



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

CONHECIMENTOS E ATITUDES DOS ENFERMEIROS NA GESTÃO DA DOR NA PESSOA DOENTE EM FIM DE VIDA

Maria de Fátima Barreiro da Silva Pereira



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Maria de Fátima Barreiro da Silva Pereira

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**CONHECIMENTOS E ATITUDES DOS ENFERMEIROS NA
GESTÃO DA DOR NA PESSOA DOENTE EM FIM DE VIDA**

Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

Trabalho

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Manuela Cerqueira

junho de 2025

AGRADECIMENTOS

O alcançar desta etapa não teria sido exequível sem a colaboração, auxílio, carinho e dedicação por parte de várias pessoas ao longo de todo o percurso da minha formação. Por esta mesma razão, quero agradecer a todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para o meu sucesso e a para a concretização deste trabalho.

Gostaria de agradecer de forma especial....

... à orientadora Prof. Manuela Cerqueira, pela orientação e acompanhamento;

...à Enfermeira tutora Fernanda Senra da EIHSCP da Unidade Local de Saúde Barcelos/ Esposende, pelo seu cuidado, colaboração, partilha de conhecimentos;

...à minha filha por toda a paciência e preocupação, por ser tão responsável a cuidar dos seus diabetes;

...aos meus amigos Enf^a Sandra Torres, Enf^o Fernando Silva e Inês Linhares pela amizade, compreensão, disponibilidade e, sobretudo por não me permitirem desistir perante as adversidades da vida e me fazerem acreditar.

Obrigada!

PENSAMENTO

“Nada proporciona melhor capacidade de superação e resistência aos problemas e dificuldades em geral, do que a consciência de ter uma missão a cumprir na vida.”

Viktor Frankl

RESUMO

No âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional do II Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, efetuamos a prática clínica numa Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. O presente relatório reflete o percurso de desenvolvimento de competências especializadas, gerais e específicas. Desta forma, surge como um relato descritivo, fundamentado e crítico-reflexivo das atividades desenvolvidas no estágio, consolidado num referencial teórico, com vista à aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. A edificação de conhecimento sustentado na evidência, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados concedidos, faz parte do referencial das competências especializadas.

Com esse propósito, e tendo por base uma problemática do contexto da prestação de cuidados de enfermagem – conhecimentos e atitudes dos enfermeiros na gestão da dor na pessoa doente em fim de vida – foi desenvolvido um estudo de investigação do tipo quantitativo, exploratório-descritivo, tendo por objetivo analisar os conhecimentos e as práticas dos enfermeiros de alguns serviços hospitalares de uma unidade local de saúde na região Norte em relação à gestão da dor no doente em fim de vida, contribuindo para uma melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem prestados privilegiando a gestão eficaz da mesma em fim de vida. A amostra engloba 70 enfermeiros que responderam ao questionário construído para o efeito, os dados obtidos foram sujeitos a procedimentos estatísticos no programa *Excel*.

Concluímos que a dor é uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida das pessoas, interferindo no seu bem-estar físico e psicossocial. O controlo e alívio da dor é um direito básico de todos os doentes, constituindo um aspeto essencial na satisfação das necessidades fundamentais de qualquer ser humano. Nem sempre é possível aos profissionais de saúde eliminarem a dor, contudo os enfermeiros pelo contato frequente que têm com os doentes, podem implementar ações para o seu controlo e gestão.

Verificamos que esta gestão da dor realizada pelos enfermeiros continua a ter limitações na sua prática devido à falta de conhecimentos técnicos e científicos promotores de estratégias e intervenções que visem o controlo da dor na pessoa doente

em fim de vida. Dada a relevância dos cuidados na gestão da dor, é crucial o papel do enfermeiro na implementação de cuidados específicos e sistematizados, considerando sempre as necessidades específicas da pessoa, contribuindo para aumentar a sua qualidade de vida e por sua vez a qualidade dos cuidados de saúde concedidos. A formação contínua e a consciencialização pelos profissionais de saúde da sua relevância levam a que estes sejam valorizados pelas equipas, nomeadamente como foco de atenção da prática de enfermagem.

Em suma, espera-se que os resultados deste estudo de investigação enriqueçam a prática diária da prestação dos cuidados, na assistência à pessoa com doença incurável no sentido da deteção de necessidades e adoção de estratégias para uma melhor assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Conhecimentos e Atitudes; Cuidados Paliativos; Enfermeiros; Gestão da dor

ABSTRACT

As part of the Professional Internship course of the 2nd Master's Degree in Palliative Care Nursing at the Escola Superior de Saúde of the Instituto Politécnico de Viana do Castelo, we carried out clinical practice in an Intra-Hospital Palliative Care Support Team. This report reflects the development of specialized, general and specific skills. As such, it is a descriptive, reasoned and critical-reflective account of the activities carried out during the internship, consolidated in a theoretical framework, with a view to acquiring the common and specific competences of the specialist nurse. Building knowledge based on evidence, with a view to improving the quality of care provided, is part of the specialist competences framework.

With this in mind, and based on a problem in the context of nursing care - nurses' knowledge and attitudes towards pain management in patients at the end of life - a quantitative, exploratory-descriptive research study was carried out, with the aim of analyzing the knowledge and practices of nurses in some hospital services of a local health unit in the northern region in relation to pain management in patients at the end of life, contributing to an improvement in the quality of nursing care provided, focusing on effective pain management at the end of life. The sample included 70 nurses who answered the questionnaire designed for this purpose, and the data obtained was subjected to statistical procedures using the Excel program.

We concluded that pain is one of the main causes of human suffering, compromising people's quality of life and interfering with their physical and psychosocial well-being. The control and relief of pain is a basic right of all patients and is an essential aspect of meeting the fundamental needs of any human being. It's not always possible for health professionals to eliminate pain, but nurses, due to their frequent contact with patients, can implement actions to control and manage it.

We found that nurses' management of pain continues to be limited in their practice due to a lack of technical and scientific knowledge to promote strategies and interventions aimed at controlling pain in end-of-life patients. Given the relevance of pain management care, the role of nurses in implementing specific and systematized care is crucial, always considering the specific needs of the person, contributing to increasing their quality of life and in turn the quality of the healthcare provided.

Continuous training and the awareness of health professionals of their importance mean that they are valued by the teams, particularly as a focus of attention in nursing practice.

In short, it is hoped that the results of this research study will enrich the daily practice of providing care to people with incurable diseases, in order to detect needs and adopt strategies for better care.

KEYWORDS: Knowledge and Attitudes; Palliative Care; Nurses; Pain Management

ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

APCP - Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CDE - Código Deontológicos dos Enfermeiros

CE / HD - Consulta Externa / Hospitalização Domiciliar

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP - Cuidados Paliativos

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DGS - Direção Geral de Saúde

EAPC - Associação Europeia de Cuidados Paliativos

ECCI - Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EEEMCEPSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

EIHSCP - Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ENP - Estágio de Natureza Profissional

HSMM - Hospital Santa Maria Maior

IASP - Associação Internacional para o Estudo da Dor

INE - Instituto Nacional de Estatística

LBCP - Lei de Bases dos Cuidados Paliativos

mg – miligrama

ml - mililitro

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PEDCP - Plano Estratégico Desenvolvimento Cuidados Paliativos

p. - página

PNCP - Plano Nacional Cuidados Paliativos

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP - Rede Nacional Cuidados Paliativos

SICP - Sistema Integrado Cuidados Paliativos

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TAC – Tomografia axial computadorizada

UCP - Unidade de Cuidados Paliativos

ULS - Unidade Local de saúde

KASRP- Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain

KASRP-PT- Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain Portuguese Translation

SECPAL – Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos

TF - Técnicas farmacológicas

TNF - Técnicas não farmacológicas

WHO - *World Health Organization*

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	II
PENSAMENTO	III
RESUMO	IV
ABSTRACT	VI
ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS.....	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	3
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	4
ÍNDICE DE TABELAS	4
INTRODUÇÃO.....	6
1. O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL: DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS	11
1.1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO	11
1.2 CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	17
1.3 DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES DO CONTEXTO DE ESTÁGIO... 	33
1.4. DIMENSÃO INVESTIGATIVA EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	40
1.4.1. Os cuidados paliativos em Portugal	40
1.4.2. O Conceito, Perspetivas e Filosofia dos Cuidados Paliativos no Sistema de Saúde Português: Enquadramento Legal e Ético	41
1.4.3. O Papel da Legislação no Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos	43
1.4.4 Modelo de Organização em Cuidados Paliativos	44
1.4.5. A Implementação dos Cuidados Paliativos em Portugal: Avanços e Desafios	49
1.4.6 Fases de Intervenção em Cuidados Paliativos	51
1.4.7. A Intervenção do Enfermeiro nos Cuidados Paliativos.....	52
2. DA PROBLEMÁTICA À METODOLOGIA	54

2.1. PROBLEMÁTICA, QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS	54
2.2 MÉTODO E TIPO DE ESTUDO	56
2.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	57
2.4. ESTRATÉGIAS E INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	63
2.5. TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS.....	65
2.6. QUESTÕES ÉTICAS.....	65
2.7. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	66
2.8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	72
2.9. CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES	88
3. ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA PRÁTICA CLÍNICA.....	92
3.1 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS.....	92
3.1.1. Competências na gestão de sintomas à pessoa/família em situação paliativa ..	93
3.1.2. Competências comunicacionais	98
3.1.3. Competências no apoio e acompanhamento no luto	102
3.1.4 Competências no trabalho em equipa.....	105
3.2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS.....	108
3.2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	108
3.2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	112
3.2.3. Domínio da gestão dos cuidados.....	120
3.2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129
ANEXO - QUESTIONÁRIO	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Proporção de óbitos no país por causas de morte mais frequente	11
Figura 2- Distribuição percentual de óbitos de tumores malignos.....	12
Figura 3 - População residente - Censos 2021.....	13
Figura 4 - Pirâmide etária da população residente na área geográfica – Censos 2021	13
Figura 5 - Perfil dos internamentos Hospitalares da população residente na área da ULS ano 2016, ambos os sexos e todas as idades.....	14
Figura 6 - Óbitos por causa de morte no triénio 2018-2020, na área da ULS.....	15
Figura 7 - Mortalidade proporcional por grandes grupos de causas de morte no triénio 2018-2020, na ULS, para todas as idades e por sexo	16
Figura 8 Organograma - trabalho multidisciplinar da EIHSCP	19
Figura 9 Fases elaboração plano de cuidados	24
Figura 10 Percurso da pessoa com necessidades em CP de acordo com complexidade de necessidades.....	45
Figura 11 - Modelo organizacional.....	46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos enfermeiros com formação em CP Error! Bookmark not defined.

Gráfico 2 - Distribuição dos participantes de acordo com a aplicação de técnicas não farmacológicas..... 67

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – casuística da consulta médica em cuidados paliativos 28

Tabela 2 - casuística da consulta de enfermagem em cuidados paliativos 28

Tabela 3 - Análise SWOT 35

Tabela 4 - Horas por profissional na equipa CP da ULS 48

Tabela 5 - Caracterização socioprofissional dos enfermeiros..... 59

Tabela 6 - Distribuição das qualificações académicas e das áreas de especialização61

Tabela 7 Frequências das respostas relacionadas com a gestão da dor e a aplicação de técnicas não farmacológicas..... 68

Tabela 8 - Frequências das respostas corretas - TNF 72

Tabela 9 - Distribuição dos participantes de acordo com os conhecimentos KASRP-PT (n-70)..... 75

Tabela 10 - Distribuição dos participantes de acordo com os conhecimentos KASRP-PT 78

Tabela 11 - Distribuição dos participantes de acordo com os conhecimentos KASRP-PT 81

Tabela 12 - Distribuição dos participantes de acordo com os conhecimentos KASRP-PT 85

Tabela 13 - Competências comuns do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal e atividades desenvolvidas no ENP 109

Tabela 14 - Competências comuns do domínio da melhoria continua da qualidade e atividades desenvolvidas durante o ENP 112

Tabela 15 - Competências comuns do domínio da gestão de cuidados e atividades desenvolvidas durante o ENP	121
--	------------

Tabela 16 - Competências comuns do domínio das aprendizagens profissionais e atividades desenvolvidas durante o ENP	124
--	------------

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenómeno crescente em várias partes do mundo, particularmente nos países desenvolvidos. Segundo a ONU (2021), em 2020, o número de indivíduos com 65 anos ou mais atingiu 703 milhões, o que corresponde a 9,3% da população global. Estima-se que, até 2050, este número triplicará, alcançando cerca de 1,5 mil milhões, representando 16% da população mundial. No que diz respeito a Portugal, em 2020, a percentagem de pessoas com 65 anos ou mais foi de 22,3% da população. Até 2060, prevê-se que 40% da população portuguesa será composta por indivíduos com 65 anos ou mais, colocando o país entre os com maior percentagem de idosos na União Europeia (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021).

Como resultado deste fenómeno, as doenças associadas à idade, como a demência, doenças cardiovasculares, cancro e doenças neuro degenerativas, têm vindo a aumentar progressivamente, amplificando a necessidade de cuidados especializados, como os cuidados paliativos. O aumento da procura por cuidados paliativos num futuro próximo torna-se a cada dia mais crucial, para assegurar uma qualidade de vida digna até ao fim da vida. Isto, exige que os sistemas de saúde se ajustem para oferecer serviços especializados de cuidados. A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), aponta que a necessidade de cuidados paliativos deverá crescer cerca de 60% até 2030, o que implica a necessidade de um investimento significativo na expansão dos serviços, tanto a nível hospitalar como domiciliário.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define os cuidados paliativos como cuidados ativos que promovem e respeitam a dignidade da pessoa doente, ao mesmo tempo que aumentam a sua qualidade de vida, através de uma abordagem holística que considera as necessidades multidimensionais (físicas, psicossociais e espirituais) associadas a doenças incuráveis, com a missão de prevenir, identificar precocemente e aliviar o sofrimento (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2020). O principal objetivo dos cuidados paliativos é proporcionar conforto, respeitando as escolhas e a dignidade do paciente da pessoa, independentemente da sua expectativa de vida.

Em 2014, na resolução da Assembleia Mundial da Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e os Estados membros comprometeram-se a melhorar o acesso aos cuidados paliativos como uma parte essencial dos sistemas de saúde, com particular

ênfase na gestão da dor e alívio dos sintomas, especialmente nos cuidados de saúde primários, comunitários e domiciliários. Em ambientes hospitalares, a gestão da dor também é crucial, visto que muitas pessoas doentes em cuidados paliativos, especialmente aqueles em fase terminal, necessitam de um controlo rigoroso da dor, por isso os hospitais devem garantir a implementação de protocolos eficazes para o alívio da mesma de forma a oferecer um cuidado digno e humanizado.

A dor, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial, deve ser tratada como um sintoma de uma condição médica, sendo o seu controlo um direito humano (World Health Organization, 2007).

Tal como temos vindo a referir, a OMS destaca que os cuidados paliativos devem ser oferecidos de forma personalizada, considerando as necessidades específicas da pessoa doente e, que a gestão eficaz da dor e dos sintomas é uma componente central para garantir a qualidade de vida na fase final.

Com as mudanças nas últimas décadas, os padrões de cuidados paliativos têm evoluído para um modelo mais focado na abordagem multidimensional da dor, que inclui estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o seu alívio. A gestão da dor, em particular, é um dos maiores desafios enfrentados pelos profissionais de saúde, dado que a dor crónica e progressiva pode ter um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes em fim de vida (Costa et al., 2017; Silva & Ferreira, 2018).

Em 2003, o Conselho da Europa afirmou, que devido à complexidade dos cuidados paliativos, é essencial que os enfermeiros tenham formação avançada nesta área, a fim de prestar cuidados especializados, o que é um requisito crucial para preservar a dignidade das pessoas com doenças crónicas, progressivas e terminais (Vilaça et al., 2018). De acordo com o Regulamento nº 140/2019 (2019), artigo 3º, alínea b), as competências do enfermeiro especialista são definidas como:

“são competências específicas as que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (p. 4745).

A formação especializada é uma componente essencial para garantir a qualidade do cuidado, já que a abordagem correta pode melhorar significativamente a qualidade de

vida dos pacientes em fase terminal. A falta de cursos especializados e de programas de formação contínua continua a ser um obstáculo significativo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Costa et al., 2017).

Muitos profissionais de saúde, ainda requerem preparação adequada para fornecer cuidados eficazes e humanizados, promovendo frequentemente a prestação de cuidados paliativos realizados de forma inadequada, o que compromete a eficácia do alívio do sofrimento e o respeito pela dignidade dos pacientes (Silva & Ferreira, 2018).

Nos últimos anos, Portugal tem implementado iniciativas, como o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) criado em 2017, com o objetivo de expandir a rede de cuidados paliativos no Sistema Nacional de Saúde (SNS). No entanto, devido à insuficiência dos serviços de cuidados paliativos e à escassez de profissionais especializados, muitas pessoas doentes, acabam por ser internadas em unidades que não estão preparadas nem adequadas para prestar os cuidados especializados necessários.

A formação em cuidados paliativos é fundamental, especialmente na gestão da dor, para a melhoria da qualidade do cuidado prestado. A falta de especialização nesta área, somada à escassez de serviços adequados, agrava a situação, levando muitas pessoas doentes a receber cuidados paliativos em contextos inadequados. Essa realidade, destaca a necessidade urgente de se investir em formação especializada, bem como, na melhoria da infraestrutura de cuidados paliativos para garantir uma experiência de fim de vida mais digna (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2020).

De facto, a falta de formação adequada e de infraestrutura nos serviços de saúde contribui para o agravamento da situação, colocando em risco a qualidade do cuidado prestado (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge [INSA], 2020).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2018), a pessoa sem perspectiva de cura, enfrenta uma jornada difícil, caracterizada pela necessidade urgente de alívio do sofrimento e pela procura de um fim de vida digno. A gestão da dor, um dos principais desafios neste contexto, deve ser abordada de maneira eficaz, pois o seu controlo adequado é fundamental para garantir uma qualidade de vida mínima durante a fase final da vida (Ferreira & Santos, 2021). Desta forma, a gestão eficaz da dor é uma responsabilidade central dos profissionais de saúde, essencial para garantir a qualidade dos cuidados. Essa gestão, depende dos conhecimentos e atitudes dos profissionais, que devem estar preparados para aplicar terapias adequadas, como técnicas farmacológicas e

técnicas não farmacológicas. A avaliação e monitorização contínua da dor são fundamentais para otimizar o controlo

(Ferreira & Santos, 2021).

As atitudes empáticas e sensíveis dos profissionais de saúde podem melhorar significativamente a gestão da dor, ao passo que preconceitos, como o medo da dependência dos medicamentos ou a subestimação da dor, podem prejudicar o cuidado (Silva, 2020).

No percurso descrito neste relatório, adotou-se o termo “pessoa em fim de vida”, conceito central neste mestrado. Para Heidegger (2006), o ser humano é definido pela sua projeção para o mundo e para os outros, ou seja, a pessoa não se define apenas pelo que é, mas pelas suas interações contínuas e relacionamentos com o mundo que a rodeia. Neste contexto, a abordagem do cuidado à pessoa em fim de vida deve considerar essa complexidade existencial, reconhecendo a importância de proporcionar um cuidado holístico que respeite tanto a sua individualidade quanto a sua interdependência com o ambiente e com os outros.

A partir das premissas observadas na prática clínica, onde uma significativa proporção de pessoas com doenças crónicas, progressivas, avançadas e incapacitantes necessitam de cuidados paliativos, decidimos realizar o Estágio de Natureza Profissional (ENP) no 2º ano do mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, numa equipa intra-hospitalar de suporte, entre outubro de 2023 e março de 2024, com 390 horas presenciais, totalizando 810 horas. O estágio tem como objetivos o desenvolvimento das competências comuns aos enfermeiros especialistas (Regulamento nº 140/2019, de 16 de setembro de 2019), bem como as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho de 2018).

O estudo apresentado neste relatório está centrado nas necessidades identificadas no serviço, propondo-se a investigar o tema "Conhecimentos e atitudes dos enfermeiros na gestão da dor na pessoa doente em fim de vida em contexto hospitalar ". O principal objetivo desta investigação consiste em "analisar os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros na gestão da dor na pessoa doente em fim de vida", visando promover a filosofia dos cuidados paliativos e contribuir para o fortalecimento de cuidados acessíveis e humanos.

A pesquisa procura ainda, identificar possíveis lacunas no conhecimento e nas práticas relativas à gestão da dor, com a intenção de melhorar a qualidade do atendimento à pessoa em fim de vida. O estudo também almeja fortalecer a formação e as competências dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado paliativo.

O presente relatório está estruturado em três partes. A primeira parte tem como objetivo conceptualizar o objeto de investigação, oferecendo a fundamentação teórica necessária para contextualizar a área temática em estudo. Esta abordagem visa compreender o contexto onde o estudo ocorre e as necessidades identificadas. A segunda parte foca-se na problemática do objeto de estudo, detalhando o percurso da investigação quantitativa, fundamentando o desenho do estudo, os referenciais teóricos e metodológicos adotados, e fornecendo uma descrição completa do processo metodológico, desde a recolha de dados até à sua análise. Também se incluem nesta parte a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos, assim como as conclusões, limitações e implicações do estudo. A terceira parte consiste na descrição e análise crítica das atividades e competências desenvolvidas ao longo da prática clínica. O objetivo é evidenciar as competências específicas adquiridas de forma crítica e reflexiva, no âmbito do controlo de sintomas, comunicação, trabalho em equipa, apoio à família e acompanhamento no processo de luto, assim como as competências gerais, incluindo a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

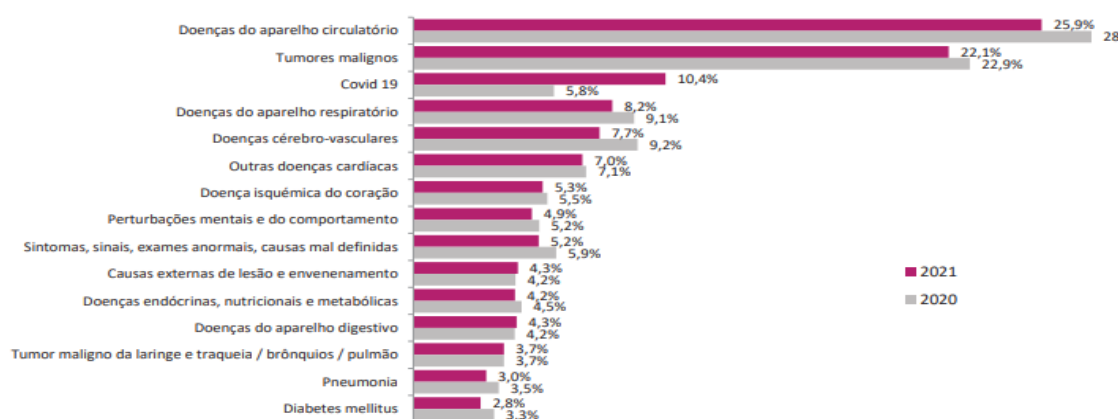
1. O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL: DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Neste capítulo iniciamos por realizar uma caracterização do contexto sociodemográfico, de forma a dar relevo a alguns aspetos que se considerou ser necessário para identificar áreas prementes de investigação. Neste sentido iniciamos por realizar uma breve alusão às principais causas de morte em Portugal, seguido por uma alusão à área geográfica de influência onde se realizou o Estágio de Natureza Profissional.

1.1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO

Em Portugal, as principais causas de morte em 2021 foram as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos, que, em conjunto, representaram 48% dos óbitos ocorridos no país (Instituto Nacional de Estatística, 2023). A prevalência dessas doenças, especialmente na sua forma avançada e terminal, exige uma resposta adequadas por parte dos serviços de saúde, particularmente no que se refere aos cuidados paliativos.

Proporção de óbitos ocorridos no país por causas de morte mais frequentes no total de óbitos (em %), 2020 e 2021

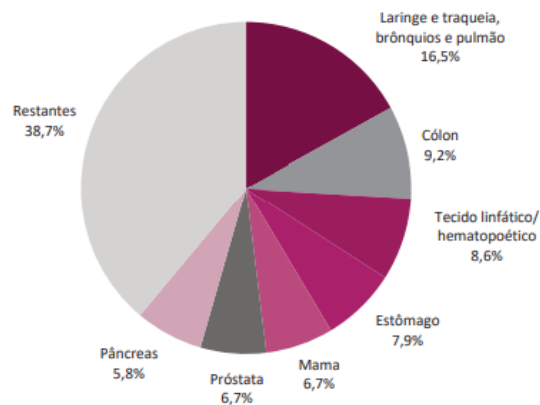


Fonte: INE, Óbitos por Causas de Morte, dados obtidos com base na informação do SICO disponível até 27 de abril de 2023

Figura 1- Proporção de óbitos no país por causas de morte mais frequente

No conjunto das mortes motivadas por tumores malignos em 2021, evidenciaram-se as ocorridas por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão (4 663 óbitos), tumor maligno do cólon (2 464), tumor maligno do tecido linfático/hematopoético (2 237) e o tumor maligno do estômago (2 015)

Distribuição percentual de óbitos de tumores malignos, Portugal, 2021



Fonte: INE, Óbitos por Causas de Morte, dados obtidos com base na informação do SICO disponível até 27 de abril de 2023

Figura 2- Distribuição percentual de óbitos de tumores malignos

Os óbitos por tumores malignos de residentes na região Norte representaram 31,7% dos óbitos ocorridos no país por esta causa de morte em 2021. A maior parte das mortes ocorridas no país por tumores malignos (75,8%) verificaram-se em indivíduos com 65 e mais anos de idade (75,2% para os homens e 76,7 para as mulheres, nestas idades).

Área Geográfica de Influência do Estágio de natureza Profissional

O Estágio de Natureza Profissional realizou-se numa Unidade Local de Saúde do Minho, que abrange concelhos, localizados na região Norte de Portugal. A ULS integra um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) e o Hospital.

Segundo os últimos dados dos Censos disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), a população residente, à data dos Censos de 2021, na área geográfica da ULS era de 154 134 habitantes. Abrange dois concelhos, um era o 44º concelho do país com maior densidade e populacional (374,6 habitantes/km²) e o outro era o 53º (307,8 habitantes/km²).

Figura 3 - População residente - Censos 2021

Local de residência - dez/2023	Ambos sexos (N.º)	Homens (N.º)	(%)	Mulheres (N.º)	(%)
Portugal	10639726	5083568	47,8%	5556158	52,2%
Contínente	10142079	4844936	47,8%	5297143	52,2%
Norte (NUTS II)	3673861	1759847	47,9%	1914014	52,1%
ULS	154134	74625	48,4%	79509	51,6%
Concelho 1	117005	56683	48,4%	60322	51,6%
Concelho 2	37129	17942	48,3%	19187	51,7%

Fonte de dados: INE

A pirâmide etária tem sofrido grandes alterações ao longo do tempo, sendo atualmente do tipo decrescente, com o envelhecimento do topo e encurtamento da base. Entre os 24 e os 43 anos, o entalhe verificado é mais acentuado nos homens, que pode ser explicado pela emigração (Figura 5).

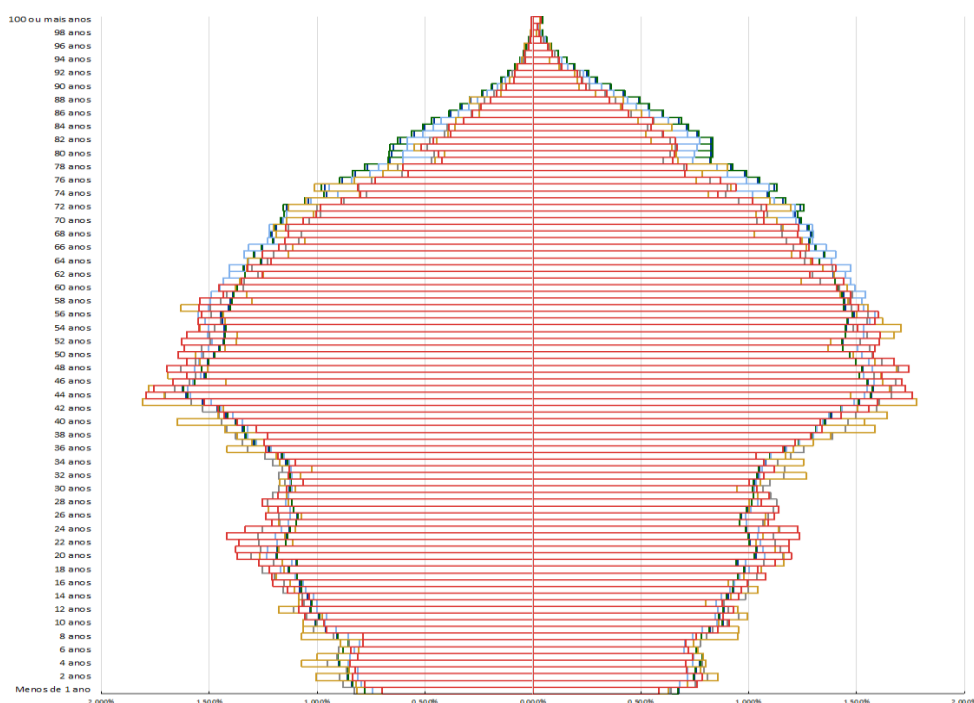
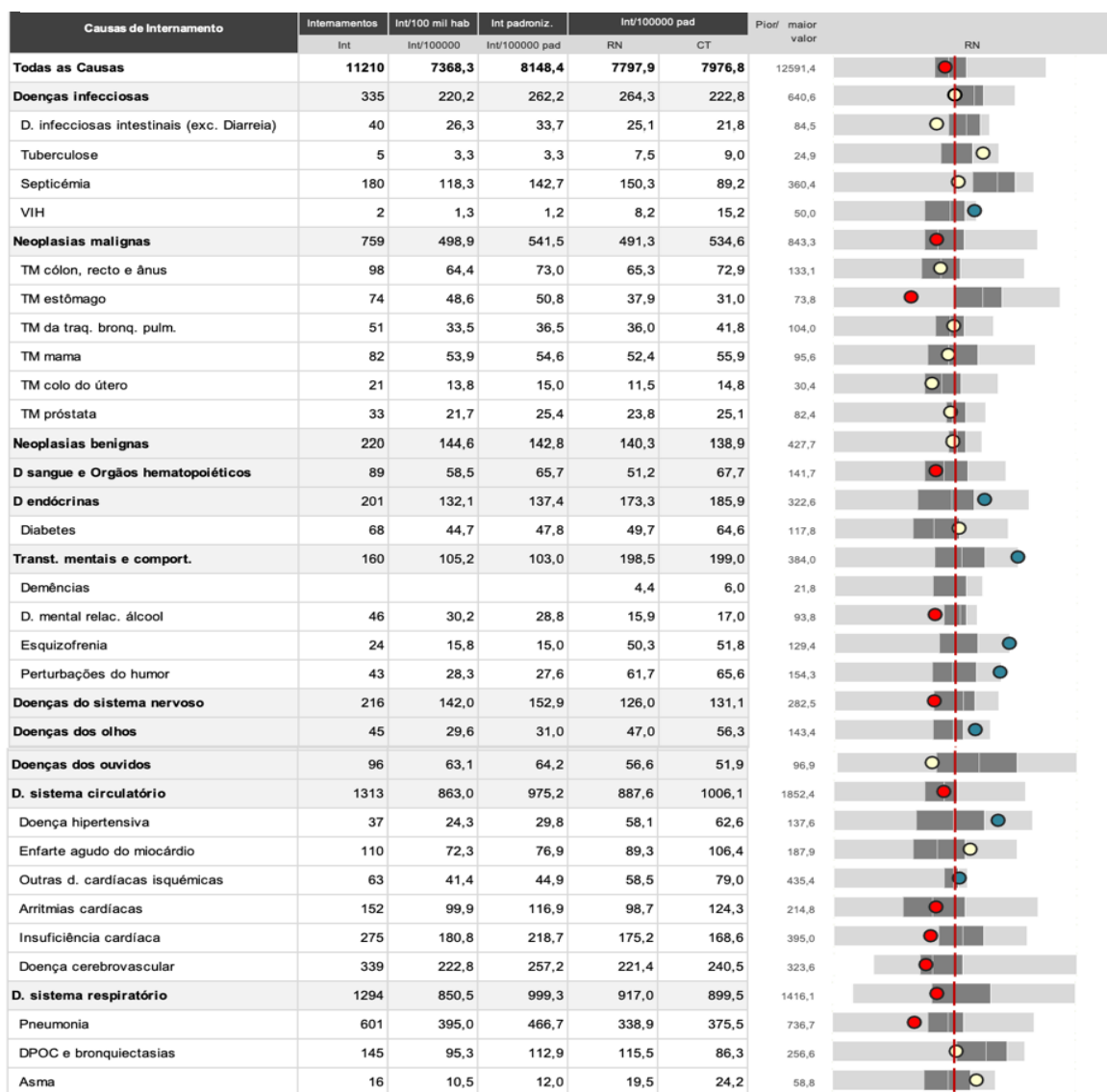


Figura 4 - Pirâmide etária da população residente na área geográfica – Censos 2021

Embora os últimos dados disponíveis sejam de 2016, é possível analisar algumas das causas principais de internamento hospitalar na população inscrita na ULS (Figura 6) disponibilizada pelo Observatório Regional de Saúde, do Departamento de Saúde Pública (DSP) da ARS Norte. Os grandes grupos de causas de internamento mais importantes foram as doenças do sistema respiratório, as doenças do sistema digestivo, doenças do sistema circulatório, a gravidez, parto e puerpério, as lesões e envenenamentos, as

neoplasias malignas, entre outros.

Figura 5 - Perfil dos internamentos Hospitalares da população residente na área da ULS ano 2016, ambos os sexos e todas as idades



Na figura 5 apresentam-se os óbitos, por grupos de causas de morte e causas específicas, contabilizados no último triénio disponível (2018-2020), na área geográfica de abrangência da ULS. Neste triénio ocorreram 3 704 óbitos no total (ambos os sexos), o que corresponde a uma média anual de 1 235 óbitos por ano e a uma taxa bruta de mortalidade média anual no triénio de 814,4 óbitos por 100 000 habitantes-ano.

Figura 6 - Óbitos por causa de morte no triênio 2018-2020, na área da ULS

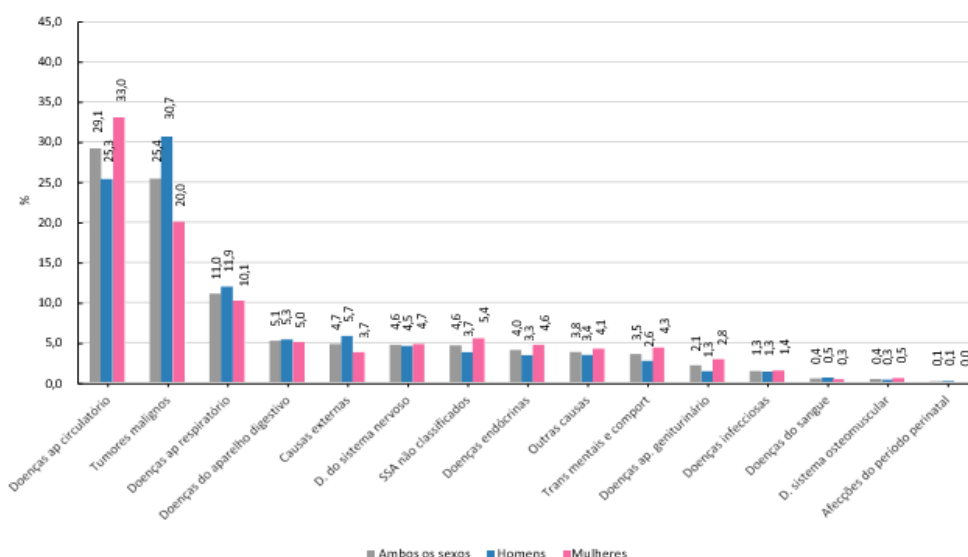
Causa de morte (Triênio 2018-2020)	Óbitos (< 75 anos;									TBM (Todas as			TBM (< 75 anos)		
	Óbitos (N.º)			N.º)			idades)								
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Todas as causas de morte	3704	1866	1838	1235	824	411	814,4	855,4	776,6	296,0	404,1	192,6			
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	50	24	26	17	12	5	11,0	11,0	11,0	4,1	5,9	2,3			
Tuberculose	7	7	0	3	3	0	1,5	3,2	0,0	0,7	1,5	0,0			
Infeção meningocócica	1	0	1	1	0	1	0,2	0,0	0,4	0,2	0,0	0,5			
Doenças pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	3	3	0	3	3	0	0,7	1,4	0,0	0,7	1,5	0,0			
Hepatite viral	1	1	0	0	0	0	0,2	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0			
Tumores (neoplasmas)	953	577	376	525	325	200	209,5	264,5	158,9	125,8	159,4	93,7			
Tumores (neoplasmas) malignos	939	572	367	520	323	197	206,5	262,2	155,1	124,6	158,4	92,3			
Tumor (neoplasma) maligno do lábio, cavidade bucal e faringe	26	22	4	23	21	2	5,7	10,1	1,7	5,5	10,3	0,9			
Tumor (neoplasma) maligno do esôfago	24	22	2	19	17	2	5,3	10,1	0,8	4,6	8,3	0,9			
Tumor (neoplasma) maligno do estômago	96	63	33	53	33	20	21,1	28,9	13,9	12,7	16,2	9,4			
Tumor (neoplasma) maligno do cólon	85	42	43	47	25	22	18,7	19,3	18,2	11,3	12,3	10,3			
Tumor (neoplasma) maligno da junção retossigmoideia, reto, ânus e canal anal	31	19	12	10	5	5	6,8	8,7	5,1	2,4	2,5	2,3			
Tumor (neoplasma) maligno do fígado e das vias biliares intra-hepáticas	40	23	17	24	18	6	8,8	10,5	7,2	5,8	8,8	2,8			
Tumor (neoplasma) maligno do pâncreas	58	32	26	29	17	12	12,8	14,7	11,0	6,9	8,3	5,6			
Tumor (neoplasma) maligno da laringe, da traqueia, dos brônquios e dos pulmões	168	127	41	109	82	27	36,9	58,2	17,3	26,1	40,2	12,7			
Melanoma maligno da pele	11	7	4	8	5	3	2,4	3,2	1,7	1,9	2,5	1,4			
Tumor (neoplasma) maligno da mama	50	4	46	31	3	28	11,0	1,8	19,4	7,4	1,5	13,1			
Tumor (neoplasma) maligno do colo do útero	n.a.	n.a.	2	n.a.	n.a.	2	n.a.	n.a.	0,8	n.a.	n.a.	0,9			
Tumor (neoplasma) maligno de outras partes e de partes não especificadas do útero	n.a.	n.a.	13	n.a.	n.a.	6	n.a.	n.a.	5,5	n.a.	n.a.	2,8			
Tumor (neoplasma) maligno do ovário	n.a.	n.a.	16	n.a.	n.a.	12	n.a.	n.a.	6,8	n.a.	n.a.	5,6			
Tumor (neoplasma) maligno da próstata	n.a.	54	n.a.	n.a.	15	n.a.	n.a.	24,8	n.a.	n.a.	7,4	n.a.			
Tumor (neoplasma) maligno do rim, exceto pelve renal	13	7	6	7	4	3	2,9	3,2	2,5	1,7	2,0	1,4			
Tumor (neoplasma) maligno da bexiga	27	16	11	15	12	3	5,9	7,3	4,6	3,6	5,9	1,4			
Tumor (neoplasma) maligno do tecido linfático e hematopoético e tecidos relacionados	77	47	30	35	20	15	16,9	21,5	12,7	8,4	9,8	7,0			
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	16	10	6	3	1	2	3,5	4,6	2,5	0,7	0,5	0,9			
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	147	62	85	39	24	15	32,3	28,4	35,9	9,3	11,8	7,0			
Diabetes mellitus	103	43	60	24	15	9	22,6	19,7	25,4	5,8	7,4	4,2			
Transtornos mentais e comportamentais	128	49	79	12	6	6	28,1	22,5	33,4	2,9	2,9	2,8			
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	6	6	0	2	2	0	1,3	2,8	0,0	0,5	1,0	0,0			
Dependência de drogas (toxicomania)	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	171	84	87	48	34	14	37,6	38,5	36,8	11,5	16,7	6,6			
Meningites (exceto 03 - Infeção meningocócica)	2	1	1	1	1	0	0,4	0,5	0,4	0,2	0,5	0,0			
Doenças do aparelho circulatório	1079	473	606	225	157	68	237,2	216,8	256,1	53,9	77,0	31,9			
Doenças isquêmicas do coração	198	120	78	84	68	16	43,5	55,0	33,0	20,1	33,3	7,5			
Outras doenças cardíacas (exceto transt. valv. não-reumát. e doenças valv.)	263	91	172	42	24	18	57,8	41,7	72,7	10,1	11,8	8,4			
Doenças cerebrovasculares	400	172	228	58	38	20	87,9	78,8	96,3	13,9	18,6	9,4			
Doenças do aparelho respiratório	408	222	186	89	77	12	89,7	101,8	78,6	21,3	37,8	5,6			
Gripe (Influenza)	4	3	1	0	0	0	0,9	1,4	0,4	0,0	0,0	0,0			
Pneumonia	154	83	71	27	22	5	33,9	38,0	30,0	6,5	10,8	2,3			
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	113	69	44	28	28	0	24,8	31,6	18,6	6,7	13,7	0,0			
Asma e estado de mal asmático	4	3	1	3	3	0	0,9	1,4	0,4	0,7	1,5	0,0			
Doenças do aparelho digestivo	190	99	91	85	58	27	41,8	45,4	38,5	20,4	28,4	12,7			
Úlcera gástrica, duodenal, péptica de localização não especificada e gastrojejunal	5	4	1	3	3	0	1,1	1,8	0,4	0,7	1,5	0,0			
Doenças crônicas do fígado	52	32	20	41	30	11	11,4	14,7	8,5	9,8	14,7	5,2			
Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	11	5	6	1	1	0	2,4	2,3	2,5	0,2	0,5	0,0			
Doenças do sistema oste muscular/tecido conjuntivo	14	5	9	4	0	4	3,1	2,3	3,8	1,0	0,0	1,9			
Artrites reumatóides e artroses	1	0	1	0	0	0	0,2	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0			
Doenças do aparelho geniturinário	77	25	52	9	2	7	16,9	11,5	22,0	2,2	1,0	3,3			
Doenças do rim e ureter	38	17	21	5	1	4	8,4	7,8	8,9	1,2	0,5	1,9			
Complicações da gravidez, parto e puerpério	n.a.	n.a.	1	n.a.	n.a.	1	n.a.	n.a.	0,4	n.a.	n.a.	0,5			
Algumas afeições originadas no período perinatal	2	2	0	2	2	0	0,4	0,9	0,0	0,5	1,0	0,0			
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	6	2	4	5	2	3	1,3	0,9	1,7	1,2	1,0	1,4			
SSAA de exam. clínicos e de lab. não classificados em outra parte	169	69	100	44	31	13	37,2	31,6	42,3	10,5	15,2	6,1			
Síndrome de morte súbita do lactente	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Outras mortes súbitas de causa desconhecida	62	35	27	37	27	10	13,6	16,0	11,4	8,9	13,2	4,7			
Causas externas de lesão e envenenamento	175	107	68	99	70	29	38,5	49,0	28,7	23,7	34,3	13,6			
Acidentes	106	60	46	52	38	14	23,3	27,5	19,4	12,5	18,6	6,6			
Acidentes de transporte	17	15	2	14	12	2	3,7	6,9	0,8	3,4	5,9	0,9			
Quedas acidentais	34	16	18	14	8	6	7,5	7,3	7,6	3,4	3,9	2,8			
Envenenamento acidental por drogas, medicamentos e substâncias biológicas	4	3	1	4	3	1	0,9	1,4	0,4	1,0	1,5	0,5			
Suicídios e lesões autoprovocadas voluntariamente	33	23	10	29	20	9	7,3	10,5	4,2	6,9	9,8	4,2			
Homicídios e lesões provocadas intencionalmente por outras pessoas	1	1	0	1	1	0	0,2	0,5	0,0	0,2	0,5	0,0			
Lesões em que se ignora se foram acidental ou intencionalmente infligidas	25	17	8	11	8	3	5,5	7,8	3,4	2,6	3,9	1,4			
Doenças não transmissíveis (ap. circulatório, cancro, diabetes e doenç. cr. respiratórias)	2238	1160	1078	800	526	274	492,1	531,7	455,5	191,7	258,0	128,4			

Abaixo dos 75 anos, ocorreram um total de 1235 óbitos em 2018-2020, na população da ULS, correspondendo a 33,3% do total da mortalidade considerando todas as idades.

As doenças do aparelho circulatório contabilizaram 1 079 óbitos neste período, seguidas pelos tumores malignos (939 óbitos), doenças do aparelho respiratório (408), doenças do aparelho digestivo (190) e as causas externas (175), sendo estes os grandes grupos de causas de morte mais frequentes.

De seguida analisa-se a mortalidade proporcional para todas as idades, por sexo e por grandes grupos de causas de morte, na ULS, no triénio 2018-2020 (Figura 7), onde se verifica que são de facto as doenças do aparelho circulatório (29,1%), os tumores malignos (25,4%) e as doenças do aparelho respiratório (11,0%), as 3 principais causas de morte, considerando todas as idades e ambos os sexos, num total de 65,5% da mortalidade. Logo a seguir surgem as doenças do aparelho digestivo (5,1%), as causas externas (4,7%), as doenças do sistema nervoso (4,6%) e as doenças endócrinas e metabólicas com 4,0%.

Figura 7 - Mortalidade proporcional por grandes grupos de causas de morte no triénio 2018-2020, na ULS, para todas as idades e por sexo



Abaixo dos 75 anos, os tumores malignos que tomam maior peso no total das mortes, representando 42,1% do total das mortes ocorridas abaixo dos 75 anos. As doenças do aparelho circulatório aparecem depois em segundo lugar, com 18,2% e as causas externas em terceiro lugar, com 8,0%.

Os dados sobre a alta incidência de doenças oncológicas em Portugal refletem áreas com grande impacto no panorama de saúde do país, sendo essenciais para a organização e o planeamento de cuidados de saúde, incluindo os cuidados paliativos.

Portanto, os cuidados paliativos são mais necessários do que nunca para garantir uma abordagem digna e compassiva ao tratamento de pacientes com prognósticos limitados.

1.2 CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O ENP realizou-se numa Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP).

A EIHSCP de uma unidade de saúde desempenha um papel crucial ao oferecer aconselhamento e apoio especializado em cuidados paliativos, tanto aos profissionais de saúde como aos serviços hospitalares. Além disso, a equipa também apoia os doentes e suas famílias, proporcionando assistência na execução do plano individual de cuidados para aqueles que se encontram internados em situação de sofrimento decorrente de doenças graves ou incuráveis, em fase avançada e progressiva, ou com prognóstico de vida limitado. Este apoio, é solicitado sempre que se verifique a necessidade de intervenção da equipa em conformidade com as diretrizes legais e regulamentares, nomeadamente na Base XVII da Lei dos Cuidados Paliativos (LBCP) e no artigo 8.º da Portaria nº340/2015, de 8 de outubro, com a última alteração introduzida pela Portaria nº165/2016, de 14 de junho. A presença da Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) é fundamental para garantir uma assistência de alta qualidade, respondendo de forma eficaz às necessidades e desejos dos doentes em cuidados paliativos. Além disso, a equipa contribui para a formação contínua dos profissionais envolvidos no processo de cuidados, sempre em consonância com os princípios éticos e normativos que orientam os cuidados paliativos, garantindo um atendimento integrado e humanizado.

A EIHSCP possui objetivos que se alinham com as práticas de outras unidades de cuidados paliativos, com a missão de oferecer cuidados de conforto aos doentes, aliviando o sofrimento nas diversas dimensões de forma personalizada e individualizada. Mais especificamente, os seus objetivos incluem:

- Acompanhar de forma estruturada e diferenciada os doentes internados, garantindo um acompanhamento contínuo e especializado durante toda a evolução da doença.
- Promover o alívio da dor e outros sintomas, proporcionando uma qualidade de vida digna e confortável para o doente.
- Afirmar a vida, respeitando e valorizando o momento presente, encarando a

morte como desfecho natural, sem negar a sua inevitabilidade.

- Integrar aspetos psicológicos e espirituais nos cuidados prestados, considerando a pessoa como um todo, abrangendo as suas necessidades emocionais, sociais e espirituais.

- Desenvolver um sistema de suporte que permita ao doente manter a sua vida ativa, respeitando suas capacidades, vontades e necessidades.

- Oferecer um sistema de apoio à família, ajudando-os a lidar não só com a doença do doente, mas também com o processo de luto, oferecendo suporte emocional contínuo.

- Apoiar os profissionais dos serviços na prestação de cuidados aos doentes e suas famílias, promovendo uma abordagem interdisciplinar que visa sempre o melhor atendimento possível.

Estes objetivos são essenciais para garantir a humanização e a qualidade nos cuidados paliativos, atendendo às necessidades físicas, psicológicas e espirituais dos doentes e suas famílias, de forma holística, e respeitando os valores individuais de cada um.

A EIHSCP é composta por profissionais altamente especializados, incluindo 2 médicas, com competência acrescida em medicina paliativa, 1 enfermeira com mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação paliativa, 1 assistente social, e 1 psicóloga a tempo parcial. (Figura 8). Além das funções assistenciais diretas, a equipa tem a responsabilidade de proporcionar formação aos profissionais de saúde das unidades de hospitalares, promovendo o desenvolvimento contínuo de competências na área dos cuidados paliativos. A formação interna, também é uma prática essencial, com o objetivo de desenvolver competências dentro da própria equipa, incluindo apoio especializado ao luto e outras vertentes dos cuidados paliativos.

De forma a garantir uma coordenação eficiente e integrada, a equipa realiza reuniões semanais, nas quais se inclui tanto a reunião multidisciplinar para abordar os casos e necessidades específicas de cada pessoa doente, como a reunião interdisciplinar, com o intuito de assegurar a articulação entre as diversas áreas profissionais e promover uma abordagem holística e integrada.

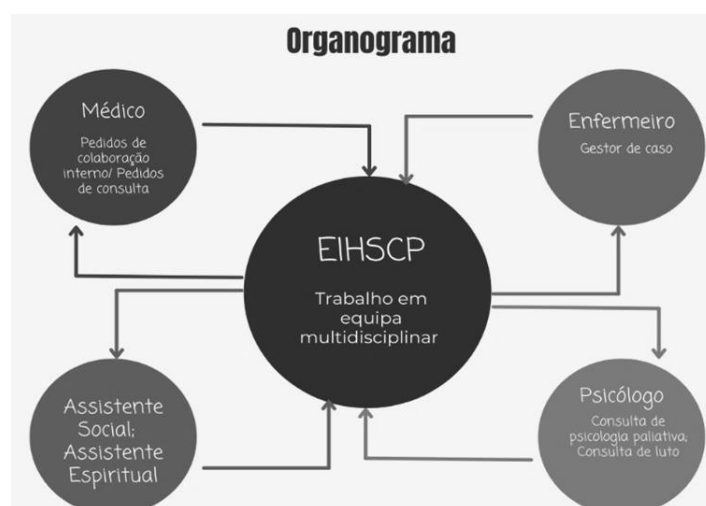


Figura 8 - Organograma - trabalho multidisciplinar da EIHSCP

Este método de trabalho, fundamentado na colaboração entre diferentes áreas de especialidade, permite à equipa oferecer cuidados personalizados e de alta qualidade, centrados na pessoa e nas suas necessidades específicas, respeitando sempre a dignidade e o bem-estar do doente e da sua família.

O método de trabalho da EIHSCP fundamenta-se num modelo colaborativo, onde se promove a participação ativa da família e cuidadores no desenvolvimento do plano individual de cuidados. Esta colaboração, estende-se também, às equipas assistenciais referenciadoras e aos profissionais responsáveis pelo internamento da pessoa doente, de modo a garantir uma abordagem integrada e holística no processo de cuidados.

No exercício da sua função consultora, a EIHSCP nem sempre estabelece contato direto com os cuidadores e familiares durante o internamento. Contudo, a avaliação é realizada em colaboração com as equipas assistenciais, com o objetivo de incluir os cuidadores e familiares no processo de cuidados, respeitando as necessidades específicas dos doentes e as suas próprias.

A EIHSCP realiza uma avaliação multidimensional das necessidades da pessoa em situação paliativa e da família, considerando os seus valores e preferências. A partir dessa avaliação, são delineadas e identificadas as prioridades e as metas dos cuidados propostos, sempre com uma abordagem estruturada, planeada e antecipada, que respeita os princípios de compaixão, humildade e honestidade. Este modelo, está também ancorado na ética dos cuidados paliativos, promovendo um atendimento que valoriza a dignidade, o respeito e o bem-estar da pessoa doente e dos seus familiares.

Tem como missão prestar apoio aos doentes e seus familiares, oferecendo cuidados paliativos especializados, em diversos serviços clínicos hospitalares. Este apoio, inclui tanto os cuidados durante o internamento, como nas consultas externas, além de fornecer assistência telefónica para os doentes que, após o internamento, regressaram ao domicílio, de qualquer serviço de adultos do hospital.

Os principais motivos que levam as equipas assistenciais a solicitar a colaboração da EIHSCP estão relacionados com o controlo sintomático, a organização de cuidados e o apoio na tomada de decisões. Após o pedido de colaboração, a primeira avaliação é realizada dentro de um prazo máximo de 48 horas ou, se for o caso, 72 horas quando se incluem os fins-de-semana, garantindo uma resposta célere e eficaz às necessidades das pessoas doentes.

O horário de funcionamento da EIHSCP é de segunda a sexta-feira, com o seguinte horário de atendimento:

- Segunda a terça-feira: das 8h00 às 16h00
- Quarta a quinta-feira: das 8h00 às 14h00
- Sexta-feira: das 8h00 às 15h00

Este horário é ajustado de acordo com as atividades desenvolvidas pela equipa e a carga horária atribuída aos diferentes elementos, permitindo uma atuação coordenada e contínua no apoio aos doentes e às suas famílias, conforme as necessidades identificadas. A equipa procura, assim, garantir a qualidade do cuidado e a continuidade da assistência ao longo de todo o processo.

A EIHSCP, conforme estabelecido no artigo 9.º da Portaria nº 340/2015, de 8 de outubro, com a última alteração pela Portaria nº 165/2016, de 14 de junho, tem várias responsabilidades e competências no âmbito dos cuidados paliativos, que incluem:

- Consulta e acompanhamento de pessoas doentes internadas na instituição de saúde onde a EIHSCP está integrada, garantindo a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados durante a hospitalização.

- Intervenção psicológica destinada não apenas às pessoas doentes, mas também aos profissionais de saúde e familiares, proporcionando suporte emocional e psicológico, essencial para o enfrentamento da doença e das suas consequências.

- Intervenção e apoio social, abordando as necessidades socioeconómicas,

psicológicas e de suporte logístico das famílias e pacientes, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

- Apoio e intervenção no luto, uma fase crucial no processo de cuidados paliativos, onde a equipa oferece suporte especializado para a gestão do sofrimento associado à perda de um ente querido.

- Intervenção espiritual, reconhecendo a importância do apoio espiritual e religioso, conforme as crenças e necessidades do paciente e da sua família.

- Assessoria na área dos cuidados paliativos a profissionais de saúde, especificamente aos profissionais dos cuidados de saúde primários, hospitalares e cuidados continuados integrados, dentro da área de influência da instituição onde a EIHSCP se encontra integrada. Isso garante a formação contínua e a coordenação de cuidados entre as diferentes equipas envolvidas no processo.

- Formação em cuidados paliativos, assegurando que os profissionais de saúde da área de atuação estejam bem preparados e atualizados para prestar cuidados de excelência, com enfoque na humanização e no bem-estar do paciente e da família.

A EIHSCP assume um papel fundamental ao assegurar a consulta externa e o hospital de dia em cuidados paliativos (CP), ampliando a sua atuação para além do ambiente hospitalar. Nas situações em que os ACES (Agrupamentos de Centros de Saúde) não possuem a capacidade para constituir uma ECSCP (Equipa de Cuidados de Saúde Paliativos), a assistência é realizada em estreita articulação com os profissionais das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), promovendo uma coordenação eficaz entre os diferentes níveis de cuidados.

De acordo com a Circular Normativa 8/2017/CNCP/ACSS, a EIHSCP também realiza a referenciação de utentes para as Unidades de Cuidados Paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (UCP-RNCCI), assegurando uma continuidade no cuidado do paciente em diferentes contextos e promovendo uma resposta adequada às necessidades identificadas.

A intervenção da EIHSCP é essencialmente no âmbito de aconselhamento e consultoria técnica, porém, pode incluir a prestação direta de cuidados, quando essa intervenção é considerada útil e necessária para a pessoa doente. No entanto, é importante frisar que, dado que a EIHSCP não dispõe de um serviço de internamento, a sua ação está sempre coordenada com os outros profissionais da equipa assistencial, sendo estes, os

principais responsáveis pelo acompanhamento da pessoa doente. Essa articulação entre as diversas entidades garante um modelo de cuidado integrado e uma resposta personalizada, com foco na qualidade de vida do doente.

O trabalho em equipa é um dos pilares fundamentais dos cuidados paliativos, sendo que a sua eficácia é assegurada por uma abordagem multidisciplinar, onde cada profissional contribui com a sua especialização para garantir uma assistência de qualidade e uma resposta integrada às necessidades do paciente. A equipa reúne-se semanalmente para avaliar e discutir casos clínicos, definir procedimentos organizativos e clínicos, planejar ações de formação e outras atividades que surgem conforme as necessidades identificadas no acompanhamento dos pacientes.

Na prestação diária de cuidados, após um pedido de colaboração, os membros da equipa avaliam todas as pessoas em situação paliativa internadas. Este pedido, pode ter objetivos variados, como o controlo sintomático, a tomada de decisão, a definição do plano de cuidados, a organização de cuidados e o planeamento da alta. Após a avaliação das necessidades da pessoa doente, a equipa de cuidados paliativos em conjunto com a equipa assistencial, define o plano de cuidados a ser implementado. A frequência do acompanhamento será determinada conforme a evolução do quadro clínico e as necessidades identificadas. Além disso, a equipa segue as pessoas doentes que atendem a critérios específicos de referenciação, incluindo a presença de patologias específicas como doenças oncológicas progressivas, insuficiências avançadas de órgãos (renal, cardíaca, hepática, pulmonar), VIH, esclerose lateral amiotrófica, esclerose múltipla e demências. Para que a pessoa seja seguida pela equipa, é necessário que esteja associada a pelo menos um dos seguintes critérios: prognóstico de vida limitado e/ou sofrimento intenso.

A EIHSCP preconiza uma intervenção precoce, de modo a proporcionar cuidados adequados desde os estádios iniciais da doença e, não apenas nos últimos dias de vida. Esse modelo, visa garantir que a pessoa doente receba suporte adequado ao longo de todo o seu percurso, independentemente do estágio em que se encontra, promovendo o bem-estar físico, emocional e psicológico.

A avaliação das necessidades em cuidados paliativos não se limita à identificação dos sintomas clínicos, mas requer uma discussão franca e aberta com os doentes e os familiares, abordando suas expectativas e as decisões a serem tomadas, o que implica a necessidade de conhecimento e o desenvolvimento de habilidades de comunicação por

parte da equipa. A comunicação clara e empática desempenha um papel crucial na construção de uma relação de confiança e compreensão, essencial para o planeamento dos cuidados e o alívio do sofrimento emocional.

O apoio à família, que é um dos pilares fundamentais dos cuidados paliativos, é um aspeto prioritário para esta equipa, sendo que este suporte se estende inclusive após a alta hospitalar. A equipa disponibiliza contactos telefónicos e correio eletrónico para garantir que a família tenha acesso a apoio contínuo, permitindo o esclarecimento de dúvidas e a manutenção da qualidade do suporte emocional durante o processo de luto ou quando surgem novas questões relacionadas com o cuidado. Esta disponibilidade contínua é crucial para assegurar que o apoio não se limita ao ambiente hospitalar, mas que se prolonga ao longo do percurso da pessoa doente.

Após a alta hospitalar, as pessoas doentes têm agendadas consultas externas de cuidados paliativos, o que constitui uma atividade integrada nas funções da EIHSCP. Este acompanhamento é essencial para a continuidade dos cuidados, garantindo que os doentes possam manter o seguimento adequado das suas necessidades, com o acompanhamento da equipa. A participação da equipa nas consultas externas demonstra a importância da articulação e continuidade dos cuidados, permitindo à equipa de cuidados paliativos ajustar o plano de intervenção conforme a evolução do quadro clínico e o bem-estar da pessoa doente e da família.

A utilização de ferramentas de avaliação, como a Escala de Edmonton, ESAS e PPS, revela-se de grande importância, pois proporcionam um registo simples e acessível, permitindo um acesso rápido, embora limitado, a alguns dos aspetos físicos mais comuns em pacientes em cuidados paliativos

As diretrizes para a utilização dessas ferramentas incluem:

- Avaliação periódica: A avaliação deverá ser realizada de forma periódica, até à alta ou falecimento da pessoa doente, garantindo que o acompanhamento seja contínuo e ajustado ao longo do tempo, conforme a evolução do estado do doente.

- Discussão do plano de cuidados paliativos: O plano de cuidados paliativos será elaborado de forma colaborativa, sendo discutido com o paciente, os cuidadores e o médico assistente do doente. A equipa de cuidados paliativos deverá trabalhar de forma integrada com os profissionais já envolvidos no acompanhamento do paciente, a fim de agilizar a implementação das medidas necessárias para otimizar os cuidados prestados.

Na elaboração do plano de cuidados, é fundamental considerar:

- Abordagem multidisciplinar: envolvendo todos os profissionais da equipa, como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros, para garantir uma resposta integral.
- Antecipação da progressão de sintomas: é crucial antecipar a progressão dos sintomas para que as medidas terapêuticas possam ser ajustadas com antecedência, evitando sofrimento desnecessário e promovendo o bem-estar da pessoa doente.
- Sofrimento associado à doença: o sofrimento da pessoa doente não se limita aos sintomas físicos, mas pode incluir sofrimento psicológico, social e espiritual.
- Plano de avaliação e intervenção: para assegurar que as ações sejam bem coordenadas e eficientes.

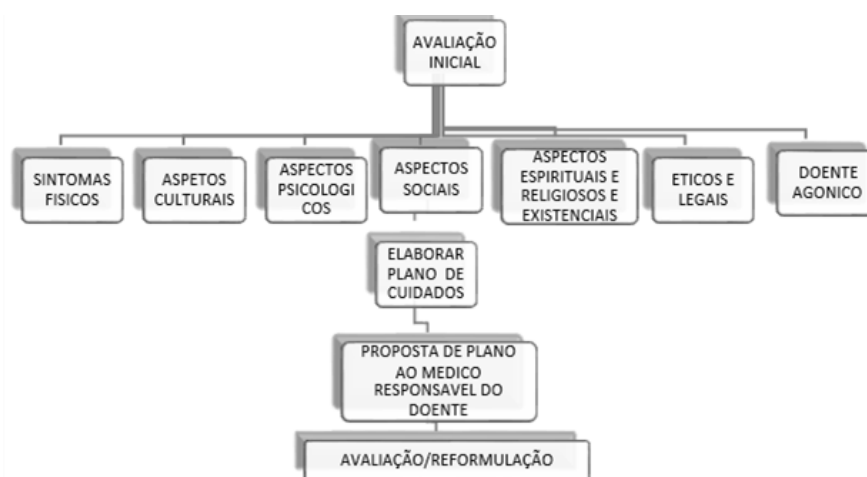


Figura 9 - Fases elaboração plano de cuidados

Finalmente, na data de alta, será enviado um relatório detalhado com as medidas propostas pela equipa, assegurando a continuidade dos cuidados após a saída da pessoa doente, para que a transição entre os cuidados prestados no hospital e os cuidados em casa, ou em outra instituição, seja realizada de forma contínua e sem interrupções.

Portanto, a equipa multidisciplinar reúne-se semanalmente com o objetivo de discutir e avaliar todos os planos de cuidados elaborados, assegurando que cada pessoa doente receba o melhor acompanhamento possível, com base nas necessidades identificadas.

Os principais objetivos dessas reuniões semanais incluem:

- Ajustar o plano de intervenção de cada doente: com base na evolução do estado

clínico e nas necessidades identificadas durante o acompanhamento, o plano de cuidados é ajustado de forma contínua, garantindo que as estratégias adotadas sejam sempre as mais adequadas à situação do paciente.

- Elaborar ou avaliar o plano de alta: quando o doente já teve alta, a equipa revisita o plano de alta e, caso sejam sugeridas alterações após a discussão multidisciplinar, essas modificações são comunicadas ao responsável pelo acompanhamento do paciente, garantindo que todos os profissionais envolvidos estejam alinhados nas novas orientações.

- Promover sempre que possível a participação de profissionais de saúde intervenientes na orientação do doente: A equipa procura envolver, sempre que possível, outros profissionais de saúde que estão diretamente envolvidos no cuidado do paciente, como o médico da comunidade, a fim de garantir uma abordagem integrada e uma continuidade de cuidados eficazes.

Além disso, mensalmente, a equipa realiza reuniões para manter a coesão entre seus membros e ajustar procedimentos, assegurando que todos os processos e práticas estejam a ser seguidos de forma consistente, promovendo um ambiente de trabalho colaborativo e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Na articulação da EIHSCP com os serviços, o médico responsável pelo doente deve oficializar o pedido de colaboração interna no SClinico, de forma detalhada e precisa, para garantir uma resposta adequada e coordenada. O pedido deve ser preenchido com as informações completas, especificando o motivo do pedido nas seguintes áreas:

- Controlo de sintomas: deve ser indicado qual/quais sintomas estão a ser difíceis de controlar, como dor, náuseas, falta de ar, entre outros, para que a equipa possa atuar de forma direcionada e eficaz.

- Internamento prolongado: quando se prevê a necessidade de cuidados prolongados, o pedido deve especificar as condições do paciente que justificam o internamento continuado.

- Acesso frequente aos cuidados de saúde pelo mesmo diagnóstico: para pacientes que necessitam de frequentes visitas ou cuidados médicos devido ao mesmo diagnóstico, o pedido deve descrever as razões que tornam esses acessos necessários.

- Dificuldade de comunicação: quando a pessoa doente ou a família apresentam dificuldades de comunicação (como no caso de alterações cognitivas ou emocionais), é

essencial que seja indicada esta área para um acompanhamento especializado.

- Dificuldade de suporte familiar: se a família da pessoa doente enfrenta dificuldades em fornecer o suporte necessário, seja devido a questões emocionais, logísticas ou de conhecimento, essa área deve ser claramente indicada para garantir o apoio adequado.

- Decisão de não reanimar: caso o paciente ou a sua família tenham decidido não realizar manobras de reanimação, é crucial que isso seja formalmente indicado para que a equipa saiba como proceder em situações de emergência.

A referenciação de utentes para as UCP-RNCCI é feita pelas Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP). A EIHSCP desenvolve a sua atividade atendendo:

- Doentes com idade superior a 18 anos;
- Doentes internados em qualquer serviço do hospital com exceção do Serviço de Pediatria;
- Doentes com diagnóstico que implique sofrimento intenso e/ou doença avançada, incurável e progressiva;
- Doentes com problemas e necessidades de difícil resolução que exijam apoio específico, organizado e interdisciplinar.

No ano de 2023, as reuniões semanais da EIHSCP mantiveram-se como um momento essencial para a discussão do plano de cuidados dos doentes, permitindo uma análise detalhada e coletiva das melhores abordagens a serem adotadas em cada caso. Estas reuniões proporcionam uma plataforma de intercâmbio de informações entre os diferentes membros da equipa, garantindo que cada pessoa doente receba uma resposta integrada e coordenada, considerando as suas necessidades físicas, emocionais e sociais.

A atividade da equipa continuou a crescer exponencialmente, como refletido na análise da casuística, o que evidencia a necessidade de uma expansão de recursos, nomeadamente o aumento de horas médicas. O aumento da demanda de cuidados paliativos exige mais horas de acompanhamento médico, de modo a garantir que todos os pacientes possam ser atendidos de forma adequada, com tempo suficiente para a avaliação e o ajuste contínuo dos seus planos de cuidados.

Esse crescimento da atividade reflete a eficácia do trabalho realizado pela equipa

e a crescente procura por cuidados especializados em paliativos, mas também sublinha a necessidade de reforçar a capacidade da equipa para continuar a prestar cuidados de alta qualidade. O aumento das horas médicas, portanto, é uma medida necessária para assegurar que o atendimento seja mantido em padrões elevados e que todos os pacientes possam beneficiar de uma assistência atenta e personalizada.

A equipa realiza uma monitorização contínua dos processos em acompanhamento, com o objetivo de elaborar relatórios de atividades detalhados e estabelecer objetivos anuais. Este processo de avaliação e planeamento estratégico tem sido fundamental para o crescimento e a eficiência da equipa, permitindo ajustar as práticas e otimizar os cuidados oferecidos. A atividade da equipa tem mostrado um crescimento exponencial, refletindo não só o aumento da demanda, mas também o impacto positivo da sua atuação.

Um dos principais fatores que contribuiu para este crescimento foi o aumento do número de Consultas de Psicologia de Luto e da consulta do cuidador, serviços essenciais para apoiar a família no processo de luto. Essas consultas têm se mostrado primordiais para proporcionar o suporte emocional necessário aos familiares, garantindo que se sintam acompanhados e apoiados durante uma das fases mais desafiadoras da vida. O valor atribuído por parte dos familiares a esses atendimentos tem sido significativo, destacando a mais-valia que esses serviços representam no trabalho da equipa. O acompanhamento psicológico do luto e o suporte ao cuidador, têm sido pontos-chave na melhoria do bem-estar dos familiares e no fortalecimento da rede de apoio à pessoa em situação de fim de vida. A continuidade do trabalho nestas áreas, com o devido investimento e a expansão dos recursos, continuará a ser um pilar importante no desenvolvimento da equipa e na prestação de cuidados paliativos de qualidade.

De salientar que o aumento das consultas médicas e de enfermagem (conforme ilustrado na tabela 1 e 2) tem como consequência direta o aumento do número de atendimentos dos outros profissionais da equipa, como os de Psicologia, Assistência Social e Enfermagem. Este aumento reflete a crescente complexidade e a diversidade das necessidades dos pacientes em cuidados paliativos, que exigem um acompanhamento mais abrangente e especializado por parte de toda a equipa interdisciplinar.

Tabela 1 – casuística da consulta médica em cuidados paliativos

CONSULTA MÉDICA			
Indicador	Primeiras	Subsequentes	Total
	2023	2023	
MEDICINA (PALIATIVOS)	127	367	494

Tabela 2 - casuística da consulta de enfermagem em cuidados paliativos

CONSULTA ENFERMAGEM			
Indicador	Primeiras	Subsequentes	Total
	2023	2023	
C.ENF. (PALIATIVOS)	190	509	699

Este crescimento de atendimentos é, portanto, um indicativo da necessidade de ampliar os recursos e otimizar a articulação dentro da equipa, para continuar a prestar cuidados de qualidade e responder de forma eficaz a todas as necessidades dos pacientes. Torna-se evidente que a equipa está a experienciar uma progressiva solicitação dos seus cuidados, o que demonstra o reconhecimento crescente da qualidade e da eficácia dos serviços prestados. Este aumento na procura reflete a confiança das unidades de saúde e das famílias nos cuidados paliativos oferecidos, ao mesmo tempo que destaca o potencial de crescimento da equipa. No entanto, para continuar a responder de forma adequada a esta demanda crescente, é imprescindível um reforço de recursos humanos.

Além disso, a articulação com uma equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos, que se encontra em fase de criação, será fundamental para garantir a continuidade e a abrangência dos cuidados. Esta colaboração permitirá a expansão e a consolidação da oferta de cuidados paliativos, tanto no ambiente hospitalar como no comunitário. A criação desta equipa comunitária, juntamente com o aumento de recursos humanos, permitirá à equipa alargar a sua atividade, garantindo a qualidade e a acessibilidade dos cuidados paliativos a um número cada vez maior de pacientes e famílias.

Ao longo do ano, observou-se um incremento significativo no número de pedidos de consultas provenientes do exterior, nomeadamente de unidades hospitalares como o

Instituto Português de Oncologia (IPO), o Hospital de São João (HSJ) e o Hospital de Braga (HB). Este aumento reflete a resposta célere e eficaz da equipa, em comparação com outras unidades hospitalares, aos pedidos de seguimento, assegurando que os doentes recebam a continuidade dos cuidados de forma rápida e eficiente.

Durante este ano, observou-se um aumento significativo no número de doentes referenciados para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - Unidades de Cuidados Paliativos (UCP), o que reflete não apenas a maior procura por este tipo de cuidados especializados, mas também o aumento das conferências familiares realizadas. Essas conferências têm sido fundamentais para discutir e tomar decisões informadas sobre o melhor plano de cuidados para cada paciente, envolvendo ativamente a família no processo e garantindo que as necessidades do doente sejam adequadamente atendidas. Este aumento nas conferências familiares também resultou numa maior articulação entre todos os elementos da equipa, permitindo uma abordagem mais coordenada e eficiente na referência dos pacientes para as UCP. A comunicação contínua entre os membros da equipa tem sido essencial para agilizar os processos, garantindo que as transferências para a RNCCI UCP ocorram de forma célere, sem comprometer a qualidade dos cuidados prestados.

Consideramos que as solicitações das pessoas doentes e das suas famílias foram atendidas de forma eficaz e em tempo útil, refletindo a capacidade da equipa em organizar e coordenar os recursos disponíveis para garantir um atendimento de qualidade. Este compromisso com a eficiência e a humanização dos cuidados tem sido notório, sendo constantemente reconhecido através dos elogios recebidos ao longo do ano, tanto por parte dos pacientes como das suas famílias. Os elogios recebidos são, portanto, um reflexo da dedicação e do esforço contínuo da equipa, bem como da capacidade de adaptação e resposta às necessidades e expectativas dos doentes e seus familiares, cumprindo, assim, o objetivo de prestar cuidados centrados na pessoa e na sua dignidade.

A equipa desenvolveu um conjunto de documentos de apoio que desempenham um papel crucial na facilitação da sua prática clínica diária, ao mesmo tempo que servem de referência e orientações para outros profissionais de saúde. Estes documentos são instrumentos valiosos que contribuem para a organização e eficácia do trabalho realizado na área dos cuidados paliativos, assegurando que todos os intervenientes sigam as melhores práticas e protocolos estabelecidos. Entre os documentos desenvolvidos, destaca-se o regulamento da EIHSCP, que define as normas e os procedimentos internos

para o funcionamento da equipa, garantindo a clareza nas funções e responsabilidades de cada membro. O circuito de referenciação da EIHSCP também é uma ferramenta essencial, que descreve os passos e critérios a serem seguidos para a referência de pacientes para cuidados paliativos, assegurando que os doentes recebam a assistência necessária de forma ágil e organizada.

Adicionalmente, a equipa criou o procedimento "O luto", que fornece orientações claras sobre como apoiar os familiares e cuidadores após a morte do paciente, abordando o processo de luto de forma sensível e estruturada. Outro documento importante é o procedimento "Hipodermóclise", que oferece orientações sobre a administração de líquidos e medicamentos via hipodermóclise, uma técnica essencial no contexto de cuidados paliativos, especialmente em pacientes com dificuldades de acesso intravenoso.

Por fim, a equipa também disponibiliza um folheto informativo para a pessoa doente e a família, que explica de forma clara e acessível o que são os cuidados paliativos, quais os seus objetivos e como a equipa de cuidados paliativos pode apoiar o paciente e os seus familiares durante o processo de fim de vida. O folheto também inclui informações de contacto da equipa, facilitando o acesso a apoio contínuo e orientação. Esses documentos não só asseguram a qualidade e a continuidade dos cuidados, como também promovem a transparência e a comunicação eficaz entre a equipa, o paciente e a família.

Os projetos em desenvolvimento pela equipa, conforme o seu plano de atividades para 2024, têm como objetivo primordial a promoção e o fomento de cuidados centrados na pessoa, com foco na melhoria da assistência e na resposta às necessidades da pessoa doente e da sua família. Este esforço inclui não só a formação interna dos profissionais de saúde, com o intuito de proporcionar a aquisição de competências adicionais, mas também a promoção do conhecimento generalizado sobre cuidados paliativos entre os membros da equipa multidisciplinar. Através da capacitação contínua, a equipa pretende garantir que todos os profissionais de saúde envolvidos estejam devidamente preparados para atender às complexas necessidades dos pacientes em cuidados paliativos.

Além disso, a equipa visa colaborar ativamente na formação existente, trabalhando em parceria com outras instituições e programas formativos, e promover a sensibilização da comunidade para a filosofia e os princípios dos cuidados paliativos, reforçando a importância de um cuidado humanizado e de qualidade. A sensibilização da comunidade é crucial para criar uma cultura de aceitação e compreensão das necessidades

dos pacientes em fim de vida, o que contribui para a melhoria da qualidade de vida e do processo de cuidados.

Outra vertente importante do plano é a cooperação com os programas formativos direcionados aos alunos das áreas da saúde. A equipa continua a desenvolver atividades formativas, proporcionando aos futuros profissionais o conhecimento e as competências essenciais para atuar de forma eficaz e ética na área dos cuidados paliativos. Além disso, o plano também contempla o aumento das horas semanais dos membros da equipa, visando o cumprimento integral do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, assegurando que a equipa possa responder adequadamente ao aumento da demanda e às exigências do plano nacional de cuidados paliativos.

Outro projeto que se encontra em discussão é a criação de uma equipa de apoio domiciliário, com base no hospital, como resposta à escassez de Equipas Comunitárias de Suporte a Cuidados Paliativos (ECSCP) na área de influência da ULS. Este projeto surge da necessidade urgente de garantir a continuidade dos cuidados paliativos no domicílio, conforme preconizado no Plano Estratégico de Desenvolvimento de Cuidados Paliativos (PEDCP) 2021/2022. A implementação de uma equipa especializada é particularmente relevante numa região onde, a nível comunitário, não existe uma equipa dedicada que assegure esses cuidados de forma adequada.

A criação desta equipa de apoio domiciliário reflete uma abordagem mais humanizada e acessível aos cuidados paliativos, alinhada com as orientações do PEDCP, e será fundamental para colmatar as fragilidades identificadas na prestação de cuidados na comunidade, promovendo a dignidade e o conforto dos pacientes até o final da sua vida.

A lacuna identificada, que é amplamente reconhecida pelos membros EIHSCP, tem sido igualmente sentida por muitos cuidadores familiares, que enfrentam desafios significativos para prestar cuidados paliativos de qualidade sem o suporte necessário. O projeto, portanto, visa não só suprir essa carência, mas também melhorar a qualidade de vida das pessoas doentes e das suas famílias, proporcionando cuidados contínuos e especializados, adequados às necessidades dos doentes em fim de vida.

Por tudo o que foi explanado nos parágrafos anteriores, acreditamos que este campo de estágio proporciona um ambiente favorável ao nosso desenvolvimento tanto profissional quanto pessoal, permitindo-nos adquirir competências essenciais para a

prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação paliativa. O contacto direto com uma realidade tão desafiadora e, simultaneamente, enriquecedora, oferece-nos a oportunidade de aplicar conhecimentos teóricos à prática clínica, ao mesmo tempo que aprimoramos a nossa capacidade de lidar com as complexas necessidades físicas, emocionais e sociais dos pacientes em cuidados paliativos. Este estágio, sem dúvida, contribui para a formação de uma prática mais humanizada, ética e centrada na pessoa, pilares fundamentais dos cuidados paliativos de qualidade.

1.3 DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

O diagnóstico de necessidades é um processo essencial orientar intervenções e melhorar a qualidade do atendimento. De acordo com Pereira e Santos (2012), o diagnóstico no contexto da saúde não se limita à avaliação do estado atual, mas também antecipa futuras necessidades, ajudando os profissionais de saúde a se prepararem para intervenções eficazes. Costa e Silva (2014) ressaltam a importância de uma análise crítica e reflexiva durante o processo de diagnóstico, fundamental para a tomada de decisões informadas e a promoção de práticas de saúde mais eficazes e humanizadas.

Neste sentido, pretendendo desenvolver competências específicas e comuns conforme emana a (Ordem Enfermeiros [OE], 2019), realizamos nas primeiras semanas através da observação, de entrevistas informais que aconteciam em vários momentos, nomeadamente durante o acompanhamento das visitas aos doentes no internamento e no decorrer das consultas externas. Desta forma, foi-nos possível efetuar a avaliação de necessidades através de uma análise SWOT.

A análise SWOT é uma ferramenta estratégica crucial para a realização de um diagnóstico institucional e para a definição de objetivos e estratégias futuras sendo composta pelos componentes: Strengths (pontos fortes), Weaknesses (pontos fracos), Opportunities (oportunidades) e Threats (ameaças). A análise SWOT deve ser feita em dois níveis: interno e externo. No nível interno, são avaliados os pontos fortes e fracos, enquanto as oportunidades e ameaças são identificadas a partir da análise externa à instituição.

De acordo com Souza e Almeida (2017), "a análise SWOT é uma ferramenta estratégica que contribui significativamente para a melhoria da eficácia e eficiência dos serviços de saúde, incluindo os de enfermagem". Segundo Gomes e Silva (2019), "o uso da análise SWOT na gestão de enfermagem permite antecipar possíveis crises e criar estratégias para lidar com as incertezas e desafios do setor".

Durante o estágio, é possível observar diversas forças que podem contribuir para a qualidade dos cuidados prestados. A competência técnica da equipa de enfermagem é um aspeto essencial, visto que os profissionais devem estar preparados para lidar com as necessidades específicas de pacientes em cuidados paliativos, como a gestão da dor e a

abordagem de sintomas físicos e emocionais. Como destaca Souza e Almeida (2017), "a formação contínua da equipa de enfermagem em cuidados paliativos é essencial para que os profissionais possam oferecer cuidados eficazes, abrangendo a gestão da dor, o conforto emocional e a comunicação com as famílias".

Outra força é a capacidade de comunicação entre os membros da equipa e o trabalho colaborativo entre enfermeiros, médicos e psicólogos, crucial para a criação de um ambiente seguro e acolhedor, que favoreça a qualidade de vida dos pacientes. Em cuidados paliativos, a comunicação clara e empática é fundamental para o cuidado da pessoa em fim de vida e de seus familiares (Lima & Ferreira, 2019).

Por outro lado, durante o estágio, também é possível identificar algumas fraquezas que impactam a eficiência da equipa de cuidados paliativos. A sobrecarga de trabalho é um desafio constante, com equipas reduzidas em comparação com a alta demanda de cuidados (Gomes & Silva, 2019).

Durante o estágio, há diversas oportunidades para o desenvolvimento de competências tanto pessoais quanto profissionais. A aprendizagem contínua e a troca de experiências com profissionais experientes são recursos valiosos para o crescimento do estudante. A oportunidade de participar em programas interdisciplinares também é um ponto positivo, pois oferece uma visão mais ampla do cuidado paliativo, permitindo ao estudante de enfermagem compreender a importância da atuação de diferentes profissionais no cuidado ao paciente (Lima & Ferreira, 2019).

Entretanto, durante o estágio também identificamos algumas ameaças que podem dificultar a formação dos estagiários e o trabalho da equipa. A escassez de financiamento no setor de saúde pode afetar a continuidade dos cuidados, especialmente em hospitais públicos, onde os recursos são limitados. De acordo com Oliveira e Pimentel (2021), "a falta de financiamento adequado para os cuidados paliativos compromete a qualidade dos serviços prestados, refletindo-se na limitação de equipamentos e na falta de pessoal qualificado".

Portanto, o estágio EIHCP proporciona uma experiência de aprendizagem única, permitindo ao estudante adquirir competências essenciais para o cuidado de pessoas em fim de vida. A implementação de estratégias para mitigar as fraquezas e aproveitar as oportunidades pode resultar em melhorias significativas na qualidade do cuidado paliativo e no desenvolvimento de uma prática mais eficaz e humanizada.

Tabela 3 - Análise SWOT

ANÁLISE SWOT	
FATORES INTERNOS	
PONTOS FORTES +	PONTOS FRACOS -
Equipa que presta aconselhamento e apoio diferenciado em CP a outros profissionais e serviços do hospital, assim como aos doentes e suas famílias; Equipa com formação avançada Existência de Equipa Apoio Psicossocial e consultas de psicologia Articulação com vários serviços da ULSBE e hospitais externos; A unificação em Unidade Local de Saúde promove mais coesão e permite um maior desenvolvimento da equipa; Aumento da resposta em CP aos utentes e famílias; Promoção da formação aos profissionais (disponibilizados em todos os níveis de cuidados de saúde, inclusive generalistas) ; Acompanhamento via telefónica (colmatando a impossibilidade de deslocação ao domicílio	Equipa reduzida a nível de recursos humanos relativamente às necessidades; Pouco investimento por parte da tutela para alargamento da equipa e criação da visita domiciliária tão requisitada pelas famílias; Não adesão à referenciação dos utentes, por desinformação ou renitência; Referenciação tardia; Horário de funcionamento da equipa de CP limitado; Falta de procedimento de avaliação da dor
FATORES EXTERNOS	
OPORTUNIDADES +	AMEAÇAS -
A existência de uma equipa de suporte em CP; Maior consciencialização por parte da população sobre os CP Aumento das referenciações para a Equipa de CP da ULS Reconhecimento do papel e pertinência da EAPS Envelhecimento da população com o aumento da prevalência de doenças crónicas; Lei n.º 52/2012 publicada em DR n.º 172/2012, Série I de 2012-09-05 consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos CP, define a responsabilidade do Estado em matéria de CP e cria a RNCP; Lei n.º 31/2018 publicada em DR n.º 137/2018, Série I de 2018-07-18 estabelece um conjunto de direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida; Estatuto do Cuidador Informal	Distribuição geográfica desigual (muitos doentes com necessidades paliativas ainda não têm facilidade de acesso a CP) Dotações de recursos humanos das equipas existentes abaixo dos mínimos necessários; Com a Pandemia COVID-19, muitos dos recursos nacionais foram redirecionados (recursos humanos e até infraestruturas das equipas de CP); Baixo investimento na disseminação dos CP especializados; Formação deficitária em cuidados paliativos, (nível básico, para todos os profissionais de saúde, como a formação avançada, para os profissionais das Equipas de Cuidados Paliativos) Pouca informação e sensibilização da população acerca dos CP Falta de promoção no desenvolvimento da investigação científica, de modo a que

Os PEDCP - devem cumprir o desígnio de integrar os CP na estrutura e financiamento do nosso sistema de saúde, constituindo propostas para reforço e expansão da abordagem paliativa, com inclusão nos currículos escolares e na formação dos novos profissionais de saúde, assim como na educação de cuidadores formais e informais e população em geral Os PEDCP para os biénios de 2017-2018 e 2019-2020 permitiram a estruturação de uma RNCP funcional, com integração nos três níveis de cuidados do SNS (Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Hospitalares e Cuidados Continuados Integrados)	possam dedicar parte da sua atividade na investigação científica e formação de outros profissionais. Resistência à mudança por parte dos serviços no que respeita à EIHSCP Resistência às propostas de formação e de sensibilização aos profissionais de saúde da ULS e à Comunidade, quer por parte da adesão dos profissionais como por parte do Conselho de Administração da ULS
---	--

NOTA: tabela elaborada pela autora

Tendo em conta a análise SWOT e as necessidades de desenvolvimento de competências específicas e comuns indicadas pela Ordem dos Enfermeiros, traçamos os seguintes objetivos específicos, alinhados com os padrões de qualidade e boas práticas exigidos pela profissão:

- **Acompanhar de forma estruturada e diferenciada a pessoa doente internada**

Reflete a importância de proporcionar um acompanhamento individualizado e contínuo, com base nos princípios da OE, que defende a personalização dos cuidados e a responsabilidade no acompanhamento do estado clínico, sendo o desenvolvimento de competências em avaliação de risco e comunicação eficaz com o paciente e sua família essencial para a implementação deste objetivo.

- **Promover o alívio da dor e outros sintomas, proporcionando qualidade de vida**

A OE enfatiza a importância da gestão eficaz da dor e do bem-estar do paciente, promovendo o alívio dos sintomas de forma ética e eficaz, envolvendo o desenvolvimento de competências técnicas e de comunicação, com foco na humanização e no acolhimento das necessidades do paciente.

- **Afirmar a vida e encarar a morte como um desfecho natural**

De acordo com as orientações da OE, é fundamental que os profissionais de saúde promovam cuidados que respeitem a dignidade do paciente, reconhecendo a morte como parte natural do ciclo da vida. Isto implica a necessidade de formação em cuidados

paliativos e habilidades para apoiar tanto os pacientes quanto suas famílias nesse processo.

- **Integrar aspetos psicológicos e espirituais nos cuidados prestados**

A OE promove a abordagem holística no cuidado, que considera os aspetos físicos, psicológicos e espirituais do paciente. Este objetivo exige a competência de escuta ativa, sensibilidade e a capacidade de identificar e apoiar as necessidades emocionais e espirituais do paciente, garantindo um cuidado completo e de qualidade.

- **Desenvolver um sistema de suporte de forma a manter a vida ativa da pessoa doente**

Em linha com a visão da OE sobre o cuidado centrado no paciente, este objetivo busca garantir a continuidade da atividade e do bem-estar do paciente, por meio de intervenções que promovam a autonomia e a independência, respeitando as suas limitações e necessidades.

- **Oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença da pessoa doente e seu próprio luto**

A OE também destaca a importância do apoio à família, garantindo que os familiares recebam orientação, escuta e recursos adequados para lidar com os desafios emocionais da doença e do luto.

- **Apoiar os profissionais dos serviços na prestação de cuidados a estas pessoas doentes e suas famílias**

Finalmente, a OE enfatiza a necessidade de um ambiente de trabalho colaborativo e de suporte contínuo para os profissionais de saúde, garantindo que os enfermeiros e demais profissionais tenham os recursos, a formação e o apoio necessário para prestar cuidados de alta qualidade, respeitando as necessidades tanto dos pacientes quanto de suas famílias.

Como objetivos para o desenvolvimento de competências comuns nomeadamente no âmbito da investigação em contexto clínico pretende -se desenvolver um estudo com a temática: **“Conhecimentos e atitudes dos enfermeiros na gestão da dor da pessoa doente em fim de vida”**.

O desenvolvimento da prática profissional de enfermagem deve estar alinhado com as normas éticas e legais da profissão, garantindo a qualidade e segurança dos cuidados, especialmente em contextos delicados, como os cuidados paliativos. A prática ética envolve o cumprimento de princípios como autonomia, confidencialidade e respeito pelos direitos dos pacientes, conforme as orientações da Ordem dos Enfermeiros (Souza & Almeida, 2017). A promoção da qualidade no cuidado requer que os enfermeiros desempenhem um papel ativo no desenvolvimento de atividades formativas, principalmente na área de cuidados paliativos, para garantir uma abordagem eficaz e humanizada (Lima & Ferreira, 2019).

A formação contínua e o desenvolvimento de programas educacionais voltados para os cuidados paliativos são essenciais para melhorar as competências dos enfermeiros e preparar a equipa multidisciplinar para lidar com os desafios emocionais e físicos da pessoa em fim de vida (Gomes & Silva, 2019).

A gestão eficiente dos cuidados de enfermagem deve ser realizada de forma integrada com outros profissionais de saúde, garantindo uma abordagem holística que atenda às necessidades físicas, emocionais e espirituais dos pacientes (Souza & Costa, 2019). O enfermeiro desempenha um papel crucial na coordenação dos cuidados, tomando decisões baseadas em evidências e supervisionando continuamente a eficácia do atendimento (Pereira & Santos, 2012).

1.4. DIMENSÃO INVESTIGATIVA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Neste capítulo, iniciamos com o enquadramento conceptual. De facto, qualquer processo de investigação, compreende um conjunto de quatro fases: conceptual, metodológica, empírica e interpretação/difusão (Fortin, 2009, p. 47). É nesta perspetiva, que surge o trabalho de investigação intitulado *“Conhecimentos e Atitudes dos Enfermeiros na Gestão da Dor na Pessoa Doente em Fim de Vida”*

Assim de seguida passamos a abordar os conceitos centrais, assim como o panorama dos cuidados paliativos, sua perspetiva e sua organização.

1.4.1. Os cuidados paliativos em Portugal

O envelhecimento da população em Portugal, resultado da diminuição da mortalidade e natalidade, aliado ao aumento da esperança média de vida, tem refletido a melhoria do nível de saúde da população portuguesa nas últimas décadas. Contudo, este avanço tem trazido também carências ao nível dos cuidados paliativos, devido ao aumento da prevalência de doenças crónicas incapacitantes, incuráveis e terminais. Em face destas novas necessidades, é necessário criar respostas inovadoras e eficazes para satisfazer a crescente demanda por cuidados paliativos.

O Programa do XXIII Governo Constitucional propõe um Sistema Nacional de Saúde (SNS) mais justo e inclusivo, com o objetivo de responder de forma mais eficiente e eficaz às necessidades da população. Este programa defende maior proximidade, responsabilidade e celeridade, visando a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a redução das desigualdades, assegurando melhores condições de vida para todos, independentemente do rendimento ou da classe social. A proposta inclui uma resposta integrada a todas as necessidades de saúde, com especial atenção para as doenças crónicas e degenerativas, e para os grupos mais vulneráveis, incluindo os cuidados paliativos. Também destaca que "A Saúde começa em casa", promovendo a saúde e prevenindo a doença desde o nível doméstico (Governo de Portugal, 2023).

O Decreto-Lei nº 281/2003, de 8 de novembro, que foi posteriormente revogado pelo Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho, define a Rede Nacional de Cuidados Integrados, contemplando várias tipologias de cuidados, incluindo os cuidados paliativos. Estes cuidados são prestados através de unidades especializadas, como as Unidades de Cuidados Paliativos, Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos e a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, visando oferecer respostas

inovadoras e diversificadas, que atendam ao aumento da procura, particularmente de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com doenças crónicas múltiplas e de pessoas com doenças incuráveis, em fase avançada ou terminal.

A interação eficaz entre profissionais de saúde e famílias em cuidados paliativos depende, em grande parte, das competências dos enfermeiros. O conhecimento técnico e as atitudes empáticas dos enfermeiros são fundamentais para garantir uma abordagem holística, que inclua não apenas a gestão da dor, mas também, o apoio emocional e psicológico ao paciente e à sua família. A correta avaliação e gestão da dor, especialmente em pessoas em fim de vida, requerem enfermeiros com habilidades específicas e uma postura sensível, capazes de implementar estratégias adequadas para o alívio do sofrimento.

Estudos demonstram que enfermeiros bem formados e com atitudes positivas em relação à dor conseguem melhorar significativamente a qualidade de vida dos pacientes terminais, ao aliviar a dor e ao oferecer suporte à família durante o processo de luto (Silva et al., 2020). Assim, o investimento na formação dos enfermeiros para a gestão da dor em cuidados paliativos é essencial para garantir uma assistência de qualidade.

A interação entre os profissionais de saúde e a unidade de cuidados, composta pela família e a pessoa doente, é essencial no contexto de cuidados paliativos. Esse vínculo é fundamental para proporcionar suporte emocional à família, ajudar na compreensão do processo da doença e fornecer orientações práticas sobre o cuidado diário e a gestão da dor. Neste sentido, a colaboração entre os profissionais de saúde e os familiares garante uma melhor qualidade de vida para o paciente e oferece o suporte necessário à família, criando um ambiente acolhedor e compreensivo durante este período delicado.

1.4.2. O Conceito, Perspetivas e Filosofia dos Cuidados Paliativos no Sistema de Saúde Português: Enquadramento Legal e Ético

Os cuidados paliativos (CP) são uma área da saúde dedicada ao cuidado de pessoas com doenças incuráveis, progressivas e avançadas, com o objetivo de aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida, tanto dos doentes como das suas famílias. Inicialmente restritos aos últimos dias de vida, os cuidados paliativos expandiram seu foco, passando a englobar também doenças crónicas e degenerativas. O conceito de cuidados paliativos tem evoluído ao longo das últimas décadas, sendo agora entendido

como um conjunto de intervenções que visam não apenas a gestão da dor, mas também o apoio psicológico, social e espiritual dos pacientes (Neto, 2003; OMS, 2002).

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1990), os cuidados paliativos são "cuidados ativos e totais, destinados a pacientes cuja doença não responde ao tratamento curativo" (Lourenço et al., 2021, p. 86). Em 2002, a OMS reviu essa definição, enfatizando que os cuidados paliativos são "cuidados ativos e interdisciplinares prestados aos doentes com doença avançada, incurável e progressiva, integrando o controlo dos sintomas, apoio à família e a comunicação adequada" (OMS, 2002, p. 27). A OMS (2021) reforça que essa abordagem deve ser centrada na dignidade do paciente, focando na melhoria da qualidade de vida, no alívio do sofrimento e no controlo de sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais.

Em Portugal, o Decreto-Lei nº 52/2012, de 5 de março, consagra os cuidados paliativos como uma prioridade do Sistema Nacional de Saúde (SNS), reconhecendo a sua importância em todas as fases da doença grave ou terminal. O Decreto-Lei especifica que os cuidados paliativos devem ser oferecidos de forma contínua e integrada em todos os níveis de cuidados, desde os cuidados primários até os hospitalares e de cuidados continuados integrados (Decreto-Lei n.º 52/2012, 2012). Este modelo visa garantir a continuidade e a personalização do atendimento ao paciente, respeitando suas preferências e necessidades durante o processo de doença.

As perspetivas sobre os cuidados paliativos podem ser vistas a partir de várias dimensões, incluindo a saúde física, a saúde mental, o apoio social e as questões espirituais. A prática de cuidados paliativos não se limita ao alívio da dor física, mas também busca promover uma abordagem holística que integre o paciente e sua família de forma interdisciplinar. A filosofia dos cuidados paliativos é clara ao reconhecer que o sofrimento não é apenas físico, mas também psicológico e espiritual, e que todas essas dimensões devem ser tratadas de forma simultânea e integrada (Twycross, 2003).

A integração de equipas multidisciplinares é uma característica central dos cuidados paliativos. A OMS (2021) sugere que a equipe deve incluir médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais, dependendo das necessidades do paciente. A abordagem multidisciplinar é essencial para garantir uma avaliação completa e uma gestão eficaz dos sintomas em todos os níveis do sofrimento humano. O Decreto-Lei n.º 52/2012 (2012) reafirma a necessidade de que os cuidados paliativos sejam prestados por equipas especializadas, destacando que a prestação de

cuidados deve ser "um processo contínuo e interdisciplinar, capaz de responder aos múltiplos problemas dos doentes em situação de fim de vida" (Decreto-Lei n.º 52/2012, 2012, p. 3). Essa visão abrange a importância do trabalho conjunto entre diferentes áreas da saúde, promovendo o bem-estar do paciente de forma integral.

A filosofia dos cuidados paliativos baseia-se na crença de que a vida deve ser vivida com dignidade até o fim e que o sofrimento deve ser aliviado sempre que possível. A morte é vista como uma parte natural do processo de vida, e o objetivo dos cuidados paliativos é garantir que o paciente tenha uma experiência de fim de vida que respeite suas vontades e preferências, com foco no conforto e no apoio à família. Como afirma a OMS (2021), "os cuidados paliativos devem ser vistos como um direito do paciente e de sua família, promovendo uma abordagem de cuidado centrada na pessoa, que não só alivia o sofrimento físico, mas também considera o sofrimento emocional e espiritual".

Essa filosofia também envolve uma abordagem ética que respeita a autonomia do paciente e sua capacidade de tomar decisões sobre os cuidados que receberá, mesmo quando sua condição seja irreversível. O Decreto-Lei n.º 52/2012 (2012) e a Portaria n.º 66/2018, de 6 de março, também reforçam a necessidade de garantir o direito do paciente à autodeterminação, ou seja, a possibilidade de escolher os cuidados que considera mais adequados, com base nas suas crenças e valores pessoais.

A Ordem dos Enfermeiros (2010) destaca a importância de os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, desenvolverem competências especializadas para lidar com as questões complexas que surgem nos cuidados paliativos, tanto em termos técnicos como emocionais. Os enfermeiros são, portanto, uma peça fundamental para garantir que os cuidados paliativos sejam oferecidos de maneira eficaz, humana e digna.

1.4.3. O Papel da Legislação no Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

Em Portugal, a legislação tem evoluído de forma a garantir que os cuidados paliativos sejam acessíveis a todos os cidadãos, independentemente do estágio da doença ou do local onde se encontram. O Decreto-Lei n.º 52/2012 (2012) estabelece que os cuidados paliativos devem ser oferecidos "em todos os níveis de cuidados de saúde, sendo essenciais para garantir a qualidade de vida do doente e sua família" (Decreto-Lei n.º 52/2012, 2012, p. 5). Este modelo jurídico reflete a tendência internacional de promover os cuidados paliativos como uma parte central da política de saúde pública, com um foco particular em garantir o acesso equitativo e a qualidade do atendimento.

Além disso, o Programa Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (2023-2024) aponta para a necessidade de mais investimentos em recursos humanos e tecnológicos, incluindo plataformas digitais para melhorar a eficácia dos cuidados paliativos, especialmente em contextos de cuidados domiciliários (Comissão Nacional Cuidados Paliativos, 2023). Estudos recentes demonstram que os cuidados paliativos na comunidade podem melhorar significativamente a qualidade de vida dos pacientes, permitindo-lhes permanecer no ambiente familiar até o fim da vida, o que é frequentemente a escolha preferida pelos doentes (Mota et al., 2021).

1.4.4 Modelo de Organização em Cuidados Paliativos

O perfil assistencial de cuidados paliativos (CP) no Sistema Nacional de Saúde (SNS) enfrenta atualmente a necessidade urgente de reorganização e investimentos significativos. A implementação da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) ainda apresenta carências substanciais, necessitando de melhorias e de uma adaptação mais eficaz à reestruturação do SNS. Este cenário é agravado pela crescente demanda por cuidados especializados em um contexto de envelhecimento populacional e aumento das doenças crônicas e progressivas.

Neste momento de transformação do SNS, com a criação das Unidades Locais de Saúde (ULS), que visam otimizar recursos e promover a agilidade no fluxo de atendimento, o modelo organizacional proposto para os cuidados paliativos é o **Serviço Integrado de Cuidados Paliativos (SICP)**. Este modelo busca garantir que os cuidados paliativos sejam acessíveis de forma coordenada e eficaz, atendendo às necessidades multidimensionais dos pacientes e suas famílias, com ênfase na continuidade e na articulação entre os diversos serviços do SNS.

O modelo atual de prestação de CP no SNS é descrito como colaborativo e integrado, tendo como princípio a oferta de cuidados adequados e oportunos às necessidades dos pacientes. A principal abordagem é garantir que as equipas, unidades ou serviços especializados em cuidados paliativos trabalhem de forma coordenada e integrada com outros serviços do SNS, garantindo a prestação de cuidados completos e sem lacunas. Esta articulação é essencial para proporcionar um atendimento contínuo, centrado no paciente e na família, atendendo às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais do paciente (Serviço Nacional de Saúde, 2023).

A proposta de um modelo de Serviço Integrado de Cuidados Paliativos (Figura 10) visa superar as limitações atuais, assegurando que os pacientes recebam a melhor assistência possível, de forma coordenada e otimizada, e que as famílias sejam devidamente apoiadas durante todo o processo de cuidados. A reestruturação do SNS e a implementação do SICP são fundamentais para garantir a qualidade, a eficácia e a acessibilidade dos cuidados paliativos a todos os pacientes que deles necessitam.

Fonte: Modelo organizacional CP -(Serviço Nacional Saúde, 2023).

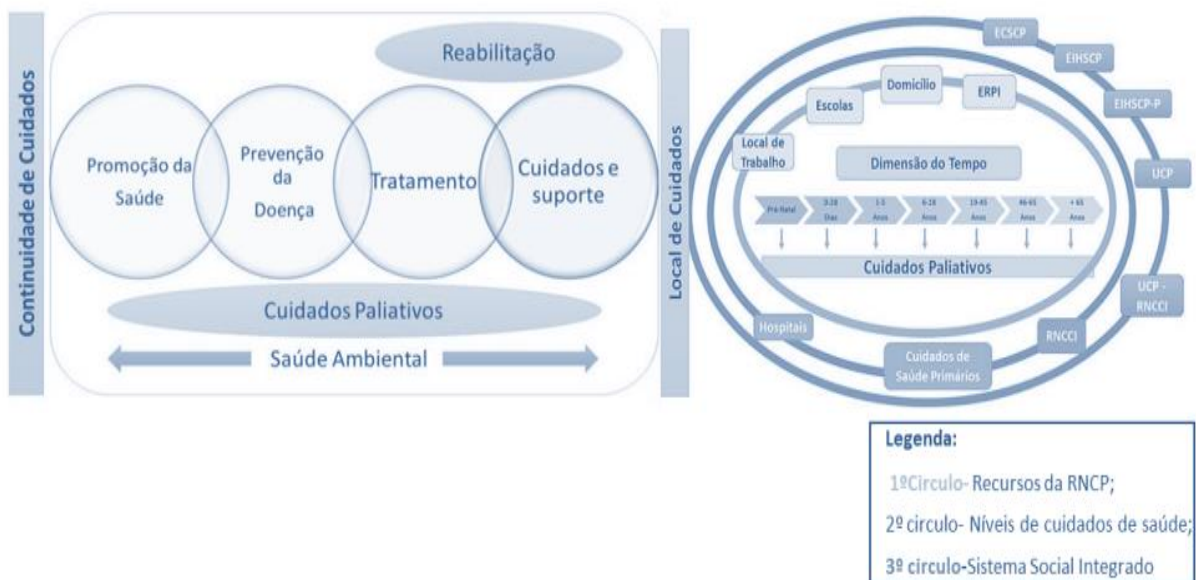


Figura 10 - Percurso da pessoa com necessidades em CP de acordo com complexidade de necessidades

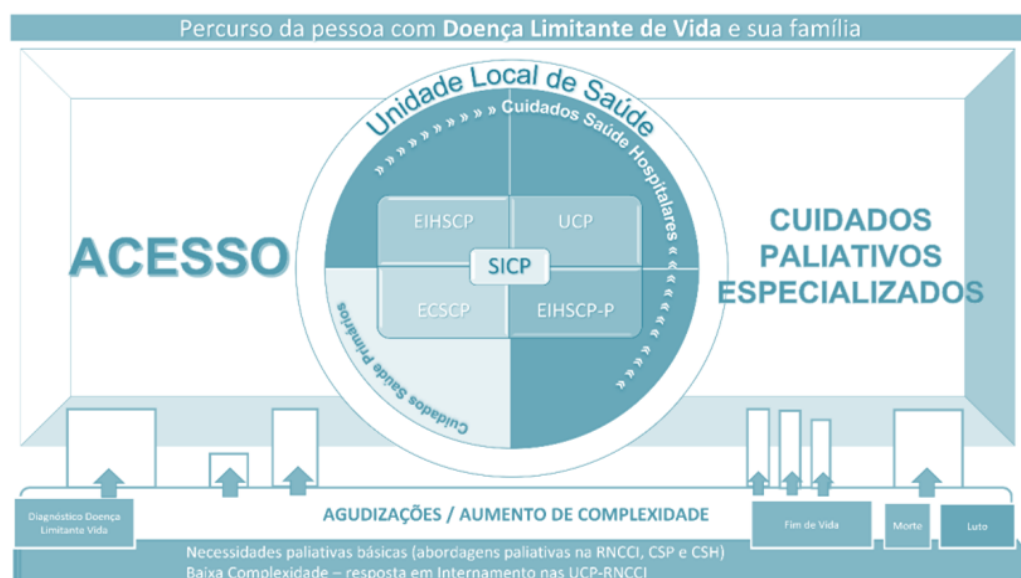
A implementação da Rede de Cuidados Paliativos (RCP) tem como objetivo fornecer cobertura a nível nacional e regional, estruturada em uma lógica de articulação entre diferentes equipas distribuídas pelos diversos níveis de cuidados: equipas de suporte comunitárias e intra-hospitalares, bem como unidades de internamento de cuidados paliativos (UCP) localizadas nos hospitais (Serviço Nacional de Saúde, 2023). Este modelo torna-se eficiente quando a organização a nível local e a comunicação/articulação entre as equipas de saúde são ágeis e eficazes, permitindo a transferência de pacientes conforme as necessidades de cuidados em cada momento e as suas preferências. A articulação entre as equipas de cuidados paliativos e outras equipas do SNS, por meio de sistemas de informação, como o SClínico ou sistemas alternativos, bem como através de contacto direto (pessoal ou telefónico) em situações urgentes, são fundamentais para alcançar a máxima eficiência no atendimento e no seguimento dos pacientes.

O modelo organizacional atual é caracterizado pela existência de equipas de cuidados paliativos (ECSCP, EIHSCP, EIHSCP-P, UCP hospitalares e da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - RNCCI, Consulta de Cuidados Paliativos - CE/HD), que operam sob a dependência hierárquica das instituições ou entidades em que se encontram alocadas. Estas equipas são dependentes da atribuição de recursos humanos provenientes de outras especialidades médicas e, frequentemente, enfrentam limitações devido à inadequação dos sistemas de informação, como as plataformas digitais, aos perfis informáticos necessários para o desenvolvimento da sua atividade assistencial. Estas falhas comprometem a eficiência, dificultando o percurso do doente e tornando mais complexo o registo adequado dos atos clínicos realizados (Serviço Nacional de Saúde, 2023).

A mudança de paradigma na organização dos cuidados paliativos, conforme a estruturação das Unidades Locais de Saúde (ULS), visa atender aos principais objetivos do modelo de gestão das ULS, que incluem a simplificação de processos, a proximidade dos cuidados, a qualificação das respostas e a melhoria dos resultados a nível do cidadão/utente. Esta abordagem justifica a adoção de uma gestão integrada, colaborativa e com organização horizontal do trabalho, como ilustrado na Figura 11, promovendo uma maior eficiência no atendimento e no seguimento dos pacientes.

Fonte: Modelo organizacional CP (Serviço Nacional Saúde, 2023).

Figura 11 - Modelo organizacional



A construção do modelo de organização do Serviço Integrado de Cuidados Paliativos (SICP) para as Unidades Locais de Saúde (ULS) é baseada em dois pilares fundamentais:

1. A (re)unificação das equipas, criando um serviço integrado de cuidados paliativos, dotado de autonomia para gerir recursos físicos, materiais, clínicos e humanos de forma mais eficaz e coordenada.

2. O percurso do doente ao longo da evolução da sua doença, que inclui várias etapas, como o domicílio (casa própria ou de familiares), consulta externa, instituições (ERPI, RNCCI), internamento em cuidados paliativos ou outros serviços.

Este percurso deve ser realizado em estreita colaboração com as restantes estruturas locais de saúde, do setor social, privado e até de voluntariado devidamente formado (Serviço Nacional de Saúde, 2023, p. 12).

A proposta do SICP visa, assim, não apenas a redução de custos com recursos humanos, mas também a promoção de respostas integradas de cuidados paliativos que atendam as necessidades do paciente em cada momento da sua evolução clínica. O objetivo é que, a qualquer fase da doença progressiva, o plano individual de cuidados seja elaborado de forma colaborativa, incluindo todas as respostas necessárias para o bem-estar do paciente, ajustadas à sua condição e contexto.

O modelo SICP integra diversas equipas de cuidados paliativos, como a equipa comunitária de suporte de cuidados paliativos (ECSCP), as equipas intra-hospitalares de suporte de cuidados paliativos (EIHSCP), as equipas intra-hospitalares pediátricas (EIHSCP-P), e as unidades de cuidados paliativos (UCP) com camas de internamento para situações de maior complexidade. O principal objetivo deste modelo é melhorar a prestação de cuidados paliativos, desde o acesso inicial até o final da vida, incluindo o apoio no luto, através de uma articulação simplificada entre os profissionais em diferentes níveis de cuidados. Este modelo também visa a ampliação do período de apoio para 24 horas, com o intuito de alcançar uma maior eficácia e redução de custos e encargos relacionados com os recursos humanos.

A conceção do SICP foi orientada pelas diretrizes dos Programas Estratégicos de Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP), princípios de equidade e cobertura universal, e os dois patamares de cuidados que incluem a Abordagem Paliativa e os Cuidados Paliativos Especializados, conforme estipulado pela estratégia do SNS. A sua

implementação será baseada em rácios específicos, conforme indicado na Tabela 4, que visa garantir uma gestão eficiente e adaptada às necessidades da população.

Tabela 4 - Horas por profissional na equipa CP da ULS

	Médico		Enfermagem		Psicologia		A. Social	
	Horas	Nº prof	Horas	Nº prof	Horas	Nº prof	Horas	Nº prof
ECSCP 100.000 hab	60	2 ou 3	70	2 ou 3	35	1 +	35	1 +
EIHSCP 250 camas	60	2 ou 3	70	2 ou 3	35	1 +	35	1 +
EIHSCP - P 250 camas	60	2 a 3	70	2 ou mais	35	1+	35	1+
UCP 15 camas	120	3	45.5	19	35	1 +	35	1 +

Até os dias de hoje, a implementação da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) tem permitido elevar os cuidados paliativos enquanto filosofia de cuidados e abordagem terapêutica. No entanto, o modelo organizacional demonstrou-se disfuncional devido à descontinuidade nos cuidados, que os pacientes enfrentam no percurso entre as diferentes equipas. Isso se deve à lacuna de meios e formas de comunicação, muitas vezes obsoletos ou inexistentes, entre os profissionais e dentro das instituições. A RNCP, em seu funcionamento atual, ainda enfrenta desafios, com equipas dispersas e uma falta de recursos humanos, materiais e clínicos adequados para oferecer cuidados paliativos de qualidade.

O Modelo Organizacional definido para as Unidades Locais de Saúde (ULS), de forma a superar essas dificuldades de comunicação, busca agilizar o percurso do paciente e adequar a organização das equipas à estrutura das ULS. A proposta é alinhar os princípios de proximidade de cuidados e otimização de recursos, ao mesmo tempo em que permite maior facilidade no acesso a cuidados paliativos por parte dos pacientes e suas famílias. Assim, a forma de funcionamento dos cuidados paliativos nas ULS será operacionalizada pelo Serviço Integrado de Cuidados Paliativos (SICP), que prioriza a definição organizacional centrada na pessoa com necessidades paliativas e sua família, garantindo acessibilidade e qualidade nos cuidados paliativos em todos os níveis de atendimento, além de apostar na formação, pesquisa e adequação das ferramentas digitais.

Este modelo organizacional visa, ainda, superar as dificuldades de comunicação e, consequentemente, agilizar o percurso do paciente. Ao adaptar a organização das equipas à estrutura das ULS, busca-se garantir maior proximidade no atendimento e otimização dos recursos, promovendo, assim, maior facilidade no acesso aos cuidados paliativos. Com isso, pretende-se aumentar a capacidade de resposta, monitorização e

atuação em proximidade, melhorando a eficácia e a continuidade dos cuidados prestados à pessoa com necessidades paliativas e sua família.

1.4.5. A Implementação dos Cuidados Paliativos em Portugal: Avanços e Desafios

Com os avanços científicos e sociais, a esperança média de vida tem aumentado significativamente em Portugal, mas, como apontado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2022), o prolongamento da vida não tem necessariamente correspondido a uma melhoria na qualidade do fim de vida. A busca incessante pela cura de diversas doenças, juntamente com o crescente uso de tecnologias sofisticadas, tem contribuído para uma cultura de “negação da morte”, com um foco excessivo no “triunfalismo heroico sobre a doença” e na “ilusão de controlo total sobre a saúde”. Isso tem relegado a segundo plano as intervenções que promovem um fim de vida digno, como os cuidados paliativos (Neto, 2016, p. 1).

Desde 2016, a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNC) tem desenvolvido e implementado o Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP), com o objetivo de garantir cuidados paliativos de qualidade. Esse plano resultou na criação da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), integrando cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados. No entanto, o relatório de implementação do PEDCP 2021-2022 revela dificuldades significativas, incluindo lacunas na composição final das equipas de saúde, na articulação entre elas e no controlo de qualidade das atividades assistenciais. Além disso, surge a necessidade de aprimorar a profissionalização e garantir que os cuidados paliativos sejam disponibilizados de forma equitativa e com qualidade em todo o país. O relatório também destaca a carência de um sistema informático eficiente, que permita o acesso a dados fidedignos sobre a atividade assistencial, a constituição e a formação das equipas (Serviço Nacional de Saúde, 2023).

Em 2023, o foco do plano estratégico para o biénio 2023-2024 recai sobre a organização e coesão dos cuidados, com a criação de um novo modelo de cuidados integrados nas Unidades Locais de Saúde (ULS). Nesse contexto, o modelo de cuidados paliativos será operacionalizado pelo Serviço Integrado de Cuidados Paliativos (SICP), que terá como principais objetivos a definição organizacional centrada na pessoa com necessidades paliativas e sua família, a garantia de acessibilidade e qualidade dos cuidados em todos os níveis de atendimento, e a promoção da formação e da investigação,

além de adequar as ferramentas digitais utilizadas no sistema (Serviço Nacional de Saúde, 2023).

Um dos pontos-chave desse modelo organizacional é a necessidade de agregar as equipas de cuidados paliativos nas ULS, de forma a responder adequadamente às necessidades da pessoa e de sua família, incluindo-os nas decisões sobre o plano de cuidados. A simplificação dos processos, a melhoria dos resultados e a garantia da qualidade das respostas são prioridades centrais. Além disso, é essencial aumentar a visibilidade dos cuidados paliativos, expandir e adaptar as estratégias de literacia em saúde, além de sensibilizar as pessoas para a importância das diretivas antecipadas de vontade (DAV), para promover uma cultura mais informada sobre os cuidados paliativos (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2023).

Os familiares e cuidadores desempenham um papel fundamental nos cuidados paliativos, complementando as equipas locais. Para garantir que esses cuidadores tenham um maior nível de conhecimento sobre os cuidados paliativos, é necessário atender também às suas necessidades psicológicas, emocionais e espirituais (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2023). Em relação à gestão da informação, a implementação do "BI dos Cuidados Paliativos" visa criar uma plataforma de dados que permita o monitoramento da rede funcional de cuidados paliativos, além de facilitar a formalização da referência para os cuidados paliativos e a adaptação das plataformas informáticas da saúde à realidade desses cuidados (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2023).

Esse modelo organizacional baseia-se nas normas internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da European Association for Palliative Care (EAPC), e é alinhado com a legislação portuguesa, incluindo a Lei de Bases da Saúde e a Lei de Bases de Cuidados Paliativos. O modelo busca superar as dificuldades de comunicação e agilizar o percurso do paciente, respeitando os princípios da proximidade dos cuidados e da otimização dos recursos (Serviço Nacional de Saúde, 2023).

Em resumo, este modelo organizacional tem como objetivo garantir que a pessoa com necessidades paliativas e sua família tenham fácil acesso aos cuidados adequados, promovendo maior capacidade de resposta, monitorização e intervenção em proximidade, para que os cuidados paliativos sejam prestados de forma equitativa e com qualidade em todo o país (Serviço Nacional de Saúde, 2023).

1.4.6 Fases de Intervenção em Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos exigem uma abordagem técnica rigorosa, que deve ser ajustada conforme a fase da doença em que o paciente se encontra, com o objetivo de garantir que os cuidados sejam eficazes, eficientes e acessíveis a todos os que necessitam (Lima et al., 2017).

Integrados no sistema de saúde, os cuidados paliativos abrangem diferentes níveis de cuidados, desde o internamento até o suporte prestado por equipas em hospitais e na comunidade. Essa adaptação às necessidades de cada paciente é essencial para assegurar que os cuidados sejam tanto eficazes quanto apropriados (Cardoso et al., 2018).

A intervenção nos cuidados paliativos deve ser orientada pela fase da doença em que o paciente se encontra: reabilitativa, pré-terminal, terminal ou final. Para cada uma dessas fases, os objetivos terapêuticos devem ser estabelecidos pela equipa de saúde, em conjunto com o paciente e a sua família, de forma a garantir uma abordagem personalizada e focada na melhoria da qualidade de vida (Silva et al., 2020). Estes objetivos são essenciais para garantir que os cuidados tenham impacto positivo, particularmente quando iniciados precocemente, o que pode contribuir para reduzir o sofrimento e prevenir o luto patológico (Melo & Ferreira, 2019).

Na fase em que a pessoa tem uma expectativa de vida de meses ou anos, os cuidados paliativos devem focar no controlo dos sintomas e na restauração da autonomia, podendo envolver intervenções mais intensivas, sempre em conformidade com os princípios dos cuidados paliativos (Lima et al., 2017).

Quando a expectativa de vida é de semanas a meses, a prioridade deve ser a qualidade máxima de vida possível, centrada no alívio de sintomas e no apoio emocional e social (Cardoso et al., 2018). Quando as expectativas são de dias ou semanas, os cuidados devem se concentrar na gestão realista das expectativas e na diminuição do sofrimento tanto do paciente quanto da família. Na fase agónica, em que a expectativa é de horas ou dias, todos os esforços devem ser direcionados para maximizar o conforto do paciente (Melo & Ferreira, 2019).

Dessa forma, a adequação dos cuidados conforme a fase da doença é crucial. O planeamento e a mobilização de recursos técnicos ajustados devem ser feitos para garantir que os cuidados prestados resultem em respostas adequadas e eficazes, alinhadas com os

princípios dos cuidados paliativos, e que proporcionem conforto ao paciente e apoio à sua família.

1.4.7. A Intervenção do Enfermeiro nos Cuidados Paliativos

A intervenção do enfermeiro nos cuidados paliativos desempenha um papel crucial na gestão do sofrimento do doente e na promoção de uma morte digna, seja em ambiente hospitalar ou domiciliário. O processo de morrer, muitas vezes acompanhado por dor intensa e sofrimento psicológico, exige cuidados especializados que visam o alívio de sintomas, a promoção da qualidade de vida e a garantia de uma morte serena e digna (Pimenta & Capelas, 2019; Silva et al., 2020). O enfermeiro, com suas competências especializadas, tem como responsabilidade proporcionar um cuidado humanizado e de qualidade, respeitando as preferências e a autonomia do doente e de sua família (Duarte et al., 2021).

A gestão da dor é um dos principais desafios nos cuidados paliativos, e o enfermeiro deve estar preparado para implementar intervenções eficazes e personalizadas, com o objetivo de minimizar o sofrimento físico do doente (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019). O uso de medicamentos, como analgésicos opióides, deve ser ajustado conforme a intensidade da dor e as necessidades individuais do doente. No entanto, a gestão da dor vai além da prescrição farmacológica, incluindo a utilização de abordagens não farmacológicas, como a intervenção psicossocial e a promoção do bem-estar emocional (Bates et al., 2018). Além disso, a dimensão espiritual também deve ser reconhecida e abordada, uma vez que muitas pessoas em fim de vida buscam conforto e sentido em suas crenças religiosas ou espirituais (Pereira et al., 2019).

A intervenção do enfermeiro vai além do simples alívio físico da dor, sendo igualmente fundamental a abordagem das necessidades emocionais, psicológicas e sociais do doente e da sua família. O enfermeiro deve ser um facilitador na comunicação, criando um ambiente onde o doente e seus familiares possam expressar seus medos, preocupações e expectativas em relação ao final da vida (Bates et al., 2018; Duarte et al., 2021). A comunicação aberta e honesta, sem omissões ou “silêncio conspirador”, é essencial para que o doente e a família se sintam informados e preparados para a morte, e para que a autonomia da pessoa doente seja preservada (Pimenta & Capelas, 2019).

A abordagem holística ao sofrimento é um aspeto central nos cuidados paliativos, pois o sofrimento não se limita ao aspeto físico da dor, mas engloba também o sofrimento emocional, psicológico e espiritual (Duarte et al., 2021). Além disso, ao apoiar a família no processo de cuidar, o enfermeiro deve oferecer orientação, apoio emocional e capacitação para lidar com as dificuldades que surgem durante o processo de fim de vida (Silva et al., 2020). A ajuda no processo de tomada de decisões, respeitando as vontades do doente e da família, é fundamental para garantir que os cuidados sejam prestados de acordo com os valores e preferências do doente (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019).

A dignidade da pessoa em fim de vida deve ser uma prioridade em todos os momentos do processo de cuidado. Quando todas as alternativas de tratamento curativo são esgotadas, o enfermeiro deve garantir que a pessoa doente continue a ser tratada com respeito e humanidade, promovendo a qualidade de vida até o último momento (Pimenta & Capelas, 2019). O cuidado não se resume ao alívio dos sintomas, mas envolve garantir que o doente e a sua família sejam tratadas com compaixão e respeito, oferecendo apoio contínuo e reconhecendo a importância do processo de luto para a família após a morte (Pereira et al., 2019). O enfermeiro deve atuar como um ponto de apoio para a família, ajudando-os a lidar com a perda iminente e com a dor emocional associada, enquanto também os prepara para o luto (Silva et al., 2020).

Por fim, a intervenção do enfermeiro nos cuidados paliativos é essencial para a dignificação da morte e a promoção de uma morte com qualidade de vida. A comunicação eficaz, a gestão da dor e o apoio contínuo à família são componentes-chave dessa prática, que deve ser sempre centrada nas necessidades do doente e da sua família. A formação especializada do enfermeiro e o desenvolvimento de competências específicas para lidar com as várias dimensões do sofrimento e do luto são fundamentais para garantir um cuidado eficiente e humanizado (Duarte et al., 2021; Pimenta & Capelas, 2019).

2. DA PROBLEMÁTICA À METODOLOGIA

Neste capítulo iremos descrever todo processo desenvolvido e a metodologia utilizada no estudo de investigação.

2.1. PROBLEMÁTICA, QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

A gestão da dor na pessoa doente em fim de vida é um dos maiores desafios enfrentados pelos profissionais de saúde, especialmente pelos enfermeiros, que desempenham um papel crucial. Segundo Twycross (2003), "a dor é um dos sintomas mais desafiadores nos cuidados paliativos e, muitas vezes, o não alívio adequado da dor é um reflexo direto das limitações na formação e na aplicação prática das intervenções apropriadas" (p. 16). A dor, enquanto sintoma predominante, exige uma gestão adequada e eficaz, que envolva a compreensão não só do alívio físico, mas também das dimensões psicológicas, sociais e espirituais do sofrimento. A eficácia da gestão da dor está diretamente ligada ao conhecimento e às atitudes dos enfermeiros, sendo este um ponto chave para a prestação de cuidados paliativos de qualidade (Bates, Williams, & Hughes, 2018; Lourenço, Silva, & Almeida, 2021). De facto, gerir a dor não é pura e simplesmente uma questão técnica: estamos perante uma das questões éticas contemporâneas de primeira grandeza e que precisa ser vista e enfrentada nas suas dimensões física, psíquica, social e espiritual. Neste sentido, os cuidados paliativos remete-nos para o conceito holístico de cuidar, em detrimento do curar. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), define cuidados paliativos como uma abordagem que "melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias, enfrentando os problemas associados a doenças que ameaçam a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento", no entanto, muitos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, ainda não aplicam essas diretrizes de forma consistente, especialmente no que diz respeito à gestão da dor.

Cardoso, Almeida e Pinto (2018), destacam que "a falta de formação especializada em cuidados paliativos contribui para a dificuldade dos enfermeiros em lidar com as complexidades da dor nos pacientes em fase terminal" (p. 112). Embora existam protocolos e diretrizes específicas para a gestão da dor nos cuidados paliativos, alguns estudos indicam que os enfermeiros ainda enfrentam desafios, como a falta de formação especializada e dificuldades na aplicação prática de técnicas adequadas para aliviar o sofrimento do paciente (Cardoso, Almeida, & Pinto, 2018).

Lourenço, Silva e Almeida (2021), enfatizam que "os enfermeiros devem ser

capacitados não apenas para administrar os medicamentos, mas também para se envolver de forma empática com o paciente e sua família, oferecendo apoio psicológico e emocional durante o processo de fim de vida" (p. 89). Além disso, a resistência em administrar medicações opióides, frequentemente necessárias para o alívio eficaz da dor, é um fator que afeta negativamente a qualidade dos cuidados prestados (Twycross, 2003).

Um estudo realizado por Gomes et al. (2020), afirma que "a formação contínua e o envolvimento da equipa multidisciplinar são essenciais para garantir que os enfermeiros consigam aplicar os melhores métodos de gestão da dor e aliviar o sofrimento físico, psicológico e espiritual dos pacientes" (p. 140).

Também a nossa vivencia como enfermeira na prática clínica tem demonstrado que a gestão da dor ainda se centra muito na dimensão biológica, descurando as outras dimensões que compõem a pessoa. Durante o estágio da natureza profissional, aquando da realização do diagnóstico de necessidades emergiu também a necessidade de pesquisar como os enfermeiros gerem a dor da pessoa em fim de vida.

Assim, tendo em conta todos estes pressupostos colocámos como questão de investigação: ***“Quais os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros na gestão da dor na pessoa doente em fim de vida?”***, com o objetivo geral de *Analisar os conhecimentos e as atitudes dos enfermeiros na gestão da dor no doente em fim de vida* e, com a finalidade de contribuir para a gestão da dor no doente em situação paliativa mais eficaz e eficiente.

Com base na questão de investigação, formularam-se as seguintes questões orientadoras:

1. Como o conhecimento dos enfermeiros sobre as técnicas de gestão da dor afeta a sua prática clínica em cuidados paliativos?
2. Quais são as atitudes dos enfermeiros face à gestão dor na pessoa doente em fim de vida e como afetam a prática clínica?
3. Quais os principais obstáculos que os enfermeiros enfrentam na gestão da dor na pessoa doente em fim de vida?

Assim, definiu-se os seguintes objetivos específicos:

- Analisar os conhecimentos dos enfermeiros sobre as técnicas de gestão da dor no doente em fim de vida;

- Identificar as atitudes dos enfermeiros face à gestão dor na pessoa doente em fim de vida;
- Identificar as intervenções dos enfermeiros na gestão na gestão da dor na pessoa doente em fim de vida;
- Identificar os obstáculos dos enfermeiros no controlo da dor no doente em fim de vida;
- Identificar as necessidades de formação no controlo da dor no doente em fim de vida.

É nossa convicção que o desafio de melhorar a gestão da dor nos cuidados paliativos está intrinsecamente ligado a uma avaliação diagnóstica eficaz das necessidades formativas promovendo a formação contínua dos profissionais de saúde, à promoção de atitudes empáticas e ao desenvolvimento de um sistema de apoio eficaz, que envolva tanto os enfermeiros quanto as equipas multidisciplinares.

2.2 MÉTODO E TIPO DE ESTUDO

Atendendo à questão de investigação e aos os objetivos delineados e, conforme refere Fortin (1999, p.135) “o nível dos conhecimentos no domínio em estudo determina a escolha do tipo de investigação (...). É a questão de investigação que dita o método apropriado ao estudo de um fenómeno”, pelo que, esta pesquisa assenta na metodologia quantitativa.

É um estudo exploratório– descritivo, na medida em que visa explorar fenómenos pouco conhecidos e, posteriormente, descrever as suas características através de dados numéricos. A pesquisa exploratória identifica variáveis iniciais, enquanto a descritiva foca-se em detalhar essas variáveis. A análise estatística permite interpretar e identificar padrões. Segundo Fortin (2009), a pesquisa descritiva "proporciona uma visão clara das características de um fenómeno ou da relação entre variáveis, sem intervir no processo" (p. 47).

Segundo Creswell (2014), a investigação quantitativa "é caracterizada pela recolha de dados estruturados, como questionários e escalas, com o objetivo de compreender a relação entre variáveis e testar teorias". Estes estudos, são essenciais para compreender o panorama atual das práticas de cuidados paliativos em hospitais e outras

instituições de saúde, bem como para medir o conhecimento dos enfermeiros sobre a gestão da dor (Coutinho, 2018).

Segundo Lima et al. (2017), os estudos quantitativos são fundamentais para a construção de "protocolos e diretrizes baseadas em dados concretos que ajudem a reduzir a dor e melhorar a qualidade de vida dos doentes em cuidados paliativos".

Para os enfermeiros, a investigação quantitativa pode fornecer dados sobre o impacto das suas intervenções, bem como, identificar lacunas no seu conhecimento ou na formação recebida, ajudando a aprimorar a qualidade do cuidado. Os dados obtidos podem ser utilizados para criar protocolos baseados em evidências, para aperfeiçoar a formação dos profissionais de saúde e para garantir a qualidade e a eficácia dos cuidados paliativos.

2.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo realizou-se num Centro Hospitalar da Região Norte, nos serviços de internamento, Medicina Interna, Especialidades Cirúrgicas (Cirurgia Geral, Ortopedia, ORL, OFT), Serviço de Urgência.

Segundo Silva (2019, p. 45), "a população é entendida como o conjunto total de elementos que compartilham uma característica relevante para a pesquisa, sendo fundamental para a definição do universo a ser estudado." População acessível ou disponível é a parte da população da qual se selecionará a amostra". A população acessível deste estudo, são os enfermeiros do centro hospitalar em causa que exercem funções nos serviços mencionados, num total aproximado de 160 enfermeiros.

A amostra foi constituída por de 70 enfermeiros a exercer funções nos serviços referidos anteriormente, que responderam ao questionário elaborado para o efeito, caracterizando o método de seleção de amostra como não probabilístico por conveniência. Segundo Fortin (2009), a amostragem não probabilística por conveniência, é um tipo de técnica de amostragem em que "os elementos da amostra são escolhidos com base na facilidade de acesso ou conveniência do pesquisador, sem a preocupação de garantir que todos os membros da população tenham a mesma probabilidade de serem selecionados" (p. 63).

Segundo Polit et al. (2004), a amostra é o subconjunto da população selecionada para participar numa pesquisa. Pode ser entendida também, como o "conjunto de sujeitos (pessoas, documentos, etc.) de quem se recolherá dados e que deve ter as mesmas

características das da população de onde foi extraída” (Coutinho, 2014, p.89). Como destaca Minayo (2010), a amostra deve ser selecionada de forma a minimizar vieses e garantir que os dados recolhidos representem adequadamente a diversidade de opiniões e práticas dentro do grupo de enfermeiros.

A seleção da população e amostra, associada a uma análise rigorosa e detalhada dos dados recolhidos, constitui um elemento essencial na construção de conhecimento sólido e relevante na área dos cuidados paliativos. Através de uma amostra bem definida e representativa, a investigação poderá proporcionar insights valiosos para a melhoria das práticas de gestão da dor e do cuidado aos pacientes em fim de vida.

Coutinho (2018), enfatiza que os critérios de inclusão e exclusão garantem que apenas os participantes que cumpram determinadas condições, relevantes para o estudo, sejam selecionados. Como critério de inclusão definimos, os enfermeiros na prática de cuidados, prestadores de cuidados de ação direta nos serviços referidos anteriormente, que aceitaram voluntariamente participar no estudo. Como critérios de exclusão, os enfermeiros que exercem funções em áreas não clínicas, como enfermeiros gestores, enfermeiros que não exerçam funções nos serviços supramencionados e enfermeiros em gozo de férias ou de atestado médico.

Foram analisadas variáveis de índole socioprofissional da população do estudo, permitindo uma compreensão mais ampla dos fatores que influenciam a prática de enfermagem neste contexto.

A amostra é constituída por 70 enfermeiros e apresentamos as suas características socioprofissionais na **Tabela 5**.

- **Caraterização Socioprofissional dos Enfermeiros**

A tabela apresentada fornece informações sobre a distribuição dos enfermeiros por género, faixa etária, experiência profissional e o serviço onde exercem as suas funções.

Tabela 5 - Caracterização socioprofissional dos enfermeiros

	Caraterísticas	Nº - 70	% 100
Género	Masculino	14	20
	Feminino	56	80
Idade	Até 29	8	11,4
	30-39	25	35,7
	40-49	28	40
	50-59	8	11,4
	> 60	1	1,4
Experiência profissional	< 8 anos experiência	10	14,3
	8-17	24	34,3
	18-27	29	41,4
	28-37	6	8,6
	> 38 anos	1	1,4
Serviço onde exerce funções	Urgência	21	30
	Ortopedia/ Cirurgia	14	20
	Medicina Interna	35	50

Distribuição por Género:

- **Feminino** A grande maioria dos profissionais de enfermagem é do sexo feminino com cerca de 56 enfermeiras (80%).
- **Masculino** embora o número de enfermeiros masculinos seja menor, ainda representa uma parte significativa com 14 profissionais. (20%).

Distribuição por Idade:

- **30-39 anos:** Cerca de 25 dos enfermeiros encontra-se na faixa etária de 30 a 39 anos (35,7%);
- **40-49 anos:** uma percentagem considerável de 40% enfermeiros tem entre 40 e 49 anos, cerca de 28 profissionais, o que sugere uma sólida experiência.
- **Até 29 anos:** uma parte menor da população de enfermeiros é mais jovem perfazendo um total de 8 profissionais. (11,4%);
- **50-59 anos;** um grupo 8 de enfermeiros (11,4%) está entre os 50 e 59 anos, o que aponta para uma grande experiência acumulada na prática profissional.

- **Acima de 60 anos:** apenas 1 dos enfermeiros (1,4%) tem mais de 60 anos.

Distribuição por Experiência Profissional:

- **18-27 anos de experiência (41,4%):** A maior parte dos enfermeiros tem entre 18 e 27 anos de experiência, cerca de 29, o que reflete um grupo altamente experiente e qualificado, com conhecimentos aprofundados na prática da enfermagem.
- **8-17 anos de experiência (34,3%):** um número significativo de 24 enfermeiros tem entre 8 e 17 anos de experiência;
- **< 8 anos de experiência (14,3%):** cerca de 10 enfermeiro tem menos de 8 anos de experiência.
- **28-37 anos de experiência (8,6%):** A percentagem de enfermeiros com entre 28 e 37 anos de experiência é baixa com cerca de apenas 6 profissionais.
- **> 38 anos de experiência (1,4%):** apenas um enfermeiro possui mais de 38 anos de experiência.

Distribuição por Serviço de Trabalho:

- **Medicina Interna (50%):** A maioria dos enfermeiros trabalha na área de Medicina Interna (n=35), onde desempenham funções de monitorização, administração de medicamentos e apoio a pacientes com doenças crónicas e terminais.
- **Urgência (30%):** uma parte significativa dos enfermeiros está alocada nos serviços de Urgência (n=21), um ambiente de trabalho que exige habilidades para lidar com situações críticas e de alta pressão.
- **Ortopedia/Cirurgia (20%):** um número relevante de enfermeiros exerce funções em serviços de Ortopedia e Cirurgia (n=14), onde prestam cuidados pós-operatórios, monitorização de recuperação de pacientes e assistência a procedimentos cirúrgicos.

Verifica-se que a maioria da amostra tem predominância feminina sendo composta por cerca de 56 (80%) profissionais do sexo feminino, com idades compreendidas nas faixas etárias entre os 30-39 (35,7%) e 40-49 (40%) anos. Relativamente ao tempo de exercício profissional, 41,4% (n = 29) da amostra detém maioritariamente de 18 a 27 anos de experiência, seguindo-se 34,3% (n = 24) com 8 a 17 anos de experiência profissional, o que revela uma equipe altamente qualificada com um conhecimento substancial das práticas de enfermagem. Em relação ao serviço em que exercem funções, destaca-se o de Medicina, com 50% (n = 35) da amostra, seguido pelo Serviço de Urgência com 21 profissionais,

30% (n = 21) e o de Ortopedia/Cirurgia com 20% (n = 14).

- **Formação Acadêmica e Especialização dos Profissionais**

A tabela 6 apresentada reflete a distribuição das qualificações acadêmicas e das áreas de especialização dos profissionais de enfermagem. Vamos analisar os dados em termos de percentagens e categorias de formação.

Tabela 6 - Distribuição das qualificações acadêmicas e das áreas de especialização

Caraterísticas	n	%
Licenciatura	36	51,4
Pós-graduação	12	17,1
Abordagem ao doente crítico	5	7,1
Emergência e Catástrofe	4	5,7
Promoção e Educação para a Saúde	1	1,4
Gestão de Unidades de Saúde	2	2,9
Enfermeiro especialista/ mestre:	22	31,4
Médico-cirúrgica área enfermagem à pessoa situação crítica	9	12,9
Reabilitação	9	12,9
Supervisão Clínica em Enfermagem	2	2,9
Saúde Mental e Psiquiátrica	1	1,4
Médico-cirúrgica área enfermagem à pessoa situação paliativa	1	1,4

- **Distribuição por Nível Académico:**

Licenciatura (51,4%): A maioria dos profissionais cerca de 36, apenas possui licenciatura, indicando que são enfermeiros com formação básica universitária.

Pós-graduação (17,1%): uma parte significativa dos enfermeiros, mais propriamente 12 profissionais possuem pós-graduação. A divisão das áreas da pós-graduação revela o interesse em áreas específicas da prática de enfermagem, como abordagens críticas, emergenciais e educativas tais como:

- **Abordagem ao doente crítico:** cerca de 7,1% (n=5) dos enfermeiros nesta área, têm conhecimentos para atuar em contextos de alta complexidade, como unidades de terapia intensiva (UTI) ou serviços de emergência.
- **Emergência e Catástrofe:** 5,7% dos profissionais, ou seja, 4 enfermeiros, têm conhecimento para atuar em emergências e catástrofes.

- **Promoção e Educação para a Saúde:** apenas 1 profissional (1,4%) escolheu esta área, relevante para programas de saúde pública, prevenção e promoção do bem-estar nas comunidades.

- **Gestão de Unidades de Saúde:** são 2 os enfermeiros, com 2,9% que têm uma pós-graduação em gestão, pertinente para a administração dos serviços de saúde e melhoria na qualidade do atendimento.

- **Distribuição por Nível de Especialização/Mestrado:**

Enfermeiro especialista/mestre (31,4%): uma parte significativa de 22 enfermeiros possui especializações ou mestrados, com destaque para as seguintes áreas:

- **Médico-cirúrgica, área enfermagem à pessoa em situação crítica (12,9%):** 9 enfermeiros possuem formação especializada para a atuação em ambientes de alta complexidade e emergências.

- **Reabilitação (12,9%):** um grupo de 9 profissionais especializou-se na área de reabilitação, importante nos cuidados prolongados e integrados, especialmente pacientes em recuperação de cirurgias ou doenças crônicas.

- **Supervisão Clínica em Enfermagem (2,9%):** 2 enfermeiros procuram gerir e supervisionar equipas, garantindo qualidade e eficiência nos cuidados prestados.

- **Saúde Mental e Psiquiátrica (1,4%):** apenas 1 enfermeiro se especializou em saúde mental e psiquiátrica.

- **Médico-cirúrgica, área enfermagem à pessoa em situação paliativa (1,4%):** só 1 dos enfermeiros tem formação nos cuidados paliativos, uma área crucial para promover a qualidade de vida e alívio da dor em pacientes com doenças incuráveis.

Cerca de 31,4% da amostra é detentora de um curso de especialização ou de uma pós-graduação com 17,1%. Quanto à categoria profissional, 51,4% (n = 36) têm apenas a categoria de enfermeiro generalista. A pós-graduação que mais se destaca é a de abordagem ao doente crítico com 5 dos enfermeiros e de seguida a pós-graduação em emergência e catástrofe com um número de 4 enfermeiros.

Ainda no que respeita à formação, destacamos que dos 70 participante, os que possuem mestrado são cerca de 22 profissionais (31,4%). No respeito à especialidade / mestrado em enfermagem de reabilitação a percentagem é de 12,9% (n = 9), em

enfermagem médico-cirúrgica na área do doente crítico, 12,9% (n = 9), em supervisão Clínica, 2,9% (n = 2), em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e 1,4% (n = 1) em enfermagem médico cirúrgica na área do doente em situação paliativa 1,4% (n = 1).

- **Formação na área dos cuidados paliativos**

Dos 70 enfermeiros apenas 21 (30%) realizaram algum tipo de formação na área dos cuidados paliativos, sugerindo que, embora seja um campo importante da enfermagem, não é amplamente abordado ou disponível para a maioria dos profissionais. A maioria dos participantes, 70% (n = 49) não participou em qualquer tipo de formação sobre temática de cuidados paliativos. o que pode indicar uma lacuna importante na formação profissional, considerando que os cuidados paliativos são fundamentais para a gestão de pacientes com doenças graves, crónicas e em fim de vida. (Gráfico 1)

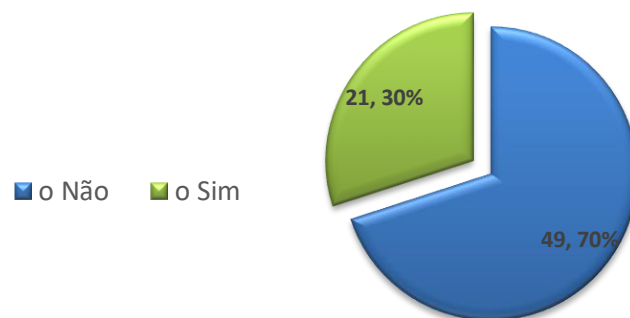


Gráfico 1 - Distribuição dos enfermeiros com formação em CP

2.4. ESTRATÉGIAS E INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados foi realizada por meio de um questionário, uma metodologia que se adequa aos objetivos do estudo.

O questionário permite ao investigador obter respostas a questões específicas que foram previamente estabelecidas, oferecendo uma abordagem mais estruturada. Proporciona objetividade e consistência na recolha de dados, sendo eficaz na avaliação de atitudes, perceções e comportamentos dos participantes (Aaker, Kumar, & Day, 2013). Além disso, o questionário facilita a análise e a codificação dos dados, uma vez que as respostas podem ser facilmente agrupadas e comparadas (Fowler Jr., 2014).

A gestão eficaz da dor requer conhecimentos, atitudes, habilidades e competências específicas. No presente estudo, avaliámos os conhecimentos e atitudes dos

enfermeiros sobre a gestão da dor em doentes em fase terminal, utilizando o instrumento Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (KASRP), desenvolvido por Ferrell e McCaffery (2012). Este questionário é amplamente validado e reconhecido internacionalmente como um método eficaz para identificar lacunas no conhecimento e nas atitudes dos profissionais de saúde em relação à gestão da dor. (Ferrell & McCaffery, 2012).

O conteúdo do questionário teve origem nos padrões atuais de gestão da dor da American Pain Society e da Organização Mundial de Saúde, e as diretrizes da National Comprehensive Cancer Network Pain.

Para a concretização da colheita de dados em coadunação com o propósito do estudo foi então aplicado o Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain na versão validada para a população portuguesa (KASRP-PT) adaptada por Batalha. A versão portuguesa do KASRP, adaptada por Batalha, foi criada com o objetivo de adaptar esse instrumento ao contexto cultural e clínico português, garantindo que ele seja eficaz na avaliação das perceções e práticas dos profissionais de saúde portugueses. Foi pedida a sua autorização para o seu uso nesta investigação a qual foi dada pelo mesmo.

Como refere a autora, os questionários podem conter perguntas abertas ou fechadas e, o investigador pode recolher os dados utilizando um questionário já existente ou criar o seu próprio questionário para responder às suas necessidades particulares, tendo elegido a primeira opção utilizando o KASRP-PT e a última opção para a parte relativa às TNF.

O questionário está organizado em duas partes: a parte I é constituída por questões de caracterização socioprofissional, relativas às variáveis: idade, género, habilitações académicas, habilitações profissionais, anos de experiência profissional e se fez algum tipo de formação (seminário, congresso) em cuidados paliativos. A segunda parte é composta por questões fechadas, de verdadeiro e falso sobre TNF, às quais só irá responder quem afirmar utilizar na sua prática diária. Depois segue-se a parte correspondente ao KASRP-PT com questões fechadas de verdadeiro e falso e de escolha múltipla relativas a variáveis tais como: os conhecimentos, práticas e dificuldades na gestão da dor da pessoa doente em fim de vida.

A recolha de dados decorreu via online entre janeiro e fevereiro de 2024, através da aplicação informática Google Forms, onde é explicado o objetivo do estudo, instruções

relativas ao preenchimento do mesmo e a garantia do anonimato, confidencialidade e voluntariedade, com opção de recusa, caso o participante não consinta participar no estudo. A divulgação do estudo pelos enfermeiros foi mediada entre a investigadora e pelo enfermeiro-chefe de cada serviço referido.

2.5. TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados obtidos por meio de questionários envolve um processo sistemático que se inicia com a codificação das respostas, etapa em que o pesquisador atribui códigos numéricos ou categorias às respostas dos participantes. A codificação deve ser feita de acordo com as questões do questionário, criando categorias ou escalas que correspondem às respostas obtidas. Após a codificação, segue-se a fase de tabulação e organização, onde os dados são dispostos em tabelas ou gráficos.

Para as questões fechadas, a análise dos dados é predominantemente quantitativa, utilizando medidas estatísticas, como frequências, médias e distribuições, que oferecem uma visão geral das respostas dos participantes. Fortin (1999) destaca que essa abordagem quantitativa é útil para identificar tendências gerais ou padrões de comportamento. Esse processo de análise rigorosa e objetiva, conforme descrito por Fortin (1999), assegura que os resultados obtidos com os questionários sejam relevantes e úteis para as conclusões do estudo.

A análise de dados foi realizada através do Excel. Para análise descritiva das variáveis foram utilizadas medidas de distribuição de frequências (frequências absolutas e relativas), apresentadas em tabelas e gráficos, para facilitar a sua leitura.

2.6. QUESTÕES ÉTICAS

A preocupação com os intervenientes numa investigação teve início, quando em 1946 o tribunal de Nuremberga puniu criminosos de guerra por crueldade infligida a seres humanos em nome da investigação e do progresso. Foi elaborado o tratado de Nuremberga, que define recomendações internacionais sobre aspetos éticos da pesquisa em seres humanos. Na base deste documento, está o consentimento informado, tendo este que ser obtido antes de qualquer investigação. O consentimento informado é voluntário, livre e esclarecido, tendo em conta os quatro enunciados do princípio de Beauchamp: a beneficência, a não maleficência, a autonomia e a justiça (Beauchamp & Childress, 2013). Tendo em conta a declaração de Helsínquia, a convenção de Oviedo e os princípios nela inseridos, foram garantidos aos participantes: toda a informação acerca do estudo; a

autodeterminação; o direito à intimidade e ao anonimato da sua identidade, não sendo obtidos dados identificativos do participante e confidencialidade da informação fornecida (Nunes, 2013).

De acordo com Thompson [et al.] (2004), o consentimento informado, tem de ser obtido antes de qualquer investigação. Nunes (2013), refere que devem ser garantidos aos participantes toda a informação acerca do estudo, duração e esclarecimento de dúvidas; a autodeterminação, se quer ou não participar, podendo a qualquer momento da investigação revogar o seu consentimento; não receberem dano nem serem prejudicados; o direito à intimidade, respondendo apenas as questões que entenderem; anonimato da sua identidade, não sendo obtidos dados identificativos do participante e confidencialidade da informação fornecida. Desta forma, elaborou-se um consentimento livre e esclarecido onde será expressa toda a informação relativa ao estudo, tal como as finalidades e os objetivos (Fortin, 2000).

Indo ao encontro ao referido anteriormente, foi solicitado aos participantes que tomassem conhecimento da investigação através da nota introdutória do questionário, onde é salvaguardado o anonimato, a confidencialidade e a voluntariedade, com opção de bloqueio, caso o participante não consentisse participar no estudo. Os participantes no estudo foram informados sobre o propósito do estudo e a confidencialidade de sua identidade foi e será mantida em todas as fases do processo de investigação e divulgação de resultados.

De acordo com o estipulado na declaração de Helsínquia para além do consentimento informado dos participantes, é necessário solicitar autorização às instituições envolvidas no estudo. Assim, foi pedida autorização à instituição, Conselho Administrativo, para o desenvolvimento do presente trabalho de investigação. Para tal, foi preenchido e entregue impresso próprio da instituição, requerimento de acesso a informação para investigação, e anexado todos os documentos solicitados, tendo sido aprovado pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar.

2.7. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como já aqui referido, os dados recolhidos através de questionário distribuído aos enfermeiros foram tratados estatisticamente através do programa informático Excel. A análise de dados é constituída pela análise estatística descritiva simples, em que são

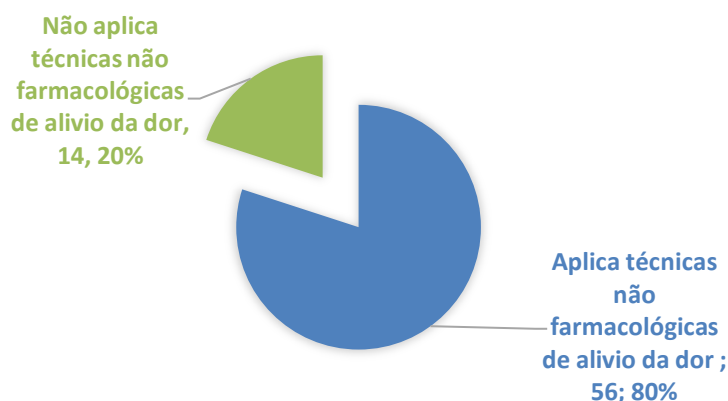
determinadas as frequências absolutas e percentuais.

Neste capítulo expõe-se a apresentação, análise e discussão dos resultados relativos às variáveis em estudo: conhecimentos e intervenções na gestão da dor na pessoa em fim de vida com aplicação de TNF ou apenas TF, dificuldades identificadas, entre outros.

- **Conhecimentos e atitudes na aplicação de técnicas não-farmacológicas**

O Gráfico seguinte refere-se à aplicação de técnicas não-farmacológicas (TNF) de alívio da dor na prática clínica dos participantes do estudo, com 80% a admitir aplicar estas técnicas no seu dia a dia. Quem utiliza as TNF realiza o questionário alusivo às mesmas. (n- 56). Cerca 20%, ou seja, 14 dos profissionais da amostra refere não aplicar as TNF, portanto passa diretamente ao KASRP-PT.

Gráfico 2 - Distribuição dos participantes de acordo com a aplicação de técnicas não farmacológicas



A seguir, apresentamos uma análise detalhada das respostas de **56 enfermeiros** a questões relacionadas com a gestão da dor e a aplicação de técnicas não farmacológicas (TNF). As opções de resposta foram divididas entre: **concordo totalmente**, **concordo**, **não tenho opinião**, **discordo** e **discordo totalmente**. Vamos analisar as respostas em termos de frequências (n) e percentagens (%).

Tabela 7- Frequências das respostas relacionadas com a gestão da dor e a aplicação de técnicas não farmacológicas

Questão	Concordo totalmente		Concordo		Não tenho opinião		Discordo		Discordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
10.Deve usar colchões de pressão alterna em doentes com dor forte (V)	16	28.6	21	37.5	12	21.4	7	12.5	0	0
11.Deve encorajar o doente a fazer exercícios passivos/ativos pois estes previnem/aliviam a dor. (V)	21	37.5	28	50	7	12.5	0	0	0	0
12.Deve ensinar e treinar o doente a fazer exercícios passivos/ativos pois estes previnem/aliviam a dor (V)	21	37.5	21	37.5	14	25	0	0	0	0
13.Em doentes com necessidade de fármacos as TNF são adjuvantes na redução da dor. (V)	42	75	7	12.5	0	0	7	12.5	0	0
14.A massagem alivia a tensão local e geral, promovendo o conforto e o relaxamento, reduzindo a dor. (V)	44	78.6	12	21.4	0	0	0	0	0	0
15.O posicionamento do doente resolve muitas vezes situações de dor. (V)	44	78.6	12	21.4	0	0	0	0	0	0
16.Na dor crónica se puder usar um analgésico não utilizo TNF. (F)	7	12.5	0	0	0	0	21	37.5	28	50
17.A atenção dirigida sobre experiências agradáveis reduz a dor. (V)	35	62.5	14	25	7	12,5	0	0	0	0
18.O Plano Nacional Luta contra a dor não contempla TNF no alívio dor. (F)	5	8,9	14	25	2	3,6	15	26,8	20	35,7
19.Usar um lençol para fazer a alternância de decúbitos previne a dor. (V)	7	12,5	0	0	14	25	21	37.5	14	25
20.Reduzir o ruído contribui para o alívio da dor. (V)	35	62.5	21	37.5	0	0	0	0	0	0
21.O uso da distração pode aumentar a tolerância á dor. (V)	28	50	21	37.5	7	12,5	0	0	0	0
22.Durante o internamento os doentes/famílias devem aprender a usar TNF de controlo da dor. (V)	35	62.5	14	25	7	12,5	0	0	0	0
23.O controlo da dor é mais eficaz se envolver intervenções farmacológicas e TNF. (V)	42	75	7	12.5	0	0	7	12.5	0	0
24.Ensinar o doente a avaliar a sua dor contribui para o seu controlo. (V)	40	71.4	10	17,9	0	0	6	10,7	0	0
25.Em doentes com necessidade de tratamento com fármacos as TNF são úteis na redução da dosagem da medicação. (V)	19	33.9	16	28,6	21	37.5	0	0	0	0
26.Os enfermeiros não têm autonomia para utilizarem as TNF. (F)	0	0	5	8,9	7	12.5	0	0	44	78,6
27.A música proporciona calma e conforto, induzindo o relaxamento. (V)	28	50	22	39.2	6	10,7	0	0	0	0
28.O doente pode controlar a dor através de técnicas de distração e relaxamento. (V)	37	66	16	28,6	0	0	3	5,4	0	0
29.A massagem é mais do que uma técnica: é uma “relação”, uma troca entre o massagista e o massajado. (V)	26	46,4	28	50	0	0	0	0	2	3,6
30.O ensino e o treino de TNF são intervenções autónomas de enfermagem. (V)	49	87.5	7	12.5	0	0	0	0	0	0

Sobre a recomendação de utilizar colchões de pressão alterna em doentes com dor forte, 28,6% dos enfermeiros concordam totalmente, 37,5% concordam, e 21,4% não têm opinião. 12,5% discordam, e ninguém discordou totalmente, o que indica uma aceitação razoável dessa prática como parte da gestão da dor.

Quanto ao incentivo para que o doente faça exercícios passivos/ativos para prevenir ou aliviar a dor, 37,5% dos enfermeiros concordam totalmente, 50% concordam parcialmente e 12,5% não têm uma opinião formada, o que sugere uma visão positiva sobre o uso desses exercícios como uma forma eficaz de controlo da dor.

Em relação ao ensino e treino dos doentes para a realização de exercícios passivos/ativos, a resposta segue um padrão semelhante: 37,5% concordam totalmente, 37,5% concordam parcialmente, e 25% não têm opinião. Esta postura reflete a importância atribuída à educação do doente sobre estratégias ativas para lidar com a dor.

A maioria dos enfermeiros, 75%, concorda totalmente que em doentes que necessitam de fármacos, as TNF atuam como adjuvantes na redução da dor, e 12,5% concordam parcialmente. Apenas 12,5% discordam parcialmente, destacando a aceitação generalizada desta abordagem integrada.

Em relação à massagem, que é indicada para aliviar a tensão e reduzir a dor, 78,6% dos enfermeiros concordam totalmente, e 21,4% concordam parcialmente, o que demonstra que há um forte consenso sobre a eficácia da massagem como técnica para aliviar a dor.

Quanto ao posicionamento do doente, 78,6% dos enfermeiros acreditam totalmente que pode resolver muitas situações de dor, com 21,4% concordando parcialmente, reforçando a importância do posicionamento adequado no alívio da dor.

A afirmação de que em doentes com dor crónica, se for possível utilizar um analgésico, as TNF não devem ser utilizadas foi fortemente rejeitada, com 50% discordando totalmente, 37,5% discordando, e apenas 12,5% concordando totalmente. Os enfermeiros não veem as TNF como substitutas dos analgésicos, mas sim como complementares.

Sobre a afirmação de que a atenção dirigida sobre experiências agradáveis pode reduzir a dor, 62,5% dos enfermeiros concordam totalmente, 25% concordam parcialmente e 12,5% não têm opinião, o que indica um bom nível de concordância com o uso de abordagens psicológicas para aliviar a dor.

Relativamente ao Plano Nacional de Luta contra a Dor, que supostamente não inclui TNF, 35,7% discordam totalmente, 26,8% discordam, 25% concordam parcialmente e 8,9% concordam totalmente. Existe um desacordo com a ideia de que o plano não contempla as TNF como parte da abordagem para o alívio da dor.

Em relação ao uso de lençóis para alternância de decúbitos, 12,5% concordam totalmente, 25% concordam parcialmente, e 37,5% discordam. 25% não têm opinião formada. Podemos dizer que a prática de alternância de decúbitos não é amplamente reconhecida como uma forma eficaz de prevenção da dor.

Quanto ao impacto da redução do ruído no alívio da dor, 62,5% dos enfermeiros concordam totalmente e 37,5% concordam parcialmente, com ninguém a discordar. Há uma ampla aceitação do conceito de que ambientes mais silenciosos podem contribuir para o conforto do doente.

Em relação à distração como uma técnica para aumentar a tolerância à dor, 50% dos enfermeiros concordam totalmente, 37,5% concordam parcialmente, e 12,5% não têm opinião, o que sugere uma boa aceitação da distração como uma ferramenta útil no controlo da dor.

A maioria dos enfermeiros, 62,5%, concorda que durante o internamento os pacientes e suas famílias devem aprender a usar TNF para o controlo da dor. Outros 25% concordam parcialmente, e 12,5% não têm uma opinião formada. Isto indica um forte apoio à educação dos pacientes sobre o uso dessas técnicas.

Em relação à combinação de intervenções farmacológicas com TNF, 75% dos enfermeiros concordam totalmente que esse é um método mais eficaz no controlo da dor. Apenas 12,5% concordam parcialmente, e 12,5% discordam, mostrando que a maioria acredita na eficácia dessa abordagem integrada.

Quando questionados sobre a importância de ensinar os doentes a avaliar sua dor, 71,4% dos enfermeiros concordam totalmente, com 17,9% concordando parcialmente. Apenas 10,7% discordam, refletindo a visão de que a avaliação ativa da dor pelos pacientes é fundamental para um controlo eficaz.

Com relação à redução da dosagem de medicamentos com o uso de TNF em doentes que necessitam de fármacos, 33,9% dos enfermeiros concordam totalmente, 28,6% concordam parcialmente e 37,5% não têm uma opinião formada. Há uma

distribuição de opiniões sobre a eficácia das TNF na redução da necessidade de medicação, com uma parte considerável ainda sem uma posição definida.

Sobre a autonomia dos enfermeiros para utilizar as TNF, 78,6% dos enfermeiros discordam da afirmação de que não têm autonomia para aplicar essas técnicas, sugerindo que, para a grande maioria, os enfermeiros possuem a liberdade para utilizar essas práticas no tratamento da dor.

Em relação ao uso da música como técnica para promover calma e conforto, 50% dos enfermeiros concordam totalmente e 39,2% concordam parcialmente, enquanto 10,7% não têm opinião formada. Isso demonstra uma aceitação significativa do uso da música para promover o relaxamento e reduzir a dor.

A maioria dos enfermeiros (66%) acredita que o doente pode controlar a dor por meio de técnicas de distração e relaxamento. Outros 28,6% concordam parcialmente, enquanto 5,4% discordam, indicando uma forte crença na eficácia dessas técnicas no aumento da tolerância à dor.

A afirmação de que a massagem é mais do que uma técnica, sendo uma "relação" entre o massagista e o massajado, foi apoiada por 46,4% dos enfermeiros, com 50% concordando parcialmente e 3,6% discordando. Isso sugere que muitos enfermeiros valorizam o aspecto relacional da massagem, além de sua função técnica.

Finalmente, 87,5% dos enfermeiros concordam totalmente que o ensino e o treino das TNF são intervenções autônomas da enfermagem. Somente 12,5% concordam parcialmente, o que reforça a ideia de que os enfermeiros têm o papel fundamental de aplicar e ensinar essas técnicas.

De seguida apresentamos uma tabela com os valores das respostas corretamente respondidas relativas às TNF para uma análise mais clara e concisa.

Tabela 8 - Frequências das respostas corretas - TNF

Questão	Respostas corretas	
	N (56)	%
10.Deve usar colchões de pressão alterna em doentes com dor forte (V)	37	66,1
11.Deve encorajar o doente a fazer exercícios passivos/ativos pois estes previnem/aliviam a dor. (V)	49	87,5
12.Deve ensinar e treinar o doente a fazer exercícios passivos/ativos pois estes previnem/aliviam a dor (V)	42	75
13.Em doentes com necessidade de fármacos as TNF são adjuvantes na redução da dor. (V)	49	87,5
14.A massagem alivia a tensão local e geral, promovendo o conforto e o relaxamento, reduzindo a dor. (V)	56	100
15.O posicionamento do doente resolve muitas vezes situações de dor. (V)	56	100
16.Na dor crónica se puder usar um analgésico não utilizo TNF. (F)	49	87,5
17.A atenção dirigida sobre experiências agradáveis reduz a dor. (V)	49	87,5
18.O Plano Nacional Luta contra a dor não contempla TNF no alívio dor. (F)	35	62,5
19.Usar um lençol para fazer a alternância de decúbitos previne a dor. (V)	7	12,5
20.Reduzir o ruído contribui para o alívio da dor. (V)	56	100
21.O uso da distração pode aumentar a tolerância á dor. (V)	49	87,5
22.Durante o internamento os doentes/famílias devem aprender a usar TNF de controlo da dor. (V)	49	87,5
23.O controlo da dor é mais eficaz se envolver intervenções farmacológicas e TNF. (V)	49	87,5
24.Ensinar o doente a avaliar a sua dor contribui para o seu controlo. (V)	50	89,3
25.Em doentes com necessidade de tratamento com fármacos as TNF são úteis na redução da dosagem da medicação - Verdadeiro	35	62,5
26.Os enfermeiros não têm autonomia para utilizarem as TNF - Falso	44	78,6
27.A música proporciona calma e conforto, induzindo o relaxamento- Verdadeiro	50	89,5
28.O doente pode controlar a dor através de técnicas de distração e relaxamento - Verdadeiro	53	94,6
29.A massagem é mais do que uma técnica: é uma “relação”, uma troca entre o massagista e o massajado - Verdadeiro	54	96,4
30.O ensino e o treino de TNF são intervenções autónomas de enfermagem - Verdadeiro	56	100
MÉDIA	46,4	82,8%

2.8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Questões sobre o **uso de técnicas não farmacológicas** como massagem, exercícios passivos/ativos, distração e relaxamento receberam uma alta taxa de acerto, indicando que a maioria dos enfermeiros está bem familiarizada com a importância destas intervenções para aliviar a dor.

- Massagem foi reconhecida como eficaz para aliviar a dor, com 100% de acerto (56 enfermeiros responderam corretamente).

- Exercícios passivos/ativos, tanto para prevenir como aliviar a dor, foram corretamente identificados por 87,5% dos enfermeiros (49 de 56).
- Distração e relaxamento como técnicas para aumentar a tolerância à dor foram indicadas como eficazes por 87,5% dos enfermeiros (49 de 56).
- A música foi também destacada como útil para proporcionar conforto e relaxamento, com 89,5% de acerto (50 de 56).

Estes resultados demonstram que os enfermeiros têm um bom nível de conhecimento sobre a eficácia de técnicas como massagem, distração e exercícios no alívio da dor.

Em relação à **autonomia dos enfermeiros**, as respostas indicam que a grande maioria reconhece que têm o poder de ensinar e treinar o uso de TNF para a gestão da dor:

- 100% dos enfermeiros (56 de 56) concordaram que o ensino e o treino de TNF são intervenções autónomas de enfermagem.
- 87,5% dos enfermeiros (49 de 56) afirmaram que, durante o internamento, os pacientes e suas famílias devem aprender a usar técnicas de controlo da dor, e que este é mais eficaz quando envolve intervenções farmacológicas e TNF.

Isto sugere que os enfermeiros têm confiança nas suas habilidades para aplicar e ensinar técnicas não farmacológicas, e que reconhecem a importância de abordagens holísticas para a gestão da dor.

O **controlo ambiental e psicológico** também foi bem compreendido pelos enfermeiros. As questões sobre a redução de fatores stressantes ambientais como o ruído e a atenção dirigida a experiências agradáveis mostraram um bom nível de conhecimento:

- Reduzir o ruído contribui para o alívio da dor, de acordo com 100% dos enfermeiros (56 de 56).
- A atenção dirigida a experiências agradáveis para reduzir a dor foi indicada por 87,5% dos enfermeiros (49 de 56).

Os resultados mostram que os enfermeiros são sensíveis ao impacto do ambiente e das experiências emocionais na gestão da dor.

Embora a maioria das questões tenha sido bem compreendida, algumas apresentaram uma taxa de acerto menor:

- O uso de colchões de pressão alterna como intervenção para a dor foi corretamente identificado por 66,1% dos enfermeiros (37 de 56). Este é um resultado moderado, indicando que alguns enfermeiros podem não estar completamente familiarizados com o uso dessa ferramenta.
- O uso de lençóis para alternância de decúbitos foi identificado como uma prática útil para prevenir a dor por apenas 12,5% dos enfermeiros (7 de 56). Este valor sugere que essa prática específica pode não ser amplamente reconhecida ou utilizada na prática clínica.

A média geral das taxas de acerto foi de 82,8%, o que indica que a grande maioria dos enfermeiros tem um bom entendimento das práticas relacionadas ao alívio da dor e o uso de técnicas não farmacológicas. O valor médio reflete um alto nível de conhecimento, com os enfermeiros mostrando-se bem preparados para implementar práticas eficazes na gestão da dor.

Conhecimentos e atitudes na aplicação de técnicas farmacológicas - KASRP-PT

A seguir, apresentamos uma análise descritiva das respostas dos 70 enfermeiros às questões de resposta fechada com os itens de escolha entre verdadeiro e falso relacionadas com os seus conhecimentos e atitudes sobre a dor, parte integrante do KASRP-PT.

Tabela 9 - Distribuição dos participantes de acordo com os conhecimentos KASRP- PT (n=70)

CONTEÚDO DO ITEM 11 QUESTÕES	Respostas corretas	
	n-70	%
V: Resposta verdadeira; F: Resposta falsa		
31. Os sinais vitais são sempre indicadores fiáveis da intensidade da dor do doente. (F)	56	80%
32. Devido ao subdesenvolvimento do sistema nervoso, as crianças com menos de 2 anos têm sensibilidade à dor diminuída e memória limitada para experiências dolorosas. (F)	42	60%
33. Os doentes que se conseguem distrair da dor geralmente não têm dor intensa. (F)	42	60%
34. Os doentes poderão dormir apesar de sentirem dor intensa. (V)	49	70%
35. A aspirina e outros anti-inflamatórios não esteroides não são analgésicos eficazes em caso de dor associada a metástases ósseas. (F)	14	20%
36. A depressão respiratória raramente ocorre em doentes que se encontram medicados, há vários meses, com doses estáveis de opióides. (V)	63	90%
37. A combinação de analgésicos que atuam por diferentes mecanismos (por exemplo, combinar um aine, anti-inflamatório não esteróide, com um opióide) pode resultar num melhor controlo da dor com menos efeitos adversos do que utilizarem um único analgésico. (V)	64	91%
38. A duração habitual da analgesia com 1-2 mg de morfina por via intravenosa é habitualmente de 4-5 horas. (F)	7	10%
39. Os opióides não deverão ser utilizados em doentes com história de abuso de substâncias. (F)	6	8%
40. Os doentes idosos não toleram os opióides para alívio da dor. (F)	100	100%
41. Os doentes devem ser encorajados a suportar o máximo de dor possível antes de utilizarem um opióide. (F)	63	90%

- **Questões relacionadas com a interpretação da dor e os sinais vitais**

A **questão 31** sobre a fiabilidade dos sinais vitais como indicadores da intensidade da dor obteve **80%** de respostas corretas (56/70). Este índice elevado sugere que a maioria dos enfermeiros compreende que os sinais vitais não são indicadores fiáveis da intensidade da dor, pois a dor é uma experiência subjetiva. No entanto, a dor pode ser manifestada de diferentes formas em cada paciente, o que exige uma avaliação mais holística, considerando fatores psicossociais e emocionais.

- **O entendimento sobre a sensibilidade à dor em crianças**

Na **questão 32**, relacionada com a sensibilidade à dor em crianças menores de 2 anos, obteve-se **60%** de respostas corretas (42/70), indicando que, embora uma boa parte dos enfermeiros compreenda que o subdesenvolvimento do sistema nervoso não reduz a sensibilidade à dor nessas crianças, existe uma parcela que pode precisar de mais informações sobre o desenvolvimento neurológico infantil e a percepção da dor.

- **A relação entre distração e intensidade da dor**

A **questão 33**, que discute a relação entre a capacidade de distrair-se e a intensidade da dor, também teve **60%** de respostas corretas (42/70). Muitos enfermeiros ainda associam a distração com a dor menos intensa, embora a evidência científica mostre que a distração pode ajudar a aliviar a percepção da dor, mas não elimina a sua intensidade. Este dado sugere que os enfermeiros podem não estar totalmente cientes das diferentes formas de modulação da dor.

- **A capacidade de dormir durante a dor intensa**

Na **questão 34**, que afirma que os pacientes podem dormir mesmo quando sentem dor intensa, **70%** dos enfermeiros responderam corretamente (49/70). Este é um dado importante, pois a capacidade de um paciente dormir apesar de dor intensa pode ser influenciada por múltiplos fatores, incluindo a fadiga e os efeitos da medicação. A alta taxa de acerto nesta questão sugere que os enfermeiros estão cientes de que o sono e a dor não são mutuamente exclusivos.

- **Uso de anti-inflamatórios para dor associada a metástases ósseas**

A **questão 35**, que diz que a aspirina e outros anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) não são eficazes na dor associada a metástases ósseas, teve apenas **20%** de respostas corretas (14/70). Este baixo índice sugere que muitos enfermeiros podem não estar totalmente cientes das limitações dos AINEs no tratamento da dor oncológica, particularmente no contexto de metástases ósseas, onde os opióides são geralmente mais eficazes.

- **A depressão respiratória em pacientes medicados com opióides**

A **questão 36**, que afirma que a depressão respiratória raramente ocorre em pacientes com doses estáveis de opióides, obteve **90%** de respostas corretas (63/70). Este dado indica que os enfermeiros têm uma boa compreensão de que, em doses estáveis e

em tratamento prolongado, a depressão respiratória é um evento raro, mas ainda assim, deve ser monitorizado com cuidado.

- **Uso de combinações de analgésicos**

A **questão 37**, que trata da combinação de analgésicos com diferentes mecanismos de ação (como AINEs com opióides), teve uma taxa de acerto de **91%** (64/70), o que sugere que os enfermeiros estão bem informados sobre as estratégias de analgesia multimodal, que podem melhorar a gestão da dor com menos efeitos adversos em comparação com o uso de um único analgésico.

- **A duração da analgesia com morfina intravenosa**

A **questão 38**, que afirma que a duração habitual da analgesia com 1-2 mg de morfina intravenosa é de 4-5 horas, teve apenas **10%** de respostas corretas (7/70). A baixa taxa de acerto reflete que muitos enfermeiros podem não ter uma compreensão clara da farmacocinética da morfina e da duração da sua eficácia, o que pode influenciar a prática clínica na gestão da dor aguda.

- **Uso de opióides em pacientes com histórico de abuso de substâncias**

A **questão 39**, que afirma que opióides não devem ser usados em pacientes com histórico de abuso de substâncias, obteve apenas **8%** de respostas corretas (6/70). Este resultado sugere que os enfermeiros podem precisar de mais formação sobre a gestão da dor em pacientes com antecedentes de abuso de substâncias, pois o uso de opióides deve ser cuidadosamente monitorado, mas não é absolutamente contraindicado em todos os casos.

- **O uso de opióides em pacientes idosos**

Na **questão 40**, que afirma que os idosos não toleram opióides para alívio da dor, todos os enfermeiros (100%) responderam corretamente. Este resultado reflete a compreensão dos enfermeiros de que, com ajustes apropriados de dose, os opióides podem ser eficazes e seguros no tratamento da dor em pacientes idosos, embora com uma monitorização cuidadosa.

- **Encorajamento para suportar dor antes de usar opióides**

A **questão 41**, que afirma que os pacientes devem ser encorajados a suportar o máximo de dor possível antes de usar opióides, teve **90%** de respostas corretas (63/70). A maioria dos enfermeiros concorda que os opióides devem ser usados com cautela, mas

a alta taxa de acerto sugere uma visão um tanto conservadora sobre o uso precoce de analgésicos fortes.

A média geral de acertos é de **65,7%**, o que indica que, de forma geral, os enfermeiros demonstram um nível razoável de compreensão sobre a gestão da dor, embora existam algumas lacunas significativas que podem ser abordadas através de formação contínua.

Enquanto as áreas essenciais da gestão da dor estão bem compreendidas, existe espaço para aprofundar o conhecimento em algumas áreas específicas, especialmente no que diz respeito ao tratamento com opióides e às práticas relacionadas com os pacientes idosos e com metástases ósseas.

• **Conhecimentos e Atitudes dos Enfermeiros sobre a Dor**

Os dados recolhidos refletem as respostas de **70 enfermeiros** sobre questões relacionadas com os seus conhecimentos e atitudes na gestão da dor integradas no KASRP-PT. A análise segue uma abordagem descritiva, considerando tanto as questões teóricas, como as práticas relacionadas com o tratamento da dor e a administração de analgésicos.

Tabela 10 - Distribuição dos participantes de acordo com os conhecimentos KASRP-PT

CONTEÚDO DO ITEM 11 QUESTÕES	Respostas corretas	
	n-70	%
V: Resposta verdadeira; F: Resposta falsa		
42. As crianças com menos de 11 anos não conseguem relatar a dor de forma fidedigna, pelo que os profissionais de saúde devem confiar unicamente na avaliação que os pais fazem da intensidade da dor da criança. (F)	63	90%
43. As crenças espirituais dos doentes podem levá-los a pensar que a dor e o sofrimento são necessários. (V)	56	80%
44. Após a administração de uma dose inicial de um analgésico opióide, as doses subsequentes deverão ser ajustadas de acordo com a resposta individual do doente. (V)	63	90%
45. Administrar água esterilizada a doentes através de uma injeção (placebo) é um teste útil para determinar se a dor é real. (F)	35	50%
46. A oxycodona 5 mg via oral é aproximadamente equivalente a 10 mg de morfina via oral. (V)	28	40%
47. Se a causa da dor é desconhecida, os opióides não devem ser administrados durante o período de avaliação da dor, já que pode interferir com a capacidade para diagnosticar corretamente a sua causa. (F)	21	30%
48. Os fármacos anticonvulsivantes, tais como a gabapentina, produzem um alívio ótimo da dor após uma dose única. (F)	56	80%
49. As benzodiazepinas não são eficazes no alívio da dor e raramente são recomendadas como parte de um esquema analgésico. (V)	28	40%
50. A adição a narcóticos/opioides é definida como uma doença neurobiológica crónica, caracterizada por um ou mais dos seguintes comportamentos: uso descontrolado do fármaco, uso compulsivo, uso continuado. (V)	63	90%

51. O termo “equianalgesia” significa analgesia aproximadamente igual e é utilizado para referir doses de diferentes analgésicos que proporcionam, aproximadamente, o mesmo alívio da dor. (V)	56	80%
52. A avaliação da sedação é recomendada durante o tratamento da dor com opióides porque a sedação excessiva precede a depressão respiratória induzida por opióides. (V)	56	80%

- **Alto nível de conhecimento sobre medicamentos e abordagens analgésicas**

A **questão 55**, que pergunta qual é o medicamento de eleição para o tratamento da dor oncológica, teve uma taxa de acerto de **100%** (70/70), o que demonstra que todos os enfermeiros que participaram sabem que a morfina é o fármaco de eleição para dor oncológica. Além disso, a **questão 44**, que aborda a necessidade de ajustar as doses de opióides com base na resposta individual do paciente, obteve **90%** de acertos (63/70), indicando que a maioria dos enfermeiros está bem informada sobre a personalização do tratamento para dor.

- **Valorização da autoavaliação do paciente na dor**

A **questão 61**, que afirma que a pessoa que melhor avalia a intensidade da dor é o próprio paciente, obteve uma alta taxa de acerto de **96%** (67/70). Este elevado índice sugere que os enfermeiros compreendem a importância de envolver o paciente na avaliação da dor, considerando a dor como uma experiência subjetiva e pessoal.

- **Consciencialização sobre fatores culturais**

Em relação à abordagem cultural na gestão da dor, a **questão 62** obteve uma taxa de acerto de **93%** (65/70), indicando que a maioria dos enfermeiros reconhece a importância de considerar as influências culturais na gestão da dor, sendo fundamental para uma prestação de cuidados mais sensível e individualizada.

- **Compreensão sobre a dor pediátrica**

A **questão 42**, que trata da avaliação da dor em crianças menores de 11 anos, revelou uma pontuação de **90%** de respostas corretas (63/70). Apesar do bom índice de acerto, é importante destacar que as crianças podem, em muitos casos, expressar a dor de forma fidedigna, especialmente se forem utilizadas escalas apropriadas para a avaliação da dor em faixas etárias mais jovens. Embora a maioria dos enfermeiros tenha noção das dificuldades em avaliar a dor nas crianças, ainda há espaço para um aprofundamento no uso de ferramentas específicas.

- **Conscientização sobre os aspectos éticos e práticos do uso de placebos**

A **questão 45**, sobre o uso de placebos (administrar água esterilizada para testar a dor), teve uma taxa de acerto de **50%** (35/70), o que reflete uma compreensão dividida entre os enfermeiros. O uso de placebos é amplamente desencorajado na prática clínica devido às implicações éticas, e este dado sugere que uma parte dos enfermeiros pode não estar completamente ciente dessa questão, o que poderia afetar a relação de confiança com o paciente.

- **Desafios na gestão de opióides**

As questões relacionadas com o uso de opióides, como a **questão 47**, que alerta para os riscos de administrar opióides quando a causa da dor não é conhecida, tiveram uma taxa de acerto de **30%** (21/70). Esse baixo índice sugere que um número significativo de enfermeiros pode não estar completamente informado sobre as diretrizes que orientam o uso cuidadoso de opióides, especialmente quando a etiologia da dor não foi identificada. Esse dado reforça a necessidade de uma maior educação sobre a utilização responsável e criteriosa de opióides.

- **Conhecimento sobre os sintomas de dependência física de opióides**

A **questão 66**, sobre a interrupção abrupta de um opióide e os sintomas de dependência, teve uma taxa de acerto de **36%** (25/70). Este baixo índice indica que os enfermeiros podem não ter uma compreensão clara dos sinais de abstinência e dependência física de opióides, um conhecimento fundamental para garantir uma abordagem segura no tratamento com esses fármacos.

- **Conhecimento limitado sobre a equivalência de doses entre diferentes analgésicos**

Em relação à equivalência entre morfina e oxicodona, a **questão 46** (30 mg de morfina oral equivalem a 10 mg de morfina intravenosa) teve uma taxa de acerto de **40%** (28/70), o que sugere que o conhecimento sobre as diferentes formas de administração e dosagens dos opióides ainda pode ser melhorado entre os enfermeiros.

Em termos de **distribuição de respostas**, o nível de conhecimento é médio, com uma média geral de acertos de **68,2%**, refletindo que a maioria dos enfermeiros tem uma boa compreensão dos conceitos relacionados com a gestão da dor. No entanto, existe um

espaço considerável para melhorar o conhecimento em algumas áreas, particularmente no que diz respeito à ética no tratamento e ao uso responsável dos opióides. Foram identificadas algumas lacunas, como o conhecimento ético sobre o uso de placebos e as diretrizes sobre a administração de opióides quando a causa da dor não está claramente definida.

No seguimento do preenchimento do KASRP-PT, apresentamos a análise descritiva dos dados coletados sobre os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros em relação à dor, com base nas respostas dadas a diversas questões de escolha múltipla. O número total de enfermeiros que responderam foi **70**.

Tabela 11 - Distribuição dos participantes de acordo com os conhecimentos KASRP-PT

CONTEÚDO DO ITEM COM RESPOSTA (ESCOLHA MÚLTIPLA)	Respostas corretas	
	n	%
53 - A via de administração recomendada para os analgésicos opióides em doentes com dor persistente relacionada com cancro é a via oral	28	40%
54 - A via de administração recomendada para os analgésicos opióides em doentes com dor intensa de início súbito e breve, tais como dor pós-operatória ou dor pós-traumática é a via intravenosa	63	90%
55 - Qual dos seguintes medicamentos analgésicos é considerado o fármaco de eleição para o tratamento da dor moderada a intensa de duração prolongada em doentes oncológicos? Morfina	70	100%
56 - Uma dose de 30 mg de morfina oral equivale, por via intravenosa, a aproximadamente a 10 mg de morfina	49	70%
57 - Os analgésicos para a dor pós-operatória devem ser administrados inicialmente pelo relógio a horas fixas	42	60%
58 - Durante 2 meses, foram administrados diariamente analgésicos opióides a um doente com dor oncológica persistente. Ontem, estavam a ser administrados ao doente 200 mg/hora de morfina por via intravenosa. Hoje, a dose passou a 250 mg/hora. A probabilidade de o doente desenvolver depressão respiratória clinicamente significativa é < a 1%	28	40%
59 - A razão mais provável para um doente com dor solicitar doses mais elevadas de medicação analgésica é experienciar um aumento da intensidade da dor.	56	80%
60 - Qual dos seguintes fármacos é útil para o tratamento da dor oncológica? Ibuprofeno, hidromorfona e gabapentina	14	20%
61 - A pessoa que melhor avalia a intensidade da dor do doente é o doente.	67	96%
62 - Qual das seguintes opções representa a melhor abordagem a aspetos culturais na prestação de cuidados a doentes com dor: Os doentes deverão ser avaliados individualmente para determinar as influências culturais.	65	93%
63 - Qual a probabilidade dos doentes que desenvolvem dor já terem um problema de abuso de álcool e/ou substâncias? 5-15%	21	30%
64 - O tempo até ao efeito máximo da morfina administrada por via intravenosa é 15 minutos.	21	30%
65 - O tempo até ao efeito máximo da morfina administrada por via oral é 1-2 horas.	29	41%
66 - Após a interrupção abrupta de um opióide, a dependência física manifesta-se por sudorese, bocejos, diarreia e agitação.	25	36%
67 - Qual das seguintes afirmações sobre a depressão respiratória induzida por opióides está correta: -A apneia obstrutiva do sono é um fator de risco importante	21	30%

Na **questão 53**, sobre a via de administração recomendada para os analgésicos opióides em doentes com dor persistente relacionada com o cancro, **40%** (28/70) responderam corretamente. A via oral é, de fato, a mais recomendada devido à sua conveniência e eficácia em controlar a dor persistente a longo prazo. No entanto, o resultado sugere que uma parte considerável dos enfermeiros pode não estar completamente familiarizada com as recomendações sobre a escolha da via de administração para esse tipo de dor crónica.

- **Administração intravenosa para dor intensa de início súbito**

A **questão 54** obteve uma taxa de acerto de **90%** (63/70), indicando um bom nível de entendimento entre os enfermeiros sobre o uso da via intravenosa em doentes com dor intensa e de início súbito, como a dor pós-operatória e pós-traumática. Esta alta taxa de acerto reflete que os enfermeiros estão bem informados sobre a rapidez e a eficácia da via intravenosa para controlar a dor intensa de início rápido.

- **Fármaco de eleição para dor moderada a intensa em doentes oncológicos**

A **questão 55**, sobre o fármaco de eleição para o tratamento da dor moderada a intensa em doentes oncológicos (morfina), teve **100%** de acertos (70/70). Este resultado é um excelente indicativo de que os enfermeiros compreendem amplamente o papel da morfina na dor oncológica.

- **Equivalência de doses de morfina oral e intravenosa**

A **questão 56** sobre a equivalência de doses de morfina oral e intravenosa (30 mg oral = 10 mg intravenosa) teve uma taxa de acerto de **70%** (49/70). Embora a maior parte tenha entendido corretamente essa equivalência, ainda há um percentual considerável que precisa de mais formação sobre as diferenças de absorção e metabolismo entre as vias de administração de morfina.

- **Administração de analgésicos pós-operatórios**

A **questão 57**, que aborda a administração programada de analgésicos após a cirurgia, obteve **60%** de respostas corretas (42/70). Isso sugere que uma parte dos enfermeiros compreende a importância da administração prévia e programada para evitar que a dor se torne intensa, mas também revela que há espaço para reforçar esse conhecimento nas práticas clínicas.

- **Depressão respiratória em doentes com doses elevadas de morfina**

A **questão 58** sobre a probabilidade de depressão respiratória com o aumento das doses de morfina intravenosa obteve apenas **40%** de acertos (28/70). A resposta correta é que a probabilidade de depressão respiratória clínica significativa permanece baixa (<1%), mesmo com um aumento gradual na dose, mas é importante que os enfermeiros estejam mais atentos aos sinais de efeitos adversos, especialmente em pacientes com dor persistente.

- **Necessidade de doses mais elevadas devido ao aumento da dor**

Na **questão 59**, que afirma que a razão mais provável para um doente solicitar doses mais elevadas de analgésicos é o aumento da intensidade da dor, **80%** (56/70) responderam corretamente. Esse resultado indica que os enfermeiros estão bem informados sobre a correlação entre a intensidade da dor e a necessidade de ajuste nas doses de medicamentos.

- **Fármacos úteis para o tratamento da dor oncológica**

A **questão 60**, sobre a utilidade de Ibuprofeno, hidromorfona e gabapentina no tratamento da dor oncológica, teve apenas **20%** de acertos (14/70). Esta baixa taxa sugere que os enfermeiros podem não estar totalmente cientes da eficácia limitada de alguns desses fármacos em situações de dor oncológica intensa, como a dor associada a metástases ósseas, onde a combinação de opióides com AINEs pode ser mais eficaz.

- **Avaliação da intensidade da dor pelo doente**

A **questão 61**, que afirma que a pessoa que melhor avalia a intensidade da dor do doente é o próprio paciente, obteve **96%** de acertos (67/70). Este resultado reflete a compreensão ampla dos enfermeiros de que a dor é uma experiência subjetiva e que a autoavaliação do paciente é essencial para uma gestão eficaz da dor.

- **Avaliação cultural na prestação de cuidados de dor**

A **questão 62**, que trata da abordagem cultural no cuidado de doentes com dor, obteve **93%** de acertos (65/70). Este excelente resultado demonstra que os enfermeiros têm uma boa compreensão da importância de avaliar individualmente os pacientes para as influências culturais, uma prática fundamental para garantir cuidados de saúde culturalmente sensíveis.

- **Probabilidade de abuso de substâncias em doentes com dor**

A **questão 63**, sobre a probabilidade de um paciente com dor ter problemas de abuso de álcool e/ou substâncias (5-15%), teve apenas **30%** de respostas corretas (21/70). A baixa taxa de acerto sugere que há uma necessidade de aumentar o conhecimento dos enfermeiros sobre a relação entre dor crônica e dependência de substâncias, já que essa associação não é sempre óbvia para os profissionais de saúde.

- **Tempo até o efeito máximo da morfina intravenosa**

A **questão 64**, sobre o tempo até o efeito máximo da morfina intravenosa (15 minutos), teve também **30%** de acertos (21/70). Isso indica que muitos enfermeiros podem não ter claro o tempo necessário para que a morfina administrada por via intravenosa atinja seu efeito máximo, o que pode afetar a gestão adequada da dor no ambiente clínico.

- **Tempo até o efeito máximo da morfina oral**

Na **questão 65**, que afirma que o tempo até o efeito máximo da morfina oral é de 1-2 horas, **41%** dos enfermeiros responderam corretamente (29/70). O conhecimento sobre a farmacocinética da morfina oral é importante para uma administração eficaz, e essa taxa de acerto indica que os enfermeiros podem precisar de mais formação sobre a absorção e o tempo de ação da medicação oral.

- **Sinais de dependência física após interrupção abrupta de opióides**

Na **questão 66**, que afirma que a dependência física após a interrupção abrupta de opióides se manifesta por sudorese, bocejos, diarreia e agitação, apenas **36%** (25/70) responderam corretamente. Esse dado indica que os enfermeiros podem não estar completamente informados sobre os sintomas de abstinência, o que é essencial para a monitorização de pacientes em tratamento com opióides.

- **Apneia obstrutiva do sono como fator de risco para depressão respiratória**

Por fim, a **questão 67**, sobre a apneia obstrutiva do sono como fator de risco importante para a depressão respiratória induzida por opióides, teve **30%** de respostas corretas (21/70). A baixa taxa de acerto indica que os enfermeiros podem precisar de mais formação sobre os fatores de risco relacionados à depressão respiratória em pacientes sob tratamento com opióides. Os dados indicam que, em geral, os enfermeiros possuem um

bom conhecimento sobre aspetos fundamentais da gestão da dor, com uma forte compreensão sobre o uso de morfina em contextos oncológicos e a importância da autoavaliação da dor pelo paciente. No entanto, existem algumas áreas em que os enfermeiros demonstram lacunas preocupantes, como o conhecimento sobre a farmacocinética da morfina e o uso de opióides em pacientes com histórico de abuso de substâncias. A média geral de acertos foi de 57% o que sugere que é fundamental reforçar a formação contínua em temas mais complexos e específicos, como a gestão de dores intensas e agudas, a farmacologia dos opióides e a identificação de sinais de dependência.

As questões finais 68 a 71 do KASRP-PT referem-se à avaliação e gestão da dor em dois doentes pós-operatórios, e as respostas fornecem informações sobre os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros em relação à administração de analgésicos opióides e à avaliação da dor. A seguir, será feita uma análise das respostas de cada questão de escolha múltipla, com a percentagem de respostas corretas.

Tabela 12 - Distribuição dos participantes de acordo com os conhecimentos KASRP-PT

PARTE V- ESTUDOS DE CASO	Respostas corretas	
	n	%
68. Doente A: O André tem 25 anos e hoje é o primeiro dia após uma cirurgia abdominal. Quando entra no quarto do André, ele sorri-lhe e continua a conversar e a brincar com o seu visitante. A sua avaliação revela as seguintes informações: TA (tensão arterial) =120/80mmHg; FC (frequência cardíaca) =80bpm; FR (frequência respiratória) =10ciclos por minuto (com); relativamente à dor, numa escala de 0 a 10 (0=sem dor, 10=dor máxima), o André classifica a intensidade da sua dor como sendo 8. Nos registos do doente, deverá assinalar a dor na escala abaixo. (8)	49	70%
69. A sua avaliação (acima) é efetuada duas horas após a administração de 2 mg de morfina por via intravenosa. A intensidade da dor a cada meia hora após a injeção variou entre 6 e 8 e o doente não apresentou depressão respiratória clinicamente significativa, sedação ou outros efeitos adversos. O André identificou 2/10 como um nível aceitável para alívio da dor. Para efeitos de analgesia, o médico assistente prescreveu “alívio da dor com administração intravenosa de 1-3 mg de morfina por hora em SOS”. Assinale a medida que irá tomar neste momento. (Administrar 3 mg de morfina por via intravenosa agora)	15	21%
70. "Doente B: O Roberto tem 25 anos e hoje é o primeiro dia após uma cirurgia abdominal. Quando entra no quarto, ele está deitado e quieto na cama e apresenta esgar de dor quando se mexe. A sua avaliação revela as seguintes informações: TA (tensão arterial) =120/80mmHg; FC (frequência cardíaca) =80bpm; FR (frequência respiratória) =18ciclos por minuto (com); relativamente à dor, numa escala de 0 a 10 (0=sem dor, 10=dor máxima), o Roberto classifica a intensidade da sua dor como sendo um 8. Nos registos do doente, deverá assinalar a dor na escala abaixo: (8)	63	90%
71. A sua avaliação (acima) é efetuada duas horas após a administração de 2 mg de morfina por via intravenosa. A intensidade da dor a cada meia hora após a injeção variou entre 6 e 8 e o doente não apresentou depressão respiratória clinicamente significativa, sedação ou outros efeitos adversos. O Roberto identificou 2/10 como um nível aceitável para alívio da dor. Para efeitos de analgesia, o médico assistente prescreveu “alívio da dor com administração intravenosa de 1-3 mg de morfina por hora em SOS”. Assinale a medida que irá tomar neste momento. (Administrar 3 mg de morfina por via intravenosa agora.)	21	30%

- **Conhecimentos e Decisões Relacionadas à Dor em Doentes Pós-Cirúrgicos**

Questão 68 - Doente A: Avaliação da Intensidade da Dor

Descrição: O André, um doente de 25 anos, relata uma dor de intensidade 8 numa escala de 0 a 10 (onde 0 significa nenhuma dor e 10 dor máxima). A avaliação dos sinais vitais do André mostra valores normais, exceto pela frequência respiratória (10 ciclos por minuto), que está ligeiramente baixa, o que não indica depressão respiratória significativa.

Resposta correta (Assinalar a dor como 8 na escala): A taxa de acerto foi de 70% (49/70), o que indica que a maioria dos enfermeiros conseguiu identificar corretamente que a dor do doente estava entre 8 numa escala de 0 a 10. Isso é importante porque a dor relatada pelo paciente é um indicador fundamental na escolha do tratamento analgésico e deve ser corretamente documentada para garantir a continuidade do cuidado adequado.

Questão 69 - Doente A: Decisão sobre a Administração de Morfina

Descrição: Dois horas após a administração de 2 mg de morfina intravenosa, a dor de André variou entre 6 e 8, e o doente relatou que o nível de dor aceitável seria 2/10. O médico prescreveu "alívio da dor com administração intravenosa de 1-3 mg de morfina por hora em SOS", e a pergunta é sobre qual ação tomar com base nessa prescrição.

Resposta correta (Administrar 3 mg de morfina por via intravenosa agora): A taxa de acerto foi de 21% (15/70). Este número relativamente baixo sugere que muitos enfermeiros não optaram pela administração de 3 mg de morfina, apesar de o paciente relatar um nível de dor que estava em 6-8 na escala. O resultado pode indicar que alguns enfermeiros priorizaram uma abordagem mais conservadora, dada a falta de sinais de depressão respiratória e a possibilidade de ajustar a dose de acordo com a resposta do paciente.

Questão 70 - Doente B: Avaliação da Intensidade da Dor

Descrição: O Roberto, outro doente de 25 anos que também passou por uma cirurgia abdominal, classifica sua dor como 8 na escala de 0 a 10. Ele está quieto na cama e apresenta sinais de dor ao se mover. A questão pede que se assinale o nível de dor com base na avaliação do paciente.

Resposta correta (Assinalar a dor como 8 na escala): A taxa de acerto foi de **90%** (63/70), indicando que a grande maioria dos enfermeiros corretamente identificou que a dor do Roberto deveria ser registrada como 8 na escala de intensidade de dor. Isto demonstra que os enfermeiros são capazes de observar e correlacionar adequadamente os sinais de dor do paciente com as escalas de avaliação.

Questão 71 - Doente B: Decisão sobre a Administração de Morfina

Descrição: Semelhante ao doente anterior, a dor do Roberto foi avaliada após a administração de 2 mg de morfina intravenosa, com a dor variando entre 6 e 8. O doente identificou 2/10 como nível aceitável de alívio da dor. A prescrição médica foi de "alívio da dor com administração intravenosa de 1-3 mg de morfina por hora em SOS", e a pergunta é sobre qual medida tomar.

Resposta correta (Administrar 3 mg de morfina por via intravenosa agora): A taxa de acerto foi de **30%** (21/70), o que novamente indica que apenas uma minoria dos enfermeiros optou por administrar a dose de 3 mg de morfina, apesar da dor ainda estar em um nível elevado (6-8), o que pode sugerir uma hesitação ou preferência por uma abordagem mais gradual na administração de opióides, especialmente se o paciente não apresentou efeitos adversos ou depressão respiratória.

Avaliação da Dor: As respostas sobre a avaliação da dor foram amplamente corretas, especialmente na **Questão 70**, com 90% dos enfermeiros a registrar corretamente a dor do paciente na escala de intensidade da dor. Isso mostra que os enfermeiros têm uma boa compreensão da importância da autoavaliação da dor, bem como da necessidade de documentar adequadamente essa informação.

Decisão sobre a Administração de Analgésicos: A **Questão 69** e **Questão 71** indicam uma certa hesitação por parte dos enfermeiros ao administrar doses mais altas de morfina, mesmo com as orientações médicas claras e a presença de dor significativa. As taxas de acerto nessas questões foram **21%** e **30%**, o que sugere que alguns enfermeiros podem ser mais conservadores ou cautelosos ao ajustar a medicação, mesmo quando o paciente se queixa de dor intensa.

2.9. CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES

A gestão da dor no contexto de cuidados paliativos transcende a mera administração de fármacos, sendo crucial um acompanhamento constante e a adaptação da terapêutica conforme a evolução do quadro clínico da pessoa doente. Para tal, é fundamental a combinação de competências técnicas, emocionais e comunicativas. A eficácia no tratamento da dor e na gestão dos sintomas depende da capacidade do enfermeiro de identificar de forma precisa as necessidades da pessoa doente, de forma a implementar estratégias terapêuticas adequadas e eficazes. Em todos os momentos, a comunicação empática e a criação de uma relação de confiança com a pessoa doente em fim de vida e a sua família são fundamentais para que o cuidado seja verdadeiramente centrado na pessoa. A confiança estabelecida permite que se abordem as angústias, os medos e as expectativas de forma assertiva, o que é crucial para o alívio do sofrimento.

Relativamente ao apoio à família, foi evidenciado que a integração dos familiares no processo de cuidados é essencial. Este envolvimento, não só alivia a sobrecarga emocional e física dos cuidadores, como também fortalece o vínculo afetivo e facilita a adaptação ao processo da doença e ao luto.

A capacitação dos familiares para a continuidade do cuidado no domicílio, após a alta hospitalar, surge como uma necessidade crítica para garantir a continuidade do cuidado de qualidade, contribuindo para que a pessoa doente tenha uma morte digna e tranquila. O enfermeiro, ao envolver os familiares, não só oferece suporte direto à pessoa doente, mas também, assegura que os cuidadores se sintam preparados e capacitados para dar continuidade ao cuidado no contexto domiciliário.

A integração das equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos torna-se necessária para garantir que o cuidado seja mantido no domicílio de forma estruturada e personalizada, o que contribui para reduzir o número de internamentos e custos hospitalares.

A formação contínua e a investigação na área dos cuidados paliativos foram, igualmente, identificadas como pilares fundamentais para a melhoria das práticas de gestão da dor e para a prestação de cuidados de alta qualidade à pessoa doente em fim de vida.

A reflexão crítica sobre os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros na gestão da dor em doentes em fim de vida, à luz da investigação realizada, evidenciou a importância

de uma formação específica e baseada na evidência científica para capacitar os profissionais de saúde a lidarem com as complexas necessidades da pessoa doente em cuidados paliativos.

A gestão da dor no fim de vida deve ser abordada de forma integral, levando em consideração não apenas as intervenções farmacológicas, mas também as terapias não farmacológicas, o apoio emocional e psicológico, e a educação contínua dos profissionais de saúde, para que possam adotar uma prática de cuidados mais humanizada e eficaz (Costa & Santos, 2021).

O estudo intitulado *"Conhecimentos e Atitudes dos Enfermeiros na Gestão da Dor na Pessoa Doente em Fim de Vida "* teve como objetivo analisar os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros em relação à gestão da dor, identificando tanto avanços quanto lacunas significativas nesse processo. De seguida passamos a apresentar as conclusões com maior expressividade:

- a necessidade de capacitação dos enfermeiros através de programas de formação contínua e especializada, permitindo aprofundar os seus conhecimentos sobre as abordagens de gestão da dor, como as abordagens integrativas e complementares
- A avaliação da dor por vezes é subestimada ou realizada de maneira inadequada, esta deve ser precisa e holística, considerando tanto os sinais verbais quanto não verbais, para melhorar a acurácia das intervenções
- Quanto às atitudes dos enfermeiros, os resultados indicam uma tendência positiva em relação à abordagem da dor no contexto do fim de vida, com a maioria dos profissionais a demonstrar empatia e preocupação em aliviar o sofrimento dos pacientes.
- algumas atitudes revelaram uma certa resistência no que diz respeito ao assumir uma postura mais ativa na decisão terapêutica, o que reflete a necessidade de um acompanhamento mais próximo e de programas de formação especializada que abordem diretamente os desafios enfrentados pelos enfermeiros. A falta de confiança prejudicial no conforto do paciente em fim de vida pois pode levar a um controlo inadequado da dor
- A relutância em utilizar opioides, muitas vezes associada ao medo de efeitos colaterais e dependência, foi uma das barreiras identificadas. Segundo Lopes et al. (2017), "a utilização de opioides no tratamento da dor em doentes terminais é muitas vezes evitada pelos profissionais devido a estigmas e falta de conhecimento sobre a segurança e eficácia destes fármacos" (p. 92).

- O enfermeiro especialista em cuidados paliativos, é aquele que possui mais competências para a gestão da dor na pessoa doente em fim de vida e para dar resposta às necessidades presentes que envolve complexidade;
- A qualidade de vida e a qualidade da morte, a acessibilidade e coordenação de cuidados personalizados diferenciados estão intimamente relacionados com o cuidado ao doente paliativo.

Como implicações do estudo identificamos a necessidade de:

- Promover a investigação no âmbito desta problemática em outras áreas geográficas do país de forma comprovar a necessidade de formação em cuidados paliativos;
- Promover a implementação de protocolos claros e baseados em evidências que orientem os profissionais na avaliação e gestão da dor pois deve ser uma prioridade institucional.

Tais medidas podem ajudar a reduzir as lacunas observadas e garantir que os enfermeiros estejam preparados para proporcionar cuidados de qualidade ao paciente em fim de vida.

Dada as opções metodológicas adotadas não se pode generalizar os dados, no entanto consideramos que este estudo se refere a um determinado contexto clínico e por isso os resultados obtidos são fundamentais para o contexto onde o estudo foi realizado. As limitações do estudo, como a amostra restrita a uma única instituição, sugerem que futuras pesquisas com amostras mais amplas e diversificadas são necessárias para confirmar os achados e ampliar o entendimento sobre os desafios enfrentados pelos enfermeiros em diferentes contextos de cuidados paliativos. Investigações futuras também devem explorar como fatores emocionais e psicológicos influenciam as atitudes dos enfermeiros na gestão da dor e como as barreiras institucionais, como a escassez de recursos ou pressões financeiras, impactam o cuidado (Gomes & Silva, 2019).

Realçamos ainda que a inexperiência da investigadora foi uma das dificuldades enfrentadas, mas procuramos sempre que o rigor científico e metodológico não fosse colocado em causa.

Este trabalho foi sem dúvida um desafio pessoal, levando-nos muitas vezes a ir para além do que ponderávamos possível, conciliando este projeto com a vida pessoal, profissional e social.

Por último, considerámos que o estudo contribuiu para sensibilizar o contexto onde realizamos o estágio de natureza profissional para a importância da formação institucional em cuidados paliativos a ser promovida pela EIHSCP.

A melhoria contínua do conhecimento e das atitudes dos profissionais de saúde, através de formação especializada e apoio institucional, é um passo essencial para aprimorar a qualidade dos cuidados e promover o alívio eficaz da dor.

Por fim, para que os cuidados paliativos se tornem uma realidade eficaz e acessível em todos os contextos de cuidados, é imprescindível que os enfermeiros estejam devidamente capacitados, preparados e continuamente atualizados em relação às melhores práticas baseadas na evidência científica. O fortalecimento das equipas de suporte, a educação continuada dos profissionais de saúde e a realização de investigação de qualidade são fundamentais para garantir que todos os doentes recebam cuidados dignos e eficazes até o fim da vida. O compromisso com a melhoria contínua da qualidade assistencial, a promoção de uma reflexão prática constante e a valorização das competências interpessoais são imperativos para o desenvolvimento dos cuidados paliativos como um modelo de cuidado integral, digno e respeitoso das necessidades da pessoa doente e da sua família.

3. ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA PRÁTICA CLÍNICA

O enfermeiro especialista, tal como é reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), detém a competência científica, técnica e humana, necessária para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas em que exerce a sua especialidade. Além disso, é responsável por partilhar um conjunto de competências comuns que são regulamentadas, conforme estipulado no Regulamento nº 140/2019. As mesmas, são transversais a todas as áreas de especialidade e refletem-se na capacidade do enfermeiro em conceber, gerir e supervisionar os cuidados de saúde, assim como, em fornecer suporte contínuo ao exercício da prática profissional através da formação, da investigação e da assessoria (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

3.1 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

As competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa estão definidas no Regulamento n.º 429/2018, no artigo 4º sendo as seguintes:

- *Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/famíliares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;*
- *Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/famíliares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto.*

Deste modo, pretende-se abordar as dimensões essenciais dos cuidados paliativos, que incluem a gestão de sintomas, a comunicação, o apoio familiar, o acompanhamento no processo de luto e a importância do trabalho em equipa. A partir desta mesma abordagem, será realizada uma análise crítica das competências e atividades desenvolvidas no contexto da prática clínica, tendo como fundamento a evidência científica, conforme recomendado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2021).

3.1.1. Competências na gestão de sintomas à pessoa/família em situação paliativa

A gestão de sintomas nos cuidados paliativos é um dos pilares fundamentais para garantir o conforto e a qualidade de vida das pessoas em fase avançada da doença. Esta gestão de sintomas, deve ser realizada de forma holística, considerando não apenas a dimensão física, mas também, as dimensões psicológicas, sociais e espirituais da pessoa doente (Mota & Beça, 2021). A identificação, avaliação e tratamento adequados dos sintomas, são essenciais, pois têm um impacto direto no bem-estar da pessoa doente, conforme mencionado por Neto (2020).

Durante o ENP foi possível observar a importância de uma avaliação multidimensional. "A avaliação multidimensional dos sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais é essencial para identificar as necessidades da pessoa doente e desenvolver um plano de cuidados individualizado" (Hui et al., 2018). Este modelo de cuidados, é fundamental para a melhoria da qualidade de vida e alívio do sofrimento, permitindo que a pessoa doente receba um suporte integral, abrangendo tanto as dimensões físicas como psicológicas (Cherny & Radbruch, 2015). A equipa de cuidados paliativos, seja no contexto de internamento ou em consultas externas, deve avaliar regularmente os sintomas, ajustar as terapêuticas analgésicas e garantir um acompanhamento emocional eficaz (Morrison et al., 2011).

As visitas da EIHSCP efetuadas às pessoas internadas, como também na realização de consultas, existiu sempre a preocupação de favorecer a expressão de sentimentos e emoções, dúvidas, expectativas, procurando deste modo, não nos centrar exclusivamente no sintoma físico, mas também procurando perceber o impacto emocional, social e psicológico que a presença de um sintoma ou mais está a provocar no bem-estar da pessoa doente e sua família. Torna-se importante realçar que uma comunicação franca, empática, bem como, o apoio emocional são fatores cruciais para o bem-estar da pessoa doente e da sua família (Higginson & Evans, 2010).

Como afirmado por Hearn & Higginson (2002), "o apoio psicológico contínuo contribui significativamente para a qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos, ajudando a mitigar sentimentos de angústia e solidão". Neste sentido, parece poder afirmar que uma gestão adequada dos sintomas aliado ao suporte emocional são aspetos favorecedores da minimização do sofrimento.

Apresentámos de seguida um caso clínico de forma a ilustrar como uma boa gestão de sintomas pelos profissionais de saúde favorece um fim de vida com dignidade. A D.A. com diagnóstico de carcinoma pancreático, com a progressão da doença desenvolveu um abscesso hepático e conjuntamente a D.A apresentava dores abdominais intensas. Esta situação clínica, conduziu a D.A ao internamento. Aqui, foram realizados reajustes da terapêutica analgésica, tendo a equipa monitorizado e avaliado a resposta da D.A. à analgesia prescrita. Foi ainda, realizada a colocação de um dreno hepático, que embora seja uma intervenção evasiva, foi tido em conta o princípio ético duplo efeito, ou seja, foi tido em conta os ganhos e as perdas, e com esta medida os ganhos iriam ser maiores, pois a D.A. apresentava dor e episódios de vômitos persistentes. É de realçar, que a tomada de decisão foi sempre tomada em equipa o que favoreceu não só o controlo da dor, como a minimização e por vezes a resolução de complicações subjacentes, nomeadamente a drenagem eficaz do abscesso hepático da D.A.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002), os cuidados paliativos devem incluir intervenções que aliviem o sofrimento, podendo envolver técnicas invasivas quando apropriadas, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e controlar complicações clínicas relevantes, como dor intensa ou obstruções orgânicas.

Durante o acompanhamento da pessoa doente e família tivemos sempre a preocupação em identificar que impacto estava a ter na dinâmica familiar a presença deste processo de doença do seu ente querido, com o intuito de os apoiar e capacitar para cuidar.

Como destacado por Meleis et al. (2000), os enfermeiros têm o papel de auxiliar os familiares a enfrentarem as dificuldades impostas pela doença do ente querido, proporcionando-lhes os recursos necessários para que possam realizar o cuidado de forma eficaz e com confiança. Passámos a relatar outro caso que acompanhámos no domicílio de forma a ilustrar a complexidade que é cuidar no domicílio. Era o Senhor A com um carcinoma hepatocelular (CHC), que se encontrava em casa a ser cuidado pela sua esposa. Teve um episódio de agudização da sua situação clínica e, como tal, recorreu à EISCP. Na admissão, apresentava náuseas e vômitos e dor intensa abdominal que não estava a ser controlada pela terapêutica analgésica instituída. Para além da presença de dor intensa, o Senhor A manifestou angústia, solidão, abandono por parte dos filhos (imigrados). A esposa, também ela idosa e com debilidades a nível físico era a única cuidadora. Deste modo, a ausência de suporte por parte dos filhos, a gravidade do estado de saúde do Senhor A contribui não só para o agravamento da situação clínica como era geradora de

sofrimento da unidade familiar. Tal como refere Saunders (1964), o sofrimento é composto por dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais.

Devido ao agravamento da situação clínica e à incapacidade de controlo eficaz da dor em casa, foi tomada a decisão de internar o Senhor A para a gestão de sintomas. Quando os sintomas se tornam complexos e difíceis de controlar no domicílio, 'o internamento pode ser necessário para garantir o alívio adequado do sofrimento e proporcionar cuidados mais intensivos' (Radbruch et al., 2009). De facto, minimizar o sofrimento, exige não só minimizar a dor, mas, incorporar nas intervenções, a família, neste caso a esposa, como foco de cuidados.

Durante o acompanhamento desta unidade de cuidados, verificámos que avaliar e identificar as necessidades presentes, exige o estabelecimento de uma relação de confiança. Só através de uma relação de confiança conseguimos apoiar e confortar.

De facto, o apoio aos cuidadores familiares é uma componente essencial dos cuidados paliativos, dado o impacto físico, emocional e social que a prestação de cuidados pode ter' (Hudson et al., 2011)."

Realizávamos também, acompanhamento por via telefónica sempre que a pessoa doente ou família necessitasse, procurando ir ao encontro das necessidades presentes. Este apoio ajuda a prevenir complicações maiores e proporciona uma sensação de segurança tanto para a pessoa doente como para a família, além de otimizar o controlo dos sintomas em ambiente familiar.

De acordo com Mair et al. (2008), o acompanhamento remoto oferece uma sensação de controlo tanto para os doentes quanto para os seus cuidadores, diminuindo a ansiedade e aumentando a confiança na gestão da saúde.

A monitorização constante dos sintomas, especialmente em situações de descontrolo, é essencial para o sucesso da sua minimização. Segundo Greenhalgh et al. (2017), monitorizar de perto a evolução dos sintomas é crucial para ajustar rapidamente os tratamentos e evitar complicações que exigiriam hospitalização. Este modelo de cuidados, pode evitar o internamento, promovendo o cuidado com o conforto da sua casa, o que é corroborado pela pesquisa de Wootton (2012), que destaca que os cuidados domiciliários não são apenas mais confortáveis para os doentes, mas também, mais eficientes em muitos casos, promovendo uma recuperação mais rápida e menos dispendiosa.

Referimos o caso de uma senhora com o diagnóstico de cancro de cólon, cuidada pelo seu filho, no seu domicílio. Este filho, entra em contacto com a EIHSCP referindo que sua mãe apresentava muita dor, agitação e obstipação.

A obstipação severa é uma complicação frequente em pessoas doentes com cancro e, pode agravar ainda mais, a dor e a sensação de mal-estar, o que contribui para a agitação e o aumento da dor abdominal. Como mencionado por Twycross et al. (2016), "a obstipação é uma complicação comum em pacientes com doenças graves e pode ser um fator significativo para o agravamento da dor e do desconforto geral". Além disso, a presença da fístula que causa vazamento de fezes ou secreções, exigia cuidados diários para evitar infeções e irritações, o que aumentava o desconforto da pessoa doente. A equipa de saúde respondeu de forma eficaz e eficiente, controlando os sintomas apresentados pela senhora.

Como afirmado por Higginson et al. (2010), "uma resposta rápida e coordenada de uma equipa de cuidados paliativos é fundamental para aliviar a agitação e o sofrimento físico em doentes com doenças terminais". Além disso, o uso de analgésicos foi constantemente revisto, com ajustes na dosagem e na escolha de medicamentos, para garantir que a dor fosse adequadamente controlada e que a pessoa doente não permanecesse em estado de agitação devido ao sofrimento físico. Cohen et al. (2014) afirmam, que ajustar regularmente a medicação analgésica em doentes de foro paliativo, é essencial para o controlo da dor e para a melhoria da qualidade de vida.

Em relação à obstipação, a pessoa doente foi tratada com laxantes fortes e orientações sobre higiene intestinal e dieta, para estimular a motilidade intestinal e aliviar o desconforto. O regime de laxantes foi ajustado conforme a resposta da doente, com monitorização constante para evitar efeitos colaterais, como diarreia ou desidratação. Van Nooten et al. (2011) ressaltam que "a monitorização regular da função intestinal e a gestão da obstipação com laxantes adequados são práticas fundamentais no cuidado de doentes com doenças graves, especialmente para evitar complicações adicionais."

Concluindo, a combinação de medicação analgésica, laxantes e cuidados específicos com a fístula ajudou a aliviar tanto a dor quanto a sensação de agitação causada pela retenção fecal e pelo desconforto intestinal. A nossa intervenção, foi realizada por meio de consultas de acompanhamento, incluindo consultas telefónicas diárias. Este tipo de acompanhamento telefónico, permitiu sempre a monitorização do estado da pessoa doente e, conseqüentemente, ajustes imediatos no regime de medicação

proporcionando orientações rápidas, reduzindo a necessidade de hospitalização e mantendo a pessoa doente no conforto de sua casa. Como defendido por Rogers et al. (2015), "o acompanhamento telefónico regular e as consultas remotas são essenciais para a gestão eficaz dos sintomas e para a redução da necessidade de hospitalizações, promovendo o cuidado domiciliário de alta qualidade."

A articulação entre todos os membros da equipa multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, é um dos principais fatores que facilita a gestão eficaz dos sintomas. A comunicação entre a equipa e a família, aliada à troca constante de informações sobre a evolução do estado da pessoa doente contribui significativamente para a qualidade do cuidado prestado. Como foi possível observar na prática, esta abordagem colaborativa não só melhora a eficácia das intervenções terapêuticas, mas também, proporciona maior conforto e segurança para a pessoa doente e para os seus cuidadores. Bausewein et al. (2013) afirmam que "uma abordagem colaborativa entre os membros da equipa de cuidados paliativos e a comunicação contínua com os cuidadores familiares são cruciais para a eficácia do cuidado e para o aumento da satisfação da pessoa doente e da família".

No que diz respeito à prevenção de infeções e resistência a antimicrobianos, a equipa de cuidados paliativos segue rigorosamente as precauções básicas de controlo de infeção, de acordo com as orientações da Direção-Geral da Saúde (DGS), assegurando a segurança da pessoa doente em todos os momentos do cuidado. Como recomendado por Carter et al. (2014), "a adesão a rigorosos protocolos de controlo de infeção, é fundamental em cuidados paliativos para prevenir a propagação de infeções e garantir a segurança dos doentes e dos profissionais de saúde". Esta abordagem, não só contribui para o bem-estar da pessoa doente, mas também, garante um ambiente seguro durante o processo de cuidado.

Por fim, podemos afirmar que os cuidados paliativos reforçam a importância de uma abordagem holística na gestão de sintomas. Cada pessoa doente é única e requer um plano de cuidados personalizado, que contemple não só o alívio físico da dor, mas também o suporte emocional, espiritual e social. O trabalho em equipa e a comunicação contínua entre os profissionais de saúde, a pessoa doente e suas famílias, são essenciais para garantir que a pessoa doente tenha o melhor final de vida possível, de acordo com os seus desejos e necessidades.

3.1.2. Competências comunicacionais

A comunicação em cuidados paliativos (CP) é um pilar fundamental para a promoção da dignidade humana, sendo crucial que os profissionais de saúde desenvolvam habilidades para comunicar de forma empática, honesta e compassiva. De acordo com Neto (2020), essas competências são essenciais para garantir que a pessoa doente se sinta respeitada e ouvida, sendo amplamente aprendidas através de treino contínuo e prática, pois não são inatas ou intuitivas, como afirmam Querido et al. (2016). Neto (2020), destaca que "o treino contínuo em comunicação, especialmente em contextos de cuidados paliativos, é necessário para desenvolver habilidades que promovam uma interação terapêutica eficaz e respeitosa".

No nosso quotidiano clínico, procuramos responder à verdade, às necessidades e desejos da pessoa doente, da sua família e da equipa de saúde, adotando uma atitude de interação honesta, respeitosa e de presença. As nossas intervenções, diligenciamos atender à pessoa doente com um olhar atento à sua individualidade, respeitando valores, crenças e a diversidade cultural. Querido et al. (2016) sublinham que "a comunicação empática e respeitosa é crucial para garantir que as pessoas doentes se sintam valorizados em sua totalidade, respeitando suas preferências e circunstâncias individuais". Criar um vínculo de confiança e empatia entre os profissionais de saúde, a pessoa doente e sua família é fundamental para consolidar a base de uma relação terapêutica eficaz. Esse vínculo, é essencial para proporcionar bem-estar e aliviar o sofrimento, tal como destaca Andrade et al. (2022) e Querido et al. (2016), que afirmam que "a confiança mútua na relação terapêutica é uma condição essencial para um cuidado eficaz e humanizado, especialmente nos momentos críticos do fim de vida".

A construção de um plano antecipado de cuidados, é uma ferramenta importante para facilitar o suporte contínuo, a tomada de decisões em conjunto e a gestão de expectativas. Cheung et al. (2020) afirmam que "os planos antecipados de cuidados reduzem hospitalizações, diminuem conflitos na tomada de decisões, favorecem o atendimento conforme as preferências da pessoa doente e previnem os sintomas psicoemocionais nos familiares". A comunicação, nesse contexto, desempenha um papel fundamental, pois é necessário não só dar espaço para a expressão de sentimentos e emoções, mas também, ser disponível, transmitir informações de forma clara, empática e compassiva. Estes são os ingredientes que ajudam a minimizar o sofrimento e a proporcionar alívio na fase terminal. Steinhäuser et al. (2013) ressaltam que "a capacidade

de transmitir más notícias de forma sensível e clara pode influenciar profundamente a experiência do paciente e de sua família, reduzindo a ansiedade e promovendo uma maior aceitação do diagnóstico e prognóstico".

A gestão das expectativas é também um grande desafio na comunicação em CP, especialmente na comunicação de diagnósticos e prognósticos, bem como, na transmissão de más notícias. Um exemplo clínico que se ilustra a seguir, demonstra claramente como a comunicação aberta e honesta pode facilitar a aceitação por parte da pessoa doente, algo que, segundo Baile et al. (2000), "ajuda a criar uma abordagem mais colaborativa, onde o paciente se sente mais no controlo da sua situação, aceitando melhor o plano de cuidados e a evolução da doença". Passámos a apresentar o caso da senhora M com carcinoma da mama esquerda, seguida em consulta externa há cerca de dois anos. Durante a consulta, foi diagnosticada com derrame pleural, que comprometia seriamente a sua qualidade de vida. A senhora possuía uma filosofia de vida naturalista e recusava tratamentos médicos convencionais, incluindo o uso de corticoides. Preferia realizar a toracocentese, apesar dos riscos que envolvia e que lhe foram explicados. Murray et al. (2009) destacam que "a recusa de tratamentos convencionais em doentes com doenças avançadas, muitas vezes, decorre de crenças pessoais ou filosóficas, o que torna a comunicação aberta e honesta ainda mais importante para permitir que a pessoa doente tome decisões informadas". A equipa de saúde tentou várias vezes convencê-la dos benefícios do corticoide, mas a senhora M insistia na sua escolha. Segundo Leininger (2002), o cuidado de enfermagem deve ser culturalmente congruente e respeitar os valores, crenças e estilos de vida do doente, mesmo quando estes, levam à recusa de tratamentos convencionais. Nestes casos, é essencial manter uma comunicação aberta, empática e informada, permitindo à pessoa doente exercer autonomia e tomar decisões alinhadas com a sua visão de mundo — como ocorreu nesta situação clínica, em que, apesar de várias tentativas da equipa de saúde para explicar os benefícios do corticoide, a senhora M manteve a sua decisão de recusa, fundamentada nas suas convicções pessoais.

Após a realização de pleurodese, o quadro clínico apresentado não melhorou como esperado, e duas semanas depois a senhora M ainda apresentava dificuldades respiratórias. Foi então, que a comunicação se tornou crucial para a mudança da sua postura. Em uma conversa franca, mais uma vez, enfatizamos as vantagens do corticoide, o que a levou a aceitar o tratamento. Como sugerido por Baile et al. (2000), "uma comunicação clara, honesta e compassiva é essencial para facilitar a compreensão do

doente sobre as opções de tratamento, especialmente em casos, onde o doente tem uma forte preferência por alternativas não convencionais". A explicação cuidadosa sobre os benefícios potenciais do corticoide e os riscos associados a outras opções ajudou a senhora M a reconsiderar sua escolha e aceitar um tratamento que poderia melhorar sua qualidade de vida. Parece-nos que este caso clínico demonstra a importância de uma comunicação empática, o respeito pelas crenças de cada um e dar tempo à tomada de decisão de forma informada, é favorecedora para o estabelecimento de uma interação e para aceitar as opções terapêuticas que melhor se adequam à situação clínica.

Steinhauser et al. (2013) afirmam que "o papel da comunicação em cuidados paliativos é facilitar o entendimento e a aceitação do plano de tratamento, criando uma relação de confiança que permite que o paciente se sinta no controlo da sua própria saúde".

Twycross (2003) também destaca, que ao comunicar más notícias, é importante oferecer uma visão equilibrada, indicando que mesmo em face de uma doença progressiva, existem momentos de qualidade de vida a serem vividos. Como Twycross (2003) refere, é fundamental fornecer informações realistas, mas também, focar nos aspetos positivos e nas possibilidades de qualidade de vida que podem ser vividas ao longo do processo. De acordo com Vanderkief (2001), muitos doentes preferem uma comunicação aberta e empática ao receber notícias sobre uma condição terminal, o que se confirma nesta experiência clínica. Pereira (2008), defende que a informação deve ser específica, clara e apresentada por etapas, para que a pessoa doente possa compreender sem se sentir sobrecarregada. Pereira (2008), afirma que "uma comunicação gradual, que respeita o ritmo da pessoa doente, facilita a compreensão e evita sobrecarga emocional, permitindo que a pessoa doente faça escolhas mais conscientes e adaptadas à sua realidade".

O protocolo SPIKES, desenvolvido por Baile et al. (2000), é uma abordagem estruturada para comunicar más notícias de maneira eficaz e compassiva, sendo particularmente relevante em cuidados paliativos. Baile et al. (2000) afirmam que "uma comunicação eficaz de más notícias envolve mais do que transmitir informações; é um processo que deve ser conduzido com sensibilidade, permitindo ao paciente compreender sua situação e tomar decisões informadas". A utilização deste protocolo no ENP auxiliou-nos na abordagem de situações difíceis de forma a oferecermos um cuidado mais humano e adequado às necessidades emocionais da pessoa doente respeitando sempre as suas crenças e valores.

Outra experiência relevante envolveu uma doente com um tumor cerebral terminal, encaminhada para equipa de cuidados paliativos, pois carecia de cuidados de suporte. Principiou um estado de deterioração acentuada, com episódios de desmaios constantes e desorientação no seu domicílio. Durante uma reunião com a família, a comunicação de más notícias foi inevitável. Isto porque os médicos de outro hospital lhe disseram que eram "pólipos inofensivos na cabeça e que não eram tumores". A situação era delicada, pois a família estava angustiada e em negação para com o diagnóstico real. Os mesmos, diziam que estávamos enganados. Optamos por uma abordagem clara e empática, explicando o diagnóstico, as opções de tratamento e o prognóstico de forma gradual, de acordo com o estado emocional e as necessidades da família.

A negação é uma resposta comum em situações de diagnóstico terminal, muitas vezes devido à dificuldade em aceitar a realidade da situação. Pereira (2005) e Querido et al. (2016a) observam que, quando os profissionais de saúde não abordam adequadamente a negação, as expectativas desajustadas podem aumentar o sofrimento da família e da pessoa doente. Neste caso, a família mantinha uma visão irrealista do prognóstico, o que dificultava a aceitação do tratamento e a preparação para o fim da vida. Em situações como esta, a conferência familiar foi uma ferramenta essencial para alinhar as expectativas da família com a realidade do diagnóstico e do prognóstico. As estratégias utilizadas durante a conferência familiar ajudaram a reduzir a negação e ajustaram as expectativas da família, permitindo que se sentissem mais preparados para enfrentar a situação. "A conferência familiar constitui uma estratégia fundamental na gestão da negação, proporcionando um espaço estruturado para esclarecer dúvidas, expressar emoções e facilitar a compreensão da realidade clínica, promovendo a aceitação progressiva e decisões mais informadas."

Neste contexto, podemos ressaltar, que a comunicação de más notícias em cuidados paliativos exige que o profissional de saúde esteja preparado para lidar com reações emocionais como negação, raiva, tristeza ou desespero, comuns nestes momentos de grande sofrimento. Essas reações, são naturais e o profissional deve estar preparado para aceitá-las, como defende Pereira (2008), que observa que tais respostas emocionais são esperadas frente a situações de grande carga emocional, como o diagnóstico de uma doença terminal. A negação, por exemplo, pode ser uma defesa inicial para não enfrentar a realidade do fim de vida, e a raiva ou a tristeza surgem como expressões de dor e de perda.

Em suma, as nossas intervenções clínicas destacaram a importância da comunicação como ferramenta essencial para o cuidado holístico da pessoa doente. Saber ouvir, respeitar as crenças e valores, ser empático e transmitir informações de forma clara e compassiva são habilidades indispensáveis para criar uma relação terapêutica de confiança e para minimizar o sofrimento da pessoa doente e da sua família. Através de uma comunicação eficaz, conseguimos não só atender às necessidades biopsicossociais da pessoa doente, mas também, fomentar uma maior proximidade entre os envolvidos no processo de cuidados, permitindo uma gestão mais eficaz e humanizada da doença (Andrade, Costa & Lopes, 2013; Barbosa, 2016).

O estágio de Enfermagem de Natureza Profissional (ENP), dentro deste contexto, prepara os futuros profissionais para enfrentarem essas situações de uma forma humana e empática, sem deixar que as emoções pessoais interfiram na qualidade do cuidado prestado. Pereira (2008) destaca que o profissional de saúde, ao lidar com esses momentos, precisa ter a capacidade de oferecer um espaço de escuta e acolhimento, sem pressa de resolver ou minimizar a dor emocional, mas sim, proporcionando um apoio contínuo e respeitoso. Querido et al. (2016a) também reforçam que a comunicação deve ser adaptada às necessidades emocionais do doente e da família, respeitando os seus tempos e o estado emocional, evitando sobrecarregar com informações excessivas ou inadequadas. Nas nossas intervenções, procuramos sempre criar um clima de confiança, utilizando a comunicação verbal e não verbal de forma adequada e respeitamos as crenças, valores e filosofia de vida da pessoa doente, demonstrando empatia e disponibilidade.

3.1.3. Competências no apoio e acompanhamento no luto

A experiência de luto é profundamente única e individual, sendo moldada pelas estruturas pessoais, sociais e culturais de cada pessoa, assim como, pelos fatores de risco que podem influenciar a sua capacidade de adaptação à perda (DGS, 2019). No contexto dos cuidados paliativos, é essencial que a família receba o suporte adequado para enfrentar o luto, ajudando-os a perspetivar a vida após a morte do ente querido e a lidar com as emoções complexas que surgem nesse processo (Pimenta & Capelas, 2019). O papel do profissional de saúde, especialmente o enfermeiro, é crucial para identificar os fatores de risco que podem afetar a adaptação da família ao luto, oferecendo o apoio necessário e adequado a cada situação.

No nosso ENP, procuramos fornecer um acolhimento emocional à família, com uma comunicação empática e eficaz. A escuta ativa, foi um dos pilares centrais da nossa

intervenção, permitindo que os familiares se expressassem de forma aberta e sem julgamentos, validando as suas emoções. Utilizámos também pausas de silêncio estratégicas, que proporcionaram momentos para reflexão, possibilitando que os familiares compartilhassem preocupações e sentimentos de maneira mais fluída. Esse espaço de silêncio, permitiu uma comunicação mais profunda, essencial para identificar as dificuldades emocionais da família e compreender melhor as suas necessidades. Além disso, incentivamos a expressão das emoções e medos, e explorámos as narrativas de vida da pessoa doente, o que não só ajudou a família a recordar e valorizar os bons momentos vividos com o ente querido, como também a encontrar significado na relação. Este processo ajudou a família a resenificar o luto e a adaptar-se à perda. A nossa intervenção também incluiu, a disponibilização de informações sobre apoios sociais e recursos que poderiam garantir suporte contínuo após a morte, ajudando a reforçar a segurança e o sentido de amparo da família (Areia, Major & Relvas, 2017).

Este apoio no luto é fundamental para ajudar a família a integrar a perda no seu contexto de vida, promovendo o seu bem-estar emocional e mental durante o processo de adaptação à nova realidade. O profissional de saúde tem um papel essencial no apoio ao processo de luto, através de uma presença empática, escuta ativa e cuidados que respeitam a individualidade e o ritmo emocional de cada pessoa enlutada.

Para ilustrar a prática de acompanhamento do luto, apresenta-se o caso de uma família acompanhada pela equipa intra-hospitalar de suporte cuidados paliativos. A pessoa doente, um homem de 70 anos com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), foi encaminhado aos cuidados paliativos após ter sido detetado um nódulo pulmonar sugestivo de carcinoma pulmonar. O doente e a família decidiram não prosseguir com investigações adicionais, mantendo-se apenas os cuidados paliativos como foco principal. Nesse contexto, a equipa de saúde concentrou esforços em garantir o conforto e a qualidade de vida do doente, bem como, em oferecer apoio integral à família durante este processo.

Um dos principais focos dessa consulta foi a gestão das expectativas da filha cuidadora, que vinha da Suíça, onde a realidade dos cuidados paliativos difere da portuguesa. As diferenças nos contextos e abordagens podem gerar ansiedade e insegurança nos familiares que cuidam de doentes em fim de vida. Segundo Pimenta & Capelas (2019), as expectativas desajustadas podem levar a um agravamento do sofrimento emocional. Por isso, foi fundamental criar um espaço para que a filha pudesse

expressar os seus medos e sentimentos em relação à situação, permitindo uma comunicação aberta, empática e acolhedora. A equipa explicou-lhe as principais diferenças entre os sistemas de cuidados e forneceu informações detalhadas sobre os apoios sociais disponíveis, garantindo-lhe que teria todos os recursos necessários para continuar a cuidar do seu familiar de forma tranquila e segura.

Além disso, para promover a sensação de segurança da filha cuidadora, a equipa de saúde disponibilizou o contacto telefónico direto, assegurando-lhe que estariam disponíveis para resolver dúvidas ou prestar apoio sempre que necessário. Este acompanhamento contínuo e a garantia de que a equipa estaria acessível proporcionaram à filha uma sensação constante de apoio, o que foi crucial durante este momento tão delicado. Como destacam Areia, Major e Relvas (2017), o apoio contínuo durante o processo de cuidados paliativos pode reduzir a ansiedade e proporcionar segurança emocional aos cuidadores.

Após uma semana, o doente faleceu em casa. Neste momento, a equipa de cuidados paliativos prestou as condolências à filha e dedicou-lhe uma atenção especial, proporcionando-lhe o apoio emocional necessário para lidar com a perda. Foi também oferecido apoio psicológico, caso a filha necessitasse de acompanhamento mais profundo no futuro. A gestão do luto é uma parte essencial dos cuidados paliativos, sendo que o apoio psicológico após a perda pode ajudar os familiares a enfrentarem a dor de forma mais saudável (Pimenta & Capelas, 2019).

Este processo reflete a essência dos cuidados paliativos, que não se limitam à gestão da doença, mas são centrados no alívio do sofrimento da pessoa doente e no apoio contínuo à família, com especial atenção ao bem-estar emocional dos cuidadores. A equipa de saúde demonstrou uma disponibilidade constante, garantindo que a filha se sentisse acompanhada e apoiada, tanto na fase final da vida do doente como após o seu falecimento. Este caso ilustra como uma comunicação constante e empática, associada a uma escuta ativa, pode facilitar o processo de luto do agregado familiar e garantir que este se sinta acompanhado de forma integral (Pimenta & Capelas, 2019; Areia, Major & Relvas, 2017).

A comunicação eficaz desempenha um papel vital no processo de luto, sendo fundamental não apenas na transmissão de más notícias, mas também, no acompanhamento contínuo e empático da família. Segundo Neto (2020), a relação entre os profissionais de saúde e a família deve ser pautada pela abertura e empatia, elementos

essenciais para proporcionar dignidade ao momento da perda. A escuta ativa e a presença constante são ferramentas cruciais para ajudar os familiares a lidarem com os seus sentimentos de forma tranquila e segura (Pimenta & Capelas, 2019).

O luto, como afirmam Gonçalves e Oliveira (2016), é uma experiência complexa, influenciada por múltiplos fatores emocionais, culturais e sociais. Assim, os profissionais de saúde devem reconhecer as particularidades de cada família, adaptando o apoio às suas necessidades. A intervenção no luto, como parte integrante dos cuidados paliativos, exige uma abordagem holística, que vai além do alívio físico do sofrimento, incorporando o apoio emocional contínuo à família, tanto antes como após a morte da pessoa doente. Pimenta & Capelas (2019) sublinham que a principal missão dos cuidados paliativos é garantir uma vivência digna do luto, proporcionando conforto e qualidade de vida.

A intervenção no luto, não se limita ao imediato após o falecimento, mas envolve uma atenção contínua, que pode incluir encaminhamentos para apoio psicológico ou grupos de luto. Com profissionais de saúde bem preparados e uma abordagem empática, é possível ajudar a família a passar por essa fase de maneira mais saudável e serena.

3.1.4 Competências no trabalho em equipa

Trabalhar em equipa no contexto dos cuidados paliativos exige uma comunicação clara e eficaz, essencial para a tomada de decisões, gestão de conflitos, construção de confiança e partilha de conhecimentos e experiências. De acordo com Kesonen et al. (2022), uma comunicação organizada, honesta e eficiente dentro da equipa de saúde é fundamental para garantir que as necessidades da pessoa doente e da sua família sejam atendidas de forma integrada e adequada. Cada membro da equipa desempenha um papel específico no cuidado global, contribuindo para uma abordagem holística, que considera as dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais do paciente.

A colaboração interdisciplinar facilita a resolução de problemas complexos e assegura que todas as necessidades da pessoa doente sejam devidamente abordadas. Durante o ENP, tivemos a oportunidade de participar em reuniões de equipa, onde discutimos casos clínicos que evidenciaram a importância da comunicação e colaboração na obtenção de melhores resultados no cuidado à pessoa doente e à sua família.

Um caso particularmente relevante envolveu uma senhora internada com diagnóstico de infeção urinária e com declínio cognitivo acentuado devido a demência, cujo diagnóstico não foi aceite pela filha cuidadora. Durante o internamento, e, visto que

a senhora não estava a alimentar-se adequadamente, a equipa de cuidados paliativos propôs a colocação de uma sonda nasogástrica, contudo, a filha da pessoa doente, em grande sofrimento emocional, recusou a recomendação, e manifestou resistência ao encaminhamento para a equipa de cuidados paliativos e o regresso a casa com o “tubo”. A comunicação eficaz e a escuta ativa foram cruciais neste momento, pois permitiram que as preocupações e os medos da filha fossem expressos e compreendidos pela equipa, facilitando a adaptação da abordagem (Kesonen, Salminen, Kero, Aappola & Haavisto, 2022). Após uma conferência familiar, onde se discutiu o plano de cuidados, a filha aceitou a colocação da sonda nasogástrica, mas a resistência quanto ao regresso da mãe para casa permaneceu.

A inclusão da psicóloga da equipa, de forma colaborativa, foi decisiva para abordar as questões emocionais da filha, proporcionando-lhe o espaço necessário para processar os sentimentos relacionados com a doença da mãe. Esse apoio psicológico, foi fundamental para que a filha se sentisse acompanhada e, eventualmente, aceitasse a ida da mãe para casa com acompanhamento adequado (Gonçalves & Oliveira, 2016). O acompanhamento contínuo da equipa, incluindo o apoio telefónico da linha EIHSCP, teve um papel essencial, embora a filha continuasse a mostrar dificuldades em aceitar plenamente a condição da mãe.

Este caso ilustra claramente, como a comunicação transparente e empática, a colaboração interdisciplinar e o apoio psicológico contínuo são fatores cruciais para o sucesso nos cuidados paliativos. A capacidade da equipa de envolver a família no processo decisional, bem como, oferecer o suporte emocional adequado, contribui significativamente para a adaptação ao processo de luto e para a preservação da dignidade tanto da pessoa doente quanto de seus familiares ao longo de todo o percurso de cuidado (Pimenta & Capelas, 2019).

O êxito da equipa de cuidados paliativos depende de uma comunicação constante e clara entre seus membros, e de uma abordagem verdadeiramente centrada na pessoa, conforme destaca Twycross (2003). Quando todos os profissionais de saúde estão alinhados com um objetivo comum e comprometidos com o bem-estar do doente e de sua família, os resultados em termos de qualidade de vida e alívio do sofrimento são mais evidentes. A partilha de informações, a gestão de conflitos e a capacidade de tomar decisões em conjunto, são componentes essenciais que garantem um atendimento de alta qualidade e humanizado (Twycross, 2003).

Durante o ENP, a tomada de decisões foi sempre realizada de maneira colaborativa, com a equipa a trabalhar em conjunto para alcançar o melhor desfecho possível para os doentes. A capacidade de tomar decisões em grupo, aliada a uma comunicação eficaz entre os membros da equipa, garante um cuidado humanizado e centrado na pessoa doente, respeitando suas necessidades físicas, emocionais e espirituais, e preservando sua dignidade ao longo do processo (Bernardo, Rosado & Salazar, 2016)

Em síntese, o trabalho em equipa nos cuidados paliativos baseou-se na iniciativa e capacidade de tomar decisões em grupo, sendo responsável pela implementação e execução dessas decisões de forma coordenada. A comunicação eficaz, a capacidade de adaptação e a colaboração contínua são fundamentais para garantir que os cuidados prestados sejam de alta qualidade, respeitando as necessidades da pessoa doente e da sua família. A identificação precoce de problemas e a gestão integrada da dor e de questões físicas, psicossociais e espirituais são aspetos essenciais para o sucesso dos cuidados paliativos (Bernardo, Rosado & Salazar, 2016). O sucesso de uma equipa depende da partilha de experiências, do reconhecimento das contribuições individuais e do trabalho conjunto para atingir os objetivos comuns. O cuidado foi sempre orientado pela promoção da qualidade de vida da pessoa doente, respeitando os princípios éticos e deontológicos da profissão, e proporcionando um fim de vida digno, respeitoso e com suporte contínuo à família.

3.2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS

De acordo com o **Despacho Normativo n.º 140/2019**, o enfermeiro especialista é reconhecido como um profissional de saúde que possui competência científica, técnica e humana para fornecer cuidados de enfermagem especializados. Ele partilha um conjunto de competências comuns, reguladas e essenciais para o exercício da sua prática, como a conceção, gestão e supervisão dos cuidados, além de fornecer suporte no âmbito da formação, investigação e assessoria. Essas competências, são evidenciadas pela elevada capacidade técnica do enfermeiro especialista, que garante um nível de cuidados mais qualificado e eficaz, dentro da sua área de especialidade.

- **Domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

O **Despacho Normativo n.º 140/2019** define que os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista incluem:

- Responsabilidade profissional, ética e legal:
- Melhoria contínua da qualidade:
- Gestão dos cuidados:
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

3.2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Em consonância com o descritivo das competências deste domínio, o enfermeiro especialista deve evidenciar um exercício profissional seguro, ético e responsável, fundamentado na tomada de decisão ética e deontológica. Tal prática, deve estar alicerçada em conhecimentos ético-deontológicos sólidos, na avaliação das melhores práticas baseadas na evidência e nas preferências e valores da pessoa doente, assegurando uma atuação que respeite integralmente os direitos humanos e as responsabilidades inerentes à profissão (Despacho Normativo n.º 140/2019).

A tabela seguinte, sintetiza as atividades desenvolvidas no âmbito das competências deste domínio, resumindo as principais ações relacionadas à responsabilidade profissional, ética e legal na prática clínica de enfermagem, evidenciando o compromisso contínuo com a excelência e a dignidade nos cuidados prestados.

Tabela 13 - Competências comuns do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal e atividades desenvolvidas no ENP

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	
Competências	Atividades
Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo em concordância com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional	• Participação nos processos de tomada de decisão: Considerando as orientações emanadas pela deontologia profissional, princípios éticos e legais, assegurando a transparência, justiça e equidade nas escolhas feitas, sempre em benefício da pessoa doente e da sua família. • Integração de conhecimentos teóricos e científicos: Aplicando conhecimentos teóricos, científicos e experiências prévias, de forma crítica e reflexiva, para fundamentar as decisões no cuidado ao paciente, alinhando teoria e prática de forma eficaz e humanizada. • Fomento à reflexão e avaliação contínua sobre processos de tomada de decisão: Promovendo espaços de reflexão coletiva e individual, para avaliar o impacto das decisões tomadas na saúde e bem-estar do paciente, garantindo a melhoria contínua das práticas profissionais e a atualização das melhores estratégias de cuidado.
Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	• Implementando práticas de cuidados que promovam a privacidade e dignidade do paciente: garantindo que os cuidados prestados fossem realizados de maneira a respeitar a individualidade, os valores e as crenças espirituais e culturais de cada pessoa. A prática de cuidados centrada no paciente, promovendo o respeito pelos seus direitos humanos fundamentais, incluindo o direito à privacidade e à autodeterminação, atuando de forma a preservar a dignidade de cada paciente, reconhecendo e respeitando os seus princípios éticos, culturais e espirituais, especialmente em momentos de vulnerabilidade.

Fonte: Adaptado do regulamento nº 140/2019

A prática clínica no Estágio de Natureza Profissional (ENP) foi rigorosamente orientada pelos preceitos da deontologia profissional, assegurando a proteção dos direitos das pessoas que recebem cuidados e respeitando profundamente a dignidade da profissão. A relação terapêutica estabelecida entre a equipa de saúde e a pessoa doente, durante todo o processo de cuidados foi intrinsecamente orientada por uma dimensão ética que coloca a pessoa no centro, fundamentada no respeito intransigente pelos princípios éticos e morais. A enfermagem, enquanto ciência e arte, é guiada por uma teoria baseada nos valores humanos, onde a visão do ser humano como pessoa única e irrepetível impõe uma assistência humanizada e individualizada, direcionada a atender às carências e

necessidades durante todo o processo de cuidado (Alves, Sousa & Werneck, 2000).

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2006) sublinha que a dignidade humana e os direitos fundamentais devem ser respeitados em todas as circunstâncias, afirmando que a autonomia da pessoa deve ser preservada, desde que devidamente informada, permitindo-lhe tomar decisões livres e esclarecidas. A prática de enfermagem deve sempre ser orientada por uma relação de respeito pelos direitos humanos, garantindo que a dignidade e a autonomia da pessoa doente sejam respeitadas. Pacheco (2004) destaca que a dignidade do ser humano decorre do seu valor absoluto e do fato de cada indivíduo ser único e irrepetível, com uma história de vida, sentimentos e desejos próprios.

A assistência em cuidados paliativos (CP) deve, portanto, ser pautada pelo respeito à vontade e às escolhas da pessoa doente e da sua família, com o objetivo de proporcionar a melhor qualidade de vida possível, apesar da condição terminal. Este conceito, está em consonância com a definição da Organização Mundial da Saúde, que enfatiza que os cuidados paliativos devem ter como objetivo "a obtenção da melhor qualidade de vida para o doente e sua família" (Deodato, 2015, p. 86). O respeito pela autonomia da pessoa doente é crucial, pois ele deve ser capacitado a tomar decisões, com base em informações claras e completas, garantindo também a proteção da sua privacidade e do consentimento informado (Deodato, 2015).

O princípio da beneficência, que orienta a prática profissional, implica que as intervenções devem ser direcionadas ao melhor interesse do paciente, procurando sempre proporcionar ganhos em saúde sem causar danos (Nunes, 2008). Este princípio, exige uma reflexão cuidadosa sobre os riscos e benefícios de cada intervenção, levando em consideração os valores e interesses das pessoas envolvidas. A aplicação do princípio de beneficência é, portanto, complexa, pois depende da ponderação das consequências individuais e sociais das ações realizadas (Deodato, 2015). Na prática dos cuidados paliativos, as intervenções devem ser responsáveis e bem fundamentadas, com o objetivo de maximizar os benefícios e minimizar os danos.

A justiça, como princípio ético, orienta a decisão ética na prestação de cuidados, exigindo que os profissionais de saúde conheçam as necessidades da pessoa doente e ofereçam cuidados justos e equitativos. O profissional deve agir de maneira a equilibrar a igualdade e a especificidade dos cuidados prestados, antecipando as consequências das suas intervenções, respeitando sempre a dignidade humana (Deodato, 2014). Este

princípio, requer uma avaliação contínua das necessidades da pessoa doente e uma intervenção que seja sensível, humana e adaptada às suas particularidades.

A ética relacional, conforme descrita por Barbosa (2016), é fundamental no contexto dos cuidados paliativos. Este conceito, implica uma relação de cuidados recíprocos entre a pessoa doente, a sua família e a equipa de saúde, onde todos se reconhecem como vulneráveis e comprometidos num processo conjunto de cuidado. A ética relacional não se limita a práticas técnicas, mas envolve também, a construção de significados compartilhados, exigindo uma atitude de abertura e compreensão do outro. O diálogo contínuo e a tomada de decisões colaborativas são essenciais para proporcionar cuidados humanizados e respeitosos, alinhados com as necessidades e desejos do paciente (Olsman et al., 2015).

Um exemplo significativo dessa abordagem ética, pode ser ilustrado pelo caso de um doente com diagnóstico de adenocarcinoma hepático em fase terminal. Nos últimos dias de vida, o senhor P expressou o desejo de retornar para casa, embora as condições habitacionais fossem algo precárias. A equipa de saúde, respeitando o princípio da autonomia, forneceu todas as informações necessárias para que o senhor P pudesse tomar uma decisão informada e livre. Além disso, o princípio da beneficência foi aplicado, assegurando que todos os esforços fossem feitos para garantir que o retorno para casa ocorresse com dignidade e condições de segurança, envolvendo também a esposa do senhor P (cuidadora) para garantir que o ambiente fosse adaptado (ex: cama articulada, colchão pressão alterna). A intervenção da equipa foi orientada por uma prática de cuidados centrada na pessoa, baseada em uma comunicação clara, compartilhamento de informações e apoio contínuo.

Em suma, a prática de enfermagem nos cuidados paliativos deve sempre atender à dignidade, vulnerabilidade e autonomia do paciente, considerando as suas necessidades de maneira holística e contextual. A ética, orientada pelos princípios de beneficência, justiça e autonomia, é essencial para garantir cuidados de qualidade e respeitar os valores humanos, tanto nas interações com a pessoa doente quanto nas interações entre os membros da equipa de saúde. As decisões tomadas devem ser sempre guiadas pela busca do bem-estar do paciente, com um compromisso permanente de proporcionar uma experiência de vida digna até o fim.

3.2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

O domínio das competências descritas sublinha a importância da colaboração estratégica em projetos institucionais voltados para a excelência na qualidade dos cuidados. Destaca-se a avaliação rigorosa das práticas assistenciais, com ênfase na revisão contínua e na implementação de programas que visam a melhoria permanente dos processos. A gestão de um ambiente seguro, que assegura a proteção pessoa doente e a eficácia do atendimento, é igualmente central. As atividades essenciais incluem a participação ativa em iniciativas de melhoria da qualidade, a análise crítica das práticas de cuidados, e a promoção de estratégias inovadoras para a melhoria contínua, sempre com a garantia de um ambiente seguro e acolhedor. Estas competências, são fundamentais para a construção de um sistema de saúde mais eficiente, humanizado e comprometido com o bem-estar pessoa doente.

Tabela 14 - Competências comuns do domínio da melhoria contínua da qualidade e atividades desenvolvidas durante o ENP

Domínio da melhoria contínua da qualidade	
Competências	Atividades
Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica	• Participando em atividades de monitorização das atividades da equipa, incluindo a monitorização das referências, permitindo acompanhar a eficácia das referências feitas, avaliando os tempos de resposta e assegurando que os pacientes sejam encaminhados para os serviços apropriados de forma eficiente e eficaz.
Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e abordando em programas de melhoria contínua	• Identificação de oportunidades de melhoria no âmbito da integração da família no processo de cuidados paliativos (CP) e dos registos clínicos, focando na melhoria contínua da comunicação com a família, assegurando que ela seja parte integrante do processo de decisão, bem como na melhoria da documentação clínica, tornando-a mais precisa e acessível. • Formação sobre Escalas de Dor: Capacitação de profissionais para a correta avaliação da dor no paciente paliativo, utilizando ferramentas como EVA, Wong-Baker, com o objetivo de garantir intervenções eficazes e personalizadas. • Formação sobre a Dor no Doente Paliativo: Realização de curso via e-learning, assíncrono sobre gestão da dor, abordando fisiologia, avaliação multidimensional e estratégias terapêuticas, com ênfase em opióides, adjuvantes e cuidados psicossociais. • Elaboração de procedimentos na gestão da dor para a EIHS CP. O objetivo é garantir que a gestão da dor seja tratada de forma consistente e eficiente, promovendo o conforto do paciente e a melhoria da qualidade de vida.

	• Colaboração com o gabinete da Qualidade na elaboração de um procedimento para a dor para a Consulta Externa
Garante um ambiente terapêutico e seguro	• Promoção de cuidados centrados na pessoa e com envolvimento da família, assegurando que as necessidades do paciente e da família sejam respeitadas e atendidas de forma digna e empática. • Prestação de cuidados com o objetivo de satisfazer as necessidades multidimensionais dos pacientes, abordando as dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais. O foco é garantir um cuidado integral, respeitando a singularidade e os desejos do paciente e sua família, promovendo um ambiente seguro e acolhedor.

Fonte: Adaptado do regulamento nº 140/2019

Os principais componentes de cuidados de saúde de qualidade envolvem múltiplos aspetos que garantem a prestação de serviços de saúde não apenas eficazes, mas também seguros, eficientes e centrados nas necessidades pessoa doente. A eficácia dos cuidados está intimamente relacionada com a utilização de evidências científicas sólidas para fundamentar as intervenções e decisões clínicas, garantindo que as práticas adotadas sejam comprovadamente benéficas para a saúde dos pacientes (World Health Organization [WHO], 2020). Além disso, a eficiência refere-se ao uso otimizado dos recursos disponíveis, assegurando que os cuidados sejam prestados sem desperdício, maximizando os resultados em termos de saúde e qualidade de vida para os pacientes, com um uso racional do tempo e das tecnologias (WHO, 2020).

A segurança é outro pilar fundamental da qualidade nos cuidados de saúde, pois envolve práticas que visam reduzir os riscos de danos aos pacientes, minimizando erros clínicos e promovendo um ambiente de cuidado livre de riscos desnecessários. Este princípio, deve estar presente em todas as etapas do cuidado, desde o diagnóstico até o seguimento terapêutico, assegurando que a pessoa doente não sofra danos durante o processo de tratamento (OE, 2017). Os cuidados devem, ainda, ser centrados na pessoa, o que significa que a atenção é direcionada às necessidades, preferências e valores individuais de cada pessoa doente. A abordagem centrada pessoa doente coloca a pessoa no centro do processo de decisão e tratamento, respeitando sua autonomia e garantindo que suas escolhas sejam ouvidas e respeitadas (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2023).

Outro elemento-chave dos cuidados de saúde de qualidade é a oportunidade, que se traduz na necessidade de reduzir o tempo de espera e evitar demoras prejudiciais para

pessoa doente. A prontidão na prestação de cuidados não só melhora os resultados, mas também contribui para a experiência positiva da pessoa doente e da família, pois impede a evolução de problemas de saúde que poderiam ser evitados com intervenções precoces (WHO, 2020). Em paralelo, a equidade assegura que todos os pacientes tenham acesso aos cuidados de saúde necessários, independentemente de sua condição socioeconômica, etnia ou localização geográfica, promovendo a igualdade no acesso e tratamento (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2023).

Por fim, a integração dos cuidados que exige coordenação entre diferentes níveis de atuação no sistema de saúde, garante que pessoa doente tenha uma experiência de cuidados contínua e bem estruturada, independentemente de onde esteja recebendo o atendimento. A integração eficaz entre os diversos profissionais e serviços de saúde assegura que os cuidados não sejam fragmentados, mas sim, interligados, proporcionando um percurso de cuidado mais fluido e menos propenso a falhas (OE, 2017).

A construção de uma cultura de qualidade dentro das organizações de saúde, é um aspecto essencial para garantir que esses princípios sejam efetivamente aplicados e mantidos. Uma cultura de qualidade eficaz, deve ser sustentada por liderança para a qualidade em todos os níveis da organização, desde os gestores até aos profissionais de saúde, com foco na melhoria contínua dos serviços. Além disso, deve ser caracterizada por abertura e transparência, promovendo um ambiente onde todos os profissionais têm acesso às informações necessárias para tomar decisões informadas e onde a comunicação eficaz é prioritária (WHO, 2020).

A ênfase no trabalho de equipa é igualmente crucial, pois promove a colaboração entre diferentes disciplinas, melhorando a capacidade de resolver problemas complexos e fornecer cuidados mais holísticos. Para que essa cultura de qualidade seja eficaz, é necessário que haja responsabilização em todos os níveis da organização, com os profissionais de saúde sendo continuamente avaliados e motivados a aprimorar suas práticas. Adicionalmente, a capacitação contínua dos profissionais, incluindo a formação e o desenvolvimento de competências, deve ser uma prioridade, assegurando que todos os envolvidos no processo de cuidado possuam o conhecimento necessário para agir com competência e confiança (OE, 2017).

Outro elemento fundamental de uma cultura de qualidade é a integração do ensino no sistema de saúde, onde a formação contínua e a partilha de boas práticas são incentivadas, tanto para os profissionais quanto para as pessoas doentes. Circuitos de

feedback ativos, são essenciais para monitorizar o progresso e ajustar as práticas conforme necessário, promovendo um ciclo de melhoria contínua. A promoção do orgulho em prestar cuidados e a valorização dos cuidados compassivos, também, devem ser incentivadas, reconhecendo a importância emocional e psicológica do trabalho dos profissionais de saúde, especialmente em contextos desafiadores, como nos cuidados paliativos (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2023).

Esses princípios de qualidade estão alinhados com os valores essenciais dos cuidados paliativos, como universalidade e equidade, autonomia e dignidade, eficiência e interdisciplinaridade, solidariedade, humanização e compaixão. Em um contexto de cuidados paliativos, esses valores são imprescindíveis para garantir que as necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais da pessoa doente sejam atendidas de maneira holística e sensível (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2023). A integração desses princípios e valores no cuidado diário, permite que os profissionais de saúde não apenas atendam às necessidades clínicas, mas também, promovam uma experiência de cuidado que respeita a dignidade e a humanidade de cada pessoa, assegurando um fim de vida com qualidade e respeito.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) elaborou padrões de qualidade para os cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica na área de cuidados paliativos, com o objetivo de servir como orientações e referenciais para a prática do enfermeiro especialista (OE, 2017). Esses padrões, procuram garantir que a prática profissional seja fundamentada em evidências, respeitando a individualidade dos pacientes e promovendo cuidados dignos e adequados.

Através de um conhecimento consolidado, foi possível desenvolver práticas que permitiram a identificação antecipada de fatores de risco, situações problemáticas e/ou de agudização, com a finalidade de capacitar tanto a pessoa doente quanto sua família na gestão do plano de cuidados. A implementação de planos de cuidados orientados pela dignidade e pelas necessidades específicas de cada indivíduo constitui um elemento central nesse processo. Esses planos envolvem, igualmente, a utilização de estratégias de comunicação facilitadoras, tanto para a relação terapêutica entre o enfermeiro e pessoa doente, quanto para a comunicação interdisciplinar, envolvendo outros profissionais de saúde e serviços de apoio (OE, 2017).

Em contexto de consulta externa, foi também dada atenção à manutenção da medicação em contexto domiciliário, conforme as orientações da Direção-Geral da Saúde

(DGS, 2016). A avaliação dos medicamentos prescritos, horários e doses da medicação foi realizada de forma cuidadosa, com o objetivo de oferecer uma orientação clara e transparente à pessoa doente e à sua família. A informação foi fornecida de maneira a respeitar as vontades da pessoa doente, garantindo que os cuidadores e familiares estivessem devidamente treinados no uso correto e seguro dos medicamentos no ambiente domiciliário.

Para ilustrar a aplicação dessa prática, expomos um caso real: uma senhora imigrante de França, diagnosticada com neoplasia hepática e com suspeita de neoplasia no ouvido, retornou a Portugal para continuar o tratamento. Durante o acompanhamento, foi observada uma sobredosagem de oxicodona, decorrente do aumento da dosagem feito pela própria doente, com a intenção de controlar a dor. Após a avaliação clínica, foi realizado um ajuste terapêutico no tratamento, visando o controlo adequado da dor. A comunicação estabelecida com a doente e sua família foi fundamental nesse processo, destacando a escuta ativa, a presença, a disponibilidade e a transparência, fatores que permitiram uma melhor compreensão e gestão das emoções e necessidades da paciente.

Além disso, no que diz respeito à melhoria dos sistemas de registos, foi promovido um processo de agregação de dados individualizados de registo, contemplando as necessidades de cuidados, as intervenções de enfermagem e os resultados dessas intervenções, com ênfase na atuação no contexto da EIHSCP e Consulta Externa. O trabalho realizado nesta equipa é de carácter consultivo e visa garantir que os registos clínicos reflitam a individualidade dos cuidados prestados.

No contexto da gestão de referenciações, tanto pela EIHSCP quanto na consulta externa, a avaliação das referenciações e dos respetivos processos clínicos é realizada por uma equipa composta por médico coordenador e enfermeira. O processo de juízo crítico na avaliação das referenciações visa assegurar uma priorização equitativa e eficiente, de forma a garantir que os cuidados sejam prestados de acordo com a gravidade e as necessidades clínicas de cada paciente, sem comprometer a qualidade e a acessibilidade dos serviços (OE, 2017).

No contexto da melhoria contínua da qualidade, e tendo em conta que a atuação da equipa é orientada pelos princípios dos cuidados centrados na pessoa e na família, foi identificada uma lacuna significativa na formação sobre gestão da dor na pessoa em fim de vida. Esta necessidade formativa foi especialmente observada nos enfermeiros que atuam na sua prática diária com pessoas doentes em fim de vida, cuja dor, muitas vezes

intensa e difícil de controlar, é uma das principais preocupações neste contexto hospitalar. Diante disso, e motivados por questões tanto pessoais quanto profissionais, decidimos desenvolver um trabalho de investigação aplicada que visa explorar esta temática.

O objetivo principal da pesquisa foi identificar os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros em relação à gestão da dor em doentes do foro paliativo, bem como as dificuldades que enfrentam ao lidarem com esse desafio no seu quotidiano profissional. Através dessa investigação, pretendemos também, sensibilizar a instituição de saúde para a importância de oferecer formação especializada aos profissionais, a fim de aprimorar suas competências e, assim, melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

O trabalho investigativo foi estruturado com base em uma análise detalhada das práticas atuais e das necessidades formativas dos profissionais, com o intuito de promover o desenvolvimento de programas de formação focados na gestão eficaz da dor, alinhados com as melhores práticas e as necessidades reais da equipa de cuidados paliativos. O processo completo da investigação, incluindo a metodologia, os resultados obtidos e as propostas para a melhoria contínua, está apresentado na seção dedicada à dimensão investigativa deste relatório.

Esta pesquisa, visa não apenas aprimorar as competências dos enfermeiros em CP, mas também reforçar o compromisso da instituição em promover uma cultura de cuidados de saúde de alta qualidade, centrados na pessoa e na sua família, especialmente nas fases mais críticas da vida.

A gestão de programas de melhoria contínua, inserida neste contexto, assume um papel crucial, pois permite que os serviços de saúde evoluam constantemente com base nas melhores evidências científicas, sempre visando o aprimoramento da qualidade assistencial. A dor é um dos sintomas mais prevalentes e devastadores no contexto dos cuidados paliativos, impactando profundamente a qualidade de vida dos doentes e suas famílias. Neste sentido, a avaliação e o controlo adequado da dor são essenciais, e a formação contínua dos profissionais de saúde é uma estratégia central para garantir que esses cuidados sejam prestados com eficácia e sensibilidade.

Através da solicitação da consulta externa e do pedido feito pelo Departamento de Formação, no âmbito da acreditação pela ACSA (que foi obtida), realizamos uma formação especializada sobre as escalas de avaliação da dor, que visou capacitar os profissionais de enfermagem e médicos para a avaliação precisa e adequada da dor. Esta

formação, abordou o uso de ferramentas como a Escala Visual Analógica (EVA), a Escala de Faces de Wong-Baker, que são amplamente reconhecidas e utilizadas para medir a intensidade da dor. A utilização das escalas, permite que os profissionais identifiquem com precisão a intensidade da dor, que pode variar de acordo com a experiência individual da pessoa doente, e adaptem as intervenções de forma personalizada, garantindo uma abordagem mais eficaz e sensível ao sofrimento. Como destaca a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2023), a dor deve ser tratada de forma holística, considerando não apenas os aspetos físicos, mas também, as dimensões emocionais e psicossociais que frequentemente acompanham o sofrimento no fim da vida.

Além disso, foi implementada uma formação via e-learning sobre a gestão da dor no doente paliativo, que permitiu aos enfermeiros dos serviços que integraram o estudo de investigação, aprofundar os seus conhecimentos sobre a fisiologia da dor, os diferentes tipos de dor e as estratégias terapêuticas adequadas, tanto farmacológicas quanto não farmacológicas. A utilização de opióides e adjuvantes, assim como os cuidados psicossociais, foram amplamente discutidos, proporcionando uma abordagem abrangente e multidimensional na gestão da dor. A formação e-learning, com a sua flexibilidade, possibilitou uma maior adesão ao programa e permitiu que os profissionais de saúde se atualizassem de forma contínua e sem as limitações de tempo e espaço, aspetos que frequentemente restringem a formação presencial.

A aplicação prática dos conhecimentos adquiridos nas formações sobre as escalas de dor e a gestão da dor no doente paliativo resulta diretamente na melhoria da qualidade do cuidado prestado. A avaliação contínua e precisa da dor permite que os profissionais ajustem as intervenções de forma eficaz, proporcionando alívio sintomático e melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

No âmbito da gestão de programas de melhoria contínua, a formação contínua sobre a dor e a atualização constante dos conhecimentos clínicos tem se revelado estratégias imprescindíveis para a evolução da qualidade assistencial. Monitorizar os resultados das intervenções e avaliar periodicamente a eficácia das estratégias terapêuticas são práticas essenciais para garantir que os cuidados paliativos sejam constantemente aprimorados, baseando-se em evidências científicas e na experiência prática acumulada.

No âmbito da gestão da dor, foi elaborado um procedimento específico para a EIHS CP, com o objetivo primordial de visar não apenas o alívio imediato dos sintomas

dolorosos, mas também, a promoção do conforto da pessoa doente e a melhoria da sua qualidade de vida. Com a implementação deste procedimento, a equipa de saúde pode garantir uma intervenção rápida e bem coordenada, alinhada com as melhores práticas de gestão da dor, sendo um passo crucial na melhoria contínua dos cuidados prestados.

Além disso, foi-nos solicitado que, em colaboração com o gabinete da Qualidade e em prol da acreditação pela ACSA, realizássemos um procedimento complementar voltado para a gestão da dor na Consulta Externa e trabalhando em equipa com os enfermeiros desse serviço. A consulta externa, sendo um cenário de acompanhamento contínuo e avaliação, necessitava de uma abordagem mais estruturada para o controlo da dor, de forma a garantir que todos os doentes, independentemente da sua condição clínica, recebessem cuidados que fossem tanto eficazes quanto alinhados com as diretrizes de qualidade institucional. Este procedimento visa não só otimizar o processo de avaliação e intervenção na dor, mas também incorporar práticas que promovam uma abordagem mais integrada e humanizada, envolvendo tanto a pessoa doente, quanto as suas famílias na gestão do sofrimento.

A colaboração com o gabinete da Qualidade foi fundamental para garantir que os procedimentos estivessem alinhados com as diretrizes organizacionais, reforçando o compromisso com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e garantindo que a gestão da dor seja tratada de maneira coordenada e fundamentada em evidências, assegurando, assim, o conforto e o bem-estar dos pacientes. Este serviço de Consulta externa, foi acreditado pelo sistema ACSA e ficamos agradados que pudéssemos contribuir para esse marco alcançado.

Em suma, o desenvolvimento de práticas de qualidade e a gestão de programas de melhoria contínua, especialmente no contexto dos cuidados paliativos, são essenciais para garantir que os cuidados prestados atendam aos mais altos padrões de eficácia, segurança e humanização. A formação contínua dos profissionais de saúde, a utilização de ferramentas de avaliação precisas e a abordagem holística da dor contribuem diretamente para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes paliativos. Este compromisso com a qualidade, reflete-se na personalização dos cuidados, no respeito pelas preferências da pessoa doente e na adaptação das intervenções de acordo com as melhores evidências disponíveis, assegurando cuidados não apenas competentes, mas também compassivos e centrados na pessoa. Como aponta a OMS (2020), é através de práticas como estas que se pode alcançar uma verdadeira melhoria nos cuidados de saúde, com benefícios tanto

para a pessoa doente quanto para as suas famílias.

3.2.3. Domínio da gestão dos cuidados

No domínio da gestão dos cuidados, a função do enfermeiro especialista é crucial para a organização e implementação de cuidados eficientes, seguros e de qualidade. A responsabilidade estende-se à coordenação da equipa de saúde, ao otimizar as respostas de enfermagem, e à garantia da segurança nas tarefas delegadas. Para isso, o enfermeiro especialista deve ser capaz de identificar e aplicar os recursos adequados às necessidades de cuidados da pessoa doente, garantindo uma abordagem personalizada e eficaz. Além disso, um aspeto essencial deste processo é a adaptação do estilo de liderança, ajustando-o de acordo com o contexto e com as especificidades de cada situação, a fim de assegurar que as intervenções sejam realizadas de forma colaborativa e eficaz, sempre em prol da qualidade dos cuidados prestados.

A liderança no contexto da gestão dos cuidados envolve não só a coordenação de tarefas e a supervisão da equipa de saúde, mas também a criação de um ambiente propício à melhoria contínua, ao incentivo à capacitação dos profissionais e à implementação de boas práticas assistenciais. A qualidade dos cuidados não depende apenas da competência técnica dos profissionais, mas também de uma gestão eficiente dos recursos humanos e materiais, de modo a atender às necessidades da pessoa doente de maneira integral.

Nesse sentido, as atividades desenvolvidas para a aquisição de competências neste domínio, como evidenciado na tabela apresentada, têm como objetivo fortalecer as habilidades do enfermeiro especialista em áreas como a gestão de equipas, a implementação de protocolos de cuidados, a avaliação de resultados e a adaptação de estratégias de acordo com as necessidades emergentes. Ao focar na gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista contribui para a melhoria da qualidade assistencial, ao mesmo tempo que garante que os cuidados sejam prestados com eficiência, segurança e humanização.

Tabela 15 - Competências comuns do domínio da gestão de cuidados e atividades desenvolvidas durante o ENP

Domínio da gestão de cuidados	
Competências	Atividades
Gere os cuidados da enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde	- Participação nas reuniões de equipa: Envolvimento nas discussões e decisões sobre a abordagem global do cuidado, incluindo a definição de objetivos terapêuticos, as estratégias de gestão de caso e a coordenação das intervenções entre os diferentes profissionais de saúde. - Tomada de decisões nas referenciações: Participação ativa nas decisões de referenciação para unidades como o RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados), garantindo a adequação dos cuidados de saúde às necessidades do paciente e promovendo a articulação eficaz entre os níveis de cuidados. - Identificação das funções da enfermeira da equipa: Definir claramente o papel da enfermeira dentro da equipa interdisciplinar, considerando as competências específicas e garantindo que cada profissional desempenhe funções bem definidas, de acordo com a sua formação e experiência. - Colaboração na organização das atividades: Planeamento e coordenação das atividades da equipa de enfermagem, assegurando que todas as tarefas sejam realizadas dentro dos prazos e com qualidade, respeitando as necessidades dos pacientes e a carga de trabalho da equipa.
Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.	- Integração do conhecimento de legislação: Aplicação contínua do conhecimento das legislações e regulamentos relacionados com os cuidados de saúde, assegurando que todos os procedimentos e práticas da equipa estejam em conformidade com as normas legais e éticas. - Consulta de documentos orientadores da orgânica funcional da equipa: Revisão constante de documentos internos e orientações institucionais para assegurar a adequação da organização e funcionamento da equipa, promovendo a melhoria contínua dos processos de cuidados. - Identificação das diferentes funções e responsabilidades dos elementos da equipa: Compreensão e análise detalhada das funções de cada membro da equipa multidisciplinar, assegurando que as responsabilidades sejam claramente delineadas e cumpridas, o que contribui para a eficácia no cuidado e para o alinhamento das ações de cada profissional dentro do processo de cuidado. - Gestão de recursos conforme contexto: Avaliação das necessidades de recursos (humanos, materiais, tecnológicos) para garantir que a equipa tenha as condições adequadas para prestar cuidados de alta qualidade, ajustando-os conforme o contexto e a complexidade do caso.

Fonte: Adaptado do regulamento nº 140/2019

O Coordenador da Equipa (EIHSCP) é um médico, no entanto, a Coordenadora da Equipa de Enfermagem é uma enfermeira especialista em Enfermagem à Pessoa em

Situação Paliativa com mestrado na área. Esta profissional é o único elemento da equipa de enfermagem com o título de especialista, conforme orientações do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2023). O papel e as funções dessa enfermeira foram observados de forma detalhada, pois o objetivo era desenvolver competências em gestão de cuidados e otimizar a colaboração dentro da equipa, dada a semelhança das suas funções com as práticas profissionais.

A estrutura de trabalho da equipa é colaborativa e partilhada, onde há uma responsabilidade coletiva nos processos de tomada de decisão, promovendo o respeito pelas funções e papéis profissionais. A equipa é incentivada a participar ativamente nas discussões, valorizar as diversas perspetivas e pontos de vista, e reforçar o sentido de pertença e a valorização mútua entre todos os membros da equipa. Este ambiente, favorece a liderança compartilhada, permitindo que cada membro da equipa, seja enfermeiro, médico ou outro profissional de saúde, exerça sua função com autonomia e influencie os cuidados de forma positiva, sempre centrada nas necessidades do paciente.

Foi possível observar que a equipa tem uma clara função de liderança e capacidade para influenciar a qualidade dos cuidados prestados, assegurando que sejam centrados na pessoa e nas suas necessidades, promovendo tanto a dignidade quanto a autonomia dos pacientes. A prática da intervenção colaborativa dentro de uma equipa multidisciplinar no âmbito dos Cuidados Paliativos (CP) é fundamental. Nessa prática, os profissionais de saúde têm a oportunidade de aplicar os normativos éticos e morais que orientam as suas intervenções, garantindo que os cuidados fornecidos atendam às necessidades dos pacientes de forma integrada e humanizada (Ribeirinho & Duarte, 2021).

A importância da tomada de decisão partilhada entre os profissionais de saúde e a elaboração de planos de cuidados individualizados, que atendem às necessidades específicas e presentes de cada pessoa doente, foram identificadas como fundamentais para a eficácia do modelo de cuidados paliativos. A gestão de cuidados, nesse contexto, desempenha um papel crucial na implementação de novas dinâmicas de intervenção, que contribuem para a melhoria contínua das práticas, assegurando que as intervenções sejam sempre ajustadas ao momento e à realidade da pessoa doente, com o objetivo de proporcionar uma assistência de qualidade, eficiente e humanizada.

Em resumo, a gestão colaborativa dos cuidados e a valorização das diferentes

competências dentro da equipa são essenciais para o desenvolvimento de cuidados paliativos de excelência, permitindo uma abordagem holística e personalizada para cada pessoa doente, respeitando a sua dignidade e promovendo a sua qualidade de vida até o fim da sua jornada.

3.2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No âmbito das competências do enfermeiro especialista, destaca-se a relevância do autoconhecimento, que é considerado fundamental para o desenvolvimento de uma prática de enfermagem competente e para a construção de relações terapêuticas eficazes. O enfermeiro deve ser capaz de reconhecer suas próprias competências e limitações, além de compreender o impacto de suas ações nas interações com a pessoa doente e com a equipa multiprofissional, ajustando-se às necessidades do contexto individual, profissional e organizacional. Esse autoconhecimento, é a base para a construção de vínculos terapêuticos sólidos, onde a empatia e a escuta ativa são essenciais para o sucesso do cuidado.

Adicionalmente, o enfermeiro especialista deve garantir que sua prática clínica esteja sempre alicerçada nas melhores evidências científicas, adotando as melhores práticas e protocolos atualizados para oferecer cuidados seguros e de alta qualidade. O uso contínuo da evidência científica nas intervenções clínicas assegura que as ações realizadas sejam baseadas nas melhores informações disponíveis, aprimorando os resultados dos cuidados prestados à pessoa doente.

No contexto dos cuidados paliativos, essa abordagem ganha ainda mais relevância, pois os cuidados devem ser adaptados às necessidades e escolhas da pessoa doente, exigindo do enfermeiro uma constante flexibilidade na sua prática para respeitar a singularidade de cada pessoa. Ao integrar autoconhecimento, boas relações interpessoais e um compromisso com a prática baseada em evidências, o enfermeiro especialista contribui significativamente para a melhoria da qualidade do atendimento oferecido. Essas competências são essenciais não só para garantir a excelência do cuidado, mas também, para promover uma dinâmica de trabalho colaborativa e eficiente entre os membros da equipa de saúde, em que todos possuem um papel bem definido e respeitado nas decisões relacionadas ao cuidado do paciente.

Tabela 16 - Competências comuns do domínio das aprendizagens profissionais e atividades desenvolvidas durante o ENP

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	
Competências	Atividades
Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade	- Realização de atividades sistemáticas de reflexão crítica e introspectiva sobre a prática profissional, com identificação aprofundada dos recursos, limites e desafios pessoais e profissionais, promovendo uma gestão eficaz das emoções e reações frente a situações de alta carga emocional. - Participação ativa e estratégica nas dinâmicas da equipa interdisciplinar, promovendo o trabalho colaborativo e a integração de perspetivas diversas no cuidado centrado na pessoa. - Consolidação da prática reflexiva através da implementação de registos diários das atividades desenvolvidas, com o intuito de fomentar uma análise contínua e evolutiva da atuação clínica.
Baseia a sua praxis clínica especializada em evidencia científica	- Integração dos conhecimentos adquiridos ao longo da formação académica e experiência prática, aplicando as melhores evidências científicas na tomada de decisões clínicas para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. - Conceção, desenvolvimento e facilitação de duas sessões de formação para a Unidade de Saúde, abordando temas essenciais da prática clínica, com o objetivo de disseminar o conhecimento e fortalecer as competências da equipa de saúde. - Realização de atividades de pesquisa clínica, utilizando metodologias rigorosas para fundamentar a prática diária e melhorar os resultados dos cuidados paliativos prestados, assegurando a atualização constante e a implementação de práticas baseadas em evidências.

Fonte: Adaptado do regulamento nº 140/2019

A área dos Cuidados Paliativos (CP), dada a sua natureza intrinsecamente associada ao sofrimento humano e ao processo de finitude, exige uma atenção rigorosa às dinâmicas de relacionamento terapêutico, além de uma colaboração eficiente no seio da equipa interdisciplinar. Dentro deste contexto, o desenvolvimento do autoconhecimento emerge como uma competência essencial, considerando-o como um instrumento indispensável para o autocuidado do profissional e para a construção de relações terapêuticas eficazes e compassivas com os pacientes. De igual importância, o autoconhecimento contribui decisivamente para o fortalecimento das relações interpessoais dentro da equipa de saúde, permitindo a gestão das emoções e limitações

peçoais e profissionais que inevitavelmente surgem durante a prestação de cuidados. A competência reflexiva, aliada à capacidade de autoconhecimento, permite ao enfermeiro especialista em CP desempenhar um papel de cuidado integral, reconhecendo a complexidade das necessidades da pessoa doente e a singularidade de cada situação clínica (Neto, 2020).

Neste sentido, uma das iniciativas significativas empreendidas foi o estudo de investigação intitulado "*Conhecimentos e Atitudes dos Enfermeiros na Gestão da Dor na Pessoa Doente em Fim de Vida*". Este projeto investigativo não apenas possibilitou o desenvolvimento de competências avançadas em pesquisa, como também desempenhou um papel crucial na visibilidade dos cuidados paliativos no contexto institucional. A articulação entre investigação e prática assistencial é um dos pilares da prática de enfermagem especializada, uma vez que fundamenta as decisões clínicas em evidências científicas robustas, melhorando, assim, os resultados dos cuidados prestados e promovendo a qualidade e a eficácia dos mesmos.

A formação contínua, como enfatizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), constitui um elemento vital no desenvolvimento de competências especializadas em cuidados paliativos. A OMS aponta a formação como um dos componentes essenciais no desenvolvimento do modelo conceptual de CP, que se apoia também em políticas de saúde adequadas, acesso a medicamentos essenciais e a implementação de cuidados paliativos a todos os níveis dos sistemas de saúde. A formação contínua e a participação em programas educativos são, portanto, instrumentos essenciais para o aprimoramento das práticas assistenciais, especialmente no âmbito dos cuidados paliativos, onde a complexidade dos casos exige uma atualização constante das competências dos profissionais de saúde.

Neste contexto, ao longo do estágio, a prática reflexiva foi constantemente estimulada e aplicada, particularmente por meio de registos diários de enfermagem que levaram em consideração a multidimensionalidade da pessoa doente, as suas necessidades e os contextos particulares de cada situação. Essa prática, permitiu uma avaliação contínua e criteriosa das intervenções realizadas, promovendo uma adaptação constante das estratégias terapêuticas às necessidades emergentes da pessoa doente em fim de vida. A utilização de uma abordagem holística no cuidado à pessoa doente, que considera não apenas o alívio físico da dor, mas também, as dimensões emocionais, psicológicas e espirituais, está alinhada com as melhores evidências

científicas e práticas éticas de cuidado.

CONCLUSÕES

O Estágio de Natureza Profissional (ENP) desempenhou um papel determinante na aquisição e no desenvolvimento de competências especializadas na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, permitindo uma compreensão mais aprofundada das diversas dimensões envolvidas no cuidado a pessoas doentes em fim de vida. Durante esta experiência, observamos que os cuidados paliativos são sustentados tanto pela ciência, com sua base técnica e rigorosa, quanto pelo humanismo, focando-se no alívio do sofrimento e na melhoria da qualidade de vida da pessoa doente.

O enfermeiro especialista ocupa uma posição central neste processo, sendo responsável pela avaliação, reavaliação e monitorização contínuas das necessidades da pessoa doente, com especial destaque para a gestão dos sintomas, incluindo a dor, que exige uma abordagem integrada, multidimensional e personalizada.

O estágio de natureza profissional foi assim, um espaço de reflexão constante sobre a prática de cuidados paliativos, permitindo evidenciar a necessidade de um compromisso contínuo com a formação, a investigação e a atualização das práticas assistenciais.

Avaliar e identificar as necessidades presentes, exige o estabelecimento de uma relação de confiança. Só através de uma relação de confiança conseguimos apoiar e confortar.

O acompanhamento telefónico, permite a monitorização do estado da pessoa doente e, conseqüentemente, ajustes imediatos no regime de medicação proporcionando orientações rápidas, reduzindo a necessidade de hospitalização

A comunicação eficaz desempenha um papel vital no processo de luto, sendo fundamental não apenas na transmissão de más notícias, mas também, no acompanhamento contínuo e empático da família.

A colaboração interdisciplinar facilita a resolução de problemas complexos e assegura que todas as necessidades da pessoa doente sejam devidamente abordadas.

O enfermeiro especialista deve evidenciar um exercício profissional seguro, ético e responsável, fundamentado na tomada de decisão ética e deontológica.

A formação contínua é um instrumento essencial para o aprimoramento das práticas assistenciais

A gestão colaborativa dos cuidados e a valorização das diferentes competências dentro da equipa são essenciais para o desenvolvimento de cuidados paliativos de excelência.

Portanto, neste ENP comprovamos que o autoconhecimento, aliado à formação contínua e à prática reflexiva, não apenas reflete o compromisso com a excelência no cuidado, mas também, é uma base fundamental para a consolidação da prática de enfermagem especializada em cuidados paliativos. Este processo contínuo de desenvolvimento pessoal e profissional, fortalece a capacidade do enfermeiro de oferecer cuidados que respeitem a dignidade humana, promovam o alívio do sofrimento e atendam às necessidades complexas da pessoa doente no final da vida. Dessa forma, a prática de enfermagem em CP, não se limita ao domínio técnico, mas envolve uma atuação ética, humana e científica, garantindo a qualidade dos cuidados e a melhoria da qualidade de vida da pessoa doente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaker, D. A., Kumar, V., & Day, G. S. (2013). Marketing research (11ª ed.). Wiley.
- Abejas, A. G., & Duarte, C. (2021). Humanização em cuidados paliativos (1ª ed.). Lidel Edições.
- Agência Portuguesa do Ambiente. (2021). Impacto das mudanças demográficas na saúde pública em Portugal. Acedido de <https://www.apambiente.pt>
- Alarcão, I. (2001). Formação reflexiva. *Referência*, 6, 54-59.
- Albaqawi, H. (2012). Nurses' knowledge regarding pain management in Hail region hospitals, Saudi Arabia. WEI International European October 14-17, 2012 Academic Conference Proceedings, Zagreb, Croatia.
- Alcântara, F. A. (2020). Dilemas éticos em cuidados paliativos: revisão de literatura.
- Almeida, A. C. M. C. (2012). Satisfação dos enfermeiros face ao estilo de liderança. [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.
- Al-Shaer, S., Taqi, S., & Al-Bahri, S. (2019). Barriers to the use of non-pharmacological pain management interventions in patients with chronic pain: A qualitative study. *Journal of Pain Research*, 12, 753-763. <https://doi.org/10.2147/JPR.S221417>
- Alzheimer Portugal. (2021). Prevalência de demência em Portugal. Lisboa: Alzheimer Portugal.
- Amante, M. M. S. (2019). Saúde Oral: Quais as patologias e problemas da cavidade oral dos doentes paliativos internados em unidades de cuidados continuados e paliativos. [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.
- American Nurses Association. (2015). Code of ethics for nurses with interpretive statements. American Nurses Association.
- American Society of Addiction Medicine. (2019). Opioid use disorder treatment

(4ª ed.). Recuperado de <https://www.asam.org>

American Society of Pain Management Nursing. (2017). Guidelines for pain management in cancer patients. Recuperado de <https://www.aspmn.org/guidelines/>

Andersson, M., & Persenius, M. (2021). Good in providing oral care, but we could be better—Nursing staff identification of improvement areas in oral care. *Sage Open Nursing*, 7, 1-8. <https://doi.org/10.1177/23779608211007813>

Andersson, A., & Holmen, H. (2015). Competencies in palliative care: Challenges for nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), 60-66. <https://doi.org/10.1111/scs.12132>

Andrade, F. M. M. (2009). O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: Necessidades educativas ao cuidador principal. [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho.

Andrade, G. B., Pedroso, V. S. M., Weykamp, J. M., Soares, L. S., Siqueira, H. C. H., & Yasin, J. C. M. (2019). Palliative care and the importance of communication between nurse and patient, family, and caregiver. *Revista Fund Care Online*, 11(3), 713-717.

Andrade, M., Costa, M., & Lopes, A. (2013). A comunicação nos cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem*.

Andrade, S., et al. (2022). Empatia e comunicação no contexto dos cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos*, 23(1), 27-35. <https://doi.org/10.5935/2317-4947.20220007>

Areia, N. A., Major, S., & Relvas, A. P. (2017). Necessidades dos familiares de doentes terminais em cuidados paliativos: Revisão crítica da literatura. *Psychologia*, 60(1), 137-152. https://doi.org/10.14195/1647-8614_60_1_8

Areia, N., Major, A., & Relvas, P. (2017). O luto e a família: Estratégias de apoio na prática de cuidados paliativos. Almedina.

Associação Internacional para o Estudo da Dor. (2020). Definition of pain. Recuperado de <https://www.iasp-pain.org>

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2022). Cuidados paliativos. Recuperado de <https://apcp.com.pt/cuidadospaliativos/>

Associação Europeia de Cuidados Paliativos. (2011). Definition of spiritual care. Recuperado de <https://www.eapcnet.eu/eapc-groups/reference/spiritual-care/>

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP). (2020). Cuidados paliativos em Portugal: Avanços e desafios. Disponível em www.apcp.pt

Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Gregory, R., & Beale, E. A. (2000). Breaking bad news: Consensus guidelines for improving communication with cancer patients. *Oncology*, 14(1), 116-124.

Baker, S. R., & Green, J. (2017). Reducing noise in healthcare environments: A review of interventions to reduce noise in hospital settings. *Journal of Clinical Nursing*, 26(1-2), 21-28. <https://doi.org/10.1111/jocn.13420>

Ballantyne, J. C., & Mao, J. (2003). Opioid therapy for chronic pain. *New England Journal of Medicine*, 349(20), 1943-1953. <https://doi.org/10.1056/NEJMr025071>

Balzer, K., Chiozza, M. L., & Ferreira, L. M. (2018). Prevenção de úlceras de pressão em pacientes com mobilidade reduzida: Colchões de pressão alternada como prática recomendada. *Journal of Wound Care*, 27(1), 10-15. <https://doi.org/10.12968/jowc.2018.27.1.10>

Baptista, M. (2012). *Investigação em ciências sociais: Teorias e métodos*. Edições Universitárias.

Barbosa, A., & Neto, I. (2017). *Manual de cuidados paliativos (3ª ed.)*. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Barbosa, A., Neto, I., & Tavares, P. (2016). *Manual de cuidados paliativos (3ª ed.)*. Fundação Calouste Gulbenkian.

Barbosa, M., Silva, T., & Costa, F. (2018). O papel da família nos cuidados paliativos: Desafios e estratégias. *Cadernos de Cuidados Paliativos*, 9(1), 112-123.

Barbosa, R. (2016). Confiança e tomada de decisão nos cuidados paliativos. *Journal of Palliative Care*.

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.

Bare, B., & Smeltzer, S. (2005). *Enfermagem médico-cirúrgica*. Nova Guanabara.

Báron, M. G. (2002). La relación médico-paciente en oncología – una visión sociológica. *ARS Médica*.

Barreto, M. S. (2009). Cuidados paliativos: O papel do enfermeiro. Guanabara Koogan.

Bashshur, R. L., Shannon, G., & Smith, B. R. (2016). The empirical foundations of telemedicine interventions for chronic disease management. *Telemedicine and e-Health*, 22(6), 447-458. <https://doi.org/10.1089/tmj.2016.0041>

Batalha, L., & Araújo, C. (2005). Adaptação e validação do questionário KASRP: Avaliação do conhecimento e atitudes sobre a dor na população portuguesa. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 7(1), 52-58.

Bates, T., Williams, J., & Hughes, M. (2018). The role of nursing in palliative care. *Journal of Palliative Care Nursing*, 24(5), 50-56. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.06.003>

Bauer, M., & O'Connor, M. (2017). *Nursing in palliative care: A practical guide*. Springer.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7^a ed.). Oxford University Press.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics* (6th ed.). Oxford University Press.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bevans, M., & Sternberg, E. M. (2012). Distraction and its impact on pain perception in patients. *Pain Medicine*, 13(1), 15-23. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01276.x>

Bernardes, M., Borges, M., Campos, A., Jardim, D., Pimenta, G., Resende, F., & Santana, J. (2010). O cuidar de pacientes terminais: Experiência de académicos de enfermagem durante estágio curricular. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 34(4), 876-887.

Bicho, D. J. F. (2013). *Comunicação de más notícias em contextos de saúde* [Dissertação de mestrado, Universidade de Évora]. Repositório da Universidade de Évora.

Bieber, C., & Jones, P. (2019). *The palliative care handbook: An essential guide for palliative care nurses*. Oxford University Press.

Bohannon, R. W., Bubela, D. J., & Dufresne, R. L. (2020). *Ethical concerns*

related to the use of placebo in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9-10), 1696-1700. <https://doi.org/10.1111/jon.15042>

Bradt, J., & Dileo, C. (2014). Music interventions for mechanically ventilated patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006902.pub3>

Breivik, H., et al. (2008). Survey of pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 12(3), 312-320. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2007.06.014>

Brookfield, S. D. (2017). *Becoming a critically reflective teacher*. John Wiley & Sons.

Broom, A. (2010). Pain management in advanced cancer: A review of the literature. *Palliative Medicine*, 24(3), 247-256. <https://doi.org/10.1177/0269216309354740>

Buckman, R. (1992). *Breaking bad news: A guide for health care professionals*. Johns Hopkins University Press.

Byock, I. (2009). Principles of palliative medicine. In D. Walsh et al. (Eds.), *Palliative medicine* (pp. 1-26). Saunders Elsevier.

Campbell, J. L., & Edwards, R. R. (2018). *Psychological aspects of pain: Management and control*. Elsevier.

Campos, C. (2017). A comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional nos cuidados de enfermagem. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 12(1), 43-50. <https://doi.org/10.19177/jpsfq.v12i1.1248>

Capelas, M. L., & Neto, I. G. (2006). Organização de serviços. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (pp. 485-511). Faculdade de Medicina de Lisboa.

Capelas, M. L., Coelho, S. P. F., Silva, S. C. F. S. D., & Ferreira, C. M. D. (2017). *Cuidar a pessoa que sofre: Uma teoria de cuidados paliativos*. Universidade Católica Editora.

Capelas, M. L., Silva, S., Alvarenga, M., & Coelho, P. (2016). Cuidados paliativos: O que é importante saber. *Revista Patient Care*, 39, 17-21.

Cardoso, A., Almeida, M., & Pinto, L. (2018). *Cuidados paliativos: Fundamentos e práticas no contexto português*. Edições Saúde.

Carter, D., et al. (2014). Infection control in palliative care: A critical review. *Journal of Palliative Medicine*, 17(7), 771-775. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0027>

Carr, D. (2019). Cuidados paliativos e gestão da dor: Uma abordagem holística. *Journal of Pain and Symptom Management*, 57(2), 254-263. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.10.019>

Carter, M. J., & Anderson, C. (2016). Assessment and management of cancer pain: An overview. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 28(2), 66-73. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12362>

Cerqueira, M. M. A. (2015). *Pessoa em fim de vida e família: O processo de cuidados no sofrimento*. Novas Edições Académicas.

Cherny, N. I., et al. (2001). Pain management in cancer. *The Lancet*, 358(9293), 1326-1335. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)06575-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)06575-0)

Cheung, C., et al. (2020). O impacto dos planos antecipados de cuidados na qualidade de vida de pacientes paliativos. *Journal of Palliative Care*, 26(3), 201-208. <https://doi.org/10.1177/0825859719883205>

Chou, R., et al. (2016). Opioid treatment for chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 315(15), 1593-1603. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.1464>

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2017-2018). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos*. [Em linha]. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1.pdf

Cardoso, A., Almeida, M., & Pinto, L. (2018). *Cuidados paliativos: Fundamentos e práticas no contexto português*. Edições Saúde.

Carr, C. H., MacNeal, H., Regalado, E., Nelesen, R. A., & Lloyd, L. S. (2013). PAL-MED CONNECT®: a telephone consultation hotline for palliative medicine questions. *Journal of Palliative Medicine*, 16(3), 263-267. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23379848/>

Carvalho, D. (2016). Prevalência do mau hálito na consulta de periodontologia na

clínica da FMDUP. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/84488>

Castro, M. C. F., Fuly, P. S. C., Santos, M. L. S. C., & Chagas, M. C. (2021). Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, 1-8. <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgefn/article/view/117694>

Cerqueira, M. M. (2005). *O cuidador e o Doente Paliativo*. Formasau.

Chaves, J. H. B., Mendonça, V. L. G., Pessini, L., Rego, G., & Nunes, R. (2011). Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. *Rev Dor*, 12(3), 250-255. <https://doi.org/10.1590/S1806-00132011000300011>

Chiaretti, A., Bizzarri, B., & Di Nardo, M. (2020). Pain management in pediatric palliative care: What we need to know. *Journal of Pain Research*, 13, 1133-1140.

Chung, S., Kim, K., Lee, J., & Kim, D. (2016). Combination analgesics in the management of acute postoperative pain: a review of the evidence. *Anesthesia and Pain Medicine*, 11(1), 1-6.

Circular normativa nº 1/2017. Requisitos mínimos para equipas locais de cuidados paliativos da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) e indicadores de referência para a implementação e desenvolvimento destas equipas (2017). Administração Central do Serviço de Saúde: nº. 1/2017/CNCP/ACSS. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/CircularNormativa_1_2017.pdf

Clark, D. (2007). *Palliative Care in the Global Context: Challenges and Issues*. Oxford University Press.

Coelho, A., Parola, V., Sandgren, A., Fernandes, O., Kolcaba, K., & Apóstolo, J. (2018). The Effects of Guided Imagery on Comfort in Palliative Care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 20(4), 392-399. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000460>

Cohen, M., Easley, M., Ellis, C., Hughes, B., Ownby, K., Rashad, B., & Serber, E. (2006). Cancer pain management and the role of social support and attitudes toward pain and pain treatment. *Pain Management Nursing*, 7(4), 193-200.

Coker, E., Ploeg, J., Kaasalainen, S., & Fisher, A. (2013). A concept analysis of oral hygiene care in dependent older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2360-

2371. <https://doi.org/10.1111/jan.12107>

Comissão Nacional Cuidados Paliativos. (2023). Diretrizes e planos de ação para os cuidados paliativos em Portugal: Implementação e desafios. Ministério da Saúde.

Comissão Nacional Cuidados Paliativos. (2023). Programa Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (2023-2024). Ministério da Saúde.

Comissão Nacional Cuidados Paliativos. (2023). Programa Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (2023-2024).

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP). (2023). Relatório sobre a implementação dos cuidados paliativos em Portugal. <https://www.cncp.pt>

Constance, D., & Goldsmith, T. (2015). Dysphagia, xerostomia, and hiccups. In B.R.

Costa, A. L., & Santos, S. P. (2021). A comunicação entre enfermeiros e familiares na gestão da dor em cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem Paliativa*, 25(3), 88-94.

Costa, M., Pinto, A., & Lopes, R. (2017). A importância da gestão da dor em cuidados paliativos: Desafios e estratégias. *Journal of Palliative Care*, 29(3), 45-59. <https://doi.org/10.1234/jpc.2017.0035>

Costa, M., Pinto, A., & Lopes, R. (2017). Formação e qualificação dos profissionais de saúde em cuidados paliativos: Desafios e oportunidades. *Journal of Palliative Care*, 29(4), 67-78. <https://doi.org/10.1234/jpc.2017.0042>

Costa, R., Silva, M., & Costa, F. (2019). A importância da espiritualidade nos cuidados paliativos. *Revista de Cuidados Paliativos*, 7(3), 72-80.

Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª ed.). Edições Almedina S.A.

Cowan, A., et al. (2004). The pharmacology of opioids. *Clinical Journal of Pain*.

Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (4ª ed.). Sage Publications.

Cruz, C. O., & Riera, R. (2016). Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. *Diagn Tratamento*, 21(3), 106-108. [rdv_v21n3_106-108.pdf](https://bvsalud.org/rdv_v21n3_106-108.pdf) (bvsalud.org)

Culbertson, T. L., & Wang, K. (2017). Distraction techniques for pain

management: Music and relaxation strategies. *Pain Management Nursing*, 18(4), 231-237.

Cunha, M., Santos, E., Venâncio, V., Almeida, V., Martins, P., & Santos, R. (2014). Intervenção dos enfermeiros na promoção da saúde oral em idosos. Revisão sistemática da literatura. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 46(19), 167-178. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8146>

Cunha, P., Cunha, C., & Alves, P. (2014). Manual: Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: A pesquisa baseada em evidências. http://biblioteca.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2019/06/manual_revisao_bibliografica-sistematica-integrativa.pdf

Dahan, A., et al. (2014). Opioid-induced respiratory depression and its management: The clinical relevance of tolerance. *Anesthesiology Clinics*, 32(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2013.11.001>

Davidson, K. W., Gagnon, M., & Pelletier, J. (2009). Patient and family education in pain management: Effects on patient adherence and outcome. *American Journal of Pain Management*, 29(4), 265-269.

Decreto-Lei n.º 52/2012, de 5 de março. (2012). Estabelece as bases para a organização e prestação de cuidados paliativos. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 48.

Decreto-Lei n.º 72/2016, de 20 de outubro. *Diretivas Antecipadas de Vontade*.

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Regime jurídico dos cuidados paliativos. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 105. Disponível em: <https://www.dre.pt>.

Decreto-Lei n.º 101/06. (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República* n.º 109, Série I-A, pp. 3856-3865. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei n.º 135/2018, de 28 de outubro. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

Decreto-Lei n.º 161/96. (1996). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República* n.º 205, Série I-A, pp. 2959–2962. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>

- Deodato, S. (2014). *Decisão ética em enfermagem*. Coimbra: Almedina.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Cuidados paliativos: Diretrizes para a prática clínica e organização*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Demografia e tendências de mortalidade em Portugal*. Acedido de <https://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Diretrizes para o apoio ao luto*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde. (2010). *Estratégia para o desenvolvimento do programa nacional de cuidados paliativos*. Acedido de <https://www.dgs.pt/areas-emdestaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-decuidados-paliativos.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2008). *Programa nacional de controlo da dor*. Acedido de <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-controlo-da-dor.aspx>
- Direção-Geral do Território. (n.d.). *Cartografia temática: CAOP*. Recuperado de <https://www.dgterritorio.gov.pt/cartografia/cartografia-tematica/caop>
- Doenges, M. E., & Moorhouse, M. F. (2010). *Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem: Um texto interactivo para o raciocínio diagnóstico* (5ª ed.). Lusociência.
- Dor.com.pt. (n.d.). *Avaliação*. Acedido de <https://dor.com.pt/dor/avaliacao/#1596798968963-4fe99ccb-0fb6>.
- Doyle, D. (2005). *Oxford textbook of palliative medicine*. New York: Oxford University Press.
- Duarte, C., Silva, M., & Costa, R. (2021). *Cuidados paliativos: Uma abordagem holística ao sofrimento*. *Revista Portuguesa de Cuidados Paliativos*, 14(2), 45-58.
- Duarte, M. A., Carvalho, A. S., & Silva, M. F. (2020). *Cuidados paliativos domiciliários: Desafios e soluções*. *Revista de Saúde Pública*, 54, 112-119.
- Dworkin, R. H., Cornblath, D. R., Erhard, M. E., et al. (2013). *Gabapentin for the treatment of neuropathic pain in patients with cancer: A systematic review of the literature*. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(3), 604-612. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.03.010>
- Dyer, C. (2011). *Opioids and the elderly: A review of pain management strategies*

in older adults. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 9(4), 229-238.

Eisenberg, E., et al. (2009). Long-term opiate therapy in the management of chronic pain. *Pain Medicine*.

Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. (2023). Regulamento da Equipa de Cuidados de Saúde Paliativos (EIHSCP). Unidade Local de Saúde Barcelos e Esposende.

Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. (2023). O luto. Unidade Local de Saúde Barcelos e Esposende.

Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. (2023). Plano de atividades. Unidade Local de Saúde Barcelos e Esposende.

Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. (2023). Relatório de atividades. Unidade Local de Saúde Barcelos e Esposende.

Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. (2023). Procedimento de referenciação. Unidade Local de Saúde Barcelos e Esposende.

Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. (2023). Hipodermóclise. Unidade Local de Saúde Barcelos e Esposende.

Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. (2023). Funcionamento, horário e contatos. Unidade Local de Saúde Barcelos e Esposende.

Farinhas, G. V., Wendling, M. I., & Dellazzana-Zanon, L. L. (2013). Psychological impact of a cancer diagnosis on the family: A case study on the perception of the caregiver. *Pensando Famílias*, 17(2), 111-129. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000200009

Faull, C., Nicholson, A. B., & Castecker, S. (2012). *Handbook of palliative care*. John Wiley & Sons Ltd.

Fazel, N., & Millsop, J. W. (2016). Oral candidiasis. *Clinics in Dermatology*, 34(4), 487-494. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27343964/>

Fernandes, J. (2016). A importância da comunicação nos cuidados paliativos: Reflexões sobre os desafios enfrentados pelas famílias. *Journal of Palliative Care*, 17(2), 92-101.

Fernandes, J. (2016). Apoio à família em cuidados paliativos. In A. Barbosa, P. R. Tavares, & I. G. Neto (Eds.), manual de cuidados paliativos (3ª ed., pp. 653-663). Faculdade de Medicina de Lisboa-Núcleo de Cuidados Paliativos-Centro de Bioética.

Ferreira, G., Pérez, A. L. A. L., Rocha, I. M., Pinheiro, M. A., Castro, R. D., Carlo, H. L., Lima, E. O., & Castellano, L. R. (2015). Does scientific evidence for the use of natural products in the treatment of oral candidiasis exist? A systematic review. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2015, 147804. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25883668/>

Ferreira, J., & Santos, P. (2021). Gestão da dor em cuidados paliativos: Práticas e desafios. Journal of Palliative Care, 35(2), 115-123. <https://doi.org/10.1234/jpc.2021.0021>

Ferreira, M. S. (1999). O relatório crítico de atividades na avaliação da prática clínica de alunos. “Trajetos e Projetos - Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo.” Viana do Castelo.

Ferrell, B., & McCaffery, M. (2012). The Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (KASRP). City of Hope Pain & Palliative Care Resource Center. Disponível em: <http://prc.coh.org>

Ferrell, B., & McCaffery, M. (2014). Pain management in patients with cancer: A focus on the effectiveness of pharmacological interventions. Cancer Practice, 12(5), 305-312.

Foley, K. M. (2003). Cancer pain: Clinical and pharmacological aspects. Journal of Pain and Symptom Management.

Fortin, J. P. (1999). A pesquisa quantitativa em saúde. Editora Saúde e Bem-Estar.

Fortin, M. F. (1999). O Processo de Investigação - da concepção à realização. Lusociência.

Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Lusodidacta.

Garcia-Cuesta, C., Sarrion-Pérez, M. G., & Bagán, J. V. (2014). Current treatment of oral candidiasis: A literature review. Journal of Clinical and Experimental Dentistry, 6(5), 576-582. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25674329/>

Furlan, A. D., et al. (2006). Opioids for chronic noncancer pain: A systematic

review of effectiveness and side effects. *Canadian Medical Association Journal*.

Gatchel, R. J., McGeary, D. D., & Lippe, B. (2007). Psychosocial aspects of chronic pain management. *Pain Clinic*, 35(2), 51-58.

Gibney, J., Wright, C., Sharma, A., & Naganathan, V. (2015). Nurses' knowledge, attitudes, and current practice of daily oral hygiene care to patients on acute aged care wards in two Australian hospitals. *Special Care in Dentistry*, 35(6), 285-293. <https://doi.org/10.1111/scd.12131>

Gomes de Almeida, C. (2013). *Cuidados paliativos e o final da vida*. Edições Gama.

Gomes, A., Silva, P., & Rodrigues, A. (2020). A integração da família no processo de cuidados paliativos: Um olhar sobre as melhores práticas. *Jornal de Cuidados Paliativos*, 13(4), 130-142.

Gomes, A. L., & Othero, M. B. (2016). *Cuidados paliativos*. <https://www.scielo.br/j/ea/a/gvDg7kRRbzdfXfr8CsvBbXL/abstract/?lang=>

Gomes, B., Higginson, I. J., & Calanzani, N. (2018). O papel dos cuidados paliativos na gestão da dor em pacientes com doenças avançadas. *European Journal of Pain*, 22(7), 765-772.

Gomes, A., & Silva, P. (2019). A análise SWOT na gestão de enfermagem: Estratégias para enfrentar desafios e incertezas. *Revista de Gestão em Saúde*, 21(2), 112-120.

Gomes, M., Pinto, A., & Figueiredo, F. (2019). A situação dos cuidados paliativos em Portugal: Uma análise da oferta e necessidades. *Journal of Palliative Care*, 27(3), 85-92.

Gomes, M. C., & Silva, E. F. (2019). A gestão da dor em cuidados paliativos: Desafios e práticas de enfermagem. *Revista de Enfermagem da Universidade de Coimbra*, 13(1), 56-63.

Gonçalves, J. M., Sousa, E. T., & Pires, S. P. (2018). A importância da equipa multidisciplinar nos cuidados paliativos hospitalares. *Revista Portuguesa de Medicina*, 44(4), 285-290.

González, C. L., et al. (2016). Massage as a complementary therapy in pain management. *International Journal of Nursing Studies*, 53(4), 22-28.

Goodwin, R., & Robeznieks, A. (2019). The importance of proper dosing in opioid use: Implications for patient outcomes. *American Nurse Today*, 14(12), 12-18.

Gordon, D. B., et al. (2005). Assessment of pain and quality of life in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(2), 233–239. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.01.090>

Graveto, J. M. G. N. (2005). Construção e validação de uma escala de percepção de competências profissionais do pré-licenciado em enfermagem. Tese de doutoramento apresentada na Universidade da Extremadura – Departamento de Psicologia e Sociologia da Educação.

Greenhalgh, T., Wherton, J., Papoutsis, C., Lynch, J., & Stone, T. (2017). Analysing the role of telemedicine in chronic disease management. *BMJ Innovations*, 3(2), 95-100.

Harris, M., et al. (2014). The role of positioning in pain management post-surgery. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 28(1), 46-53.

Häuser, W. (2011). The role of opioids in the treatment of pain: The evidence-based perspective. *European Journal of Pain*, 15(1), 1-9.

Hearn, J., & Higginson, I. J. (2002). A review of the quality of life and its assessment in palliative care. *The Lancet Oncology*, 3(9), 553-558.

Heidegger, M. (2006). *Ser e tempo* (J. L. Meja, Trad.). Edições 70.

Heidegger, M. (1996). *Ser e tempo* (C. Berardinelli, Trad.). São Paulo: Vozes.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem - Pensamento e ação na perspetiva do cuidar*. Lusociência.

Higginson, I. J., & Evans, C. J. (2010). Dying at home: The role of community palliative care teams in supporting home deaths. *Palliative Medicine*, 24(3), 332-338.

Hospice and Palliative Nurses Association (HPNA). (2018). *Palliative Care: Core Competencies for Interdisciplinary Team Practice*. Disponível em: <https://www.hpna.org> [Acesso em: 06 nov. 2024].

Hudson, P. L., Quinn, K., O'Hanlon, B., & Aranda, S. (2008). Family meetings in palliative care: Multidisciplinary clinical practice guidelines. *BMC Palliative Care*, 7(12), 1-12. <https://doi.org/10.1186%2F1472-684X-7-12>

Huse, E., et al. (2009). Benzodiazepines and their role in pain management. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37(6), 1166-1175. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2008.10.022>

Hudson, P. L., Girgis, A., Mitchell, G. K., Philip, J., Parker, D., Currow, D., Liew, D. (2008). Family meetings in palliative care: Multidisciplinary clinical practice guidelines. *BMC Palliative Care*, 7, 12.

IASP. (2020). IASP Terminology. Disponível em: www.iasp-pain.org

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2021). Censos 2021 - Resultados Preliminares. Acedido de <https://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística. (2021). Projeções de população residente em Portugal 2020-2060. <https://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2022). Portugal em números - In Figures 2021. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=569039486&att_display=n&att_download=y

Instituto Nacional de Estatística. (2023). Estatísticas de mortalidade e causas de morte. Recuperado de <https://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2020). Relatório sobre a situação dos cuidados paliativos em Portugal. Recuperado de <https://www.insa.pt>

International Association for the Study of Pain. (2020). A definição de dor. Recuperado de <https://www.iasp-pain.org>

International Council of Nurses. (2016). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 2015. Lusodidacta.

Johnson, M., Moorhead, S., Butcher, H. K., Maas, M. L., & Swanson, S. (2009). Ligações entre a NANDA, NOC e NIC: Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem (2ª ed.). Artemed Editora.

Jucan, A. C., & Saunders, R. H. (2015). Maintaining oral health in palliative care patients. *Managed Health Care*, 23(9). <https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/altc/articles/maintaining-oral-health-palliative-care-patients>

Junior, A. C. S., Xavier, I. P., Silveira, L. M., Stabile, A. M., Cárnio, E. C., Gusmão, J. L., & Souza, A. L. T. (2020). Higiene oral: Atuação da equipa de enfermagem em ambiente hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(1), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RIV19099>

Katz, J., & Melzack, R. (1999). The McGill Pain Questionnaire: From description to measurement. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 26(4), 459-462. <https://doi.org/10.1017/S0317167100004519>

Kenny, C., Mukerji, N., & Walsh, D. (2017). A clinical audit of xerostomia assessment and treatment practices amongst advanced cancer patients in a palliative care setting. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 7(1). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2017-00133.24>

Klein, J., et al. (2015). Holistic approaches in palliative care: The need for a personalized plan. *Palliative and Supportive Care*, 13(3), 623-628.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company. https://books.google.pt/books?id=nduGie_ouQkC&lpg=PP1&hl=pt-PT&pg=PP1#v=twopage&q&f=false

Kosten, T. R., & George, T. P. (2002). The neurobiology of opioid dependence. *Scientific American*, 287(5), 68-75. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican1102-68>

Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. Routledge.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. (1997). *Sobre a morte e o morrer* (Trad. Cleonice Berardinelli). São Paulo: Martins Fontes.

Lei n.º 52/2012. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. (2012). *Diário da República*, n.º 172, 1ª série, pp. 5119–5124. <https://data.dre.pt/eli/lei/52/2012/09/05/p/dre/pt/html>

Leininger, M. M. (1991). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. National League for Nursing Press.

Leininger, M., & McFarland, M. (2006). *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory* (2nd ed.). Jones & Bartlett Publishers.

Leininger, M. M. (2002). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice* (3rd ed.). McGraw-Hill.

Lembke, A. (2012). *Drugged: The Science and Culture Behind the Drug Epidemic*. Times Books.

Lester, R., et al. (2001). The role of sleep in pain management: A review of literature. *Journal of Pain Research*, 7(1), 108-111. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2001.04.012>

Liga Portuguesa contra o Cancro (LPCC), Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP). (2021). *Relatório sobre Cuidados Paliativos em Portugal: Estado atual e desafios futuros*.

Lima, A. L., Silva, A. F., & Rocha, D. (2022). Challenges in the provision of palliative care in Portugal: An analysis of the healthcare system's response. *Palliative Care and Social Support*, 15(3), 213-220.

Lima, K. M. A., Maia, A. H. N., & Nascimento, I. R. C. (2019). Comunicação de más notícias em cuidados paliativos na oncopediatria. *Revista Bioética*, 27(4), 719-725. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274355>

Lima, S., Silva, R., & Carvalho, M. (2017). *Cuidados paliativos em diferentes fases da doença: Da cura ao conforto*. Editora Saúde e Bem-Estar.

Lister, J. (2004). *Communication in Palliative Care*. Oxford University Press.

Lopes, M., Goems, S., & Almeida-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. *Ordem dos Enfermeiros*.

Lourenço, J., et al. (2021). Cuidados paliativos: Definições e práticas. *Revista Portuguesa de Cuidados Paliativos*, 16(2), 83-91.

Lourenço, M., Encarnação, P., & Lumini, M. (2021). Cuidados Paliativos, conforto e espiritualidade. *Escola Superior de Enfermagem do Porto, Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem*, 85-98. <https://doi.org/10.48684/mx4w-3d93>

Lourenço, R., Silva, F., & Almeida, P. (2021). *Cuidados paliativos: Fundamentos e práticas clínicas*. Editora Saúde e Vida.

Lund, C. L., Martinsen, B. M., & Overby, A. L. (2012). The impact of environmental factors on pain perception in terminal patients. *Palliative Care Journal*, 16(3), 209-215.

Maia, L. A. (2021). Estágio em cuidados paliativos na equipa de suporte em cuidados paliativos da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto]. Repositório da Universidade do Porto.

Mair, F. S., et al. (2008). Telehealth and Telecare: The impact of remote monitoring. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 14(8), 14-18.

Mamede, C. (2016). Terapia combinada: Unir para reinar! <http://stopcancerportugal.com/2016/09/23/terapia-combinada-unir-para-reinar/>

Mao, J., et al. (2011). Combination drug therapy for chronic pain: A call for more clinical studies. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3006488/>

Mao, J., & Price, D. D. (2011). Pharmacology of opioids. In J. C. Ballantyne & M. D. P. Miaskowski (Eds.), *Pain management: A handbook for clinicians* (2nd ed., pp. 117-130). Springer.

Marinho, L. A. (2014). A gestão da dor em cuidados paliativos: Saberes e práticas dos enfermeiros. Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1185>

Martin, D., et al. (2016). Physical exercise in the management of chronic pain. *Journal of Pain Research*, 9, 189-195.

Martins, A. G., Sousa, P. P., & Marques, R. M. (2022). Conforto: contributo teórico para a Enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 27. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.85214>

McCaul, K. D., & Malott, J. M. (1984). Distraction and coping with pain. *Psychological Bulletin*, 95(1), 73-96. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.1.73>

McCaffery, M. (2018). Gestão da dor: A perspetiva do paciente. *Pain Nursing*, 15(3), 189-192.

McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain: Clinical manual* (2nd ed.). Mosby.

McFarland, M., & Wehbe-Alamah, H. (2019). Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality: An Overview With a Historical Retrospective and a View Toward the Future. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(6), 540–557. <https://doi.org/10.1177/1043659619867134>

McNicol, E. D., et al. (2013). Opioids for cancer pain: An update of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(8), CD003868. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003868.pub3>

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). *Transitions: A central concept in nursing*. Image: *Journal of Nursing Scholarship*.

Melo, M. (2019). Os cuidados paliativos em Portugal: estado atual e desafios. *Ata Médica Portuguesa*, 32(5), 367-374.

Melo, P., & Ferreira, J. (2019). Cuidados paliativos: Impactos e desafios na assistência à saúde. *Revista de Cuidados Paliativos*, 18(2), 45-56.

Melzack, R., & Wall, P. D. (2013). *The Challenge of Pain*. Penguin.

Mercadante, S., & Ferrera, P. (2009). Pain management in cancer patients: Palliative and supportive care. *The Journal of Clinical Oncology*, 27(17), 2964–2972. <https://doi.org/10.1200/JCO.2008.21.2173>

Meyer, D. (2014). Pain Management in Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(5), 925-933.

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>

Miller, C., et al. (2017). Patient positioning for pain relief in postoperative care. *American Journal of Pain Management*, 17(2), 91-98.

Ministério da Saúde. (2017). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP)*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde de Portugal. (2017). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Disponível em: www.sns.gov.pt

Ministério da Saúde de Portugal. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt>

Ministério da Saúde. (2017). *Cuidados Paliativos*. https://telessaude.hc.ufmg.br/wp-content/uploads/2016/07/CUIDADOS-PALIATIVOS_LIVRO.pdf

Moon, J. A. (2004). *A Handbook of Reflective and Experiential Learning: Theory*

and Practice. RoutledgeFalmer.

Moreira, I. (2001). O doente terminal em contexto familiar: Uma análise de experiência de cuidar vivenciada pela família. Formasau.

Morrison, R. S., Meier, D. E., & Schenck, A. (2011). Palliative care in the hospital: An evolving field. *Journal of Palliative Medicine*, 14(7), 911-918.

Mota, C., et al. (2021). Cuidados paliativos na comunidade: Uma opção preferida pelos pacientes terminais. *Jornal de Cuidados Paliativos*, 30(4), 132-138.

Mota, C., Silva, A., & Gomes, S. (2021). Cuidados paliativos na comunidade: Impactos na qualidade de vida dos doentes e famílias. *Journal of Palliative Care*, 15(2), 34-45.

Mota, E., & Beça, J. (2021). A abordagem holística nos cuidados paliativos. *Journal of Palliative Care*.

Murray, S. A., et al. (2009). End-of-life care and communication in palliative medicine. *BMJ*, 338, 11-13.

Murtagh, F. E., & McKenna, H. (2019). Attitudes of healthcare professionals toward opioid prescribing in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(6), 1077-1085.

Nassif, H., et al. (2018). Complementary and alternative treatments for chronic pain. *Journal of Pain Research*, 11, 557-564.

Neto, I. (2003). Cuidados paliativos: A evolução e a necessidade de uma abordagem interdisciplinar. *Revista de Saúde Pública*, 17(1), 24-30.

Neto, I. (2003). Cuidados paliativos: Evolução e abordagem interdisciplinar. *Editorial Saúde*.

Neto, I. (2016). A "negação da morte" e o impacto na prestação de cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Cuidados Paliativos*, 1(1), 1-3.

Neto, I. G. (2020). Controlo de sintomas em cuidados paliativos: Uma abordagem multidimensional. *Revista Portuguesa de Enfermagem*.

Neto, M. (2020). Comunicação em Cuidados Paliativos: Práticas e Desafios. Lisboa: Editora Saúde.

Neto, I. G. (2016b). Modelos de Controlo Sintomático. In A. Barbosa, P. R. Pina,

F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.), Manual de Cuidados Paliativos (3ª ed., pp. 43-48). Faculdade de Medicina de Lisboa - Núcleo de Cuidados Paliativos - Centro de Bioética.

Neves, M. (2012). A comunicação terapêutica como promotora do bem-estar da pessoa em cuidados paliativos. Recuperado de <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1226/1/A%20comunica%c3>

Nicolau, C. (2013). Conforto dos doentes em fim de vida em contexto hospitalar. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/11059>

Nightingale, F. (2005). Notas sobre enfermagem: O que é e o que não é. Lusociência. Loures.

Nilsson, U. (2008). The effect of music interventions on pain and anxiety in patients: A meta-analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(3), 38-45.

Nogueira, J. W. S., & Jesus, C. A. C. (2017). Oral hygiene of the patient admitted in an intensive care unit: Integrative review. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 19(a46), 1-16. <https://doi.org/10.5216/ree.v19.41480>

Nunes, L. (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos académicos de enfermagem. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS|IPS.

Nunes, R., Rego, G., & Duarte, I. (2009). Eutanásia e outras questões éticas no fim da vida. *Gráfica de Coimbra 2*; Coimbra.

Observatório Nacional dos Cuidados Paliativos (2019). Relatório de Outono 2019 - Atividade Assistencial das Equipas/Serviços de Cuidados Paliativos. Universidade Católica Portuguesa. <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/4221/file>

Observatório Regional de Saúde, Departamento de Saúde Pública (DSP), ARS Norte. (n.d.). Ferramenta morbilid@des.hospitalar. Recuperado de <https://www.arsnorte.min-saude.pt>

Oliveira, C. M. G. S. (2011). O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: Individualizar a intervenção conciliando tensões. [Dissertação de doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/3815>

Oliveira, C. N. T., Lima, J. P., Ribeiro, R. N., Domingues, A. G., Moreira, V. L. A., & (2020). [Incompleto: Referência continua a partir deste ponto]

OMS (Organização Mundial da Saúde) (2002). Cuidados Paliativos: Manual da OMS.

OMS. (2002). Definição de cuidados paliativos. Organização Mundial de Saúde.

OMS. (2020). Palliative care: A critical element of universal health coverage. World Health Organization.

OMS. (2021). Cuidados Paliativos: Diretrizes e práticas. Organização Mundial de Saúde.

ONU. (2021). World Population Ageing 2020 Highlights. United Nations Department of Economic and Social Affairs. <https://www.un.org>

Orcina, B. F., Jaccottet, C. M. G., & Savian, M. C. B. (2021). Prevalence of oral manifestations in cancer patients assisted in a home care program in the city of Pelotas-RS. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 67(2), 1-7. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n2.1184>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional em Enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa, p. 10. http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro - Competências Comuns para os Enfermeiros Especialistas. Diário da República.

Organização das Nações Unidas (ONU). (2020). World Population Ageing 2020 Highlights. Disponível em: www.un.org.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2020). Palliative care. <https://www.who.int>

Organização Mundial da Saúde. (1992). Classificação Internacional de Doenças -

CID-10. OMS. Recuperado de <https://www.who.int>

Organização Mundial da Saúde. (2018). Cuidados paliativos: Definição e princípios. Recuperado de <https://www.who.int>

Ortiz, V., & Filippi, A. (2021). Halitosis. *Monographs in Oral Science*, 29, 195-200. <https://doi.org/10.1159/000510192>

Paice, J. A., & Ferrell, B. R. (2015). The management of pain: A critical review. *Oncology Nursing Forum*, 42(3), 267-275.

Pasero, C., & McCaffery, M. (2011). *Pain assessment and pharmacologic management* (2nd ed.). Elsevier.

Pereira, A., & Santos, L. (2012). *O diagnóstico de necessidades em contextos sociais e de saúde*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pereira, F., Silva, J., & Costa, L. (2021). A prestação de cuidados paliativos: A importância do apoio psicológico e social aos cuidadores. *Saúde e Bem-Estar*, 19(2), 45-52.

Pereira, J. (2008). *Cuidados Paliativos: Práticas e Desafios na Comunicação*. Porto: Editora Médica.

Pereira, L. (2005). A comunicação de más notícias em cuidados paliativos: Desafios e estratégias. *Palliative Care Perspectives*.

Pereira, L. (2008). A importância da comunicação e da informação na relação terapêutica. *Journal of Clinical Nursing*.

Pereira, J. L., Costa, R., & Santos, D. (2019). A importância da espiritualidade nos cuidados paliativos. *Revista de Cuidados Paliativos*, 7(3), 72-80.

Pereira, M., Soares, S., & Silva, A. (2021). The impact of pleasant experiences on pain tolerance in palliative care: A qualitative study. *International Journal of Palliative Nursing*, 27(7), 345-351.

Pereira, M., & Silva, T. (2019). A importância do apoio familiar nos cuidados paliativos: Contribuições para a qualidade do cuidado. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 22(3), 213-222.

Pimenta, P., & Capelas, J. (2019). Cuidados Paliativos: Perspetivas e desafios para a prática de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem em Cuidados Paliativos*,

8(3), 102-113.

Pimenta, P., & Capelas, J. (2019). Cuidando até o fim: A abordagem da família nos cuidados paliativos. Editora Saúde e Bem-Estar.

Pinto, S., Caldeira, S., Martins, J. C., & Rodgers, B. (2017). Evolutionary analysis of the concept of comfort. *Holistic Nursing Practice*, 31(4), 243-252. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000217>

Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos. (2021). Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>

Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização (5ª ed.). Artmed Editora.

Portaria n.º 66/2018, de 6 de março. (2018). Normas para a organização e implementação dos cuidados paliativos. *Diário da República*, 1ª série, n.º 44.

Portenoy, R. K. (2001). The management of cancer pain. *New England Journal of Medicine*, 345(19), 1370-1381. <https://doi.org/10.1056/NEJMra012260>

Portugal. Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (2017, janeiro 12). Circular Normativa n. 1/2017/CNCP/ACSS. Requisitos mínimos para Equipas locais de cuidados paliativos da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) e indicadores de referência para a implementação e desenvolvimento dessas equipas. Acessível em Instituições Hospitalares do SNS.

Portugal. Direcção-Geral da Saúde (2004). Programa Nacional de Saúde 2004/2010. Recuperado de <https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Vol2-Plano-nacional-de-saude-2004-2010.pdf>

Portugal. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas (2005). Programa nacional de cuidados paliativos. DGS.

Portugal. Direcção-Geral da Saúde. Divisão da Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (2017). Programa nacional para a prevenção e controlo da dor (2ª ed.).

Portugal. Direcção-Geral da Saúde (2021). Programa Nacional de Saúde 2021/2030. Recuperado de https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf

Potra, T. M. F. S. (2015). Gestão de cuidados de enfermagem: Das práticas dos

enfermeiros chefes à qualidade dos cuidados de enfermagem. [Dissertação de doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/20608>

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos (5ª ed.). Lusociência.

Purnell, L. D. (2013). Purnell's Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 24(1), 1-8.

Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. G. (2016). Comunicação. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp. 815-831). Faculdade de Medicina de Lisboa - Núcleo de Cuidados Paliativos - Centro de Bioética.

Querido, A. I., et al. (2016a). Comunicação em Cuidados Paliativos: Práticas e Estratégias. *Revista Portuguesa de Cuidados Paliativos*, 18(1), 7-15.

Querido, A. (2016b). Comunicação empática e tomada de decisão nos cuidados paliativos. *European Journal of Palliative Care*.

Querido, A., et al. (2016a). A ética e a comunicação nos cuidados paliativos. *Journal of Palliative Care*.

Rahim, T., et al. (2006). Pharmacological management of chronic pain in cancer patients. *European Journal of Pain*, 10(5), 394-402. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2006.01.003>

Ranna, V., Vaddi, A., Lalla, R. V., Bossi, P., & Elad, S. (2019). Systematic review of basic oral care for the management of oral mucositis in cancer patients and clinical practice guidelines. *Support Care Cancer*, 27, 3949–3967. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04848-4>

Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 1ª série, n.º 113, de 13 de Junho de 2018.

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Portaria n.º 234/2019. Ministério da Saúde de Portugal.

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: 2ª série, n.º 26, pp. 4744-4750. Recuperado de

<https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Reichard, W. (2012). Chronic pain management and the role of opioids. *Pain Physician*, 15(1), 7-15.

Reigada, C. M. T. (2014). Capacitação familiar, melhoria do bem-estar e redução da exaustão em cuidados paliativos [Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/78320>

Reyes, R., Tilley, D., & Bennett, M. (2020). Creating healing environments: The role of noise reduction in patient recovery. *Journal of Environmental Psychology*, 67, 101363.

Rhee, Y. J., Kim, J. H., & Lee, H. K. (2020). Education and training for healthcare professionals in palliative care: Improving pain management and quality of life. *Palliative Medicine*, 34(5), 578-586.

Ribeiro, A., & Tiago, A. (2018). Intervenções de Enfermagem no Controlo da Dor em Cuidados Paliativos: Revisão Integrativa da Literatura.

Ribeiro, C. D. (2017). Necessidades da pessoa em situação paliativa: Perspectiva do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum da Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18190>

Richards, T. L. J. (2012). *Interdisciplinary Collaboration in Palliative Care*. Wiley-Blackwell.

Rijo, S. F. (2011). Competência em Cuidados Paliativos. Relatório de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica, Lisboa.

Rocha, L., & Silva, C. (2015). Práticas alternativas no controlo da dor: Terapias não convencionais. *Revista Brasileira de Terapias Complementares*, 10(3), 112-118.

Rodrigues, A., et al. (2019). Formação em Técnicas Não Farmacológicas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*.

Rosa, L. M., Sebold, L. F., Arzuaga, M. A., Santos, V. E. P., & Radünz, V. (2010). Referenciais de Enfermagem e Produção do Conhecimento Científico. *Revista de Enfermagem UERJ*, 18(1), 120-125.

Simons, L., & Moseley, G. (2021). The impact of distraction on pain perception: A review of the literature. *Pain Reports*, 6(1), e886.

Ruthes, R. M., & Cunha, I. C. K. O. (2008). Entendendo as competências para aplicação na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(1), 109-112.

Santos, F. (2011). O desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos e a filosofia hospice. In F. S. Santos (Ed.), *Cuidados paliativos: Diretrizes, humanização e alívio dos sintomas* (pp. 3-15). São Paulo: Editora Atheneu.

Santos, P. (2018). Prática de Enfermagem Paliativa: Estratégias de Cuidados. *Revista de Enfermagem*, 42(1), 12-19.

Santos, P., & Nascimento, A. (2020). A Enfermagem Paliativa e a Pessoa em Fase Terminal. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 9(3), 54-61.

Sapeta, P. (2007). Dor Total vs Sofrimento: A Interface com os Cuidados Paliativos. *Dor*, 15, 16-20.

Saporetti, L. A. (2008). Espiritualidade em Cuidados Paliativos. In R. A. Oliveira (Coord.), *Cuidado Paliativo* (pp. 521-529). *Cadernos Cremesp*. Recuperado de http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf

Saunders, C. (1990). *Living with Dying: A Guide to Palliative Care*. Oxford University Press.

Saunders, C. (2001). *Caring for the Dying: A Guide to Palliative Care*. Oxford University Press.

Santos, D. S., et al. (2017). O Papel do Enfermeiro em Cuidados Paliativos: A Perspectiva do Cuidado Centrado no Paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(6), 1234-1241.

Schneider, C., & Jacob, G. (2019). A avaliação e gestão da dor no contexto da oncologia. *Revista de Oncologia Brasileira*, 12(2), 97-102.

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (1ª ed.). Edição Lidel.

Serrano, M. (2009). *Cuidar a boca em cuidados paliativos: Contributo para a promoção da dignidade humana* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da

Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.
<https://repositorio.ul.pt/handle/10451/2381>

Serviço Nacional de Saúde. (2023). Estratégia para os Cuidados Paliativos no SNS. Ministério da Saúde.

Serviço Nacional de Saúde. (2023). PEDCP 2021-2022. Recuperado de <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/10/09/cuidados-paliativos>

Serviço Nacional de Saúde. (2023). Estratégia para os Cuidados Paliativos no SNS. Ministério da Saúde.

Serviço Nacional de Saúde. (2023). Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022. Ministério da Saúde.

Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M. C., & Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em Enfermagem: Como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (3), 15-23.

Sieloff, C. L., & Fawcett, J. (2013). *Theoretical Perspectives in Nursing*. Pearson.

Sifuentes, A. M. F., & Lapane, K. L. (2020). Oral health in nursing homes: What we know and what we need to know. *Journal of Nursing Home Research Science*, 6, 1-5.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7286629/>

Silva, M. (2010). A dor e o seu controlo através de técnicas não farmacológicas. Universidade de Coimbra. Recuperado de <https://estudogeral.uc.pt>

Silva, A. M., Costa, P. S., & Ferreira, T. R. (2020). A importância dos cuidados paliativos: O papel dos enfermeiros na abordagem ao paciente terminal e à sua família. *Jornal de Enfermagem Paliativa*, 25(3), 120-128.

Silva, J., & Ferreira, P. (2018). A importância da formação especializada em cuidados paliativos: Impactos na qualidade do cuidado. Editora Saúde Global.

Silva, J., & Ferreira, P. (2018). Abordagens terapêuticas na gestão da dor no contexto de cuidados paliativos. Editora Saúde Global.

Silva, M. (2020). A importância da formação contínua na gestão da dor em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 22(4), 45-50.

Silva, M., Gomes, P., & Rodrigues, A. (2020). A abordagem da dor nos cuidados paliativos: O papel do enfermeiro. *Revista de Enfermagem de Cuidados Paliativos*, 5(4),

Silva, R. P., Costa, A. M., & Santos, T. (2020). Formação e recursos humanos em cuidados paliativos: Desafios no contexto hospitalar. *Revista de Cuidados de Saúde Paliativos*, 8(1), 23-31.

Siqueira, A. C., Vazzoler, C. A., & Moura, L. L. (2021). O uso da via subcutânea em cuidados paliativos: Elaboração de um protocolo institucional. *Arquivos Brasileiros de Medicina Naval*, 82(1), 30-45.
<http://portaldeperiodicos.marinha.mil.br/index.php/abmn/issue/view/372>

Simons, L., & Moseley, G. (2021). The impact of distraction on pain perception: A review of the literature. *Pain Reports*, 6(1), e886.

Singapore Ministry of Health. (2004). Nursing Management of Oral Hygiene. Ministry of Health. Recuperado de https://www.moh.gov.sg/docs/librariesprovider4/guidelines/nursing_management_of_oral_hygiene.pdf?sfvrsn=4427d1ce_0

Singer, P. (2003). *Practical Ethics*. Cambridge University Press.

Sistema Integrado do Registo e Identificação Civil (SIRIC). (n.d.). Sistema de Registo de Óbitos e Identificação Civil. Recuperado de <https://www.siric.gov.pt>

Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO). (n.d.). Certificados de óbito e informações estatísticas. Recuperado de <https://www.sico.gov.pt>

Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos. (2017). *Guia de Cuidados Paliativos*.

Smith, M. (2020). *Nursing Theories and Nursing Practice* (5ª ed.). F.A. Davis.

Sousa, A., & Ferreira, M. (2017). O papel da família na prestação de cuidados paliativos: Uma análise multidisciplinar. *Cuidados Paliativos em Foco*, 5(3), 145-156.

Souza, M., Jaramillo, R. G., & Borges, M. S. (2021). Conforto dos pacientes em cuidados paliativos: Uma revisão integradora. *Enfermería Global*, 20, 420-465.
<https://doi.org/10.6018/eglobal.420751>

Sousa, P. A. F. (2006). *Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde* (1ª ed.). Formasau.

Sousa, T. A. D. (2012). *Competências de liderança nas chefias de enfermagem*.

[Dissertação de mestrado, Faculdade de Economia da Universidade do Porto].
Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/73544>

Steinhauser, K. E., et al. (2013). Managing expectations in palliative care: Key elements of communication. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 30(4), 401-407.

Stout, M., Goulding, O., & Powell, A. (2009). Developing and implementing an oral care policy and assessment tool. *Nursing Standard*, 23(49), 12-18. <https://doi.org/10.7748/ns2009.08.23.49.42.c7206>

Suh, E. E. (2004). A conceptual framework for the integration of transcultural nursing and hospice care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 6(1), 23-31.

Sullivan, P. (2010). Cultural sensitivity and the nurse's role in end-of-life care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 12(2), 113-119.

Svedberg, P., Olsson, M., & Wahren, L. (2013). Colchões de pressão alternada na prevenção de úlceras de pressão em pacientes imobilizados. *Journal of Clinical Nursing*, 22(9-10), 1444-1453.

Tavares, M. (2016). *A Comunicação em Cuidados Paliativos: Abordagens e Estratégias*. Lisboa: Editora Saúde.

Tavares, F. (2016). Comunicação eficaz e qualidade da informação em cuidados paliativos. *Journal of Palliative Care and Supportive Medicine*.

Tavares, P. (2020). Fatores determinantes na transição para cuidados paliativos: Perspectiva do perito em enfermagem à pessoa em situação paliativa. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/129207/2/418965.pdf>

Tavares, & I. G. Neto (Eds.). (2020). *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp. 43-48). Faculdade de Medicina de Lisboa-Núcleo de Cuidados Paliativos-Centro de Bioética.

Teixeira, M., & Silva, M. (2021). *O papel do enfermeiro especialista em cuidados paliativos: Reflexões sobre a prática*. Edições Universitárias.

Thomas, K., Le, B., Moran, J., & Brand, C. (2015). Benefits and resource implications of family meetings for hospitalized palliative care patients: Research

protocol. *BMC Palliative Care*, 14(73), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0071-6>

Thompson, I. E., Melia, K. M., & Boyd, K. M. (2004). *Ética em enfermagem* (4^a ed.). Lusociência.

Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência* (6^a ed.). Lusociência.

Twycross, R. (2003). *Alívio de sintomas e comunicação em cuidados paliativos*. Oxford University Press.

Twycross, R., Ballantyne, J. C., & Mao, J. (2003). Opioid therapy for chronic pain. *New England Journal of Medicine*, 349(21), 1943-1953. <https://doi.org/10.1056/NEJMr025411>

Twycross, R. (2003). Breaking bad news in palliative care: A guide for healthcare professionals. *Palliative Medicine*, 17(6), 431-437.

Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos* (2^a ed.). Climepsi Editores.

Twycross, R. (2003). *Principles of palliative care*. Oxford University Press.

Twycross, R., Wilcock, A., & Toller, C. S. (2009). *Symptom management in advanced cancer* (4^a ed.). Palliativedrugs.

Twycross, A., Wilcock, A., & Coyle, N. (2011). *Palliative care nursing: Principles and evidence for practice* (3^a ed.). Oxford University Press.

Van den Eynden, M. (2009). *Caring for the carers in palliative care*. Springer.

Vanderkief, M. (2001). O papel da comunicação no processo de aceitação em cuidados paliativos. *Palliative Care Journal*.

Venkatasalu, M. R., Murang, Z. R., Ramasamy, D. T. R., & Dhaliwal, J. S. (2020). Oral health problems among palliative and terminally ill patients: An integrated systematic review. *BMC Oral Health*, 20(79). <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01075-w>

Viana, A. P. M. (2010). *A avaliação da esperança em cuidados paliativos: Validação transcultural do Herth Hope Index*. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/2019>

Vissers, K. C., Lataster, A., & Huygen, F. J. P. M. (2011). *Management of cancer*

pain. *British Journal of Pain*, 5(4), 225-232. <https://doi.org/10.1177/2049463711415874>

Wong, C. S., et al. (2015). Exercise as a therapeutic modality in pain management: A clinical perspective. *Rehabilitation Nursing*, 40(2), 56-64.

Wootton, R. (2012). Telemedicine in the future: A review of the current status. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 18(1), 17-22.

World Health Organization (WHO). (2002). The Solid Facts Palliative Care. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107561/1/E82931.pdf>

World Health Organization (WHO). (2014). Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. <http://www.palliativecare.in/wp-content/uploads/2020/10/GlobalAtlas2ndEdition-2020.pdf>

World Health Organization (WHO). (2020). Palliative Care Definition (cancer). <http://www.Who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Vilaça, T., Silva, P., & Costa, S. (2018). A importância da formação especializada em cuidados paliativos para enfermeiros. *Revista de Enfermagem*, 15(3), 211-218. <https://doi.org/10.1016/j.rev.2018.02.005>

Watson, J. (2020). Visão geral da dor. <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/distúrbios-neurológicos/dor/visão-geral-da-dor>

Wiffen, P., Wee, B., Derry, S., Bell, R., Moore, R., & Aldington, D. (2013). Opioids for cancer pain: An overview of Cochrane reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Wilmot, S., & Foster, M. (2011). *Palliative Care: The Essentials*. Oxford University Press.

Worden, J. W. (2009). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (4^a ed.). Springer Publishing.

World Health Organization (WHO). (2007). Palliative care: The solid facts. <https://www.who.int>

World Health Organization (WHO). (2007). Pain and palliative care: A brief review. Recuperado de <https://www.who.int>

Yousefi, H., & Abdollahi, M. (2018). An update on drug-induced oral reactions. *Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences*, 21(1), 171-183.

<https://doi.org/10.18433/jpps29893>

Zhang, Y., Huang, Y., & Zhang, X. (2018). The relationship between continuous professional education and nursing competency: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 26(6), 776-784.

Zigmond, M., & Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Zimmerman, S., Austin, S., Cohen, L., Reed, D., Poole, P., Ward, K., & Sloane, P. D. (2017). Readily identifiable risk factors of nursing home residents' oral hygiene: Dementia, hospice, and length of stay. *J Am Geriatr Soc*, 65(11), 2516-2521. <https://doi.org/10.1111/jgs.15061>

ANEXO

Consentimento do Participante

Declaro ter lido e compreendido as informações disponibilizadas.

Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito.

Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências.

Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelos investigadores.

Para validação do seu consentimento clique:

Sim ☐

Não ☐

PARTE I – Caracterização sociodemográfica e socioprofissional

(Marcar com uma **x** a opção selecionada)

1. Género

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino
- ☐ Outros

2. Idade (anos) _____

3. Experiência profissional (anos)

4. Serviço onde exerce funções:

- ☐ Medicina Interna
- ☐ Urgência
- ☐ Ortopedia/ Cirurgia

5. Formação

- ☐ Licenciatura
- ☐ Pós-graduação
- ☐ Mestrado
- ☐ Especialidade
- ☐ Doutoramento

6. Pós-graduação em _____

7. Especialidade em _____

8. Formação na área dos cuidados paliativos?

- ☐ Sim
- ☐ Não

PARTE II

9- No seu exercício profissional aplica técnicas não farmacológicas no controlo da dor?

☐ sim (se sim passa para a PARTE III - intervenções não farmacológicas em relação à dor - conhecimentos e atitudes dos enfermeiros)

☐ não (se não passa a PARTE IV - KASRP-PT)

PARTE III - Intervenções não farmacológicas em relação à dor - conhecimentos e atitudes dos enfermeiros

	Intervenções não farmacológicas (INF)	Concordo totalmente	Concordo	Não tenho opinião	Discordo	Discordo totalmente
10	Deve-se usar colchões de pressão alterna em doentes com dor forte					
11	Encorajar o doente a fazer exercícios passivos/ativos pois estes previnem/aliviam a dor					
12	Ensinar e treinar o doente a fazer exercícios passivos/ativos pois estes previnem/aliviam a dor					
13	Em doentes com necessidade de fármacos as intervenções não farmacológicas são adjuvantes na redução da dor					
14	A massagem alivia a tensão local e geral, promovendo o conforto e o relaxamento, reduzindo a dor					
15	O posicionamento do doente resolve muitas vezes situações de dor					
16	Na dor crónica se puder usar um analgésico não utilizo medidas não farmacológicas					
17	A atenção dirigida sobre experiências agradáveis reduz a dor					
18	O Plano Nacional de Luta contra a dor não contempla intervenções não farmacológicas no alívio da dor					
19	Usar um lençol para fazer a alternância de decúbitos previne a dor					
20	Reduzir o ruído contribui para o alívio da dor					
21	O uso da distração pode aumentar a tolerância à dor					
22	Durante o internamento os doentes/famílias devem aprender a usar medidas não farmacológicas de controlo da dor					
23	O controlo da dor é mais eficaz se envolver intervenções farmacológicas e intervenções não farmacológicas					
24	Ensinar o doente a avaliar a sua dor contribui para o seu controlo					
25	Em doentes com necessidade de tratamento com fármacos as intervenções não farmacológicas são úteis na redução da dosagem da medicação					
26	Os enfermeiros não têm autonomia para utilizarem as intervenções não farmacológicas					
27	A música proporciona calma e conforto, induzindo o relaxamento					
28	O doente pode controlar a dor através de técnicas de distração e relaxamento					
29	A massagem é mais do que uma técnica: é uma "relação", uma troca entre o massagista e o massajado					
30	O ensino e o treino de medidas não farmacológicas são intervenções autónomas de enfermagem					

PARTE IV – Conhecimentos e atitudes em relação à dor (Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain – KASRP-PT), versão portuguesa)

(Assinale a resposta que melhor se adequa à sua opinião).

		V	F
31	Os sinais vitais são sempre indicadores fiáveis da intensidade da dor do doente.		
32	Devido ao subdesenvolvimento do sistema nervoso, as crianças com menos de 2 anos têm sensibilidade à dor diminuída e memória limitada para experiências dolorosas		
33	Os doentes que se conseguem distrair da dor geralmente não têm dor intensa.		
34	Os doentes poderão dormir apesar de sentirem dor intensa.		
35	A aspirina e outros anti-inflamatórios não esteroides não são analgésicos eficazes em caso de dor associada a metástases ósseas.		
36	A depressão respiratória raramente ocorre em doentes que se encontram medicados, há vários meses, com doses estáveis de opióides.		
37	A combinação de analgésicos que atuam por diferentes mecanismos (por exemplo, combinar um aine, anti-inflamatório não esteroide, com um opióide) pode resultar num melhor controlo da dor com menos efeitos adversos do que utilizarem um único analgésico.		
38	A duração habitual da analgesia com 1-2 mg de morfina por via intravenosa é habitualmente de 4-5 horas		
39	Os opióides não deverão ser utilizados em doentes com história de abuso de substâncias.		
40	Os doentes idosos não toleram os opióides para alívio da dor.		
41	Os doentes devem ser encorajados a suportar o máximo de dor possível antes de utilizarem um opióide.		
42	As crianças com menos de 11 anos não conseguem relatar a dor de forma fidedigna, pelo que os profissionais de saúde devem confiar unicamente na avaliação que os pais fazem da intensidade da dor da criança.		
43	As crenças espirituais dos doentes podem levá-los a pensar que a dor e o sofrimento são necessários.		
44	Após a administração de uma dose inicial de um analgésico opióide, as doses subsequentes deverão ser ajustadas de acordo com a resposta individual do doente.		
45	Administrar água esterilizada a doentes através de uma injeção (placebo) é um teste útil para determinar se a dor é real.		
46	A oxycodona 5 mg via oral é aproximadamente equivalente a 10 mg de morfina via oral.		
47	Se a causa da dor é desconhecida, os opióides não devem ser administrados durante o período de avaliação da dor, já que pode interferir com a capacidade para diagnosticar corretamente a sua causa.		
48	Os fármacos anticonvulsivantes, tais como a gabapentina, produzem um alívio ótimo da dor após uma dose única.		
49	As benzodiazepinas não são eficazes no alívio da dor e raramente são recomendadas como parte de um esquema analgésico.		
50	A adição a narcóticos/opioides é definida como uma doença neurobiológica crónica, caracterizada por um ou mais dos seguintes comportamentos: uso descontrolado do fármaco, uso compulsivo, uso continuado apesar dos danos e impulso para o consumo.		
51	O termo "equianalgesia" significa analgesia aproximadamente igual e é utilizado para referir doses de diferentes analgésicos que proporcionam, aproximadamente, o mesmo alívio da dor.		
52	A avaliação da sedação é recomendada durante o tratamento da dor com opióides porque a sedação excessiva precede a depressão respiratória induzida por opióides.		

53 – A via de administração recomendada para os analgésicos opióides em doentes com dor persistente relacionada com cancro é a via:

- a) intravenosa
- b) intramuscular

- c) subcutânea
- d) Oral
- e) retal

54 - A via de administração recomendada para os analgésicos opióides em doentes com dor intensa de início súbito e breve, tais como dor pós-operatória ou dor pós-traumática é a via:

- a) intravenosa
- b) intramuscular
- c) subcutânea
- d) Oral
- e) retal

55 - Qual dos seguintes medicamentos analgésicos é considerado o fármaco de eleição para o tratamento da dor moderada a intensa de duração prolongada em doentes oncológicos?

- a) Codeína
- b) Morfina
- c) Petidina
- d) Tramadol

56 - Uma dose de 30 mg de morfina oral equivale, por via intravenosa, a aproximadamente:

- a) 5 mg de morfina
- b) 10 mg de morfina
- c) 30 mg de morfina
- d) 60 mg de morfina

57 - Os analgésicos para a dor pós-operatória devem ser administrados inicialmente:

- a) pelo relógio a horas fixas
- b) apenas quando o doente solicita medicação
- c) apenas quando o enfermeiro considera que o doente sente desconforto moderado ou intenso

58 - Durante 2 meses, foram administrados diariamente analgésicos opióides a um doente com dor oncológica persistente. Ontem, estavam a ser administrados ao doente 200 mg/hora de morfina por via intravenosa. Hoje, a dose passou a 250 mg/hora. A probabilidade de o doente desenvolver depressão respiratória clinicamente significativa é:

- a) < a 1%
- b) 1-10%
- c) 11-20%
- d) 21-40%
- e) > 41%

59 - A razão mais provável para um doente com dor solicitar doses mais elevadas de medicação analgésica é:

- a) experienciar um aumento da intensidade da dor
- b) apresentar um aumento de ansiedade ou depressão
- c) solicitar mais atenção por parte da equipa de saúde
- d) os pedidos estarem relacionados com a adição

51 - Qual dos seguintes fármacos é útil para o tratamento da dor oncológica?

- a) Ibuprofeno
- b) Hidromorfona
- c) Gabapentina
- d) Todos os anteriores

60 - A pessoa que melhor avalia a intensidade da dor do doente é:

- a) O médico assistente
- b) O enfermeiro responsável pelo doente
- c) O doente
- d) O farmacêutico
- e) Cônjuge ou a família do doente

61 - Qual das seguintes opções representa a melhor abordagem a aspetos culturais na prestação de cuidados a doentes com dor:

- a) já não existem influências culturais no nosso país devido à diversidade da população
- b) as influências culturais podem ser determinadas pela etnia (por exemplo, os asiáticos são estoicos, os italianos são expressivos, etc.)
- c) os doentes deverão ser avaliados individualmente para determinar as influências culturais
- d) as influências culturais podem ser determinadas pelo estatuto socioeconómico (por exemplo, os operários relatam mais dor do que os trabalhadores administrativos)

62 - Qual a probabilidade dos doentes que desenvolvem dor já terem um problema de abuso de álcool e/ou substâncias?

- a) < 1 %
- b) 5-15%
- c) 25-50%
- d) 75-100%

63 - O tempo até ao efeito máximo da morfina administrada por via intravenosa é:

- a) 15 minutos
- b) 45 minutos
- c) 1 hora
- d) 2 horas

64 - O tempo até ao efeito máximo da morfina administrada por via oral é:

- a) 5 minutos
- b) 30 minutos
- c) 1 - 2 horas
- d) 3 Horas

65 - Após a interrupção abrupta de um opióide, a dependência física manifesta-se por:

- a) Sudorese, bocejos, diarreia e agitação
- b) Uso descontrolado de fármacos, uso compulsivo e impulso para o consumo
- c) Necessidade de doses mais elevadas para obter o mesmo efeito
- d) Opções a) e b)

66 - Qual das seguintes afirmações sobre a depressão respiratória induzida por opióides está correta:

- a) é mais comum várias noites após a cirurgia devido à acumulação de opióides
- b) A apneia obstrutiva do sono é um fator de risco importante
- c) ocorre com maior frequência nos doentes que receberam doses mais elevadas de opióides antes da cirurgia
- d) pode ser facilmente avaliada através de oximetria de pulso intermitente

PARTE V - ESTUDOS DE CASO

Apresentam-se dois estudos de caso, nos quais lhe será pedido que tome decisões sobre dor e medicação.

Instruções: por favor, selecione uma resposta para cada pergunta.

Doente A:

O André tem 25 anos e hoje é o primeiro dia após uma cirurgia abdominal. Quando entra no quarto do André, ele sorri-lhe e continua a conversar e a brincar com o seu visitante.

A sua avaliação revela as seguintes informações:

TA (tensão arterial) = 120/80 mmHg; FC (frequência cardíaca) = 80 bpm; FR (frequência respiratória) = 18 ciclos por minuto (cpm); relativamente à dor, numa escala de 0 a 10 (0 = sem dor, 10 = dor máxima), o André classifica a intensidade da sua dor como sendo 8.

67 - Nos registos do doente, deverá assinalar a dor na escala abaixo. Circunde o número que representa a sua avaliação da dor do André.

Sem dor ----- Dor máxima
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A sua avaliação (acima) é efetuada duas horas após a administração de 2 mg de morfina por via intravenosa. A intensidade da dor a cada meia hora após a injeção variou entre 6 e 8 e o doente não apresentou depressão respiratória clinicamente significativa, sedação ou outros efeitos adversos. O André identificou 2/10 como um nível aceitável para alívio da dor. Para efeitos de analgesia, o médico assistente prescreveu "alívio da dor com administração intravenosa de 1-3 mg de morfina por hora em SOS."

68 - Assinale a medida que irá tomar neste momento.

- 1. Não administrar morfina agora;
- 2. Administrar 1 mg de morfina por via intravenosa agora;
- 3. Administrar 2 mg de morfina por via intravenosa agora;
- 4. Administrar 3 mg de morfina por via intravenosa agora.

Doente B:

O Roberto tem 25 anos e hoje é o primeiro dia após uma cirurgia abdominal. Quando entra no quarto, ele está deitado e quieto na cama e apresenta esgar de dor quando se mexe. A sua avaliação revela as seguintes informações: TA = 120/80 mmHg; FC = 80 bpm; FR = 18 cpm; relativamente à dor, numa escala de 0 a 10 (0 = sem dor, 10 = dor máxima), o Roberto classifica a intensidade da sua dor como sendo um 8.

69 - Nos registos do doente, deverá assinalar a dor na escala abaixo. Circunde o número que representa a sua

avaliação da dor do Roberto.

Sem dor ----- Dor máxima
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A sua avaliação (acima) é efetuada duas horas após a administração de 2 mg de morfina por via intravenosa. A intensidade da dor a cada meia hora após a injeção variou entre 6 e 8 e o doente não apresentou depressão respiratória clinicamente significativa, sedação ou outros efeitos adversos. O Roberto identificou 2/10 como um nível aceitável para alívio da dor. Para efeitos de analgesia, o médico assistente prescreveu "alívio da dor com administração intravenosa de 1-3 mg de morfina por hora em SOS."

70 - Assinale a medida que irá tomar neste momento.

1. Não administrar morfina agora;
2. Administrar 1 mg de morfina por via intravenosa agora;
3. Administrar 2 mg de morfina por via intravenosa agora;
4. Administrar 3 mg de morfina por via intravenosa agora

