Journal of Nursing Knowledge*, *27*(4), 205–209. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12121>
- Pinto, S. M. O., Berenguer, S. M. A. C., Martins, J. C. A., & Kolcaba, K. (2016). Cultural adaptation and validation of the Portuguese End of Life Spiritual Comfort Questionnaire in Palliative Care patients. *Porto Biomedical Journal*, *1*(4), 147–152. <https://doi.org/10.1016/j.pbj.2016.08.003>
- Pinto, S., Caldeira, S., & Martins, J. (2012). A esperança da pessoa com cancro – estudo em contexto de quimioterapia. *Revista de Enfermagem Referência, III Série* (no 7), 23–31. <https://doi.org/10.12707/rrii11148>
- Pinto, S., Lopes, S., Bruno de Sousa, A., & Gomes, B. (2023). Preferences about place of end-of-life care and death of patients with life-threatening illnesses and their families: a protocol for an umbrella review. *BMJ Open*, *13*(3), e066374. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-066374>
- Pinto, S., Lopes, S., de Sousa, A. B., Delalibera, M., & Gomes, B. (2024). Patient and family preferences about place of end-of-life care and death: An umbrella review. *Journal of Pain and Symptom Management*, *67*(5), e439–e452. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2024.01.014>
- Pisani, L., Hill, N. S., Pacilli, A. M. G., Polastri, M., & Nava, S. (2018). Management of dyspnea in the terminally ill. *Chest*, *154*(4), 925–934. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.04.003>
- Proactive Identification Guidance. (2022). The Gold Standards Framework. Squarespace.com. <https://static1.squarespace.com/static/5b31928bcef372d3e22e4fec/t/5de40caa11c57f4363413761/1575226539147/T+he+GSF+PIG+2016+%E2%80%93+Proactive+Identification+Guidance.pdf>
- Querido, A. (2018). A esperança como foco de enfermagem de saúde mental. *Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental, Especial 6*. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0206>
- Querido, A. I. (2005). A Esperança em Cuidados Paliativos. (Tese de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/120>.
- Querido, A. I. F. (2013). A Promoção da Esperança em fim de vida (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13418/3/101395400.pdf>
- Querido, A. I. F., Laranjeira, C. A., & Dixe, M. D. A. C. R. (2021). Hope in a depression therapeutic group: a qualitative case study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *74*(4), e20201309. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1309>
- Querido, A., & Laranjeira, C. (2023). Hope-based program for Portuguese outpatients with advanced chronic illness in a community setting: A Randomized Control Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(2), 1566. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021566>
- Querido, A., Dixe, M. A., Charepe, Z., & Figueiredo, M. (2017). A promoção da esperança como intervenção complexa de enfermagem: desenvolvimento e teste piloto do PPE [conference object]. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/35211>
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E. C., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., ... Pastrana, T. (2020). Redefining palliative care—A new consensus-based definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, *60*(4), 754–764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Radbruch, L., Strasser, F., Elsner, F., Gonçalves, J. F., Løge, J., Kaasa, S., Nauck, F., Stone, P., & the Research Steering Committee of the European Association for Palliative Care (EAPC). (2008). Fatigue in palliative care patients — an EAPC approach. *Palliative Medicine*, *22*(1), 13–32. <https://doi.org/10.1177/0269216307085183>
- Rajnoveanu, R.-M., Harangus, A., Todea, D. A., Man, M. A., Budin, C. E., & Rajnoveanu, A.-G. (2024). Opioids in treatment of refractory dyspnea in chronic Obstructive Pulmonary Disease: Yes, no or maybe. *Journal of Personalized Medicine*, *14*(3), 318. <https://doi.org/10.3390/jpm14030318>

- Ramezani, M., Ahmadi, F., Mohammadi, E., & Kazemnejad, A. (2014). Spiritual care in nursing: a concept analysis: Spiritual care in nursing. *International Nursing Review, 61*(2), 211-219. <https://doi.org/10.1111/inr.12099>
- Ripamonti, C. I., & Chelazzi, C. (2024). Hope and spiritual well-being: two sides of the same coin? *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 32*(10), 708. <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08922-4>
- Rocker, G., Horton, R., Currow, D., Goodridge, D., Young, J., & Booth, S. (2009). Palliation of dyspnoea in advanced COPD: revisiting a role for opioids. *Thorax, 64*(10), 910-915. <https://doi.org/10.1136/thx.2009.116699>
- Rodrigues, R., Chyllid César Lopes, C., Garcia de Lima, V., Marla Oliveira Silva, A., Ferreira Formiga Gonçalves de Oliveira, M. M., & Barreto de Mesquita, R. (2023). Capacidade discriminativa da escala modificada do Medical Research Council para dispneia: resultados preliminares. *Revista Multidisciplinar em Saúde, 4*(3), 1058-1064. <https://doi.org/10.51161/conais2023/20913>
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem, 20*(2), v-vi. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002007000200001>
- Rydholm, M., & Strang, P. (2002). Physical and psychosocial impact of xerostomia in palliative cancer care: a qualitative interview study. *International Journal of Palliative Nursing, 8*(7), 318-323. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2002.8.7.10671>
- Sampaio, M., Manezes, A., & Ferreira, M. (2020). Prevalência de ansiedade e depressão nas pessoas com DPOC. *AIMGF Magazine, 10*(1), 71-76.
- Santos, L., Fernandes, I., Xavier, A. & Santos, J. C. (2016). A esperança em doentes oncológicos: contributos do enfermeiro. *Revista de Investigação em Enfermagem, 23*-35. https://www.researchgate.net/publication/308099994_A_ESPERANCA_EM_DOENTES_ONCOLOGICOS_CONTRIBUTOS_D_O_ENFERMEIRO
- Santos, S., Feiteira, B., & Marques, A. (2023). Dificuldades dos enfermeiros no cuidar espiritual da pessoa em situação paliativa: uma scoping review. *Nursing (São Paulo), 26*(300), 9661-9678. <https://doi.org/10.36489/nursing.2023v26i300p9661-9678>
- Saunders, C. (2000). The evolution of palliative care. *Patient Education and Counseling 41*(1), 7-13. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(00\)00110-5](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(00)00110-5)
- Senderovich, H., & Yendamuri, A. (2019). Management of breathlessness in palliative care: Inhalers and dyspnea—A literature review. *Rambam Maimonides medical journal, 10*(1), e0006. <https://doi.org/10.5041/rmmj.10357>
- Sereno, S., Matias, D., Trindade, I. I. D., Ressurreição, J. I. D., Araújo, R., Fernandes, S. L. T., Afonso, T. S., & Capelas, M. L. (2022). PPS PT - Escala de Avaliação do Desempenho do Doente em Cuidados Paliativos. Observatório Português dos Cuidados Paliativos.
- Silva M.J.P. (2006). *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. 4ª ed. São Paulo: Edições Loyola.
- Silva, A. D., & Simone Souza Nascimento. (2023). Teoria do conforto de Kolcaba no cuidado de enfermagem: uma revisão integrativa. *Zenodo (CERN European Organization for Nuclear Research), VI*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8065092>
- Silva, A. P. e. (2006). *Sistemas de informação em Enfermagem: uma teoria explicativa da mudança* (Formasau, Ed.).
- Solano, J. P., Gomes, B., & Higginson, I. J. (2006). A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *Journal of Pain and Symptom Management, 31*(1), 58-69. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.06.007>
- Sousa, S. M. (2021). A importância do cuidador familiar na prestação de cuidados à pessoa idosa – Função do enfermeiro. *CRÓNICA, 96*-103. <https://www-ordemenfermeiros-pt.webpkgcache.com/doc/-/s/www.ordemenfermeiros.pt/media/23664/ago-2021.pdf>
- Spathis, A., & Booth, S. (2008). End of life care in chronic obstructive pulmonary disease: in search of a good death. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 3*(1), 11-29. <https://doi.org/10.2147/copd.s698>
- Spathis, A., Booth, S., Moffat, C., Hurst, R., Ryan, R., Chin, C., & Burkin, J. (2017). The Breathing, Thinking, Functioning clinical model: a proposal to facilitate evidence-based breathlessness management in chronic respiratory disease. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine, 27*(1). <https://doi.org/10.1038/s41533-017-0024-z>
- Stone, P., Candelmi, D. E., Kandola, K., Montero, L., Smetham, D., Suleman, S., Fernando, A., & Rojí, R. (2023). Management of fatigue in patients with advanced cancer. *Current Treatment Options in Oncology, 24*(2), 93-107. <https://doi.org/10.1007/s11864-022-01045-0>

- Suikkala, A., Salin, S., Rahko, E. V., & Hokka, M. (2023). The three main competencies of every healthcare professional within palliative care – a descriptive study. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 14(2), 877-886. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2023.14.0002>
- Taylor, Elisabeth J (2002). *Spiritual Care. Nursing theory, research and practice*. New Jersey: Pearson Education.
- Teixeira, M. J. C., Abreu, W., Costa, N., & Maddocks, M. (2020). Understanding family caregivers' needs to support relatives with advanced progressive disease at home: an ethnographic study in rural Portugal. *BMC Palliative Care*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00583-4>
- Timmins, F., & Caldeira, S. (2017). Understanding spirituality and spiritual care in nursing. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 31(22), 50-57. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10311>
- Timmins, F., & Caldeira, S. (2017a). Assessing the spiritual needs of patients. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 31(29), 47-53. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10312>
- Tobita, I. (2025). The value of case study methodology in nursing research. *Creative Nursing*, 31(1), 8-12. <https://doi.org/10.1177/10784535251321017>
- Twycross, R. G., Wilcock, A., & Toller, C. S. (2009). *Symptom Management in Advanced Cancer* (4th ed.). Palliativedrugs.com.
- Uronis, H. E., Currow, D. C., & Abernethy, A. P. (2006). Palliative management of refractory dyspnea in COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 1(3), 289-304. <https://doi.org/10.2147/copd.2006.1.3.289>
- Valenti, V., Rossi, R., Scarpi, E., Ricci, M., Pallotti, M. C., Dall'Agata, M., Montalti, S., & Maltoni, M. (2023). Nurse-led telephone follow-up for early palliative care patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 32(11-12), 2846-2853. <https://doi.org/10.1111/jocn.16403>
- van der Meulen, A. I., Neis, E. P. J. G., de Nijs, E. J. M., Coenegracht, B. J. E. G., Stoppelenburg, A., van den Beuken-van Everdingen, M. H. J., & van der Linden, Y. M. (2023). Dry mouth in patients with a life-limiting condition or frailty: a study protocol for two intervention studies and a nested qualitative sub-study (the Dry mOuth Project, DROP). *BMC Palliative Care*, 22(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01242-0>
- Vanfleteren, L., Fabbri, L. M., Papi, A., Petruzzelli, S., & Celli, B. (2018). Triple therapy (ICS/LABA/LAMA) in COPD: time for a reappraisal. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 13, 3971-3981. <https://doi.org/10.2147/COPD.S185975>
- Vega Pittao, M. L., Schifino, G., Pisani, L., & Nava, S. (2023). Home high-flow therapy in patients with chronic respiratory diseases: Physiological rationale and clinical results. *Journal of Clinical Medicine*, 12(7). <https://doi.org/10.3390/jcm12072663>
- Velić, S., Qama, E., Diviani, N., & Rubinelli, S. (2023). Patients' perception of hope in palliative care: A systematic review and narrative synthesis. *Patient Education and Counseling*, 115(107879), 107879. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107879>
- Viana, A. P. M. (2010). A avaliação da esperança em cuidados paliativos: validação transcultural do Herth Hope Index (Tese de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10451/2019>
- Vincensi, B. B. (2019). Interconnections: Spirituality, spiritual care, and patient-centered care. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(2), 104-110. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_48_18
- Wilson, E., Caswell, G., Latif, A., Anderson, C., Faull, C., & Pollock, K. (2020). An exploration of the experiences of professionals supporting patients approaching the end of life in medicines management at home. A qualitative study. *BMC Palliative Care*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-020-0537-z>
- Yellen, S. B., Cella, D. F., Webster, K., Blendowski, C., & Kaplan, E. (1997). Measuring fatigue and other anemia-related symptoms with the Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) measurement system. *Journal of Pain and Symptom Management*, 13(2), 63-74. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(96\)00274-6](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(96)00274-6)
- Yohannes, A. M. (2007). Palliative care provision for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-17>

7. ANEXOS

Anexo I

Anexo I: Estudos sujeitos a leitura integral.

Autor (ano)	Título	Objetivos
Querido (2005)	A Esperança em Cuidados Paliativos	Explorar o processo de manutenção da esperança para o doente oncológico de um hospital da região centro.
Charepe (2011)	O impacto dos grupos de ajuda mútua no desenvolvimento da esperança dos pais de crianças com doença crónica: construção de um modelo de intervenção colaborativa.	Explorar o impacto que a intervenção dos grupos de ajuda mútua tem no desenvolvimento da esperança dos pais e construir um modelo de intervenção que vise o desenvolvimento da esperança.
Charepe et al. (2011)	(Re)descoberta de esperança na família da criança com doença crónica através do genograma e ecomapa.	Apresentar a utilização do genograma e ecomapa na identificação dos recursos de esperança.
Pinto et al. (2012)	A esperança da pessoa com cancro - estudo em contexto de quimioterapia	Analisar o índice de esperança de doentes submetidos a quimioterapia e compreender a influência de algumas variáveis sociodemográficas, clínicas e religiosas sobre o mesmo.
Querido (2013)	A Promoção da Esperança em fim de vida	Desenvolver e testar um programa de promoção de esperança para as pessoas com doença crónica avançada e progressiva.
Charepe et al. (2014)	Validação de conteúdo das características definidoras do diagnóstico de Enfermagem Desesperança nos pais de crianças com cardiopatia congénita	Validar o conteúdo das características definidoras (CD) do diagnóstico de Enfermagem Desesperança descritas pela NANDA-I, em pais de crianças com cardiopatia congénita.
Costa (2014)	Perceção da desesperança pelo doente paliativo em contexto domiciliário	Compreender a perceção do doente paliativo sobre a desesperança, em contexto domiciliário.
Monteiro (2014)	Da desesperança à esperança - intervenções de enfermagem de saúde mental	Refletir sobre a utilização de estratégias de esperança em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, a partir de uma revisão crítica da literatura.
Pacheco (2014)	Cuidar da pessoa com doença oncológica em situação paliativa: o significado atribuído à esperança pela equipa de enfermagem	Conhecer as significações da esperança no cuidar da pessoa com doença oncológica paliativa na perspetiva da equipa de enfermagem e compreender como os enfermeiros promovem a esperança junto da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, a partir das suas significações sobre o conceito.
Santos et al. (2016)	A esperança em doentes oncológicos: contributos do enfermeiro	Identificar as variáveis que interferem na esperança do doente oncológico e refletir sobre a importância dos contributos do enfermeiro na manutenção e promoção da esperança no doente oncológico.
Martins et al. (2017)	A Esperança em doentes internados em Unidades de Cuidados Continuados	Avaliar níveis de esperança em doentes internados em Unidades de Cuidados Continuados (UCCs), e identificar determinantes sociodemográficas, clínicas e psicossociais correlacionadas com esse constructo.
Querido et al. (2017)	A promoção da esperança como intervenção complexa de enfermagem: desenvolvimento e teste piloto do PPE	Descrever o processo de construção do Programa de Promoção de Esperança (PPE) seguindo as guidelines de desenvolvimento das intervenções complexas.

Martins et al. (2018)	Does Hope Matter? Associations Among Self-Reported Hope, Anxiety, and Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents with Cancer	Analisar os efeitos diretos e indiretos da esperança na qualidade de vida relacionada à saúde (HRQoL) através da ansiedade de crianças/adolescentes com cancro.
Millions et al. (2020)	Sentimentos de tristeza e desesperança em jovens portugueses	Identificar os sentimentos de tristeza e desesperança percebidos pelos jovens e as associações entre esses sentimentos e características demográficas, educacionais e familiares.
Fonseca et al. (2021)	Therapeutic letters: A qualitative study exploring their influence on the hope of parents of children receiving pediatric palliative care in Portugal	Explorar as experiências de esperança de pais de crianças diagnosticadas com doenças crónicas complexas que receberam cartas terapêuticas.
Querido et al. (2021)	Esperança num grupo terapêutico de doentes deprimidos: estudo de caso qualitativo	Conhecer as perceções de esperança para pessoas com depressão no contexto de um grupo terapêutico.
Laranjeira et al. (2022)	"Keeping the Light On": A Qualitative Study on Hope Perceptions at the End of Life in Portuguese Family Dyads	Explorar a vivência da esperança em díades formadas por doentes em fim de vida e seus familiares cuidadores.
Amaral (2024)	A Esperança da Pessoa em Situação Paliativa: Contributos para uma Avaliação Sistematizada, Projeto de Desenvolvimento de Competências Clínicas Comuns e Especializadas na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	Descrever e refletir sobre as atividades realizadas em contexto de estágio, bem como sobre as competências desenvolvidas e contribuir para a avaliação da esperança a clientes adultos em situação paliativa, em contexto hospitalar.
Befecadu et al. (2024)	The experience of hope in dyads living with advanced chronic illness in Portugal: A longitudinal mixed-methods study	Explorar a experiência diádica da esperança e avaliar as variações de esperança e sintomatologia ao longo do tempo.
Martins et al. (2024)	Spiritual Distress, Hopelessness, and Depression in Palliative Care: Simultaneous Concept Analysis	Realizar uma <i>simultaneous concept analysis</i> (SCA) de sofrimento espiritual, desesperança e depressão em cuidados paliativos.
Querido e Laranjeira (2024)	Hope-Based Program for Portuguese Outpatients with Advanced Chronic Illness in a Community Setting: A Randomized Control Trial	Examinar a eficácia de um Programa de Promoção da Esperança (HPP) na melhoria da esperança, do conforto e da qualidade de vida em doentes adultos portugueses com doença crónica avançada e progressiva, em ambulatório.